

Protocolo Municipal De Especialidades Odontológicas 2025



PREFEITURA DE
MARÍLIA
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PREFEITO

VINICIUS DE ALMEIDA CAMARINHA

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

PALOMA APARECIDA LIBÂNIO NUNES

SECRETÁRIO ADJUNTO MUNICIPAL DA SAÚDE

GABRIEL FONTES LOEVE

EQUIPE TÉCNICA SAÚDE BUCAL

MARCOS ANTÔNIO GIROTTO

ENCARREGADO SAÚDE BUCAL

ELIANA PEREIRA DA SILVA

CIRURGIÃ-DENTISTA

PRISCILLA KLEIS VERONEZ

CIRURGIÃ-DENTISTA

ENCARREGADA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

GLAÚCIA REGINA RAFUL SACOMANI

ENCARREGADA CEO

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	4
II CRITÉRIOS GERAIS PARA REFERÊNCIA	
1. Encaminhamento	5
2. Agendamento	6
3. Entrega agendamento ao usuário	7
III SERVIÇOS OFERTADOS	9
IV CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA POR ESPECIALIDADES	
ESTOMATOLOGIA	10
ENDODONTIA	17
PERIODONTIA	19
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	21
PACIENTES ESPECIAIS	27
PRÓTESE TOTAL	30
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	32
LASERTERAPIA	34
ODONTOLOGIA INFANTIL	35
ODONTOLOGIA	36

Referência Bibliográfica	37
ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE CIRURGIA ORTOGNÁTICA – SERVIÇO ODONTOLÓGICO	38
ANEXO II - FORMULÁRIO SERVIÇO SOCIAL	40
ANEXO III - FLUXO PARA FRENOTOMIA LABIAL	42

I. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde operacionaliza o Sistema Integrado de Serviços de Saúde, e tem na **Atenção Primária à Saúde** (APS), o ponto estratégico de atendimento.

Deste modo, a Unidade Básica de Saúde (UBS/ESF) é responsável pela garantia do acesso, da equidade e da integralidade das ações, viabilizando o fluxo do usuário aos demais pontos de assistência na Rede de Atenção à Saúde, quando necessário.

O presente protocolo visa à organização dos processos de trabalho, com inclusão dos requisitos básicos para referência, os critérios de inclusão e exclusão, e o fluxograma para atendimento nos locais próprios e instituições conveniadas que prestam assistência odontológica especializada no município:

1. **CEO - Centro de Especialidades Odontológicas;**
2. **UNIMAR - Clínica Odontológica;** e
3. **SANTA CASA - Ambulatório Buco-maxilo-facial.**

II. CRITÉRIOS GERAIS PARA REFERÊNCIA

Deverão ser encaminhados os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na Atenção Primária, devido limitações técnicas e/ou estruturais.

Previamente ao encaminhamento a qualquer especialidade odontológica, exceto especialidade **ODONTOLOGIA**, é indispensável que seja realizada, minimamente, a adequação do meio bucal - remoção de fatores retentivos de placa, restos radiculares e elementos dentários com acentuada mobilidade vertical, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle de biofilme dental, controle de bolsa periodontal até 4 mm - inclusive dos pacientes com necessidades especiais, respeitando-se as possibilidades de manejo da situação sistêmica e de seu comportamento.

Pacientes menores de idade devem ser acompanhados do responsável legal.

Nos casos de dúvidas quanto à indicação do encaminhamento, recomenda-se o contato do Cirurgião-dentista com Equipe Técnica da Saúde Bucal, da Secretaria Municipal da Saúde, ou diretamente com profissionais da especialidade, no caso do CEO.

Importante que as equipes de APS, ao realizarem o encaminhamento para as referências, acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado, retomando o acompanhamento desse usuário após término desse tratamento, estabelecendo assim a longitudinalidade do cuidado.

ATENÇÃO

Adequação do meio bucal é **indispensável** antes do agendamento de consulta em qualquer especialidade.

Idealmente o paciente deve ter tratamento odontológico inicial, de competência da AB, concluído.

1. ENCAMINHAMENTOS

O encaminhamento deverá ser realizado, preferencialmente, por meio da Guia de Encaminhamento gerado no sistema e-SUS.

1.1. Motivo encaminhamento

- Queixa principal
- Descrição detalhada dos procedimentos realizados na unidade básica de saúde

1.2. Observação

- Especificação das enfermidades
- Medicações em uso

Os encaminhamentos poderão estar acompanhados quando indicado, de exames complementares e radiografias.

