

Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Palhoça
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ACESSO
ODONTOLÓGICO PARA
CENTRO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS E
RADIOLOGIA

2023

SUMÁRIO

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO	2
ESPECIALIDADES NÃO CONTEMPLADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE - CEO	3
ENCAMINHAMENTO VIA G-MUS	4
CIRURGIA ORAL MENOR.....	5
ENDODONTIA	10
ENDODONTIA DE DECÍDUOS.....	15
ESTOMATOLOGIA.....	20
ODONTOPEDIATRIA	26
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	34
PERIODONTIA	39
PRÓTESE DENTÁRIA.....	44
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO

- ✓ O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Palhoça atenderá aos usuários com necessidade de tratamento odontológico especializado, encaminhadas pelo Cirurgião-Dentista (cirurgião-dentista) da Atenção Primária em Saúde (APS) ou da Atenção Especializada, este último, em casos de fluxos internos do CEO previstos em protocolo.
- ✓ **NÃO SERÃO ACEITOS ENCAMINHAMENTOS DIRETO DE CIRURGIÃO-DENTISTA DA REDE PRIVADA SEM AVALIAÇÃO PRÉVIA COM O CIRURGIÃO-DENTISTA DA UBS.**
- ✓ **NÃO SERÃO ACEITOS ENCAMINHAMENTOS DE OUTROS PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA OU PRIVADA SEM AVALIAÇÃO PRÉVIA COM O CIRURGIÃO-DENTISTA DA UBS.**
- ✓ Para Encaminhamento é necessário preenchimento de anamnese, odontograma no prontuário eletrônico pelo cirurgião-dentista da APS antes da inserção da solicitação no Sistema de Regulação.
- ✓ **É obrigação do cirurgião –dentista da APS (responsável pelo paciente) anexar os exames de imagem e laboratoriais ao prontuário eletrônico para Encaminhamento aos Nível secundário ou terciário.**
- ✓ Todos os pacientes encaminhados devem estar **com a adequação do meio bucal realizada**. Entende-se por adequação bucal: remoção dos fatores retentivos de placa e restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e/ou RAP supragengival, exodontias dentais e fragmentos radiculares.
- ✓ Pacientes com condições sistêmicas alteradas devem estar em acompanhamento médico, compensados, para a referência à especialidade
- ✓ **Todas as informações e critérios de encaminhamento para a especialidade descritos no Sistema de Regulação deverão constar na evolução odontológica do prontuário eletrônico do paciente para que a solicitação possa ser adequadamente autorizada.**
- ✓ **Não serão aceitos pela Regulação encaminhamentos que peçam avaliação do especialista; em casos de dúvida, o cirurgião-dentista poderá solicitar discussão do caso clínico através dos e-mails de MATRICIAMENTO ou em contato direto com a coordenação do CEO no ramal 5900.**

ESPECIALIDADES NÃO CONTEMPLADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE - CEO

Os seguintes procedimentos **não são realizados** no Centro de Especialidades Odontológicas da Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça:

- **Cirurgia Ortognática**
- **Implante Dentário**
- **Ortodontia e Ortopedia**
- **Prótese Parcial Removível, Prótese Fixa e Restauração Indireta**
- **Tratamento para Disfunções Tempôro-Mandibulares (DTM's) – Placas Oclusais**

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Algumas Universidades e Escolas de Pós-Graduação podem ser orientadas para este tipo de atendimento. Porém, sem vínculo direto ou encaminhamento via Prefeitura Municipal de Palhoça.
- Cirurgias Ortognáticas e Disfunções de ATM Graves com laudo de necessidade cirúrgica podem ser encaminhadas seguindo os critérios do protocolo de Acesso à Atenção Terciária (repassado pela Coordenação e disponível no DRIVE) - ALTA COMPLEXIDADE
- ATM não cirúrgica orientar o Grupo CEM DOR – UFSC: inscrição feita via redes sociais

ENCAMINHAMENTO VIA G-MUS

- UTILIZAR APENAS O ITEM “ESPECIALIDADE”:**

- Neste estarão contidas todas as nomenclaturas para encaminhar ao
- ✓ **CEO,**
 - ✓ **Radiografia Odontológica e**
 - ✓ **Encaminhamentos ao Estado, como:** Buco Maxilo Facial, DTM/Dor Orofacial e PNE Sedação

- NÃO UTILIZAR O ITEM “CBO”**

TESTE INOVADORA (20699610)

35 anos, 5 meses e 26 dias - Feminino - [Ver todos os dados](#)

☐ Enfermagem? ☐ Ficar em observação? ☐ Alta condicional?

FINALIZAR ATEND.

Avançado
Antropométrica
Aferições Vitais
Acolhimentos
Terminologia
Serviços

Conduta

Exames e Procedimentos
Receitas
Medicamentos
Atestados
Encaminhamento >
Odontograma
Documentos
Compensação

Evolução
Digitação da Produção
Desfecho

Ação	Especialidade	Data	Prioridade	Cancelado?
Não existem registros cadastrados.				

Emite Laudo

☒ Nenhum ☐ BPA-I ☐ APAC ☐ TFD ☐ TFD - Interestadual

Especialidade CBO

Código	Descrição
2030	CEO - CIRURGIA ORAL MENOR
7019	CEO - CONSULTA EM ODONTOLOGIA PNE
2050	CEO - ENDODONTIA
7106	CEO - ENDODONTIA DE DECIDUOS
7017	CEO - ESTOMATOLOGIA
7011	CEO - ODONTOPEDIATRIA
2040	CEO - ODONTOPEDIATRIA PNE
2060	CEO - PERIODONTIA
2070	CEO - PROTESE DENTARIA
7010	CONSULTA EM BUCO-MAXILO FACIAL
2232	DISFUNCAO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL
2080	RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA
7662	SEDACAO CONSULTA EM PNE

IMPORTAR INFORMAÇÃO DO SOA

CIRURGIA ORAL MENOR

CÓDIGO 0701714

COLABORADORES

Allan Aguiar Rabuske
Cirurgião-dentista Esp. Cirurgia Oral Menor

Fabiane Cecília Sulzbach
Cirurgião-dentista Esp. Cirurgia Oral Menor

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde
Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação,
Controle e Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – CIRURGIA ORAL MENOR

CrITÉRIOS de encaminhamento:

- Dentes permanentes: inclusos, impactados, supra numerários e complicações da APS.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. Elemento(s) dental(is) com indicação para exodontia;
3. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: limpeza/profilaxia, restaurações, exodontias simples, medicação prévia;
4. Condição do dente: posição na arcada;
5. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 25 anos, nega comorbidades e alergias. Realizado restaurações e limpeza, medicado devido a pericoronarite no dente 38. Encaminho para exodontia dos dentes 38 e 48 inclusos, em posição horizontal, localização próxima do nervo alveolar, histórico de dor e edema em (descrever todas as datas) /___/___ . Radiografia Panorâmica anexada ao prontuário em 14/08/2023.*

CrITÉRIOS de Inclusão:

- ✓ Cirurgias dos dentes retidos (inclusos, semi-inclusos e/ou impactados) com RADIOGRAFIA PANORÂMICA AVALIADA E ANEXADA AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO;
- ✓ Cirurgias de Curetagem periapical e apicectomias (devem possuir retratamento endodôntico prévio no caso de dentes com possibilidade de acesso coronal ao canal radicular) – ENCAMINHAR PRIMEIRO PARA ENDODONTIA;
- ✓ Tratamento cirúrgico de fístula Buco-sinusal;
- ✓ Anquiloglossia dificultando a fala e a deglutição registradas em prontuário e avaliadas por Fonoaudiólogo para pacientes a partir dos 6 anos;
- ✓ Frenectomia labial com inserção de freio em papila interdental/gengiva inserida para **pacientes a partir dos 6 anos.**

CrITÉRIOS de Exclusão:

- ✓ **Cirurgias pré-protéticas: encaminhar para Prótese Dentária** (constatada necessidade será feita via fluxo interno);
- ✓ Disfunções de ATM – seguir orientações da página 3;
- ✓ Exodontias simples e/ou raízes residuais;
- ✓ Exodontias com fins ortodônticos sem tratamento ortodôntico e solicitação do ortodontista com justificativa da necessidade;
- ✓ Exodontias de terceiros molares erupcionados e em posição vertical;
- ✓ Remoção profilática de terceiros molares inclusos em pacientes com idade inferior a 16 anos que apresentem menos de 1/3 de formação radicular do terceiro molar implicando em germectomia;
- ✓ Apicectomias sem retratamento endodôntico prévio (dentes com possibilidade de acesso coronal ao canal radicular);
- ✓ Procedimentos de complexidade que exijam ambiente hospitalar **(sem realização de matriciamento e avaliação do caso com especialista)**;
- ✓ Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem a realização da cirurgia: encaminhar somente após o paciente estar sob acompanhamento médico e saúde geral estabilizada.

Protocolo de Acesso Odontologia – CIRURGIA ORAL MENOR

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares e dentes comprometidos com indicação de exodontia;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

Pacientes sem adequação de meio realizada, serão contrarreferenciados para UBS para realização e, somente, após conclusão realizarão os procedimentos com especialista.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail **matriciamentocirurgia@gmail.com**

Inserção de dados ou Novos Procedimentos - REGULAÇÃO:

Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com com cópia para ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA.

Priorização e Dados Clínicos

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.

Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

Protocolo de Acesso Odontologia – CIRURGIA ORAL MENOR

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 - VERMELHO

- Dentes impactados/inclusos com quadros agudos de repetição (pelo menos três atendimentos recorrentes evoluídos no prontuário com intervalo entre os mesmos E DATAS DESCRITAS NO ENCAMINHAMENTO);
- Dentes impactados/inclusos ou cirurgia de tecidos ósseos associados à lesão intra- óssea;
- Pacientes jovens com dentição mista;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta;
- Gestantes.

P1 – AMARELO

- Frenectomias e Anquiloglossias de pacientes pediátricos e adolescentes- **a partir dos 6 anos;**
- Complicações de cirurgia oral menor (ex: fraturas dentais em exodontias na UBS);
- Dente supranumerários em pacientes de dentição mista;
- Dentes impactados/inclusos com pericoronarite crônica;
- Lactantes até seis meses pós-parto;
- Dependentes químicos em tratamento (tabagismo, etilismo e outras drogas).

P2 -VERDE

- Dentes impactados com indicação de exodontia por razões ortodônticas;
- Dentes impactados/inclusos assintomáticos;
- Dentes supranumerários em pacientes adultos;
- Cirurgias Paraendodônticas.

P3 -AZUL

- Consultas periódicas programadas pelo especialista – quando solicita novo encaminhamento na CONTRARREFERÊNCIA;
- Demais casos com necessidade de tratamento especializado que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.

ENDODONTIA

CÓDIGO 0701899

COLABORADORES

Gilberto Fagundes
Cirurgião-dentista Endodontista

Luciano Rodrigues Veiga
Cirurgião-dentista Endodontista

Mario Magalhães Júnior
Cirurgião-dentista Endodontista

Nicanor Rodrigues Veiga
Cirurgião-dentista Endodontista

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação,
Controle e Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia - ENDODONTIA

Critérios de encaminhamento:

- **Dentes permanentes** monorradiculares, birradiculares ou multirradiculares de pacientes adultos e pediátricos **somente com Exame Radiográfico avaliado previamente ao ENCAMINHAMENTO.**

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do patient;
2. Elemento(s) dental(is) com indicação para endodontia;
3. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: abertura coronária, curativo endodôntico e selamento provisório; raspagem, restaurações;
4. Condição do dente: passível de restauração direta ou não – Paciente ciente;
5. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 65 anos nega comorbidades e alergias. Encaminho para tratamento endodôntico do dente 37 e APÓS RESTAURAÇÃO DIRETA com acesso, irrigação com __, curativo com __ e selamento com _____. Necrose pulpar com lesão periapical, histórico de dor e edema em __/__/__. Radiografia periapical anexada ao prontuário eletrônico em 14/08/2023.*

Critérios de Inclusão:

- ✓ Dentes com remanescente coronário passível de reconstrução APÓS TOTAL REMOÇÃO DA CÁRIE com bom estado periodontal; **verificar com o paciente a possibilidade (real interesse) antes de encaminhar para a especialidade quando o dente necessitar de reabilitação protética e deixar isso registrado no encaminhamento;**
- ✓ Dentes (raízes) de pacientes que estiverem em tratamento oncológico de cabeça e pescoço (irradiados), que não podem sofrer exodontias devido aos riscos de osteorradionecrose;
- ✓ **Terceiros molares - nas seguintes condições abaixo:**
 - Ausência de primeiro e/ou segundo molar no quadrante correspondente;
 - prognóstico favorável;
 - Canais viáveis e acesso irrestrito;
 - Possuir antagonista.
- ✓ **Retratamento, nas seguintes condições:**
 - Radiografia Inicial e de Acompanhamento;
 - Presença de sintomatologia dolorosa, fístula, edema, entre outros.
 - Em situações de assintomatologia: a lesão periapical ter aumentado de tamanho após acompanhamento radiográfico na APS em intervalo de, no mínimo, 6 meses
- ✓ **Tratamento de Perfuração radicular:** após ter realizado matriciamento prévio e ter sido orientado o encaminhamento via SISREG.
- ✓ **Endodontia de dentes permanentes em pacientes pediátricos.**

Critérios de Exclusão:

- ✓ Dentes com pinos intrarradiculares/ próteses;
- ✓ Elementos com comprometimento de furca ou invasão do espaço biológico > 3mm do nível ósseo;
- ✓ Elementos com mobilidade grau III;
- ✓ Casos de significativa perfuração radicular;
- ✓ Terceiros molares e tratamentos que não estejam de acordo com os critérios de encaminhamento.

Protocolo de Acesso Odontologia - ENDODONTIA

Inter-relação Endodontia X Periodontia

1. **AUMENTO DE COROA CLÍNICA (ACC) E ENDODONTIA:** encaminhar apenas para Endodontia, com registro da necessidade de ACC. Nesses casos, será realizado, através de fluxo interno no CEO.
2. **LESÃO ENDO-PÉRIO:** Encaminhar apenas para a especialidade Endodontia. Caso necessário, o encaminhamento entre as especialidades será realizado por meio de fluxo interno do CEO.
3. **PERFURAÇÃO RADICULAR** é obrigatório o RX prévio e o matriciamento para a discussão do caso, através do e-mail matriciamentoendo@gmail.com. Após análise e orientação do especialista, se for o caso, encaminhar o **usuário VIA SISREG**.

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

Pacientes sem adequação de meio realizada, serão contrarreferenciados para UBS para realização e, somente, após conclusão realizarão os procedimentos com especialista.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail **matriciamentoendo@gmail.com**

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com e ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o **novo tratamento necessário e informações**.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

- Se o usuário **já estiver sob tratamento endodôntico no CEO e surgirem outras necessidades** de endodontia durante o atendimento na APS, o cirurgião-dentista deverá registrar no prontuário a nova indicação de endodontia, enviar e-mail para **ceopalhoca@gmail.com** e fornecer encaminhamento por escrito ao paciente, que levará ao especialista no dia da consulta já agendada.

NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA DE REGULAÇÃO

Protocolo de Acesso Odontologia - ENDODONTIA

Priorização e Dados Clínicos

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- Comorbidades que justificam **PRIORIZAÇÃO** e/ou **ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.

Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento, quando houver; assim, como as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a contrarreferência, após alta do tratamento ENDODÔNTICO, com orientações ao Cirurgião Dentista da UBS **para agendar a consulta com prioridade (não acolhimento) para realização de restauração definitiva, no prazo máximo de 30 dias**, a fim de evitar infiltração marginal no selamento provisório e comprometimento da endodontia.

Protocolo de Acesso Odontologia - ENDODONTIA

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 -VERMELHO

- Abscessos agudos de repetição de origem endodôntica (**pelo menos três atendimentos recorrentes** evoluídos no prontuário com intervalo entre os mesmos, onde foi realizada a troca de curativo na UBS ou prescrição de medicação e as DATAS REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO E NO ENCAMINHAMENTO);
- Pacientes jovens com dentição mista;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coarctação da aorta;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e Neurológicas;
- Gestantes.

P1 -AMARELO

- Dentes anteriores e/ou pilares de prótese parcial removível;
- Retratamentos endodônticos **com sinais e sintomas inflamatórios agudos** com evolução de atendimento em prontuário;
- Lactantes até seis meses pós-parto;
- Dependentes químicos em tratamento (tabagismo, etilismo e outras drogas).

P2 -VERDE

- Retratamentos endodônticos assintomáticos, identificados em radiografia e com indicação protética;
- Consultas periódicas programadas pelo especialista – quando solicita novo encaminhamento na CONTRARREFERÊNCIA

P3 -AZUL

- Demais casos com necessidade de tratamento endodôntico que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO

ENDODONTIA DE DECÍDUOS

CÓDIGO 0710652

COLABORADORES

Fabiana d'Ávila da Cunha
Cirurgiã-dentista Esp. Pacientes com
Necessidades Especiais

Claudine Capistrano Pereira Lima de Oliveira
Cirurgiã-dentista Especialista em
Odontopediatria

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde
Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – ENDODONTIA DE DECÍDUOS

Critérios de encaminhamento:

Dentes decíduos monorradiculares, birradiculares ou multirradiculares, **somente após avaliação radiográfica e respeitando os estágios de Nolla.**

Critérios de Inclusão:

- ✓ Dentes com Radiografia Periapical avaliada e anexada ao prontuário;
- ✓ Dentes que apresentem no mínimo 2/3 da raiz - VER ESTÁGIOS DE NOLLA (em anexo);
- ✓ Dentes com remanescente coronário passível de reconstrução com restaurações e com bom estado periodontal;
- ✓ Dentes com ausência de mobilidade;
- ✓ Dentes de pacientes em tratamento oncológico de cabeça e pescoço que estiverem irradiados, que não podem sofrer exodontias devido aos riscos de osteorradionecrose;
- ✓ Pacientes que **necessitam de Endodontia e Manejo**- descrever no encaminhamento.

