

VERSÃO ATUALIZADA EM JUNHO DE 2021

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIO ADJUNTO

Luiz Carlos Zamarco

CHEFE DE GABINETE

Armando Luis Palmieri

COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Sandra Sabino

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Márcia Maria de Cerqueira Lima

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SMS

Marta Lopes de Paula Cipriano

Juliane Turassa Chaves Uyeda

Samanta Pereira de Souza

DOCUMENTO CRIADO EM 2020

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIA-ADJUNTA

Edjane Maria Torreão Brito

COORDENADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE

Ivanilda Argenau Marques

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Maria Cristina Honório dos Santos

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SMS

Marta Lopes de Paula Cipriano

Mario Nakanishi

Juliane Turassa Chaves Uyeda

ASSESSORES DE SAÚDE BUCAL

Sandro Marcelo Ribeiro Garcia – CRS Norte

Luís Roberto Suman - CRS Oeste

Danielle de Cássia Souza Macedo - CRS Sul

Karen Muller Ramalho - CRS Sul

Regina Saldanha Gonçalves – CRS Leste

Márcio Henrique Sanches – CRS Centro

Ana Elisa Aoki – CRS Sudeste

Adriana Abramo de Abreu – CRS Sudeste

COORDENADOR DO NÚCLEO DE CRIAÇÃO

Luiz Henrique Gomes de Souza

DIAGRAMAÇÃO

Igor dos Santos Chagas

Giovanna Olivieri da Silva Fabossi

*Agradecemos aos Interlocutores de Saúde Bucal das
Supervisões Técnicas de Saúde e aos especialistas
dos Centros de Especialidades Odontológicas pela
colaboração na construção destes protocolos.*

ÍNDICE

PROTOCOLO CIRURGIA ORAL MENOR	08
PROTOCOLO ENDODONTIA	12
PROTOCOLO ESTOMATOLOGIA	28
PROTOCOLO ORTODONTIA	32
PROTOCOLO PERIODONTIA	38
PROTOCOLO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)	43
PROTOCOLO PRÓTESE DENTÁRIA	49

PROTOCOLO CIRURGIA ORAL MENOR

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste na unidade de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA/ CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- Especificação do(s) dente(s) que motivou o encaminhamento à especialidade (ex. exodontia dos dentes impactados: 18, 28, 38 e 48);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS e que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.

É imprescindível que a redação do impresso de Referência/Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da “Ficha Referência/Contrarreferência” e do “Comprovante de agendamento” para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde;
- Não existe obrigatoriedade de o paciente encaminhado apresentar tratamento odontológico concluído, porém deve ter sido realizada adequação do meio bucal, através de selamento das cavidades, terapia periodontal básica e remoção de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir na realização ou recuperação dos procedimentos da especialidade;
- O paciente deve receber orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e que o tratamento será proposto pelo profissional do CEO;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir. A Atenção Primária é responsável pelo paciente.** O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- Observar no campo “Protocolo” da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente.
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- O paciente deverá receber orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:
 1. Cartão SUS;
 2. Comprovante de agendamento;
 3. Documento de identidade com foto;
 4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
 5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRA REFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, com relatório do tratamento realizado pelo especialista;
- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal especificada neste protocolo, ele deverá iniciar e dar continuidade ao tratamento no CEO e será também contrarreferenciado à UBS de origem para adequação ao protocolo. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que a adequação seja realizada na maior brevidade;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS;
- De forma alguma o paciente perderá sua vaga, não haverá necessidade de inserção novamente no Sistema Regulador do SIGA.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

- O paciente poderá ter seu Tratamento Concluído (TC) na Atenção Primária ou TC com Controle das Doenças Bucais (TC-CDB) com adequação de meio, selamento de cavidade. Inclui-se neste tópico pacientes atendidos como urgência/emergência, nos quais foram realizados procedimentos de adequação do meio, de tal forma que deem mínimas condições de encaminhamento;
- Orientar o paciente a levar todos os exames que possuir inclusive exames radiográficos anteriores;
- Em alguns casos a remoção de sutura poderá, a critério do profissional especialista, ser realizada na UBS de referência;
- O clínico geral deve estar atento aos encaminhamentos de casos que são sensíveis à APS. Havendo a necessidade, deverá justificar a dificuldade do não atendimento no campo observação da fila de espera e também no campo observação do impresso de referência;
- Dentes erupcionados, indicações ortodônticas, exodontias simples e raízes residuais devem ser realizadas na UBS.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ENCAMINHAMENTO AOS CEO

A Unidade Básica de Saúde deverá encaminhar pacientes que se enquadram nos seguintes casos:

- Dentes inclusos, retidos ou impactados;
- Dentes supranumerários;
- Cirurgias pré-protéticas – hiperplasias ou regularização de rebordo;
- Frenectomias;

- Cistos;
- Excisão de cálculo salivar;
- Remoção de cistos e corpos estranhos;
- Casos de Redução Incruenta de luxação de ATM e reimplante dental, caso o profissional da AB não se sinta apto a realizá-los. Nestes casos o contato com o CEO deve ser realizado, ou referenciar para atenção terciária (ex. Hospital Municipal do Tatuapé; Hospital Municipal do Campo Limpo, área Buco Maxilo Facial) para o atendimento emergencial.

ATENDIMENTO NO CEO

- O Cirurgião Dentista do CEO ao realizar a avaliação do paciente, solicitará vaga para o exame de Rx Panorâmico ou Tomografia no SIGA, através da Regulação. O paciente deverá ser comunicado sobre a data de realização do exame e do retorno à consulta no CEO com o especialista;
- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento.

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA MS 1.464 DE 24 DE JUNHO DE 2011.

Ao profissional de 20 h/semana, devem-se agendar 48 pacientes novos por mês, com 80 procedimentos/mês.

A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais, desde que sejam respeitados esses parâmetros.

PROTOCOLO ENDODONTIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário diretamente ao CEO. Este usuário deverá ser encaminhado à Atenção Primária, à UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina e o Cirurgião Dentista encaminhará, se necessário à Atenção Secundária (CEO).

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA/ CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- Especificação do(s) dente(s) a ser(em) tratado(s). Deverá ser realizada uma única ficha de encaminhamento (ex. endodontia dos dentes 16 e 24);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.

É imprescindível que a redação do impresso de Referência/Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato Interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da “Ficha Referência/Contrarreferência” e do “Comprovante de agendamento” para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde;
- O paciente encaminhado deverá apresentar tratamento odontológico concluído para que não haja outros focos infecciosos que possam alterar ou interferir no diagnóstico do(s) dente(s);
- O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e que o tratamento será proposto pelo profissional do CEO;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir. A Atenção Primária é responsável pelo paciente.** O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- Observar no campo “Protocolo” da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente.
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O paciente deverá receber orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:
 1. Cartão SUS;
 2. Comprovante de agendamento;
 3. Documento de identidade com foto;
 4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
 5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, com relatório do tratamento realizado pelo especialista;
- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal especificada neste protocolo, ele deverá iniciar e dar continuidade ao tratamento no CEO e contrarreferenciá-lo à UBS de origem para adequação ao protocolo. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que a adequação seja realizada na maior brevidade;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS
- De forma alguma o paciente perderá sua vaga, não haverá necessidade de nova inserção no Sistema Regulador do SIGA.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da Atenção Primária estando apto para o atendimento em endodontia.

Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão, dentes com mobilidade acentuada, com mais de 2/3 de perda óssea (horizontal e vertical).

O dente a ser tratado deverá estar com curativo em boas condições e com os seguintes procedimentos já efetuados:

1. PREPARO DO DENTE:

- Realizar a remoção de todo o tecido cariado;
- As bordas do preparo cavitário, livre de cárie, devem estar posicionadas supragengivalmente, para permitir a colocação de grampo de isolamento absoluto;
- Caso as bordas do preparo cavitário após a remoção da cárie não estejam posicionadas supragengivalmente, de modo que permita a colocação do grampo de isolamento absoluto, o Endodontista irá encaminhar internamente para o Periodontista para que este avalie a possibilidade de realizar o aumento de coroa clínica;
- Realizar pulpotomia, pulpectomia ou penetração desinfetante, conforme o caso, e curativo de demora com paramonoclorofenol canforado (PMCC);
- Selar o dente com restauração provisória adequada e resistente através de conjunto restaurador intermediário (tipo IRM), cimento de ionômero de vidro (CIV) ou ainda com cimento de fosfato de zinco. O paciente deve ser orientado a retornar à UBS caso a restauração provisória sofra fratura;
- O dente deve apresentar estrutura coronária remanescente suficiente para permitir sua restauração direta na Atenção Primária após a conclusão da Endodontia ou indireta, através de Incrustação Metálica Fundida ou Coroa ou Núcleo e Coroa a serem realizados pelo protesista do CEO.

2. PREPARO DE BOCA:

- Seja para o tratamento endodôntico inicial ou retratamento as condições da cavidade bucal para o retratamento devem ser as mesmas, ou seja, não deve haver focos de infecção ou acúmulo de biofilme que possam comprometer o sucesso da terapêutica endodôntica.

3. ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

- Dentes permanentes vitais com rizogênese incompleta que apresentem inflamação pulpar aguda (dor) ou crônica (pólipos pulpares) deverão ser tratados na Atenção Primária com a técnica da pulpotomia, com o objetivo de possibilitar a apicigênese;
- Nos casos de trepanação acidental da polpa viva, durante o preparo cavitário ou da remoção de cáries profundas, o cirurgião dentista (CD) da Atenção Primária, deverá realizar proteção pulpar direta ou indireta e acompanhar clinicamente a vitalidade pulpar por um período de 45 a 60 dias, antes de encaminhar o paciente ao CEO. Restaurar o dente e fazer novo controle em 90 dias para checar se houve necrose pulpar;
- Em caso de inflamação pulpar em fase de transição, antes de encaminhar o paciente ao CEO, o CD da Atenção Primária, deverá remover a causa da inflamação, realizar proteção pulpar seguida de restauração provisória, e reavaliar a remissão dos sintomas e a vitalidade pulpar pelo período aproximado de 30 dias. Certificando-se da vitalidade pulpar, proceder à restauração definitiva;
- Terceiros molares só devem ser encaminhados para Endodontia quando o usuário apresentar muitas perdas dentárias e o terceiro molar estiver em função mastigatória.

ORIENTAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para realizar um diagnóstico endodôntico devemos observar:

- a) os sintomas relatados pelo paciente;
 - b) os sinais observados no exame clínico;
 - c) as respostas aos testes de sensibilidade pulpar;
 - d) o exame radiográfico.
- O teste de sensibilidade ao frio para detecção da vitalidade pulpar deve preferencialmente ser realizado com gás refrigerante (diclorodifluoroetano sob a forma de aerossol), através de penso de algodão embebido nessa substância e aplicado sobre a coroa dentária;
 - Deve-se realizar o teste em dois ou mais dentes para estabelecer o padrão de sensibilidade do paciente; a análise da resposta é sempre comparativa com um dente saudável com vitalidade;
 - Da mesma forma, os testes de percussão horizontal e vertical e de palpação apical devem ser realizados em vários dentes adjacentes;

- As radiografias são um importante exame complementar, porém cabe lembrar que elas não revelam a condição de saúde pulpar. Através delas podemos observar a anatomia dental, alterações ósseas periapicais e alterações pulpares tais como reabsorções internas, externas e calcificações que poderão influenciar nas respostas aos testes de vitalidade;
- Somente por meio da análise do conjunto de informações obtidas com a anamnese e o exame clínico é que se pode chegar ao diagnóstico endodôntico;
- A prescrição de medicamentos não é suficiente para resolver a grande maioria dos problemas odontogênicos e periodontais;
- É preciso intervir no elemento dental que dá origem a dor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DAS INFLAMAÇÕES PULPARES

1. Inflamação pulpar reversível:

- Caracteriza-se por uma resposta dolorosa ao frio e ao calor, de curta duração (poucos segundos). Não há sensibilidade à palpação na região apical, e pode haver pouca ou nenhuma dor à percussão. Cessa com a remoção da causa (ex. lesão de cárie, exposição dentinária);
- Tratamento: realizar a remoção da causa (cárie, contato oclusal prematuro, exposição dentinária, restauração profunda sem forramento adequado). Não é necessário o tratamento endodôntico.

2. Inflamação pulpar em fase de transição:

- Caracteriza-se por uma resposta dolorosa exacerbada ao frio e ao calor, com declínio lento. Possível sensibilidade à percussão e palpação apical. Paciente relata alívio com analgésicos. Pode cessar com a remoção da causa;
- Tratamento: também se deve remover a causa (normalmente cárie ou restauração profunda sem forramento adequado), realizar proteção pulpar com cimento de hidróxido de cálcio ou ionômero de vidro – CIV para forramento, restauração provisória, com ionômero de vidro – CIV restaurador ou outro material resistente à abrasão e cisalhamento que ocorre durante a função mastigatória. Reavalia-se o caso em 20 a 30 dias. Pode-se prescrever anti-inflamatórios.

3. Inflamação pulpar irreversível (pulpite):

- Manifesta-se por dor intensa, espontânea e pulsátil, de difícil controle com analgésicos. Piora com o calor e em alguns casos melhora com o frio. Dor à palpação apical e à percussão horizontal. Somente o tratamento endodôntico ou a exodontia resolvem esses casos.

CONDUTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

- **Pulpectomia (remoção da polpa viva):**

TÉCNICA:

- a) anestesia;
- b) remoção de todo o tecido cariado;
- c) isolamento relativo com bom controle da umidade;
- d) acesso à câmara pulpar com brocas esféricas diamantadas de pescoço longo (1014 HL para dentes anteriores e pré-molares ou 1016 HL para molares ou brocas de tamanho similar ao recomendado);
- e) remoção da polpa (pulpectomia) com lima endodôntica tipo Hedström, penetrando com a lima até cerca de dois terços do comprimento estimado do dente (Obs: pode-se optar por realizar apenas a pulpotomia com cureta afiada);
- f) irrigação com hipoclorito de sódio a 1 % e secagem da câmara pulpar com bolinha de algodão;
- g) curativo “de demora” na câmara pulpar com bolinha de algodão levemente embebida em paramonoclorofenol canforado (PMCC) para que somente seus vapores exerçam sua função antimicrobiana;
- h) selamento da cavidade com cimento resistente (à base de OZE modificado ou CIV);
- i) prescrição de analgésico e encaminhamento para a endodontia no CEO;
- j) selamento coronário com a restauração definitiva imediatamente após a conclusão da endodontia (preferencialmente no prazo de 2 a 3 semanas).

- **Inflamação pulpar crônica hiperplásica (pólipo pulpar):**

Dente com vitalidade pulpar onde se observa comunicação da câmara pulpar com o meio bucal, sendo visível a hiperplasia do tecido pulpar em formato de pólipo. Geralmente ocorre em dentes jovens com apicigênese incompleta e, na maioria dos casos, não há dor.

Em casos de apicigênese incompleta o tratamento indicado é a pulpotomia, ou seja, a remoção apenas da porção coronária da polpa que se apresenta hiperplásica e a restauração do dente. Preserva-se a polpa radicular para que se complete o processo fisiológico da apicigênese.

Nos casos onde os ápices já estão fechados indica-se o tratamento endodôntico, com a intervenção inicial da pulpectomia na Atenção Primária.

TÉCNICA DA PULPOTOMIA:

- a) anestesia;
- b) remoção do tecido cariado;

- c) isolamento relativo com bom controle da umidade;
- d) remoção do teto remanescente da câmara pulpar com broca esférica diamantada de pescoço longo (1014 HL para dentes anteriores e pré-molares ou 1016 HL para molares ou brocas de tamanho similar ao recomendado);
- e) corte da porção coronária da polpa com cureta pequena de haste longa bem afiada (nº 17 L ou 17 L / 18 L);
- f) irrigação com Hipoclorito a 2,5 % ou com solução de Milton;
- g) estabelecida a hemostasia, colocar um tampão feito de hidróxido de cálcio Pró-análise – PA e solução anestésica ou soro fisiológico sobre o assoalho pulpar, sem pressão, para evitar o deslocamento e conseqüente necrose da polpa radicular;
- h) cobrir com cimento de hidróxido de cálcio e proteger com uma camada de material selador intermediário;
- i) restaurar o dente, de forma a evitar a infiltração coronária e contaminação, garantindo a proteção do remanescente pulpar até que se complete a formação apical fisiológica (apicigênese).
- j) reavaliar clínica e radiograficamente a cada 90 dias para assegurar a integridade do selamento coronário e acompanhar a apicigênese.
- k) caso ocorra a mortificação pulpar, encaminhar ao CEO para a endodontia e indução da apicificação pelo hidróxido de cálcio (HOLLAND et al., 1971), ou para o fechamento do ápice com cimento de Agregado Trióxido Mineral - MTA.

- **Diagnóstico diferencial e tratamento da Mortificação Pulpar:**

O diagnóstico da mortificação pulpar é obtido com resposta negativa ao teste térmico com frio e ao teste de cavidade. O teste com calor não é confiável, pois pode apresentar resultado falso positivo. O tratamento para a mortificação pulpar é a terapia endodôntica.

A intervenção inicial nos casos de mortificação pulpar é a penetração desinfetante, realizada após remoção do tecido cariado e acesso à câmara pulpar. A penetração desinfetante consiste na introdução progressiva de lima de pequeno calibre no canal, avançando no sentido apical com movimentos suaves de agitação, progredindo e retrocedendo para que o tecido pulpar necrosado e infectado se desloque e seja removido, sob farta irrigação/aspiração com hipoclorito de sódio.

TÉCNICA:

- a) remoção de todo o tecido cariado;
- b) isolamento relativo buscando bom controle da umidade;
- c) acesso à câmara pulpar com brocas esféricas diamantadas de pescoço longo (1014 HL para dentes anteriores e pré-molares ou 1016 HL para molares);
- d) irrigação com hipoclorito de sódio 1 % e localização das entradas dos canais;
- e) penetração desinfetante: introdução progressiva no sentido coroa-ápice de lima

tipo K de fino calibre (10 ou 15) até cerca de dois terços do comprimento estimado do dente, sob irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 1 %, realizando instrumentação delicada para a remoção dos restos pulpaes necrosados;

f) irrigação e aspiração final com hipoclorito de sódio a 1 %;

g) curativo de demora com bolinha de algodão levemente embebida em PMCC na câmara pulpar;

h) selamento provisório da cavidade com cimento resistente, de ionômero de vidro – CIV ou à base de OZE modificado.

i) encaminhamento para a endodontia no CEO;

j) ao término do tratamento endodôntico deverá ser realizado a restauração definitiva pela Atenção Primária, preferencialmente no prazo de 2 a 3 semanas.