2. AGENDAMENTO

O agendamento de todas as especialidades odontológicas se dará pelo sistema SIRESP, de acordo com as vagas ofertadas pelos serviços, exceto PRÓTESE TOTAL, BUCO-MAXILO CEO e BUCO-MAXILO SANTA CASA, descritos em sequência.

2.1. PRÓTESE TOTAL

O município apresenta cinco (5) PÓLOS DE AJUSTE DO SERVIÇO DE PRÓTESE TOTAL, as quais são referência às demais unidades de saúde, conforme quadro abaixo:

UNIDADES PRESTADORAS DO SERVIÇO DE PRÓTESE TOTAL				
CEO	JD. MARÍLIA	ANIZ BADRA	ALTANEIRA	VILA HÍPICA
<i>Unidades referenciadas</i>	<i>Unidades referenciadas</i>	<i>Unidades referenciadas</i>	<i>Unidades referenciadas</i>	<i>Unidades referenciadas</i>
UBS Alto Cafezal	USF Jd Marília	USF Aniz Badra	USF Altaneira	USF Vila Hípica
UBS Cascata	USF Argolo Ferrão	USF Jânio Quadros	USF Aeroporto	USF Três Lagos
UBS Castelo Branco	USF Avencas/ Amadeu Amaral	USF Figueirinha/ 1º Maio	USF Novo Horizonte	USF Jóquei Clube
UBS Chico Mendes	USF Bandeirantes	USF Jd Renata	USF Vila Nova	USF Marajó
UBS Nova Marília	USF Jd América IV	USF Sta Antonieta II	USF Vila Barros	USF Santa Paula
UBS Planalto	USF Jd Cavalari	USF Liliana	USF Palmital	USF Pq dos Ipês
UBS Santa Antonieta	USF Jd Flamingo	USF Pq das Nações	USF JK I/II	USF Vila Real
UBS São Judas	USF Jd Teruel	USF Rosália	USF Lácio	USF Tóffoli
USF São Bento	USF Julieta / Sta III	USF Padre Nóbrega I/II	USF Campo Belo	
USF Costa e Silva I/II		USF Jd Maracá I/II		
USF Santa Augusta		USF Leonel Brizola		
USF São Miguel I/II				
USF Vida Nova Maracá				

As vagas estão sendo ofertadas pela Saúde Bucal/SMS, via e-mail. Logo que o ciclo de tratamento (média 5 consultas) for concluído, sendo de responsabilidade desta informar, com antecedência mínima de 07 dias, a data e horário disponível para agendamento.

A unidade de saúde, por sua vez, é responsável por informar os dados do usuário à Prestadora do Serviço de Prótese, em tempo oportuno, para inserção das informações na agenda PEC.

Caso haja desistência pelo usuário no início, ou no decorrer do tratamento, a unidade prestadora do serviço de prótese deverá ofertar novamente a vaga, o mais breve possível, à unidade para agendamento de outro usuário.

2.2. BUCO-MAXILO-FACIAL CEO/SANTA CASA

As consultas de Buco-maxilo-facial CEO e Santa Casa serão agendadas via Saúde Bucal/SMS, devido à necessidade de regulação das vagas.

Os encaminhamentos desta especialidade deverão ser enviados, por malote, à Saúde Bucal para cadastro de demanda, que logo realizado será devolvido à unidade. Após agendamento, a unidade será avisada por e-mail para que possa imprimir filipeta do paciente e anexar no encaminhamento.

3. ENTREGA ENCAMINHAMENTO AGENDADO

Realizado o agendamento, o paciente deverá ser informado sobre a consulta da especialidade e o encaminhamento entregue ao mesmo, ou responsável, preferencialmente, em mãos.

Sugere-se que seja agendado consulta na unidade de saúde (UBS/USF), com **7 a 15 dias** de antecedência da consulta da especialidade, para reavaliação da condição clínica, as devidas orientações e, nos casos de ENDODONTIA, a indispensável troca do curativo de demora.

Atenção: os encaminhamentos para especialidade gerados nos serviços de urgência (UPA e PA-SUL) precisam ser, necessariamente, reavaliados pelo profissional da unidade de saúde de referência do usuário.

Caso o paciente não possa comparecer ao agendamento, o mesmo deverá comunicar com ***antecedência mínima de 5 dias***, para disponibilização da vaga a outro usuário.

Orientações gerais:

- Identificar o ***real interesse do paciente*** em realizar o tratamento;
- Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas (UBSs e USFs) ou nos Pronto-Atendimentos (UPA e PA-SUL).
- Paciente ***menores de idade devem comparecer acompanhados de seus responsáveis legais*** documentados, exceções devem ser discutidas previamente com Saúde Bucal, e no caso de agendamentos no CEO, com a gerência do local.
- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem, primeiramente ser estabilizados na Unidade de Saúde, para posterior encaminhamento.