Critérios de Exclusão:

- ✓ **ENDODONTIA DE DENTES PERMANENTES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS:**
Encaminhar para o código 0701899 – ENDODONTIA;
- ✓ Dentes decíduos sem possibilidade de restauração e isolamento;
- ✓ Perfuração do assoalho da câmara pulpar (lesão de furca);
- ✓ Dentes com mais de 1/2 de raiz do dente reabsorvida;
- ✓ Lesão periapical/furca envolvendo totalmente o germe do sucessor do dente permanente – Indicação de Exodontia;
- ✓ Desenvolvimento do Dente sucessor permanente superior ao estágio 6 a 8 de *Nolla* – Indicação de Exodontia.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. Elemento(s) dental(is) com indicação para endodontia;
3. Quadro clínico bucal - descrever estágio NOLLA (conforme anexo);
4. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: limpeza/profilaxia, restaurações, exodontias simples, medicação prévia;
5. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 5 anos, nega comorbidades. Necessita de endodontia do dente 85 com quadro de pulpite. Realizado profilaxia, restaurações; abertura, curativo com formocresol e selamento em CIV do dente 85. Radiografia periapical anexada ao prontuário eletrônico em 14/08/2023.*

Protocolo de Acesso Odontologia – ENDODONTIA DE DECÍDUOS

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

SOMENTE PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA. Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail matriciamentoodontopediatria@gmail.com

Priorização e Dados Clínicos

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, os detalhes devem ser inseridos.
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.

Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com e ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente DEVE ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

- Se o usuário já estiver sob tratamento endodôntico no CEO e surgirem outras necessidades de endodontia durante o atendimento na APS, o cirurgião-dentista deverá registrar no prontuário a nova indicação de endodontia, enviar e-mail para ceopalhoca@gmail.com e fornecer encaminhamento por escrito ao paciente, que levará ao especialista no dia da consulta já agendada.

NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA DE REGULAÇÃO

Protocolo de Acesso Odontologia – ENDODONTIA DE DECÍDUOS

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 - VERMELHO

- Pacientes com pelo menos 2 quadros infecciosos /agudos datados e registrados em prontuário e no ENCAMINHAMENTO – tratar urgência na Unidade Básica de Saúde;
- Pacientes Pediátricos que sofreram trauma dental recente;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coarctação da aorta.

P1-AMARELO

- Dentes anteriores;
- Pacientes Pediátricos com histórico de Trauma Dental;
- Pacientes que apresentam histórico de reinfecção e necessidade de Manejo Odontológico.

P2-VERDE

- Demais casos com necessidade que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO;
- Consultas periódicas programadas pelo especialista.

P3-AZUL

- Demais casos com necessidade de tratamento especializado que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO

ESTÁGIOS DE NOLLA



Fonte: <https://lrradiologia.com.br/classificacao-de-nolla/> <https://www.passeidireto.com/arquivo/73914281/estagios-de-nolla>

ESTOMATOLOGIA

CÓDIGO 0701712

COLABORADORES

Allan Aguiar Rabuske
Cirurgião-dentista Esp. Cirurgia Oral Menor

Diogo Lenzi Capella
Cirurgião-dentista Prof e Dr. Patologia Bucal
Universidade Estácio

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde
Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – ESTOMATOLOGIA

Critérios de encaminhamento:

Lesões sem diagnóstico definido que não cicatrizam ou apresentam remissão em 15 dias, **após realização de ACOMPANHAMENTO E MATRICIAMENTO via e-mail.**

Ao Encaminhar, é preciso informar:

- Idade e Condições sistêmicas do paciente;
- Tipo de Lesão e Localização;
- Características (cor, tamanho, inserção, superfície, palpação, tempo de evolução, tipo de crescimento, presença de sintomas);
- Hábitos e Fatores causais associados;
- Tratamentos específicos para a lesão realizados;
- Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS;
- Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 55 anos, histórico de HAS e DM tipo 2, fumante há 5 anos.. Apresenta lesão do tipo placa em mucosa jugal direita que não sai a raspagem, medindo 0,5cm x 0,3cm, cor esbranquiçada leucoplásica, base séssil, superfície rugosa, com surgimento há 4 meses, indolor. Pacientes com hábito de morder as bochechas. Adequação de meio realizada, acompanhamento por 1 mês sem remissão, nenhum outro tratamento realizado. Exames laboratoriais e de imagem em mãos e anexados no prontuário em 14/08/2023.*

Critérios de Inclusão:

- ✓ Lesões na mucosa bucal e estruturas anexas onde esteja indicado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia);
- ✓ Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com **formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas.** Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade;
- ✓ Presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, **avaliar a presença de possíveis agentes causais locais**, removendo-os e acompanhando a evolução por no mínimo 15 dias;
- ✓ Excisão de fenômenos de retenção salivar (mucocelo, rânula);
- ✓ Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;
- ✓ Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Critérios de Exclusão:

- ✓ Pacientes que **não realizaram matriciamento prévio** (ceopalhoca@gmail.com e matriciamentocirurgia@gmail.com) **com envio de fotos, vídeos, exames de imagem e preenchimento correto do protocolo de encaminhamento;**
- ✓ Pacientes que apresentam variações da normalidade, que não se enquadram em lesões;
- ✓ Pacientes com possibilidade de tratamento ser realizado e acompanhado na UBS sem necessidade de biópsia;
- ✓ Pacientes sem adequação do meio bucal;
- ✓ Pacientes em condições gerais que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e conduta possibilitem o encaminhamento.

Protocolo de Acesso Odontologia – ESTOMATOLOGIA

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail **matriciamentocirurgia@gmail.com**

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

Se, **durante a espera pelo atendimento especializado**, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: **regulacaoodontoph@gmail.com** com cópia para **ceopalhoca@gmail.com** informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA.

Priorização

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.

Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.

- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.

Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para:
regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

Protocolo de Acesso Odontologia – ESTOMATOLOGIA

ENCAMINHAMENTO LESÕES

- O questionário (anexo abaixo) deve ser preenchido, **salvo em PDF** e enviado para: matriciamentocirurgia@gmail.com
- O **questionário somente será validado** para matriciamento se **incluir fotos/vídeos/exames de imagem**, **após acompanhamento por no mínimo 15 dias** com tratamento prévio.
- No Encaminhamento via SISREG **após resposta do matriciamento**, inserir o encaminhamento na Nomenclatura: CONSULTA EM ESTOMATOLOGIA;
- No Encaminhamento descrever todos os dados clínicos conforme prontuário/matriciamento.

LEMBRE-SE O SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E O SISREG NÃO SÃO INTERLIGADOS.

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 - VERMELHO

- Pacientes com suspeita de lesões potencialmente cancerizáveis;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta;
- Gestantes.

P1-AMARELO

- Lesões com suspeita ou hipótese de neoplasia benigna;
- Lactantes até seis meses pós-parto;
- Dependentes químicos em tratamento (tabagismo, etilismo e outras drogas).

P2-VERDE

- Lesões com suspeita ou hipótese associadas a fatores traumáticos;
- Demais casos com necessidade de tratamento especializado que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO;
- Consultas periódicas programadas pelo especialista – quando solicita novo encaminhamento na CONTRARREFERÊNCIA.

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE LESÃO

NOME PACIENTE:

DN:

TIPO DE LESÃO:

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Superficial: | Macula () Mancha () Placa () |
| 2. Contéudo Sólido: | Papula () Nódulo () |
| 3. Contéudo Líquido: | Fístula () Vesícula () Bolha () Pustula |
| 4. Com Perda Tecidual: | Erosão () Úlcera () Fissura () |

LOCALIZAÇÃO

1. Qual estrutura afetada? (exemplo: mucosa jugal, língua, gengiva, lábios..)
2. Qual lado afetado? (direito, esquerdo, bilateral)
3. Qual arcada afetada? (superior, inferior, ambas)
4. Qual região afetada? (anterior, média, posterior)

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS DA REGIÃO DA LESÃO

1. Paciente usuário de próteses? (nova/antiga, total/parcial)
2. Lesão saiu da raspagem?
3. Possibilidade de trauma local (mordedura? prótese mal adaptada? Restaurações fraturadas, restos radiculares? Fragmentos dentais?)

CARACTERÍSTICAS

1. Tamanho (mm ou cm, Altura X Largura)
2. Cor:
3. Inserção (ver figuras)
4. Superfície (ver figuras)
5. Palpação (sólido, fibroso, mole, flutuante..)
6. Tempo de evolução (há quantos dias, semanas, meses ou anos apareceu a lesão?)
7. Tipo de crescimento (contínuo, aumenta e diminui) (aumenta em um período específico?)
8. Dor (localizada/difusa) (espontânea/provocada) (passageira/contínua/intermitente) (leve/moderada/intensa) (paroxística/pulsátil/queimante)

HÁBITOS

1. **Fumo:** () SIM () NÃO
Ha quanto tempo?
Tipo de fumo (cigarro? charuto? cachimbo?):
Quantos cigarros/dia?
2. **Alcool:** () SIM () NÃO
Ha quanto tempo?
Tipo de bebida (cerveja? cachalé? Vinho?)
Frequência de consumo (dias, dias alternados, semanal, quinzenal, mensal)?
3. **Drogas ilícitas:** () SIM () NÃO
Tipo?
Ha quanto tempo?