- **Diagnóstico e tratamento das Periodontites Apicais Agudas:**

À exceção da periodontite apical causada por trauma oclusal, o tratamento das periodontites apicais de origem endodôntica será o tratamento endodôntico.

A. Periodontite apical traumática (pericementite):

São processos inflamatórios periapicais causados por contato oclusal prematuro ou pela sobreinstrumentação de dentes em tratamento endodôntico (traumas mecânicos), ou ainda pela irritação química do periápice pelas substâncias utilizadas no preparo do canal (trauma químico). Caracterizam-se por sintomatologia ao toque, com dor à palpação na região apical e à percussão. O dente poderá apresentar vitalidade pulpar se a causa for contato oclusal prematuro. O tratamento é feito pelo alívio oclusal e nos casos em que ocorre durante o tratamento endodôntico, deve-se prescrever anti-inflamatório e trocar a medicação intracanal.

B. Periodontite apical crônica de origem endodôntica (abscesso dento alveolar crônico):

Para diagnóstico das periodontites apicais crônicas de origem endodôntica (abscessos dento alveolares crônicos) deve-se observar a presença de fístula ou comunicação da câmara pulpar com o meio bucal; o dente em questão não responde ao teste com frio e geralmente a pessoa não relata dor.

A intervenção recomendada, prévia ao tratamento endodôntico, é a penetração desinfetante.

C. Periodontite apical aguda de origem endodôntica (abscesso dento alveolar agudo)

Nos casos de periodontites apicais agudas, de origem endodôntica (abscessos dento alveolares agudos) o paciente relata dor intensa, espontânea e sensação de "dente

crescido”; o dente não responde ao frio, a dor é exacerbada pela percussão, principalmente no sentido vertical, sensibilidade à palpação apical, podendo ou não haver mobilidade dental e tumefação intra ou extrabucal. O dente pode se apresentar fechado ou com cavitação, geralmente sem comunicação da câmara pulpar com o meio bucal.

Nos casos graves de abscesso, sem trismo, onde se observa edema exacerbado, difuso, sem ponto de flutuação extrabucal, com linfadenite regional, febre e mal estar, deve-se instituir o tratamento sistêmico e a drenagem intraoral.

Quando houver trismo e/ou limitação de abertura bucal e não houver a possibilidade de drenagem intraoral, deve-se instituir o tratamento sistêmico e a drenagem extrabucal. Caso o profissional da Atenção Primária não se sinta apto a realizar a drenagem extraoral, o paciente deverá ser encaminhado ao atendimento de urgência/emergência odontológica, conforme grade publicada “Atendimento Odontológico de Urgência” e havendo necessidade, de acordo com a condição clínica do paciente, acionar o serviço de transporte de urgência de acordo com o estipulado em cada região.

Com a melhora dos sinais e sintomas clínicos, o paciente deverá retornar à Atenção Primária e a seguir ser encaminhado para endodontia no CEO. Caso haja recidiva da sintomatologia dolorosa ou dos sinais clínicos (edema) antes do início do tratamento endodôntico no CEO, o atendimento deverá ser realizado na Atenção Primária.

TÉCNICA:

- a) anestesia infiltrativa ou bloqueio de acordo com o dente afetado;
- b) remoção de todo o tecido cariado;
- c) isolamento relativo com bom controle da umidade;
- d) acesso à câmara pulpar com brocas esféricas de pescoço longo (1014 HL para dentes anteriores e pré-molares ou 1016 HL para molares);
- e) irrigação com hipoclorito de sódio 1 % e localização das entradas dos canais;
- f) penetração desinfetante: introdução progressiva no sentido coroa-ápice de lima tipo K de fino calibre (10 ou 15) até cerca de dois terços do comprimento estimado do dente, sob abundante irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 1 %, realizando instrumentação delicada para a remoção dos restos pulpares necrosados e desobstrução dos condutos, tentando-se obter a drenagem via canal;
- g) obtida a via de drenagem, continuar com a irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 1 % concomitantemente à instrumentação suave, até que cesse a drenagem ou que esta diminua de intensidade.

Caso a drenagem não ocorra, passar para os passos seguintes;

- h) irrigação e aspiração final com hipoclorito de sódio a 1 %;
- i) curativo de demora com bolinha de algodão levemente embebida em PMCC na câmara pulpar;
- j) selamento da cavidade com cimento resistente, CIV ou cimento à base de OZE modificado;
- k) alívio oclusal;

- l) antibioticoterapia e prescrição de analgésico e/ou anti-inflamatório;
- m) acompanhar o caso nos dias subsequentes para certificar-se da remissão do quadro;
- n) encaminhamento para endodontia no CEO (desde que o caso se enquadre dentro dos requisitos para encaminhamento).
- o) selamento coronário com a restauração definitiva imediatamente após a conclusão da endodontia (preferencialmente no prazo de 2 a 3 semanas).

D. Periodontite apical aguda de origem endodôntica (abscesso dentoalveolar agudo em dentes já tratados endodonticamente):

Em relação ao diagnóstico, observam-se os mesmos sinais e sintomas de abscesso em um dente que ainda não foi tratado endodonticamente, descritos no item anterior. Entretanto, ao exame radiográfico ou ao se realizar o acesso à câmara pulpar verifica-se a presença de material obturador radicular.

IMPORTANTE: Em casos graves de abscesso onde se observa edema exacerbado e/ou difuso ou ponto de flutuação extrabucal, trismo, linfadenite regional, febre e mal estar, e o profissional da Atenção Primária não se sentir apto ao atendimento, deve-se encaminhar o paciente para **o atendimento de urgência/emergência Odontológica, conforme grade publicada "Atendimento Odontológico de Urgência" para que receba o tratamento sistêmico e a drenagem extrabucal, se necessária e havendo necessidade, de acordo com a condição clínica do paciente, acionar o serviço de transporte de urgência de acordo com o estipulado em cada região.**

Com a melhora do quadro após alguns dias o paciente deverá retornar à APS para controle e encaminhamento à Endodontia no CEO.

Técnica:

- a) quando houver edema intraoral com ponto de flutuação é recomendada a incisão da mucosa para a drenagem, sob anestesia;
- b) alívio oclusal;
- c) prescrição de antibiótico e analgésico;
- d) encaminhamento para retratamento no CEO com a indicação de "Prioridade" na guia de referência.
- p) acompanhar o caso nos dias subsequentes para certificar-se da remissão do quadro;
- q) selamento coronário com a restauração definitiva imediatamente após a conclusão da endodontia (preferencialmente no prazo de 2 a 3 semanas).

MEDICAÇÃO DE SUPORTE EM ENDODONTIA

1. Analgésicos em Endodontia

• Antipiréticos:

Indicados para pacientes que relatam sintomatologia leve a moderada, porém seu efeito é paliativo. São capazes de eliminar dores de origem superficial, além de apresentar pequeno efeito anti-inflamatório. O uso prolongado pode levar a discrasias sanguíneas.

Os mais utilizados são:

- a) derivados do ácido salicílico (exemplo AAS, aspirina)
- b) derivados do paracetamol
- c) derivados pirazolônicos (dipirona)

• Opiáceos:

São analgésicos mais potentes, indicados para dor de intensidade moderada a severa. Trazem efeitos como sonolência e alteração de coordenação motora, e podem levar a dependência química.

Não devem ser utilizados em crianças, também não se recomenda o uso em gestantes por serem indutores de parto. Esses medicamentos necessitam de prescrição controlada para sua venda.

O tramadol é um exemplo desse tipo de analgésico.

2. Anti-inflamatórios em Endodontia

Os anti-inflamatórios podem ser divididos em três grupos: os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), os inibidores de ciclooxigenase 2 (COXIB) e os corticoesteróides (AIEs). A diferença entre eles está em seu local de atuação.

• Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs):

São fármacos que inibem as prostaglandinas ciclooxigenases COX1 e COX2, que são mediadores do processo inflamatório. Ao mesmo tempo em que substâncias álgicas são diminuídas pela inibição da COX2, substâncias protetoras de estômago e rins também são inibidas, o que as tornam contraindicadas para pacientes com problemas renais e/ou gástricos. Dentre estas drogas, podemos destacar os diclofenacos. Na Endodontia, o diclofenaco sódico é o mais indicado por sua maior afinidade com os tecidos ósseos. Para efeito imediato em caso de dor intensa, recomenda-se o uso em sua forma injetável, aplicada na região glútea para se evitar necrose tecidual. Não se recomenda o seu uso em pacientes com histórico de hipertensão.

- **Anti-inflamatórios inibidores de ciclooxigenase 2 (COXIB):**

Quase não tem efeito sobre a COX1, o que os tornam mais interessantes pelo seu maior efeito terapêutico com menor irritação gástrica quando comparados aos AINEs.

- **Anti-inflamatórios Corticoesteróides (AIEs):**

São os anti-inflamatórios mais potentes. Doses terapêuticas por mais de 15 dias podem modificar o ritmo craniano, deprimindo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, podendo levar à hipofunção e até mesmo à atrofia da glândula. É por este motivo que a suspensão destes medicamentos deve ser gradual. Por reterem sódio no organismo devem ser usados com precaução, principalmente em hipertensos e gestantes. Seu uso deve ser criterioso em diabéticos que podem ter elevação da taxa glicêmica e imunodeprimidos em geral. Devido às reações adversas que provocam são pouco utilizados por via sistêmica em Endodontia, ficando restritos a casos extremos de reação inflamatória acompanhada de muito edema facial. São mais comumente empregados como medicação intracanal sobre o coto pulpar inflamado pós-pulpectomia.