III. SERVIÇOS OFERTADOS

1. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO

- Estomatologia
- Endodontia – incisivos
 - pré-molares
 - molares
- Periodontia
- Buco-maxilo
- Pacientes Especiais
- Prótese Total
- Laser
- Disfunção de ATM

2. CLÍNICA ODONTOLÓGICA - UNIMAR

- Endodontia – incisivos
 - pré-molares
- Odontologia Infantil - “*Odontopediatria*”
- Odontologia - “*Clínica Integrada*”

3. SERVIÇO BUCO-MAXILO-FACIAL SANTA CASA

Vagas disponibilizadas pela Saúde Bucal, exceto na área de Estomatologia, cujas vagas são ofertadas pelo sistema SIRESP.

- Estomatologia (vagas SIRESP)
- Cirurgia Buco-Maxilo-Facial de maior complexidade
- Tratamento com sedação para Pacientes com Necessidades Especiais

IV. CRITÉRIOS REFERÊNCIA POR ESPECIALIDADE

ESTOMATOLOGIA

CRITÉRIOS ENCAMINHAMENTO

Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado, ou seja desejado, o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares.

1. Suspeita de Malignidade (Quadro 1);
2. Desordens bucais potencialmente malignas (Quadro 2);
3. Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou mandíbula, não associadas a dentes necrosados;
4. Lesões proliferativas ou bolhosas de natureza benigna (Quadro 3);

Recomenda-se que haja, no mínimo, uma reavaliação do profissional, após estabelecida a terapia inicial, previamente ao encaminhamento para especialidade.

Casos excepcionais poderão ser discutidos com Saúde Bucal.

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhar a evolução antes do encaminhamento.

Para usuários que apresentem condição com forte suspeição de malignidade, particularmente quando há histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar, o acesso deve ser o mais rápido possível, e caso não esteja disponível vaga no sistema SIRESP, entrar em contato imediato com a Coordenação de Saúde Bucal.

Ressalta-se que é de extrema importância o acompanhamento pelos profissionais da UBS/USF dos casos encaminhados a outros níveis de atenção, na perspectiva da continuidade do cuidado.

QUADRO 1 - Lesões bucais com suspeita de malignidade

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Carcinoma Espino-celular	<p><u>Lesão ulcerada:</u></p> <p>a) com bordas elevadas e/ou endurecidas e que, após remoção de possíveis fatores traumáticos (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento), não cicatriza no período de 14 dias;</p> <p>b) úlceras com mais do que 1 cm de diâmetro, independente do tempo de duração; ou</p> <p><u>Lesão Nodular:</u> nódulo de superfície irregular ou lobulada, principalmente quando apresentar base endurecida à palpação.</p>
Melanoma	Mancha acastanhada, azul-acinzentada ou negra, assimétricas, com bordos irregulares, com crescimento e mudança de cor
Outras	Lesão com crescimento rápido, infiltração, endurecimento e fixação, não associado a fatores irritativos como trauma ou dentes necróticos e que não regride após 14 dias de acompanhamento

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

QUADRO 2 - Desordens bucais potencialmente malignas

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Leucoplasia	Mancha ou placa branca não removível à raspagem, não associada a trauma crônico (próteses fraturadas/desadaptadas, dentes fraturados, mordiscamento) ou associada a algum desses fatores e que persiste por mais de 14 dias após a remoção do mesmo;
Eritroplasia	Mancha ou placa vermelha não associada a fatores traumáticos ou infecção, que persiste por mais de 14 dias;
Queilite Actínica	Alterações na mucosa de transição do lábio, levando à perda de nitidez do limite dermatomucoso, associada a áreas de placa branca, ulceradas, endurecidas e/ou erosivas (avermelhadas)
Líquen Plano	Lesões brancas e/ou vermelhas de apresentação única ou múltipla, uni ou bilaterais, com ou sem sintomatologia dolorosa, podendo estar associadas a lesões na pele.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