PROBLEMAS DE SAÚDE:

1. **Descreva comorbidades e uso de medicações:**

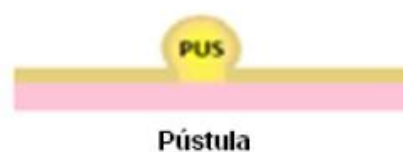
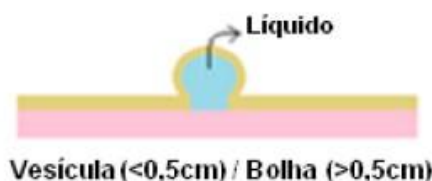
TRATAMENTOS E ENCAMINHAMENTOS

1. Realizou testes clínicos?
2. Realizou algum tratamento prévio? Qual?
3. Realizou adequação de meio bucal? (ART, restaurações, raspagem e alisamento radicular, correção e alisamento de rebordos).
4. Solicitou exames Laboratoriais? Quais?
5. Solicitou exames de Imagem? Quais?
6. Realizou acompanhamento por mínimo **15 dias antes do encaminhamento?**
7. Percebeu melhora do quadro após acompanhamento ao menos por 15 dias?
8. **Permanecendo a dúvida, realizou Matriciamento pré-mail antes do encaminhamento?**
9. **Evoluiu no SOAP todas as informações coletadas e anexou as fotos/exames?**
10. **QUAL SUA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (se tiver)?**

Serão aceitos os encaminhamentos após confirmação da adequação de meio bucal, acompanhamento da lesão por ao menos 15 dias e fotos/vídeos da lesão salvo exceções com diagnóstico de imagem e patológico já confirmados com encaminhamento de outros profissionais ou Instituições.

ATENÇÃO!! ANEXE JUNTO COM ESTE FORMULÁRIO AS FOTOS E VÍDEOS DA LESÃO.

LESÃO FUNDAMENTAL



INSERÇÃO



SUPERFÍCIE



LEGENDA Epitélio Conjuntivo

ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO 0701192

COLABORADORES

Fabiana d'Avila da Cunha
Cirurgiã-dentista Esp. Pacientes com
Necessidades Especiais

Claudine Capistrano Pereira Lima de Oliveira
Cirurgiã-dentista Especialista em
Odontopediatria

Vanessa Martins Dahmani
Cirurgiã-dentista Esp. Pacientes com
Necessidades Especiais

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde
Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – ODONTOPEDIATRIA

Critérios de encaminhamento:

Pacientes de 0 a 12 anos que não permitirem o seu atendimento na Unidade Básica de Saúde, **após 2 tentativas** de atendimento com condicionamento DATADAS E REGISTRADAS em PRONTUÁRIO E NO ENCAMINHAMENTO.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. Quadro clínico bucal e sistêmico do paciente;
3. As datas das tentativas de atendimento na APS Justificativa da necessidade de atendimento na atenção especializada;
4. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: limpeza/profilaxia, restaurações, exodontias simples, medicação prévia;
5. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 5 anos, não colaborador, movimentos bruscos, não senta na cadeira e não fica no colo dos responsáveis, agitado. Tentativa de manejo sem intervenção em primeiro contato. Necessita de restauração dos dentes 51,54,55,74 e exodontia do dente 85. Foram realizadas duas consultas sem sucesso para realização do tratamento em 15/10/2021 e 03/11/2021). Radriografias periapicais ANEXADAS no prontuário eletrônico em 14/08/2023.*

Critérios de Inclusão:

- ✓ Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- ✓ Pacientes com comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, **após duas tentativas frustradas** de atendimento na rede básica – **DESCREVER AS DATAS NO ENCAMINHAMENTO**;
- ✓ Crianças de 0 a 3 anos com índice alto de cárie (cárie rampante), infecções por repetição, dificuldade de manejo **após duas tentativas frustradas** de atendimento na rede básica – **DESCREVER AS DATAS NO ENCAMINHAMENTO**;
- ✓ Crianças até 5 anos 11 meses e 29 dias com necessidade de FRENOTOMIA / FRENECTOMIA LINGUAL deverão ser encaminhadas **após feito Protocolo de Martinelli para Bebês e Avaliação/Encaminhamento com Fonoaudiólogo.**

Critérios de Exclusão:

- ✓ Pacientes encaminhados devido difícil manejo sem descrição detalhadas das necessidades clínicas (dente e procedimento a ser realizado);
- ✓ **ENDODONTIA DE DENTES DECÍDUOS:** Encaminhar para o código 0710652 - Endodontia de Decíduos;
- ✓ **ENDODONTIA DE DENTES PERMANENTES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS:** Encaminhar para o código 0701899 – Endodontia;
- ✓ **FRENECTOMIA de pacientes que não estão em acompanhamento ou com encaminhamento/consulta agendada com Fonoaudiólogo** e sem preenchimento e envio do Escore do Protocolo de Martinelli para Bebês;
- ✓ **FRENECTOMIA de crianças acima de 6 anos** – Encaminhar para o código 0701714: CIRURGIA ORAL MENOR.

Protocolo de Acesso Odontologia – ODONTOPEDIATRIA

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail matriciamentoodontopediatria@gmail.com

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com com cópia para ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA

Priorização

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.

Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para:
regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

Protocolo de Acesso Odontologia – ODONTOPEDIATRIA

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 - VERMELHO

- Pacientes Pediátricos que sofreram trauma dental recente;
- Lesão de cárie rampante em crianças de até 36 meses;
- Cárie ativa que provoque dor intensa, persistente, que interfira na rotina diária da criança, como dificuldade para se alimentar, dormir, entre outros com registro das DATAS dos atendimentos no PRONTUÁRIO E ENCAMINHAMENTO;
- Exodontia(s) de dente (s) com quadros infecciosos de repetição (dois ou mais) com registro das DATAS dos atendimentos no PRONTUÁRIO E ENCAMINHAMENTO;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta.

P1-AMARELO

- Cirurgias de Ulectomia/ulotomia;
- Pacientes Pediátricos que estão com quadro de dor/infecção que já iniciaram ou estão com adequação do meio bucal a espera de tratamento definitivo que não permitiram a continuidade do tratamento na UBS após duas ou mais tentativas registradas NO PRONTUÁRIO E ENCAMINHAMENTO.

P2-VERDE

- Pacientes pediátricos assintomáticos que não permitiram atendimento após duas ou mais tentativas registradas em prontuário e no ENCAMINHAMENTO;
- Consultas periódicas programadas pelo especialista – quando solicita novo encaminhamento na CONTRARREFERÊNCIA

P3-AZUL

- Demais casos com necessidade de tratamento especializado que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: _____

Data do Exame: ____/____/____ DN: ____/____/____ Idade: ____ Gênero: M () F ()

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Fones: residencial: () _____ trabalho: () _____ celular: () _____

Endereço eletrônico: _____

Antecedentes Familiares

(investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)

() não (0) () sim (1) Quem e qual o problema: _____

Problemas de Saúde

() não () sim Quais: _____

Amamentação:

- tempo entre as mamadas: () 2h ou mais (0) () 1h ou menos (2)
- cansaço para mamar? () não (0) () sim (1)
- mama um pouquinho e dorme? () não (0) () sim (1)
- vai soltando o mamilo? () não (0) () sim (1)
- morde o mamilo? () não (0) () sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8

Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

1. Postura de lábios em repouso



() lábios fechados (0)



() lábios entreabertos (1)



() lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



() língua na linha média (0)



() língua elevada (0)



() língua na linha média com
elevação das laterais (2)



() língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



() arredondada (0)



() ligeira fenda no ápice (2)



() formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 – Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

4. Frênulo da língua



() é possível visualizar



() não é possível visualizar



() visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do frênulo



() delgado (0)



() espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



() no terço médio (0)



() entre o terço médio e o ápice (2)



() no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



() visível a partir das
carúnculas sublinguais (0)



() visível a partir da
crista alveolar inferior (1)

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma do item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA

1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)

1.1. Movimento da língua

- () adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)
- () inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

(na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)

2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)

- () várias sucções seguidas com pausas curtas (0)
- () poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

- () adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)
- () inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. “Morde” o mamilo

- () não (0)
- () sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

- () não (0)
- () sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

CÓDIGO 0701901

COLABORADORES

Fabiana d'Avila da Cunha
Cirurgiã-dentista Esp. Pacientes com
Necessidades Especiais

Claudine Capistrano Pereira Lima de Oliveira
Cirurgiã-dentista Especialista em Odontopediatria

Vanessa Martins Dahmani
Cirurgiã-dentista Esp. Pacientes com
Necessidades Especiais

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Critérios de encaminhamento:

Pacientes com necessidades especiais que passaram pela APS e necessitam de tratamento por profissional especialista conforme critérios deste protocolo.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. Quadro clínico bucal e sistêmico do paciente;
3. As datas das tentativas de atendimento na APS;
4. Justificativa da necessidade de atendimento na atenção especializada;
5. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: limpeza/profilaxia, restaurações, exodontias simples, medicação prévia
6. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 37 anos, com quadro de Paralisia Cerebral e retardo mental grave, em uso de: (relatar medicações) necessita de restauração dos dentes 21, 14, exodontia do dente 47. Foram realizadas duas consultas sem sucesso para realização do tratamento (colocar datas). Radiografia Panorâmica entregue em mãos e anexada ao prontuário em 14/08/2023.*

Quem faz o diagnóstico do paciente é o Médico Assistente, na ausência deste podemos usar os termos Paciente não colaborador ou Paciente com Necessidade Especial.