3. Antibioticoterapia em Endodontia

A maior parte das bactérias envolvidas nesse processo é sensível à:

- Penicilina, portanto este deve ser o medicamento de primeira escolha. Utiliza-se geralmente em odontologia a Amoxicilina, que é uma penicilina semi-sintética de amplo espectro;
- Clindamicina caso o paciente seja alérgico à penicilina.

E. Trauma Dental:

Quando a intervenção é realizada em até 2 horas após o trauma a chance de sucesso é significativamente aumentada.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

No momento da indicação para Endodontia, verificar:

O dente deve apresentar estrutura coronária remanescente suficiente para permitir sua restauração direta na Atenção Primária após a conclusão da Endodontia ou indireta, através de Incrustação Metálica Fundida ou Coroa Unitária, com ou sem Núcleo, a ser realizada pelo protesista do CEO.

CONDUTA PARA CADA TIPO DE FRATURA/ LESÃO CAUSADA PELO TRAUMATISMO DENTAL:

CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
Fratura coronária em esmalte	Restauração; Proservação clínica e radiográfica;
Fratura coronária em esmalte e dentina:	Encaminhamento para endodontia em caso de mortificação pulpar
	Rizogênese incompleta: <ul style="list-style-type: none">- capeamento direto se a exposição for pequena;- pulpotomia se a exposição for grande (para permitir a apicigênese);- preservação clínica e radiográfica.
Fratura coronária com exposição pulpar:	Rizogênese completa: <ul style="list-style-type: none">- pulpectomia;- encaminhamento ao CEO.
Fratura coronorradicular	Considerar a extensão da fratura e exposição pulpar para avaliar a conduta a ser tomada.
Fratura radicular do terço cervical	Avaliar a possibilidade de Aumento de coroa clínica

CLASSIFICAÇÃO

CONDUTA

Fratura radicular do terço médio e apical:

Fraturas abaixo da crista óssea:

- contenção dos fragmentos e preservação;
- avaliar conduta caso a fratura seja em terço médio (exo?) Contenção semi-rígida por 3 semanas;
- encaminhamento para endodontia se ocorrer mortificação pulpar;
- preservação.

Obs: quanto mais apical a fratura, menor a possibilidade de comprometimento pulpar. Em caso de negrose pulpar de ambos os fragmentos tratamento endodôntico e remoção cirúrgica do fragmento apical.

Fratura da parede do processo alveolar

- reposicionamento do fragmento;
- contenção semirrígida por 4 semanas;
- preservação.

Concussão/ Subluxação

- recomendação de dieta líquida/pastosa;
- contenção semirrígida por 7 a 10 dias;
- alívio oclusal;
- preservação
- encaminhar para endodontia se ocorrer mortificação pulpar

Extrusão

- reposicionamento do dente;
- contenção semirrígida por 2 a 3 semanas;
- alívio oclusal;
- preservação;
- encaminhar para endodontia se ocorrer mortificação pulpar.

Luxação lateral

- reposicionamento de dente;
- contenção semirrígida ou flexível por 7 a 10 dias;
- alívio oclusal;
- preservação;
- encaminhar para endodontia se ocorrer mortificação pulpar.

CLASSIFICAÇÃO

CONDUTA

Avulsão

- reimplante contraindicado após 2 horas de trauma ou se o dente não foi mantido em meio adequado (soro fisiológico, leite ou água filtrada) ou se foi manipulado pela raiz;
- não extrair o dente para reimplantá-lo se já tiver sido reposicionado; fazer contenção flexível por 1 semana.

Rizogênese incompleta:

- lavar com soro fisiológico e reimplantar cuidadosamente;
- contenção flexível e antibioticorapia por 1 semana;
- preservação;

Rizogênese completa:

- lavar o dente e o alvéolo com soro fisiológico e reimplantar cuidadosamente;
- contenção flexível e antibioticoterapia por 1 semana;
- encaminhamento para endodontia no máximo 3 semanas após o trauma.

Obs: prognóstico favorável se o reimplante for feito em até 60 minutos; prognóstico desfavorável em caso de reimplante.

OBS:

- Os dentes assintomáticos apresentando imagens radiográficas indicativas de tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem ser acompanhados semestralmente na Atenção Primária, clínica e radiograficamente (referenciar para unidade mais próxima com aparelho de Rx para a realização de exame radiográfico quando a UBS não possuir aparelho de Raio X);
- Dentes já submetidos à endodontia prévia, onde se verifique, durante o acompanhamento radiográfico, o surgimento de lesão periapical ou o aumento no tamanho de lesão já existente, devem ser encaminhados para retratamento endodôntico;
- Priorizar dentes anteriores e pilares de prótese com prognóstico favorável.

CRITÉRIOS PARA NÃO REFERENCIAR O PACIENTE AO CEO

Não devem ser encaminhados:

- Dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa (grande perda horizontal e/ou vertical e grau avançado de mobilidade);
- Dentes com perda de inserção comprometendo sua manutenção na arcada devem ser submetidos à avaliação prévia da Periodontia;
- Dentes que apresentam mais de 1/3 de extrusão coronária e ausência de antagonista;
- Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito;
- Dentes cujas bordas cavitárias, após a remoção total da cárie, se encontrem no nível gengival ou subgengival, impossibilitando a colocação de grampo para isolamento absoluto e que não tenham condições de aumento de coroa clínica;
- Casos de polpa viva com inflamação aguda ou crônica, com rizogênese incompleta. Nesses casos a pulpotomia, a restauração com amálgama de prata, resina composta ou CIV e o acompanhamento clínico e radiográfico da apicigênese devem ser realizados na Atenção Primária. Encaminhar ao CEO para a Endodontia se durante esse acompanhamento observou-se mortificação pulpar.

PRIORIDADES DE ATENDIMENTO NOS CEO

Serão priorizados os pacientes:

- Dentes reimplantados.
- Dentes que sofreram trauma

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA MS 1.464 DE 24 DE JUNHO DE 2011.

Ao profissional de 20 h/semana, a agenda deverá contemplar a realização de 40 (quarenta) procedimentos endodônticos /mês, com no mínimo:

20 % de procedimentos referentes a obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais e gerente da unidade CEO, desde que sejam respeitados esses parâmetros.

PROTOCOLO ESTOMATOLOGIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Breve descrição da lesão incluindo localização e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.

É imprescindível que a redação do Impresso de Referência/Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato Interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da "Ficha referência/ Contrarreferência" e do "Comprovante de agendamento" para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária;
- Não existe obrigatoriedade do paciente encaminhado apresentar tratamento

odontológico concluído, porém devem estar em tratamento e se possível, ter sido realizada a adequação do meio bucal, através de selamento das cavidades, terapia periodontal básica e remoção de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir na realização ou recuperação dos procedimentos da especialidade, bem como a eliminação de fatores traumáticos;

- O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e que o tratamento a ser proposto, será realizado pelo especialista;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir. A Atenção Primária é responsável pelo paciente.** O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- Observar no campo "Protocolo" da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente;
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/ Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente **não deverá** ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O paciente receberá orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:

1. Cartão SUS;
2. Comprovante de agendamento;
3. Documento de identidade com foto;
4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, com relatório contendo o diagnóstico e o tratamento/ encaminhamento para atenção terciária realizada pelo especialista. No caso de diagnóstico de neoplasia maligna, o profissional

da Atenção Primária fará o acompanhamento do paciente e preparo pré e pós-cirúrgico (radioterapia e quimioterapia);

- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal especificada neste protocolo, ele deverá iniciar e dar continuidade ao tratamento no CEO e contrarreferenciá-lo à UBS de origem para adequação ao protocolo. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que a adequação seja realizada na maior brevidade;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS;
- **De forma alguma o paciente perderá sua vaga**, não haverá necessidade de nova inserção no Sistema Regulador do SIGA.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO AO CEO:

- Alterações em tecidos moles ou duros que demandem avaliação, diagnóstico ou remoção cirúrgica;
- O profissional da UBS, antes de encaminhar ao CEO, deverá verificar se a lesão não é causada por fatores traumáticos como, por exemplo, próteses mal adaptadas, dentes fraturados ou fora de oclusão. Proceder aos ajustes necessários, acompanhar, e caso não haja remissão da lesão em no máximo 15 (quinze) dias, encaminhá-lo ao especialista;
- Diagnóstico diferencial é importante, em caso de dúvida, entrar em contato com o especialista;
- No caso de lesões com fortes indícios de câncer bucal, o profissional da Atenção Primária deverá entrar em contato diretamente com o CEO, ou com a CRS ou STS para que se verifique qual CEO da região pode realizar o atendimento com maior brevidade possível;
- O encaminhamento deve ser completamente preenchido: anotar todos os dados relevantes da anamnese, descrição da lesão, localização bem como dados importantes com relação à saúde e medicação em uso;
- Obs: Lesões de faringe ou de orofaringe, as quais são de difícil acesso a biópsia em consultório odontológico, deverão ser encaminhadas ao profissional médico especialista em Cabeça e Pescoço.