Critérios de Inclusão:

- ✓ Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- ✓ Paciente autista em que o tratamento não foi possível na APS;
- ✓ Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, **após duas tentativas frustradas** de atendimento na rede básica com o registro das DATAS em PRONTUÁRIO E ENCAMINHAMENTO;
- ✓ Paciente com distúrbio neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral) em que o tratamento não foi possível na APS;
- ✓ Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central em que o tratamento não foi possível na APS;
- ✓ Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento na APS, **após duas tentativas frustradas de atendimento**;
- ✓ Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, **SOMENTE quando associadas ao distúrbio de comportamento em que o tratamento não foi possível na APS;**

Critérios de Exclusão:

- ✓ Procedimentos de complexidade que exijam ambiente hospitalar **(sem realização de matriciamento e avaliação do caso com especialista).**

Protocolo de Acesso Odontologia – PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

ATENDIMENTO DOMICILIAR

Indicado para pacientes especiais, restritos ao domicílio, que possuam necessidade de atendimento clínico odontológico, nos casos de impossibilidade de deslocamento até a UBS e dificuldade de manejo pelo cirurgião-dentista da APS.

Diante dessa situação, será **avaliado cada caso para necessidade de atendimento clínico** em conjunto ou não, **com o especialista do CEO e o cirurgião-dentista da APS no domicílio do paciente. É obrigatório a avaliação clínica à domicílio pelo cirurgião-dentista da APS para matriciamento e discussão de caso com o especialista** e avaliação se o paciente possui condições de acesso ao atendimento clínico com o equipo móvel, quando esse for necessário.

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival.

Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail matriciamentoodontopediatria@gmail.com

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, **durante a espera pelo atendimento especializado**, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com com cópia para ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA.

Protocolo de Acesso Odontologia – PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Priorização

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.**
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.
- **Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN,CNS, nº SISREG e Justificativa).**

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0 - VERMELHO

Pacientes com necessidades especiais físicas ou neurológicas nas seguinte condições:

- Em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Hepatopatas em fase de tratamento medicamentoso;
- Pacientes com alteração do Neurodesenvolvimento em estágio grave que não permitiram atendimento na UBS após tentativas DATADAS E REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO E NO ENCAMINHAMENTO;
- Apresentam quadros de infecção aguda/dor e histórico de agudização registrado em prontuário e encaminhamento;
- Pacientes bariátricos até 180 kg (capacidade da cadeira odontológica);
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coarctação da aorta;
- Gestantes com diagnóstico de necessidades especiais.

P1-AMARELO

Pacientes com necessidades especiais físicas ou neurológicas nas seguinte condições:

- Pacientes com alteração do Neurodesenvolvimento em estágio leve a moderado que não permitiram atendimento na UBS após tentativas DATADAS E REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO E NO ENCAMINHAMENTO;
- Lactantes até seis meses pós-parto com diagnóstico de necessidades especiais;
- Dependentes químicos em tratamento (tabagismo, etilismo e outras drogas).

P2-VERDE

- Demais indicações de pacientes especiais com dificuldade de atendimento na
- APS, após duas ou mais tentativas registradas em prontuário e no ENCAMINHAMENTO;
- Consultas periódicas programadas pelo especialista – quando solicita novo encaminhamento na CONTRARREFERÊNCIA

P3-AZUL

- Demais casos com necessidade de tratamento especializado que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO

PERIODONTIA

CÓDIGO 0701900

COLABORADORES

Neide Cardoso Bruning
Cirurgiã-dentista Periodontista - Protesista

Ricardo Kavelage Phillippi
Cirurgião-dentista Periodontista

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – PERIODONTIA

Critérios de encaminhamento:

- Tratamento não cirúrgico em **bolsas periodontais com 5mm ou mais de profundidade de sondagem em casos de Tratamento de Periodontite Crônica**;
- Tratamento da Doenças Gengivais e Periodontais Necrosantes;
- Necessidade de cirurgia periodontal com acesso; terapia periodontal; aumento de coroa.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. Condições clínicas: cárie em nível subgengival, dentes com número da profundidade de sondagem das bolsas, presença de supuração, mobilidade dental (grau), lesão de furca, abscessos de repetição, entre outros
3. Tipo de Tratamento a ser realizado (cirurgia, raspagem, doenças periodontais agudas)
4. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS: profilaxia, Raspagem supragengival, exodontias;
5. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: *Paciente 55 anos, histórico de HAS, fumante. Apresenta inflamação e sangramento gengival com profundidade de sondagem de 7mm MV nos dentes 25,26 e 6mm DL nos dentes 13, 14, 15. Raspagem supragengival, profilaxia e restaurações feitas na UBS. Necessita de Raspagem subgengival. Radiografias periapicais anexadas ao prontuário em 14/08/2023.*

Critérios de Inclusão:

- ✓ Bolsas ativas **com 5mm ou mais de profundidade de sondagem** em casos de Tratamento de Periodontite Crônica;
- ✓ Tratamento da Periodontite Agressiva (Periodontite de Acometimento Precoce);
- ✓ Doenças Periodontais Necrosantes: Gengivite Ulcerativa Necrosante (**GUN**) ;Periodontite Ulcerativa Necrosante (**PUN**);
- ✓ Aumento de coroa clínica (ACC) com finalidade restauradora ou protética;
- ✓ Cunha distal ou mesial em bolsas com mais de 4mm, onde se verifique hiperplasia gengival que impossibilite a higienização/reabilitação;
- ✓ Gengivectomia e gengivoplastia- onde exista hiperplasia gengival, inclusive medicamentosa ou crateras interproximais;
- ✓ Contenção (splintagem).

Critérios de Exclusão:

- ✓ Pacientes com necessidade de raspagem supragengival: realizar o procedimento na UBS (**ultrassom ou manual**);
- ✓ Dentes com acentuada mobilidade vertical – indicação de exodontia;
- ✓ Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais);
- ✓ Paciente não colaborador ou que não apresente comprometimento com o tratamento;
- ✓ Pacientes em acompanhamento no CEPON que necessitem de raspagem supragengival/profilaxia – **realizar na UBS**
- ✓ Frenectomias e Bridectomias – **encaminhar para Cirurgia Oral Menor**

Protocolo de Acesso Odontologia – PERIODONTIA

TRATAMENTO DE BOLSAS PERIODONTAIS

Informar OBRIGATORIAMENTE:

- 1) Atividade da doença (aguda, crônica)
- 2) Profundidade de sondagem e respectiva (s) região (ões) – dentes e faces;
- 3) Sempre que houver: presença de supuração, mobilidade dental (grau), lesão de furca, abscessos de repetição.

INTERRELAÇÃO ENDODONTIA X PERIODONTIA – AUMENTO DE COROA

- Encaminhar **apenas para endodontia** (colocar no encaminhamento a necessidade do tratamento periodontal) – será encaminhado via fluxo interno

URGÊNCIAS PERIODONTAIS

- O tratamento das **urgências periodontais** (processo periodontal agudo) assim como a **manutenção do tratamento periodontal** deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde.

MANUTENÇÃO E PROSERVAÇÃO PERIODONTAL

- A preservação do tratamento periodontal deverá ser realizado pelo CD da APS, conforme orientações do CD Especialista em Periodontia. Somente deverá ser reencaminhado ao CEO se houver recidiva da doença.

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
- Restos radiculares;
- Selamento de cavidades;
- Profilaxia e RAP supragengival (manual ou ultrassom).

Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail matriciamentoperiodontia@gmail.com

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com com cópia para ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo tratamento necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA.

Protocolo de Acesso Odontologia – PERIODONTIA

Priorização

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.**
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.
- **Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN,CNS, nº SISREG e Justificativa).**

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.
- ✓ **Terapias Periodontais devem ser feitas a cada 3 ou 6 meses conforme orientação do especialista**
- ✓ **Após procedimento de ACC, paciente deve realizar procedimento restaurador em até 30 dias – via agendamento direto com prioridade na UBS.**

Protocolo de Acesso Odontologia – PERIODONTIA

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0- VERMELHO

- Pacientes com quadro de Doenças gengivais e periodontais Agudas e Agressivas;
- Pacientes com quadro de Doenças gengivais e periodontais Necrosantes;
- Abscessos periodontais de repetição em que não houve sucesso na terapia básica na APS;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta;
- Gestantes.

P1-AMARELO

- Aumento de coroa clínica com finalidade restauradora;
- Gengivectomia e Gengivoplastia;
- Lactantes até seis meses pós-parto;
- Dependentes químicos em tratamento (tabagismo, etilismo e outras drogas).

P2-VERDE

- Periodontite crônica com descrição da profundidade de bolsas;
- Demais casos com necessidade de tratamento periodontal que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.

P3-AZUL

- Demais casos com necessidade de tratamento periodontal que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO;

PRÓTESE DENTÁRIA

CÓDIGO 0701709

COLABORADORES

Claudine Capistrano Pereira Lima de Oliveira
Cirurgiã-dentista Especialista em
Odontopediatria

Hariane Pagani
Cirurgiã-dentista Especialista Prótese Dentária

Neide Cardoso Bruning
Cirurgiã-dentista Especialista Prótese Dentária

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde
Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – PRÓTESE DENTÁRIA

Critérios de encaminhamento:

Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas as arcadas, com Rebordo alveolar regular que possibilite o assentamento de uma prótese dentária total.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente;
2. **Tempo que está edêntulo ou tempo de uso da prótese (caso já use);**
3. Quantidade e quais de dentes remanescentes;
4. Procedimentos de adequação bucal realizados na UBS, tais como: limpeza/profilaxia, restaurações, exodontias simples, medicação prévia;
5. **Data da última exodontia e se exodontias múltiplas;**
6. Exames complementares: laboratoriais ou de imagem - **descrever tipo de radiografia/tomografia se anexada ao prontuário ou em mãos e COLOCAR A DATA DO ANEXO.**

Exemplo: Paciente 69 anos, idoso com quadro de cardiopatia sever tipo alteração cardíaca congênita cianogênica em tratamento com Cardiologista. Edêntulo total superior com uso de mesma prótese desadaptada e desgastada há 8 anos, dentes 35 o 45 na arcada inferior com restaurações e raspagem supragengival realizadas para manutenção destes. Última exodontia do dente 47 feita em 16/07/2023. Necessita de substituição de prótese total superior.