APÓS A REALIZAÇÃO DA BIÓPSIA:

- De acordo com o resultado o paciente deve ser orientado e monitorado pela Atenção Primária, principalmente em casos de lesões com potencial de malignização (leucoplasias, líquen plano, HPV), com retornos periódicos no CEO, a critério do estomatologista;
- Com diagnóstico de neoplasia maligna: o estomatologista/CEO insere o paciente no Sistema de Regulação para encaminhamento à Atenção Terciária, Oncologia de Cabeça e Pescoço;
- Nesta hipótese o estomatologista também informa o diagnóstico ao profissional da Atenção Primária, que fará o acompanhamento do paciente e preparo pré e pós-cirúrgico (radioterapia e quimioterapia).

FORMA DE AGENDAMENTO NOS CEO, RESPEITANDO AS DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (2012)

Sugere-se agendar 15 pacientes novos por semana e conseqüentemente 60 por mês. A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais desde que sejam respeitados estes parâmetros e considerado os pacientes com controles periódicos (em média 4 consultas com os seguintes procedimentos: exame clínico, exame complementar, diagnóstico e preservação/ alta).

O paciente agendado que faltar na consulta com o especialista, a busca ativa deverá ser realizada no menor tempo possível, para tal, o profissional da APS deverá ser comunicado.

NÚMERO DE VAGAS/MÊS:

Para um dentista de 20 h/semana, há a possibilidade de agendamento de 60 consultas/mês.

Devolver o paciente para a rede de Atenção Primária para o tratamento necessário.

FLUXO COM LABORATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Deve-se estabelecer um prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para a entrega do resultado pelo laboratório, de acordo com contrato de prestação de serviço de análises laboratoriais de SMS, de forma a auxiliar no diagnóstico e possível intervenção ou encaminhamento do paciente.

PROTOCOLO ORTODONTIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA/ CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.

É imprescindível que a redação do Impresso de Referência/Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato Interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da "Ficha Referência/ Contrarreferência" e do "Comprovante de agendamento" para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária;

- O paciente encaminhado deverá apresentar tratamento odontológico concluído para que não ocorra interferência no diagnóstico e plano de tratamento a ser traçado;
- O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e que o tratamento será proposto pelo profissional do CEO;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir. A Atenção Primária é responsável pelo paciente.** O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento;
- Observar no campo "Protocolo" da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente;
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação da UBS comunicará ao CD sobre o paciente que necessita de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- O paciente receberá orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:

1. Cartão SUS;
2. Comprovante de agendamento;
3. Documento de identidade com foto;
4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O CD do CEO ao realizar a avaliação do paciente, solicitará vaga para o exame de Documentação Ortodôntica no SIGA – Regulada. O paciente deverá ser comunicado sobre a data de realização da Documentação Ortodôntica e do retorno à consulta no CEO com o especialista;
- Após instalação do aparelho ortodôntico/ortopédico e estando em fase de manutenção e acompanhamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado à UBS para manutenção/acompanhamento de sua saúde bucal na Atenção Primária;

- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal especificada neste protocolo, ele será contrarreferenciado à UBS de origem para adequação ao protocolo. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que a adequação seja realizada na maior brevidade de tal forma que possibilite ao especialista prosseguimento ao tratamento no CEO, sem que o paciente tenha que ser inserido novamente na fila do SIGA;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS;
- De **forma alguma o paciente perderá sua vaga**, não haverá necessidade de nova inserção no sistema Regulador do SIGA.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

As Unidades Básicas de Saúde encaminharão para avaliação do ortodontista dos CEO, as crianças portadoras de má oclusão dentro da faixa etária de 4 (quatro) a 11 (onze) anos, 11 meses e 29 dias, conforme as prioridades listadas a seguir, distinguindo os casos passíveis de intervenção, esclarecendo ao usuário que dependerá dessa avaliação a execução ou não do tratamento, de tal forma que não gere falsas expectativas.

Para a inserção das crianças na fila de espera da Ortodontia, a faixa etária será de 3 a 10 anos. Esclarecer a importância de não faltar ao agendamento.

É importante orientar o usuário que não serão realizados Tratamentos Ortodônticos com Aparelho Fixo (Braquetes). O Tratamento será Ortopédico e/ou Ortodôntico Preventivo/Interceptativo, o que possibilitará a prevenção, controle e tratamento dos problemas de crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários e suas bases e a correção da má oclusão.

O usuário deverá ser encaminhado nas seguintes condições:

- Livre de cáries;
- Livre de problemas periodontais (Risco 0);
- Restaurações presentes em estado satisfatório;
- Orientado e motivado quanto à higiene bucal (garantia de participação em grupos na UBS regularmente);
- Orientado e motivado quanto à adesão ao tratamento ortodôntico, tendo em vista a duração prolongada do tratamento, garantindo a assiduidade nas consultas.

Os Cirurgiões Dentistas das UBS serão responsáveis pelos procedimentos clínicos que se fizerem necessários durante todo tratamento (Referência/Contrarreferência).

O que o profissional CD da APS deve observar:

Características de normalidade na dentição decídua

1. Classificação de Baume:

- a) arco tipo I de Baume: caracterizados por espaçamentos entre os dentes anteriores. Os arcos tipo I apresentam uma probabilidade menor de desenvolver apinhamentos na dentição permanente;

b) arco tipo II de Baume: aquele que não apresenta espaçamentos, apenas espaços primatas (entre lateral e canino decíduo superior e entre canino e primeiro molar decíduos inferiores).

2. Relação do plano terminal (molares decíduos):

- a) degrau distal: desenvolverá uma má oclusão classe II;
- b) degrau mesial desenvolverá classe I ou III;
- c) degrau reto evoluirá para classe I.

3. Espaço livre de Nance:

A soma da distância méso-distal ocupada pelos dentes decíduos caninos e molares é maior que a soma da distância méso-distal dos dentes permanentes que os substituirão: caninos e pré-molares.

4. Ausência de curva de Spee e Wilson (plano oclusal reto):

Na fase final da dentição decídua, esta apresenta sinais de maturidade, ou seja, desgastes dentários naturalmente sofridos, relação topo a topo com desgastes generalizados das cúspides, sobretudo de canino, favorecendo desta forma a correta transição para a dentição mista.

5. Relações incisais normais do arco decíduo:

A sobremordida dos incisivos superiores não ultrapassa o terço incisal dos incisivos inferiores.

Na sobremordida, o bordo incisal dos incisivos centrais inferiores toca a superfície palatina dos incisivos centrais superiores e a sobressaliência não excede a 2 mm (em oclusão) aos 6 anos a mordida em topo é desejável.

6. Ausência de apinhamentos, mordida aberta ou mordida cruzada:

Características de normalidade na dentição mista

Fase do "Patinho feio": os incisivos superiores se apresentam com uma vestibulo-versão maior, divergência do longo eixo de apical para incisal, sobremordida exagerada e diastemas. Esta fase tem início aproximadamente aos 7 anos e tende a desaparecer por volta dos 12 anos. É uma fase fisiológica que posteriormente, na época de erupção dos dentes posteriores e caninos permanentes, tende a desaparecer.

É importante lembrar que, nesta fase, o clínico não deve colocar redutores de diastemas. No entanto, algumas vezes a vestibulo-versão e os diastemas podem ser determinados por outros fatores. Assim, é necessário que o profissional faça uma distinção entre a fase fisiológica do "Patinho feio" e uma anomalia. Neste caso, o profissional CD, após apurada observação intervirá de maneira correta.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

Devem ser encaminhados usuários que apresentem:

1. Dentição Decídua:

- Mordidas abertas;
- Mordidas cruzadas uni ou bilaterais;
- Mordida profunda;
- Dentes sem nenhum desgaste funcional aos seis anos (indicam falta de movimentos de lateralidade durante a mastigação sendo indicativo de mal oclusão na dentição permanente);
- Falta de diastemas;
- Prognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Retrognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Desvios de Linha Média;
- Perda precoce de dentes decíduos;
- Respiração Bucal.

2. Dentição Mista:

- Mordidas abertas;
- Mordidas cruzadas unilaterais, bilaterais ou anteriores;
- Sobremordidas acentuadas;
- Sobressaliências maiores que dois milímetros;
- Prognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Retrognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Respiração bucal;
- Perda precoce de dentes decíduos;
- Desvios de Linha Média.

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA MS 1.464 DE 24 DE JUNHO DE 2011:

- O Ortodontista deverá instalar 10 novos aparelhos/mês, fornecendo 10 novas vagas por mês;
- A agenda de atendimento poderá ficar a critério do gestor da unidade CEO, desde que sejam respeitados os parâmetros citados;
- O CD do CEO ao realizar a avaliação do paciente, solicitará vaga para o exame de Documentação Ortodôntica no SIGA – Regulada. O paciente deverá ser comunicado sobre a data de realização da Documentação Ortodôntica e do retorno à consulta no CEO com o especialista.

RESPONSABILIDADES DO PACIENTE:

1. O paciente terá direito a duas faltas justificadas, durante o tratamento;
2. O paciente que perder ou quebrar seu aparelho, terá o direito de refazer ou consertar o aparelho, apenas 1 (uma) vez, durante o seu tratamento;
3. Casos extraordinários e devidamente justificados poderão ser refeitos;
4. Assinar Termo de Responsabilidade e ciência.

PROTOCOLO PERIODONTIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a quem ele pertence ou da qual faz uso com rotina. Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO FAZER O ENCAMINHAMENTO

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA/ CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- Especificação do(s) dente(s), da região, quadrante, a hipótese diagnóstica. Não escrever somente: "Avaliação e conduta periodontal";
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS de relevância para a especialidade;
- Aviso por escrito na ficha caso o paciente apresente alteração sistêmica importante.