Critérios de Inclusão:

- ✓ Paciente edêntulo total para confecção de nova prótese;
- ✓ Paciente edêntulo total com prótese (s) insatisfatória há mais de 5 anos (s) para substituição ou menos de 5 anos se fraturadas / causando dor ou lesão;
- ✓ Ausência de lesões ósseas, de restos radiculares ou elementos inclusos em áreas edêntulas;
- ✓ Cirurgia pré-protética para hiperplasias ou câmaras de sucção – será encaminhada para cirurgia oral menor via fluxo interno do CEO.

Critérios de Exclusão:

- ✓ Pacientes com remanescentes dentais ou dentes comprometidos e com indicação de exodontia na arcada **que receberá a Prótese e na Antagonista;**
- ✓ Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite a tomada de impressão e a consequente confecção da Prótese;
- ✓ **Pacientes encaminhados para prótese com Presença de LESÕES BUCAIS DE AMPLO TAMANHO OU GRAVIDADE, que não se caracteriza como alteração tecidual para cirurgia pré-protética comum, sem realização de matriciamento para especialidade de Cirurgia Oral Menor e Prótese para definição e conduta do caso.**

Protocolo de Acesso Odontologia – PRÓTESE DENTÁRIA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- A porta de entrada de atenção aos pacientes que necessitam de reabilitação protética é sempre a APS. Em situações específicas, poderão ser atendidos usuários também encaminhados por fluxo interno advindos da especialidade de odontologia para pacientes com necessidades especiais/ cirurgia oral menor;
- **Próteses realizadas no CEO que necessitem de Ajuste/ Presença de Lesão:** pedir para o paciente contatar pelo Telefone ou Whatsapp do CEO, não ir direto sem agendamento prévio. Próteses da Rede Privada não serão ajustadas;
- **Pacientes que realizaram a prótese no CEO há mais de um ano** orientar o paciente contatar pelo Telefone ou Whatsapp do CEO, não ir direto sem agendamento prévio e NÃO INSERIR NO SISREG novamente para AVALIAÇÃO;
- **Ajustes de Próteses realizadas na rede privada** (desgastes, alívios, colagem de dentes) devem ser realizados na UBS.

Adequação de Meio e Matriciamento

O paciente deverá receber a **adequação de meio bucal** previamente ao tratamento especializado:

- Instruções de higiene bucal remoção dos fatores retentivos de placa;
 - Restos radiculares e dentes com indicação de exodontia;
 - Selamento de cavidades;
 - Profilaxia e RAP supragengival (manual ou ultrassom).
- *Pacientes sem adequação de meio realizada serão contrarreferenciados para UBS para realização.*
 - *A arcada ANTAGONISTA deve estar adequada para receber a nova prótese.*

Ao encaminhar, é necessário que o CD da APS:

- Oriente sobre os cuidados com a higiene bucal e instrução de rotina protética (higiene e hábitos);
- Oriente diante de exodontias recentes que o paciente deverá aguardar 3 meses após data da última extração para estar apto a confeccionar a PT CONSIDERANDO a fila de espera e demais usuários;
- Informe que o tratamento será completado em, no mínimo, 5 consultas no CEO na Ponte do Imaruim e verifique disponibilidade e interesse do usuário.

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail matriciamentoprotese@gmail.com

Protocolo de Acesso Odontologia – PRÓTESE DENTÁRIA

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, durante a espera pelo atendimento especializado, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: regulacaoodontoph@gmail.com com cópia para ceopalhoca@gmail.com informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.
- **IMPORTANTE:** No encaminhamento original entregue ao paciente DEVE ser inserido o novo tratamento necessário e informações.
- **Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.**
- **ORIENTAR AO PACIENTE NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA.**

Priorização

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO** estão contemplados no quadro **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.
- **Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para:** regulacaoodontoph@gmail.com justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN, CNS, nº SISREG e Justificativa).

Protocolo de Acesso Odontologia – PRÓTESE DENTÁRIA

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

- ✓ Registrar na evolução odontológica (SOAP) do prontuário eletrônico do paciente as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento (quando houver) e as faltas;
- ✓ Anexar os exames de imagem realizados no CEO ao prontuário do paciente;
- ✓ Entregar ao paciente a **contrarreferência**, após alta do tratamento odontológico, com orientações ao Cirurgião Dentista para manutenção na UBS.

Protocolo de Acesso Odontologia – PRÓTESE DENTÁRIA

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0- VERMELHO

- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta;
- Gestantes;
- Paciente **sem uso de prótese** que está ativo no mercado de trabalho- **estar descrito no encaminhamento**;
- Paciente **sem uso de prótese** que apresenta características graves de depressão ou distúrbio emocional RELACIONADO À AUSÊNCIA DENTÁRIA **DIAGNOSTICADOS POR PROFISSIONAL ESPECIALISTA E DESCRITO EM PRONTUÁRIO**;
- Paciente **sem uso de prótese** que apresenta sinais severos de desnutrição ou doenças gástricas RELACIONADOS À AUSÊNCIA DENTÁRIA **DIAGNOSTICADOS POR PROFISSIONAL ESPECIALISTA E DESCRITO EM PRONTUÁRIO**;
- Paciente com indicação de cirurgia pré-protética - presença de lesões hiperplásicas/câmara de sucção.

P1-AMARELO

- Paciente com histórico recente de **exodontias múltiplas para REABILITAÇÃO - RESPEITANDO O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO APÓS ÚLTIMA EXODONTIA**
- Paciente usuário de prótese total com características graves de depressão ou distúrbio emocional relacionado à **PT insatisfatória** diagnosticados e **DIAGNOSTICADOS POR PROFISSIONAL ESPECIALISTA E DESCRITO EM PRONTUÁRIO**;
- Paciente usuário de prótese total que apresenta sinais severos de desnutrição ou doenças gástricas relacionadas à **PT insatisfatória** **DIAGNOSTICADOS POR PROFISSIONAL ESPECIALISTA E DESCRITO EM PRONTUÁRIO**;
- Paciente cuja prótese está fraturada provocando lesões em mucosa e dor aguda persistente – **DESCRITAS NO ENCAMINHAMENTO E PRONTUÁRIO**;
- Ajustes e consertos em próteses dentárias totais que não foram possíveis de fazer na Atenção Básica

P2-VERDE

- Paciente que não faz uso de prótese dentária, com exodontias realizadas há mais de um ano para REABILITAÇÃO;
- Paciente usuário de prótese dentária (menos de 2 anos) para SUBSTITUIÇÃO com queixa de fratura protética, sem presença de lesões e/ou dor associada

P3-AZUL

- Paciente usuário da mesma prótese total para SUBSTITUIÇÃO com queixa de desadaptação protética, com necessidade de correção das relações maxilo-mandibulares ou queixa estética;
- Demais casos de pacientes edêntulos com necessidade de substituição da (s) prótese (s) totais ou reabilitação

RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

CÓDIGO 1007000

COLABORADORES

Abel Luiz dos Santos
Cirurgiã-dentista Especialista em
Implantodontia / Clínico Geral

Thuany Schimitz Amaral
Cirurgiã-dentista Especialista em Radiologia

Mirelle Ferreira Pinheiro Dotta
Cirurgiã-dentista Especialista em Radiologia

Marcelo Eduardo Martins
Cirurgião-dentista Coordenador de Saúde Bucal

Suelen Paravisi Pagliari
Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO
Apoio Institucional de Saúde Bucal

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação, Controle e
Avaliação

Rosinei de Souza Horácio
Secretário Municipal de Saúde

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

- O Serviço de Radiologia Odontológica irá atender pacientes encaminhados pelos Cirurgiões-dentistas da APS, com a finalidade de executar exames radiográficos para complementação diagnóstica.
- **Todas as informações e critérios de encaminhamento para a especialidade descritos no Sistema de Regulação deverão constar na evolução odontológica do prontuário eletrônico do paciente para que a solicitação possa ser adequadamente autorizada.**
- **Para Encaminhamento é necessário preenchimento de anamnese, odontograma no prontuário eletrônico pelos cirurgiões-dentistas da APS antes da inserção da solicitação no Sistema de Regulação.**
- Requisições de exames advindos da rede privada ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) não serão aceitos pelo Serviço de Regulação, devendo o paciente passar por avaliação com o cirurgião-dentista da APS para orientação.

Critérios de encaminhamento:

Pacientes que necessitem de RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS, INTERPROXIMAIS E OCLUSAIS para auxílio diagnóstico.

CÓDIGOS UTILIZADOS PARA ENCAMINHAMENTO

CÓDIGO 1007000: GRUPO RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

1007037 - RADIOGRAFIA PERIAPICAL, INTERPROXIMAL (BITEWING)

Descrever no encaminhamento o tipo de radiografia solicitada – INTERPROXIMAL, PERIAPICAL OU OCLUSAL, além das outras informações obrigatórias no quadro ABAIXO.

Ao Encaminhar, é preciso informar:

1. Idade e Condições sistêmicas do paciente (comorbidades);
2. Gestação (obrigatório informar idade gestacional);
3. Condição: informar se presença de dor/infecção; trauma e hipótese de diagnóstico;
4. Tipo de Projeção (interproximal, oclusal, periapical);
5. Região(ões) /área a ser radiografada: dentes, lados D e E;
6. Justificativa clínica do exame.

Exemplo: *Paciente 28 anos, gestante 27 semanas. Apresenta dor intermitente no dente 25 com diagnóstico de pulpite e acesso endodôntico realizado. Necessita radiografia periapical para encaminhamento a Endodontia do CEO.*

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

TIPOS DE EXAME OFERTADOS

Radiografia Periapical

INDICAÇÕES

- ✓ Detecção de inflamação/infecção periapical;
- ✓ Avaliação do estado periodontal;
- ✓ Avaliação pós traumatismo dental osso alveolar;
- ✓ Visualização da presença e posição dos dentes não-erupcionados;
- ✓ Visualização da morfologia das raízes antes extrações;
- ✓ Visualização pré e pós-operatório de cirurgias periapicais;
- ✓ Avaliação detalhada de cistos e lesões no osso alveolar.

Radiografia Interproximal – Bite Wing

INDICAÇÕES

- ✓ Detecção de lesões de cáries;
- ✓ Acompanhamento da progressão de cáries dentárias;
- ✓ Avaliação das restaurações existentes;
- ✓ Avaliação do estado periodontal (em especial cristas alveolares).

Radiografia Oclusal Total ou Hemiarco

INDICAÇÕES

- ✓ Pacientes edêntulos antes da confecção da prótese total para constatação de dentes retidos, supranumerários, cistos e raízes residuais;
- ✓ Para pacientes fissurados;
- ✓ Visualização de áreas patológicas e sialólitos;
- ✓ Avaliação periapical dos dentes póstero-superiores, em especial em adultos incapazes de tolerar os posicionadores de radiografias periapicais;
- ✓ Posição de raízes deslocadas durante extração dental.

Critérios de Inclusão

- Radiografias Periapicais, Interproximais e oclusais;
- Radiografias de Terceiros molares erupcionados e em posição favorável para realização da tomada;
- **Para levantamento periapical, é necessária a justificativa detalhada da necessidade no encaminhamento.**

Critérios de Exclusão

- Pacientes não colaborativos com idade inferior a 3 anos – Realizar matriciamento com o setor de Radiologia e Odontopediatria CEO;
- Pacientes em quadro AGUDO DE INFECÇÃO e LIMITAÇÃO DA ABERTURA BUCAL – realizar tratamento e resolução do quadro agudo e após encaminhar para radiologia;
- Pacientes com indicação de exodontia de terceiros molares inclusos, conforme definido em protocolo do CEO - solicitar panorâmica.

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

Matriciamento

Em caso de **dúvidas quanto ao diagnóstico** utilizar a **ferramenta de apoio matricial** para discussão do caso através do e-mail **radiopalhoca@gmail.com**

Inserção de Dados ou Novos Procedimentos - Regulação:

- Se, **durante a espera pelo atendimento especializado**, surgir a necessidade de outro procedimento ou complementar a inserção de dados, o profissional deverá encaminhar um e-mail para: **radiopalhoca@gmail.com** informando o tratamento a ser inserido na mesma solicitação pendente.

IMPORTANTE: No encaminhamento original entregue ao paciente **DEVE** ser inserido o novo exame necessário e informações.

Lembre-se que o paciente não retira a autorização da consulta para atendimento.

NÃO INSERIR NOVAMENTE NO SISTEMA DE REGULAÇÃO

Priorização e Urgências

- Ao descrever o encaminhamento considerar todas as **condições clínicas, sistêmicas e sociais** para o Cirurgião-dentista Regulador classificar a prioridade conforme protocolo e critérios disponíveis.
- Solicitações para a especialidade que não se enquadrem nos critérios de urgência serão regulados por **ORDEM CRONOLÓGICA**.
- **Comorbidades que justificam PRIORIZAÇÃO e/ou ALTERAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO estão contemplados no quadro CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Ao descrever a condição sistêmica, detalhes devem ser inseridos.**
Exemplo: Paciente Cardiopata – descrever a cardiopatia e os medicamentos utilizados.
- Poderá solicitar mudança de Priorização em casos de:
 - Mudança de condição clínica/ sistêmica em que o motivo do encaminhamento possa agravar o quadro - descrever condição, exames e avaliação médica registrada em prontuário.
 - Pacientes com pelo menos 3 (três) históricos de infecção/agudização recorrentes, registradas em prontuário e datadas - descritas no corpo do texto do e-mail.
- Quadros que se enquadrem na priorização, enviar e-mail para: **radiopalhoca@gmail.com** justificando o motivo da prioridade, datas dos atendimentos, dados do paciente (nome, DN,CNS, nº SISREG e Justificativa).
- Dúvidas e situações urgenciais contatar via ramal 5850.

AO ESPECIALISTA E CONTRARREFERÊNCIA:

Caberá ao Radiologista:

- ✓ Emissão do laudo radiográfico em prontuário eletrônico do paciente em até 48hs após a realização do exame
Os radiologistas deverão incluir no laudo a realização das técnicas utilizadas que se fizerem necessárias para visualização da área de interesse indicada na solicitação.
- ✓ Registrar a ocorrência de dificuldades na realização do exame e/ou limitações na realização do mesmo, quando houver e contrarreferenciar ao dentista responsável.
- ✓ Registrar SEMPRE a falta do usuário ao exame, se ocorrer.

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - REGULAÇÃO

P0- VERMELHO

- Pacientes pediátricos de até 3 anos;
- Pacientes Adultos e Pediátricos com Trauma mediato ou imediato;
- Suspeita de tumores, lesões cancerizáveis;
- Pacientes com quadro infeccioso grave – após resolução da fase aguda pelo cirurgião-dentista da APS;
- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco e candidatos a transplantes;
- Pacientes oncológicos pré-terapêuticos e cirúrgicos;
- Pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana;
- Pacientes imunodeprimidos/imunossuprimidos;
- Pacientes com necessidades especiais Físicas e/ou Neurológicas;
- Pacientes portadores de cardiopatias importantes: alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta;
- Gestantes.

P1-AMARELO

- Radiografias para Encaminhamento ao CEO (Endodontia, Exodontia/Avaliação prévia a realização de prótese dentária total);
- Crianças a partir de 3 anos;
- Lactantes até seis meses pós-parto.

P2-VERDE

- Pacientes com necessidade de finalidade diagnóstica que apresentam histórico de dor e/ou processos infecciosos;
- Pacientes idosos.

P3-AZUL

- Casos para Finalidade de Avaliação, Diagnóstico e acompanhamento
- Demais situações que requerem exame de imagem.

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A fim de reduzir a dose no paciente, exames radiográficos somente devem ser realizados quando, após exame clínico e cuidadosa consideração das necessidades de saúde geral e dentária do paciente, sejam julgados necessários. Deve-se averiguar a existência de exames radiográficos anteriores que tornem desnecessário um novo exame, sendo proibida a realização de exames radiológicos, apenas com fins periciais
 - Resolução Normativa N° 002/DIVS/SES
- **Todos os exames radiográficos realizados serão regulados. Para casos urgentiais, descrever detalhadamente o motivo no encaminhamento com todas as informações clínicas que justifiquem para que o Radiologista Regulador possa realizar a priorização de acordo com os critérios de urgência.**

Cabe ao Cirurgião-dentista da APS informar ao paciente que:

- Durante o exame radiográfico é expressamente proibido a presença de acompanhante, exceto nos casos em que houver necessidade de assistência (por exemplo, pacientes pediátricos, pessoas com necessidades especiais, pacientes idosos, etc.), devendo nestes casos ser recomendado apenas um acompanhante;
- Respeitar o horário agendado.

Cabe ao Cirurgião-dentista da APS :

- **Buscar em todos os atendimentos odontológicos com registro de CBO (cirurgião- dentista) ou CRO no prontuário eletrônico (G-mus) os exames radiográficos já anexados, CONFORME TUTORIAL ABAIXO.**
- **Ao procurar no prontuário atentar para as datas dos exames: considerar na pesquisa registros além do ano vigente, conferir data de lançamento no Odontograma.**
- **Somente REENCAMINHAR o paciente para NOVO EXAME RADIOGRÁFICO após constatação com o Setor de Radiologia confirmando a ausência da radiografia em prontuário ou mãos do paciente ou necessidade de exame atualizado.**

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

TUTORIAL DE PESQUISA PARA EXAMES RADIOGRÁFICOS ANEXADOS

1. Com o prontuário aberto, **Clicar no símbolo do “olho laranja”** no lado direito da tela
2. Será direcionado para nova janela de Filtros

The screenshot displays a medical software interface. At the top, a patient's name is partially visible as 'L... A... O D... OS' with a redacted ID. Below the name, patient details include '14 anos, 3 meses e 2 dias', 'Feminino', and a link to 'Ver todos os dados'. There are checkboxes for 'Enfermagem?', 'Ficar em observação?', and 'Alta condicional?'. A yellow box labeled 'DADOS IMPORTANTES' is on the right. Below this, a row of vital signs and dates is shown: '01/07/2014 às 10:22', 'Temperatura: PA (Sistólica / Diastólica): / - méd:', 'Freq. Resp.:', 'Freq. Car.:', 'Pulsação:', 'Glicemia: ✓', 'Sat. O2:', 'Sat. CO2:', and '05/02/2020 às 10:15'. A red box highlights an orange eye icon in the top right corner. The main area is divided into 'SOAP' and 'Histórico do Paciente'. The 'SOAP' section has a 'Subjetivo' field with 'Notas' and an 'Objetivo' field with 'Notas'. The 'Histórico do Paciente' section has a '+ Filtros' button and a 'SALVAR' button. Below these are fields for 'Origem: Agendamento', 'Prioridade: Não Urgente', 'Especialidade: ENDODONTIA (2050)', 'Profissional: SUELEN PARAVISI PAGLIARI - CRO-SC-14066', 'Turno: Matutino', and 'Data do cadastramento: 17/11/2021 16:23:05'.