É imprescindível que a redação do impresso de Referência/ Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou email, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da "Ficha Referência/Contrarreferência" e do "Comprovante de agendamento" para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária;
- Não existe obrigatoriedade do paciente encaminhado apresentar tratamento odontológico concluído, porém deverá ter sido realizada a adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, com Raspagem Alisamento Subgengival, e remoção de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir na realização ou recuperação dos procedimentos da especialidade;
- O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e concordar com o tratamento proposto;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação** do caso e havendo necessidade, intervir. A APS é responsável pelo paciente e este deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procurar pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- Observar no campo "Protocolo" da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente;
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar documento de Referência/Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O paciente deve ser orientado a comparecer no CEO na data e horário agendado levando:
 1. Cartão SUS;
 2. Comprovante de agendamento;
 3. Documento de identidade com foto;
 4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
 5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, com relatório do tratamento realizado pelo especialista;
- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal conforme especificado neste protocolo, ele será contrarreferenciado à UBS de origem para adequação. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da UBS para que a adequação seja realizada na maior brevidade, de tal forma que o especialista possa dar prosseguimento ao tratamento no CEO, não acarretando perda primária na agenda local do especialista;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS;
- De **forma alguma o paciente perderá sua vaga**, não haverá necessidade de novainserção no Sistema Regulador do SIGA.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

O usuário deve ser encaminhado para a periodontia obedecendo aos seguintes critérios clínicos:

- Em relação ao dente: remoção total do tecido cariado, curativo de demora e selado com IRM ou CIV ou restaurado em resina /amálgama;
- Em relação à cavidade bucal: adequação de meio e preparo inicial da boca com remoção de focos residuais, raspagem supragengival, remoção de excesso de restaurações, entre outros que se façam necessários;
- O usuário já deve ter participado de atividades educativas para controle de placa;
- O usuário deve estar motivado e demonstrando capacidade em relação ao controle de placa;
- Em casos de mobilidade grau III (movimento de lateralidade - vestibular para lingual, de intrusão - o dente extrui sozinho) considerar elemento **indicado para exodontia**;
- O clínico geral deverá realizar as exodontias previamente ao encaminhamento.

Informações Gerais:

- Tratamentos Periodontais Agudos como: Gengivite, Drenagem de Abscessos, Gengivite Necrotizante Aguda (GUNA) e Pericoronarite, deverão ser realizados na UBS;
- Na guia de referência, descrever o motivo de encaminhamento, o diagnóstico, especificando a região, quadrante, dente. Não escrever somente: "Avaliação e conduta periodontal";
- Pacientes que apresentem doenças de base, como por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças ou alterações cardíacas agudas e crônicas, discrasias sanguíneas, alterações do sistema imunológico, entre outras, devem estar sob controle médico e de preferência, quando possível, levar carta de recomendações médicas quando encaminhado ao CEO.

Encaminhamentos para tratamento de lesões endoperio:

- Iniciar pelo tratamento de canal na especialidade de Endodontia.
- Concomitantemente, e com o paciente em fase de tratamento endodôntico, dá-se início à raspagem periodontal. Nesses casos de lesões endoperio devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à Atenção Primária para vaga na especialidade de periodontia.

Encaminhamentos para aumento de coroa clínica:

- Deve ser encaminhado para Periodontia o caso que será restaurado na UBS sem necessidade de tratamento endodôntico. Se o dente precisar de Aumento de coroa + Endodontia encaminhar APENAS para Endodontia. O especialista de Endodontia irá encaminhar para a Periodontia internamente.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO:

- Dentes com bolsa periodontal \geq 4 mm, sangramento à sondagem e cálculo subgingival. A extensão da bolsa periodontal deve ser medida do fundo da bolsa até o limite amelocementário;
- Dentes com lesão de furca;
- Necessidade de cirurgia periodontal: redução de bolsa residual, gengivectomia/gengivoplastia, aumento de coroa clínica e enxertos gengivais;
- Bridectomia: Quando sua inserção dificultar a higienização e/ou estiver causando recessão gengival;
- Contenção (Splintagem): Em caso de mobilidade severa dos dentes causada por doença periodontal avançada desde que haja controle adequado de biofilme dental;
- Cunha distal ou mesial: Nos casos de bolsas \geq 4 mm, onde se verifique hiperplasiagengival que impossibilite a higienização ou restauração adequada.

CRITÉRIOS PARA NÃO REFERENCIAR O PACIENTE AO CEO

- Pacientes sem tratamento básico realizado (raspagem supragengival, adequação do meio, exodontias, etc.);
- Dentes com acentuada mobilidade (grau III);
- Dentes com indicação de exodontia;
- Dentes com severa destruição coronária por cárie ou fratura, que impossibilite a reconstrução dental através de prótese unitária.

Lembrete:

Classificação das mobilidades dentárias	Características Clínicas
Grau I	Mobilidade leve, até 1 mm de deslocamento vestibulo-lingual
Grau II	Mobilidade moderada, até 2 mm de deslocamento vestibulo-lingual
Grau III	Mobilidade severa, mobilidade > 2 mm em todas as direções (vestibulo-lingual, méso-distal e vertical- intrusão)

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA MS 1.464 DE 24 DE JUNHO DE 2011.**Agendamento :**

Número de consultas por período de 4 horas: proposta de 6 consultas por dia. Para um dentista de 20 h/semana, a meta é de 60 procedimentos, sendo no mínimo 40 % de procedimentos cirúrgicos.

A adequação do agendamento ficará a critério dos profissionais e gerência do CEO, desde que sejam respeitados esses parâmetros.

Em média, serão necessárias 8 consultas para conclusão do tratamento periodontal, após, o usuário deverá ser contrarreferenciado à UBS de origem, a qual é responsável pelo paciente.

O profissional da APS deverá realizar o acompanhamento referente à demanda periodontal e com a finalização do tratamento clínico restaurador, caso haja necessidade.

PROTOCOLO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária à saúde (APS).

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento;

É imprescindível que a redação do Impresso de Referência / Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e a entrega da “Ficha Referência/ Contrarreferência” e do “Comprovante de agendamento” para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS);
- A APS deverá realizar o atendimento clínico daqueles pacientes que não apresentam resistência ao tratamento convencional e com bom controle metabólico;
- Para aqueles em que não é possível tratar na UBS, não há a necessidade do profissional da Atenção Primária realizar qualquer procedimento clínico, devendo apenas orientar o paciente ou responsável sobre a importância do Tratamento Odontológico e motivo do encaminhamento ao Especialista;
- O paciente ou seu responsável deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procurar pelo profissional CD responsável por seu atendimento e acompanhamento na UBS;
- O paciente ou seu responsável deverá receber orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente ou seu responsável deverá estar ciente da especialidade para a qual estará sendo encaminhado e concordar com o tratamento a ser proposto pelo especialista;
- A Regulação da UBS deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência/Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência/Contrarreferência);
- Preenchimento indevido da ficha Referência/Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O paciente receberá orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:
 1. Cartão SUS;
 2. Comprovante de agendamento;
 3. Documento de identidade com foto;
 4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
 5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, pois ela é a responsável pelo paciente, com relatório do tratamento realizado pelo especialista.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

A abordagem odontológica das pessoas com necessidades especiais varia de acordo com as peculiaridades de cada paciente a ser atendido. De uma forma geral, nos pacientes com alterações sistêmicas controladas, a abordagem odontológica convencional do atendimento ambulatorial é suficiente. Já os pacientes com distúrbios neuro-psico-motores, síndromes e deficiência mental e comportamental, podem proporcionar limitações na conduta odontológica.

O atendimento odontológico destes pacientes pode ser realizado em duas modalidades na UBS:

- Àqueles que não apresentam resistência ao tratamento convencional e com bom controle metabólico, onde existe a cooperação do paciente;
- O condicionado: quando o paciente apresenta alguma resistência no primeiro momento, porém o profissional aos poucos consegue ganhar a confiança do paciente, através da demonstração do funcionamento do equipo odontológico, Alta e Baixa Rotação, sugador e controle de voz.

Devem ser atendidos na UBS os usuários nas seguintes condições:

- Hipertensos, diabéticos e epiléticos: todos os pacientes que apresentam bom controle metabólico, e que estão em acompanhamento médico da unidade, sendo considerados de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas e vasculares;
- Deficiência física, auditiva, visual e de fala;
- Gestantes e bebês;
- Fissura lábio palatino: atendimento básico;
- Pacientes com distúrbios psiquiátricos desde que bem controlados e que não apresentem resistência ao tratamento;
- Cardiopatas sob acompanhamento médico;
- Idosos;
- Defeitos congênitos, sem outras limitações;
- Transplantados, sob acompanhamento médico;

Os atendimentos à pacientes com necessidades especiais realizados na Atenção Primária utilizam os mesmos códigos de procedimentos da APS.

ATENDIMENTO DOMICILIAR:

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar.

Diante disso, define-se como cuidados domiciliares em saúde bucal o conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizadas no domicílio.

Deve-se considerar que na maior parte das vezes, exige equipamentos, instrumentais, condições de biossegurança e de ergonomia que dificilmente serão alcançadas plenamente no domicílio. Sendo assim as atividades odontológicas oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando acima de tudo a necessidade apresentada pelo paciente.

O profissional não deverá se furtar do atendimento domiciliar, porém avaliará a condição clínica do paciente, da estrutura do local de atendimento, como boa iluminação e havendo a necessidade, fazer uso do equipamento transportável e do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) com uso do Cimento de Ionômero de Vidro (CIV).

As intervenções necessárias deverão ser avaliadas pela equipe médica e de saúde bucal que acompanham esse grupo de pacientes. Ressalta-se que a realização ou não da intervenção se deve pautar necessariamente na urgência do caso.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

Os pacientes com necessidades especiais que devem ser encaminhados pela rede de Atenção Primária à Saúde para o CEO são:

- Pacientes, que passaram pela Unidade Básica de Saúde, foram avaliados pelo cirurgião dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- 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 deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas;
- Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral);
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica;
- Pacientes autistas que não cooperem com o atendimento;
- Distúrbios sistêmicos: insuficiência hepática ou renal, cardiopatias, antecedente de acidente vascular cerebral (AVC) recente, há menos de 6 meses e/ou que faz uso de anticoagulante oral;

- Oncológicos: irradiados na região de cabeça e pescoço e/ou com complicações de quimioterapia;
 - Transplantados;
 - Pacientes epiléticos sintomáticos, sem controle neurológico e de alto risco para crises;
 - Pacientes com problemas hematológicos como hemofílicos com necessidade de procedimentos invasivos, pacientes em uso de Anticoagulantes, apresentando maior risco de cárie e doença periodontal;
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_odontologico_pacientes_coagulopatias.pdf
- Pacientes hepatopatas: a Doença Hepática Crônica (DHC) apresenta condições estomatológicas que devem ser acompanhadas pelo cirurgião dentista como a redução de fluxo salivar, patologias associadas como o líquen plano, maior propensão a cáries e doença periodontal. Pacientes com DHC em lista de transplante hepático apresentam maior susceptibilidade de complicações sistêmicas por infecções bucais;
 - Doenças autoimune apresentando problemas mais comuns como boca seca (xerostomia), síndrome de queimação bucal, lábios, língua rígida, crescimento excessivo do tecido gengival e maior risco de cárie e doença periodontal.

Como exemplo temos:

- **Síndrome de Sjögren** que pode causar xerostomia, dificuldade para a fala e mastigação pela ausência ou alta viscosidade da saliva, favorecimento às cáries, candidíase;
- **Doença de Crohn** que pode causar edema gengival, úlceras na boca e inchaço dos lábios. Esses sintomas podem causar dificuldade para comer e podem estar entre os primeiros sintomas da doença que aparecem;
- **Lupus Eritematoso** com manifestação bucal como úlceras na boca, causando dor ao paciente;
- **Psoríase**, embora não sejam comuns na boca, as lesões bucais podem ocorrer nos lábios, língua, palato e gengiva.

Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatórios detalhados médico e odontológico, com assinatura dos profissionais.

Em casos de necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral ou sedação, o profissional da UBS deverá contatar a interlocução de SB da STS e esta a Assessoria SB da CRS .

Havendo dúvida sobre a indicação de anestesia geral/sedação, o profissional da APS deverá entrar em contato com o especialista do CEO para discussão do caso clínico, evitando-se deslocamentos desnecessários do paciente, os quais por vezes apresentam dificuldades de mobilidade pelos próprios pacientes e seus acompanhantes. O paciente será encaminhado ao CEO para os casos em que se apresente a necessidade de avaliação pelo especialista.

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA MS 1.464 DE 24 DE JUNHO DE 2011.

A agenda do profissional de 20 h/semana deverá contemplar a realização de 80 procedimentos da APS/ mês, porém com no mínimo 50 % de procedimentos restauradores (restauração de dente decíduo e/ou restauração de dente permanente anterior e/ou restauração de dente permanente posterior).

A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais, desde que sejam respeitados esses parâmetros.

PROTOCOLO PRÓTESE DENTÁRIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) consiste no local de referência de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para Odontologia da Atenção Primária.

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Para este usuário atendido na UPA ou AMA, a referência deve ser feita pelo profissional da UBS a que ele pertence ou da qual faz uso com rotina.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo. O CEO não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas diretamente à gerência local que avaliará a necessidade e a viabilidade do atendimento.

COMO ENCAMINHAR

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA Referência/ Contrarreferência, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- Especificação do(s) dente(s), quando necessário, preenchimento na mesma ficha quando houver mais de um dente para encaminhar à especialidade (ex. coroa total dos dentes 16 e 36);
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.

É imprescindível que a redação do impresso de Referência / Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A inserção do paciente no SIGA e entrega da “Ficha Referência/ Contrarreferência” e do “Comprovante de agendamento” para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária;
- O paciente encaminhado deverá apresentar tratamento odontológico concluído para que não haja outros focos infecciosos que possam alterar ou interferir no planejamento protético. Dentes de apoio para Prótese Parcial Removível deverão estar restaurados com amálgama ou resina, em alguns casos excepcionalmente com Cimento Ionômero de Vidro (CIV);
- O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e concordar com o tratamento proposto pelo especialista;
- **É obrigatório que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir. A Atenção Primária é responsável pelo paciente.** O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrência, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- Observar no campo “Protocolo” da Agenda Regulada da referida especialidade os CID permitidos para que o Sistema SIGA consiga realizar o agendamento do paciente;
- O paciente poderá ser encaminhado para a confecção dos seguintes tipos de próteses : Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Prótese Total Imediata, Jaqueta Inlay Onlay, Coroa Venneer ou Metal Plástica, Incrustação Metálica Fundida e/ou Coroa Metálica, Núcleo Fundido, Prótese Fixa Adesiva, Prótese Fixa Com 3 Elementos;
- A Regulação da unidade deverá diariamente emitir relatório do SIGA (em caso de dúvida, entrar em contato com o analista de suporte regional), de pacientes inativos na Fila de Espera, verificando os que foram agendados na especialidade aguardada;
- Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será comunicado da data, local (CEO) e horário da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/ Contrarreferência emitido pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o paciente não tenha este documento de Referência / Contrarreferência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;
- A Regulação comunicará ao CD sobre o paciente que necessitar de emissão de novo encaminhamento (Referência / Contrarreferência);
- Preenchimento indevido da ficha Referência / Contrarreferência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem e em caso de recorrência notificar a STS. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento;
- O paciente receberá orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:
 1. Cartão SUS;
 2. Comprovante de agendamento;
 3. Documento de identidade com foto;
 4. Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de

alteração sistêmica importante;

5. Ficha Referência/Contrarreferência.

CRITÉRIOS PARA CONTRARREFERÊNCIA À UBS DE ORIGEM

- Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contrarreferenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária à Saúde, com relatório do tratamento realizado pelo especialista;
- Nos casos em que o paciente agendado não estiver com a situação dental ou bucal especificada neste protocolo, ele será contrarreferenciado à UBS de origem para adequação ao protocolo. O paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que a adequação seja realizada na maior brevidade, de tal forma que o especialista possa dar prosseguimento ao tratamento no CEO, não acarretando perda primária na agenda local do especialista;
- Nos casos de pacientes fora do protocolo, o gerente do CEO comunicará à STS do fato ocorrido, informando a UBS demandante e o profissional da APS;
- De forma alguma o paciente perderá sua vaga, não haverá necessidade de inserção novamente no Sistema Regulador do SIGA.

PRÓTESE TOTAL (PT)

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

O clínico geral deve avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado e deve efetuar a remoção de raízes residuais, com regularização de rebordo quando necessário, de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese total.

No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis o paciente deve ser encaminhado primeiramente à Estomatologia. Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordo irregular, deve ser feito encaminhamento para a especialidade de Estomatologia ou Cirurgia Oral Menor, de acordo com o caso, e para Prótese Dentária.

Uma vez que o Paciente seja chamado para uma das especialidades para a qual foi encaminhado, devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à APS para vaga na outra especialidade. Nesses casos é importante que se verifique a Agenda Regulada SIGA e remova o paciente desta agenda das outras especialidades na(s) qual(ais) estava inscrito.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

Paciente edêntulo com tecidos moles saudáveis e com rebordo regularizado, com suporte ósseo adequado para receber uma Prótese Total.

PRIORIDADES DE ATENDIMENTO NO CEO

Serão priorizados os pacientes:

- Portadores de lesões em tecidos moles e/ou que foram submetidos a cirurgias pré-protéticas;
- Pacientes oncológicos.

PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL (PPR)

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

O cirurgião dentista clínico geral deverá avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado, devendo efetuar todos os procedimentos da Atenção Primária (remoção de raízes residuais, raspagem coronária subgengival - em casos de periodontite leve a moderada, polimento coronário, e tratamento de lesões de cárie dentária) de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese parcial removível.

No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis o paciente deve ser encaminhado primeiramente à Estomatologia. Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordo irregular, deve ser feito encaminhamento para a especialidade de Estomatologia ou Cirurgia Oral Menor, de acordo com o caso, e para Prótese Dentária. Uma vez que o paciente seja chamado para uma das especialidades para a qual foi encaminhado, devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à APS para aguardar pela vaga na outra especialidade.

Nesses casos é importante que se verifique no SIGA – Regulação e remova o nome desse paciente do referido sistema.

No caso de dentes de apoio com necessidade endodôntica, deve ser feito encaminhamento prévio para a endodontia.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da Atenção Primária à Saúde e/ou especializada (endodontia por ex.), estando apto para a confecção da prótese. Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão, dentes com mobilidade acentuada, com mais de 2/3 de perda óssea (horizontal e vertical), e presença de dentes restaurados com material provisório (cimento Ionômero de Vidro, IRM).