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

3. Escolher os seguintes Filtros como o exemplo na imagem **OU** Nome do Profissional de Radiologia **OU** apenas pesquisar SEM FILTROS.

ATENÇÃO: CONSIDERAR QUE RADIOGRAFIAS SÃO ANEXADAS POR TODOS OS PROFISSIONAIS DA REDE AUXILIARES OU DENTISTAS (APS E CEO) E CASO NÃO SAIBA O PROFISSIONAL QUE REALIZOU, DEIXE OS FILTROS EM BRANCO.

4. Clicar em **PESQUISAR**

– Filtros de Pesquisa

Filtros

Paciente *

Al [REDACTED] LVA

Data inicial [REDACTED] Data final [REDACTED]

Profissional [REDACTED]

Estabelecimento [REDACTED]

☐ ABEL LUIZ DOS SANTOS (17450)

☐ DORIS GOMES (17446)

☐ THUANY SCHMITZ AMARAL (19511)

Origens

☒ Prontuário ☒ Acolhimentos ☒ Agendamentos ☒ Saldas ☒ Visita Domiciliar e Territorial ☒ Endereço Paciente ☒ Vacina ☐ Agendamentos em Grupo ☐ Prontuário Odontológico ☐ Informado pelo cidadão

☒ Prontuário Hospitalar (G-HOSP)

Especialidade dos Agendamentos

[REDACTED]

Itens para exibir(Prontuário)

Receitas ☒ Solicitação de Exames ☒ Resultados de Exames ☒ Autorização de Procedimentos ☒ eSUS ☒ Anamnese ☒ Questionários Personalizados ☒ Prontuário Odontológico ☒ Exibe prontuário da composição familiar (E-SUS) ☐ Exibe prontuário dos progenitores ☐

Exibe odontograma de histórico geral ☐ Exibe odontograma de atendimento ☐

Número de Registros

10

PESQUISAR

Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

5. Identificar o registro em prontuário eletrônico com nome e CRO do profissional
6. Clicar no Registro do profissional para abertura e visualização do Exame Radiográfico

Exemplo 1 de Registro que pode constar o exame Radiográfico anexado

G-MUS - Gestão Municipal da Saúde (Versão: 21.08.08) - Google Chrome

smspalhoca.g-mus.com.br/prontuario/consultardadosprontuario/index/id_usuario_gms/432377/semmenu/1

+ Filtros de Pesquisa

Paciente: [REDACTED] Atualizar

Diagnóstico
Data: 06/05/2021 08:35:38 -03:00
UPS: [REDACTED]
Profiss: [REDACTED]
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 06/05/2021 08:29:59 -03:00
UPS: CENTRO DE SAUDE PALHOCA CENTRAL UNIDADE
MISTA CENTRAI
Profissional: **THUANY SCHMITZ AMARAL - CRO-SC-17900**
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 27/04/2021 11:39:01 -03:00
UPS: CENTRO [REDACTED]
Profissional: [REDACTED]
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 20/04/2021 09:48:23 -03:00
UPS: CENTRO DE SAUDE PALHOCA CENTRAL UNIDADE
MISTA CENTRAI

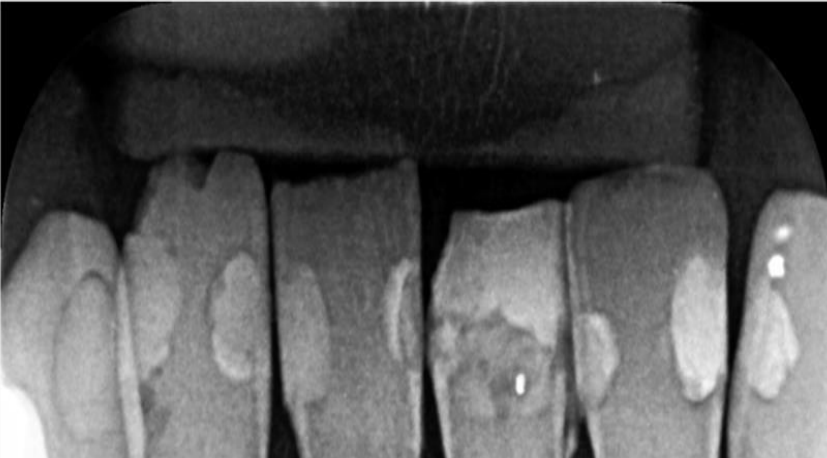
AN [REDACTED]
49 anos, 3 meses e 1 dias · Feminino

Objetivo Registrado no SRES em 06/05/2021 08:30 -03:00
radiografia periapical do dente 31

Produção Registrado no SRES em 06/05/2021 08:29 -03:00

Procedimento/Atividade
RADIOGRAFIA PERIAPICAL (0204010225)

Arquivos



Protocolo de Acesso Odontologia – RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Exemplo 2 de Registro que pode constar o exame Radiográfico anexado:

ATENTE que os Registros de anexo podem ser dos **outros cirurgiões-dentistas/Auxiliares da rede APS ou CEO**

G-MUS - Gestão Municipal da Saúde (Versão: 21.08.08) - Google Chrome
smspalhoa.g-mus.com.br/prontuario/consultardadosprontuario/index/id_usuario_gms/2304401/semmenu/1

+ Filtros de Pesquisa

Paciente [REDACTED] | Atualizar

UPS: CEO
Profissional: LUCIANO RODRIGUES VEIGA - CRO-SC-5337
Status: Finalizado

Saída
Data: 31/08/2021 10:26:59 -03:00
UPS: CENTRO DE SAUDE PACHECOS
Profissional: LUCIANO RODRIGUES VEIGA
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 31/08/2021 08:42:32 -03:00
UPS: [REDACTED]
Profissional: LUCIANO RODRIGUES VEIGA - CRO-SC-5337
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 09/08/2021 17:30:39 -03:00
UPS: [REDACTED]
Profissional: JAQUELINE SILVEIRA - CRO-SC-1633
Status: Finalizado

Prontuário
Data: 05/08/2021 07:05:48 -03:00
UPS: CEO
Profissional: LUCIANO RODRIGUES VEIGA - CRO-SC-5337

Arquivos

PACIENTE: [REDACTED]
INDICAÇÃO: [REDACTED]
DATA: 05/08/21

RETIRE ESTE PROTETOR, COM SUAVE PRESSÃO, APENAS QUANDO COLOCAR O FILME



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS NA ELABORAÇÃO DESTE PROTOCOLO

- ACADEMIA DA ODONTOLOGIA. 2021. Etapas do tratamento endodôntico em dentes decíduos –. Disponível em: <https://www.academiadaodontologia.com.br/etapas-do-tratamento-endodontico-em-dentes-decíduos/>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes para a Atenção a Saúde Bucal São Paulo. . Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf -
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema  nico de Saúde [recurso eletrônico].
- BRAS L: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. Brasília: Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
- BRAS L: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica N 17. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
- R.L.C.Martinelli, I.R. Marchesan, G. Berretin-Felix. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO LINGUAL PARA BEBÊS: RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS ANAT MICOS E FUNCIONAIS. Rev. CEFAC. 2013 Mai-Jun; 15(3):599-610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/J5Ch8z9c4T8PG9s99ympKkS/?format=pdf>
- FREITAS, L. Radiologia bucal. Ed. Com e Reprod Ltda, 1992. -WHAITES, E. Princípios da radiologia odontológica. Ed. 2009.
- M.I. Meurer, C. ZimmermannII; L. J. Grando. Proposta de um roteiro de apoio   descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. Rev. ABENO vol.15 no.3 Londrina Jul./Set. 2015. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542015000300002
- Manual de Especialidades em Saúde Bucal: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_especialidades_bucal.pdf Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Florianópolis: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf
- Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Belo Horizonte. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-atencao-basica.pdf>
- Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Porto Alegre. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolosaudebucal2014.pdf
- Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Curitiba. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-basica/protocolo-odonto.html>
- Recomendações Para Referência e Contra-referência Aos Centros De Especialidades Odontológicas (Ceos) – Prefeitura Municipal de Blumenau. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/protocolo.pdf>
- Protocolo De Acesso Odontologia Endodontia– Prefeitura de Florianópolis. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/ORIENTA%C3%87%C3%95ES%20E%20PROTOCOLOS%20S/B/ENDO.pdf>
- Protocolo De Acesso Odontologia Periodontia– Prefeitura de Florianópolis. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Desktop/ORIENTA%C3%87%C3%95ES%20E%20PROTOCOLOS%20S/B/PERIO.pdf>
- Protocolo ESTADUAL DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL . Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br>