Pacientes com necessidade de coroa fixa para apoio da PPR poderão ser encaminhados ao protesista para a realização desta coroa e a PPR no mesmo tempo de atendimento.

PRIORIDADES DE ATENDIMENTO NOS CEO

Serão priorizados os pacientes:

- Portadores de lesões em tecidos moles e/ou que foram submetidos a cirurgias pré-protéticas;
- Pacientes oncológicos.

PRÓTESES FIXAS

De forma geral o paciente deverá estar em condição clínica com implantação óssea do elemento dental adequada, sem mobilidade, com tratamento endodôntico realizado se necessário, e considerando:

- Se há bruxismo para indicação do tipo de material a ser utilizado na prótese;
- Longevidade da prótese;
- Dimensão vertical existente;
- Espaço protético suficiente;
- Presença de má oclusão;
- Estética.

META DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM PORTARIA SMS-G 1.400/ 2016

Ao profissional de 20h / semanais, a meta é de 40 próteses instaladas/mês.

A adequação da agenda de atendimento ficará a critério dos profissionais e gerente da unidade, desde que sejam respeitados esses parâmetros.

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA (PTI)

CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CEO

- A referência para tratamento com Prótese Total Imediata (PTI) será feita pelos cirurgiões-dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Este paciente **não** será inserido no SIGA. A entrega da "Ficha Referência/ Contrarreferência" e do "Comprovante de agendamento" para o paciente é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS);
- O profissional da APS deverá entrar em contato diretamente com a STS para a solicitação do atendimento com maior brevidade possível no CEO de referência;
- No caso de confecção de PTI em apenas uma das arcadas, o paciente encaminhado deverá apresentar tratamento odontológico concluído para que não haja outros focos infecciosos que possam alterar ou interferir no planejamento protético;
- O paciente deverá ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal

para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;

- O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e concordar com o tratamento proposto pelo especialista.

OBSERVAÇÃO: São condições imprescindíveis que o paciente esteja dentro do protocolo e que não haja necessidade de retornar para a UBS para adequação da condição bucal. Dessa forma, o CD da UBS deverá estar apto a apresentar um olhar integral à saúde do paciente, sendo fundamental, também, a comunicação com o CEO.

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO

- O cirurgião-dentista da UBS deverá avaliar se há presença de alterações quanto ao aspecto de normalidade.
- O paciente que necessita de PTI deverá ser encaminhado para a especialidade de Prótese e esta irá encaminhar internamente para o especialista em Cirurgia Oral Menor para realização das exodontias dos dentes posteriores com a regularização do rebordo alveolar e no dia da instalação da PTI realizar a exodontia dos dentes anteriores e regularização de rebordo. Deverá haver uma organização entre os profissionais das duas especialidades de modo a viabilizar o melhor fluxo para a execução conjunta dos procedimentos.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO CEO

Pacientes que necessitem de exodontia de todos os elementos de uma ou das duas arcadas e que dependam de uma reabilitação imediata para que tenham uma boa recuperação, conforme indicações descritas abaixo.

INDICAÇÕES PARA ATENDIMENTO NO CEO

- Pacientes que serão submetidos à radioterapia, com solicitação médica;
- Pacientes que necessitarão ter seus dentes extraídos devido a alguma doença sistêmica grave ou que serão submetidos a cirurgias que indiquem exodontias prévias e necessitem conseguir se alimentar para ter uma boa recuperação, sempre com solicitação médica (ex. paciente para transplante, cirurgias cardíacas);
- Pacientes com GUNA.

OBSERVAÇÃO: Neste momento pandêmico de COVID -19, paciente pós- internação, debilitado, com perda mínima de 10% de seu peso total, que já faça uso de prótese total, porem que neste momento encontra-se desadaptada, este

paciente deverá ter sua prótese reembasada a semelhança da confecção de uma PTI.

FASES DA CONFEÇÃO

- Exame clínico e planejamento: Moldagem inicial de estudo.

30.70.49.086	Tratamento Inicial (TI) Prótese
--------------	--

- Após as exodontias dos dentes posteriores, realiza-se a moldagem para confecção de base de prova:

03.07.04.007-0	Moldagem Dento-Gengival P/ Construção De Prótese Dentária
----------------	--

- Registro de mordida para estabelecimento da dimensão vertical e solicitação de montagem dos dentes posteriores:

307049019	Mordida Em Cera
-----------	------------------------

- Prova da montagem dos dentes posteriores; Aprovação da cor escolhida e avaliação da oclusão.

307049043	Prova Dos Dentes
-----------	-------------------------

- Não solicitar a acrilização sem antes analisar e aprovar a montagem dos dentes.
- Uma vez aprovada a montagem em relação à cor, tamanho, posição na arcada, solicitar a acrilização e programar a cirurgia de exodontias dos dentes anteriores para instalação da prótese.

- Cirurgia e instalação da prótese imediata.

07.01.07.011-0	Prótese Temporária
30.70.49.060	Tratamento Concluído (TC) Prótese

- Após uma semana, remoção da sutura e realização dos ajustes necessários.

03.07.04.014-3	Adaptação de Prótese Dentária
----------------	--------------------------------------

- Reembasar a prótese após a cicatrização tecidual (em torno de 2 meses).

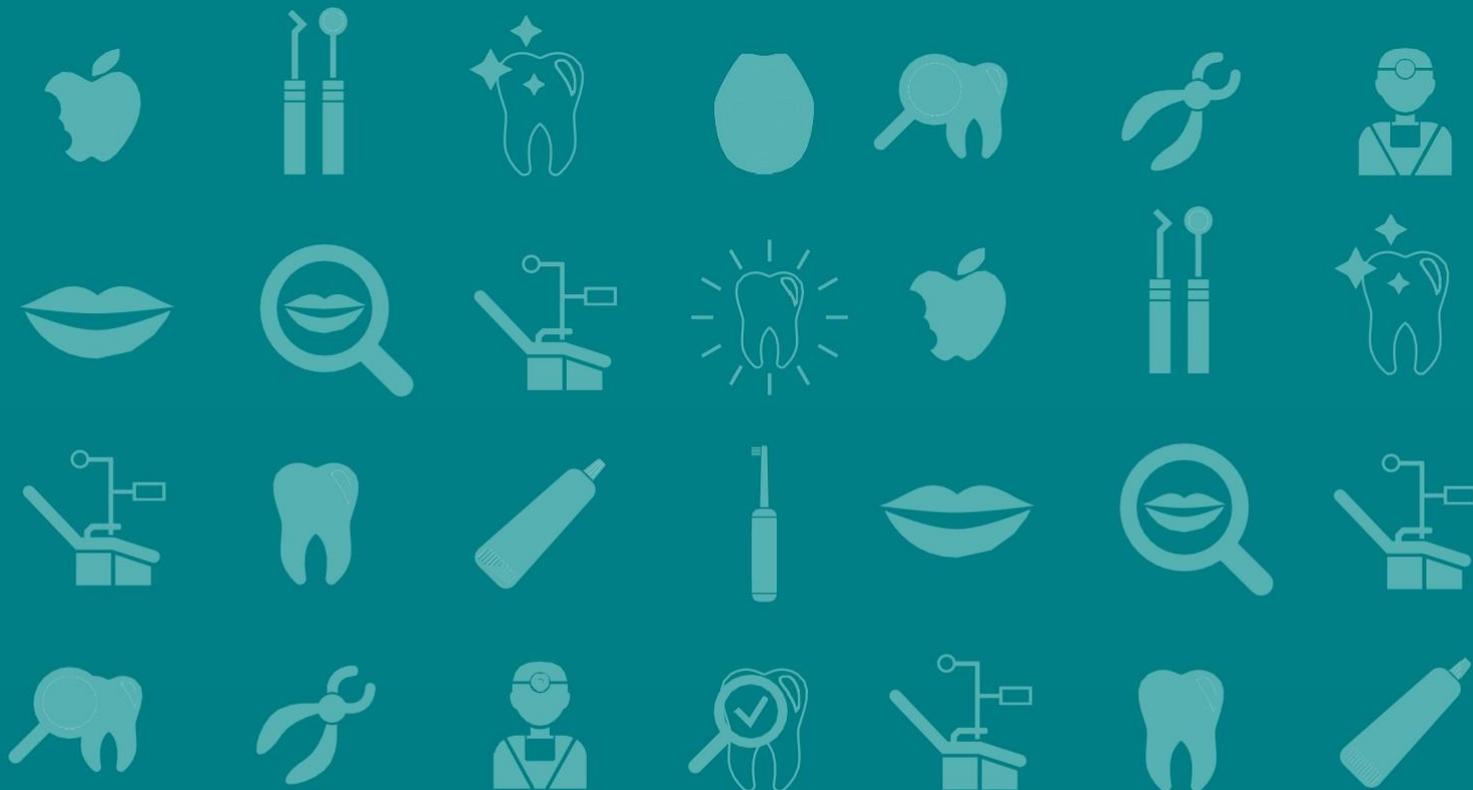
03.07.04.008-9	Reembasamento e conserto de Prótese Dentária
----------------	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este paciente ao ser encaminhado para a confecção da PTI, a UBS deverá inseri-lo na Regulação - SIGA para confecção de uma Prótese Total definitiva.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Coordenação da Atenção à Saúde - Assessoria Técnica de Saúde Bucal

São Paulo
Junho 2021



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

[f](#) [@](#) [v](#) [v](#) [v](#) [v](#) [v](#) saudeprefsp

prefeitura.sp.gov.br/saude