QUADRO 3 - Lesões proliferativas ou bolhosas de natureza benigna

Processos proliferativos não-neoplásicos

Suspeita clínica	Descrição da lesão
Hiperplasia Inflamatória	Nódulo único ou múltiplo, de base séssil, consistência firme, mucosa de revestimento íntegra ou erosada, com eventuais áreas ulceradas. Está associada a trauma e comumente localiza-se na região do fundo de sulco ou rebordo alveolar, em região edêntula submetida a trauma crônico por próteses desadaptadas
Hiperplasia Papilar Inflamatória	Múltiplas pápulas assintomáticas de coloração avermelhada ou rósea localizadas em palato duro sob próteses desadaptadas e mal higienizadas. Pacientes normalmente não removem a prótese para dormir;
Granuloma Piogênico	Nódulo pediculado ou séssil assintomático, de crescimento rápido, consistência fibrosa, comumente sangrante ao toque, coloração avermelhada;
Fibroma	Pápula/Nódulo pediculada ou séssil, indolor, única, consistência firme, formato arredondado, mucosa de superfície íntegra e de coloração igual a da mucosa normal adjacente. Localizações preferenciais: língua, mucosa jugal e mucosa labial;
Papiloma	Pápula/Nódulo, pediculado ou séssil, usualmente única, coloração rósea ou esbranquiçada, superfície papilomatosa ou verrucosa, consistência de amolecida a firme. Localizações palato, úvula, lábios e língua.
Lipoma	Nódulos circunscritos, móveis, de limites bem definidos e consistência borrachóide. Coloração igual a da mucosa adjacente ou amarelada. Localizações preferenciais: mucosa jugal, lábio, assoalho e língua

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015)

Descritivo mínimo que deve constar no encaminhamento:

1. Descrição da lesão (Sugestão de Roteiro Quadro 4)

1.1. Lesão fundamental

1.2. Número

1.3. Tamanho

1.4. Implantação

1.5. Coloração

1.6. Superfície

1.7. Contorno

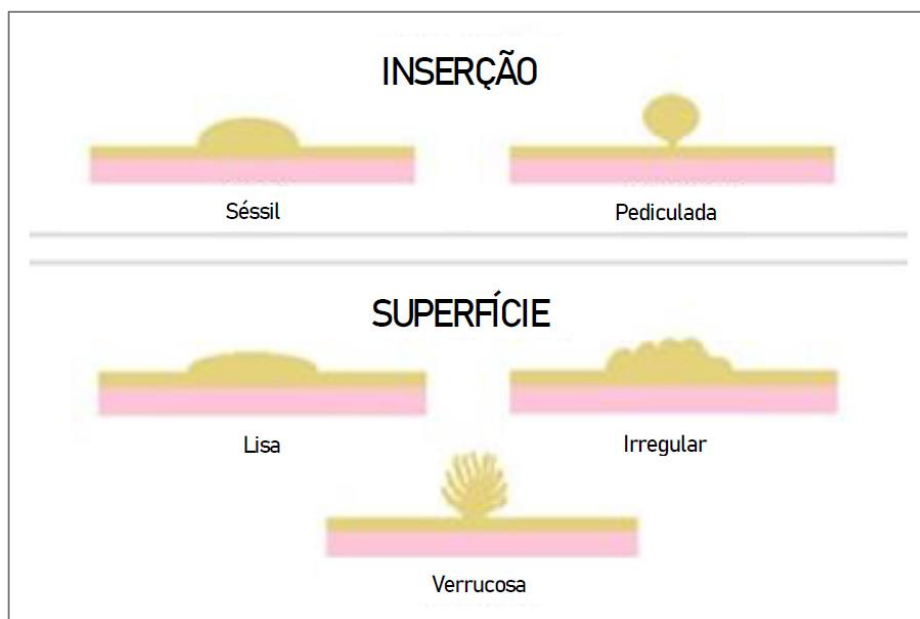
- 1.8. Limites
- 1.9. Consistência
- 1.10. Conteúdo
- 1.11. Localização
- 1.12. Tempo de evolução
- 2. Sinais e sintomas associados (dor, parestesia de lábios ou língua)
- 3. Tratamento realizado para lesão oral. Se houve uso de medicamentos, qual a posologia e a resposta ao mesmo.
- 4. Presença de hábitos (Fumo, Álcool, Drogas ilícitas). Tempo e frequência.
- 5. Observações adicionais: uso de prótese, trauma local.

QUADRO 4 - Roteiro para descrição de lesões bucais

I. LESÃO FUNDAMENTAL
<p>SUPERFICIAL</p> <p>1. Mácula ou Mancha <i>Alteração de cor sem elevação ou depressão da superfície</i></p> <p>2. Placa <i>Alteração de cor com discreta elevação de superfície. (mais ampla em largura do que em altura)</i></p> <p>CONTEÚDO SÓLIDO (MASSA NODULAR)</p> <p>3. Pápula <i>Elevação circunscrita, bem delimitada, menor que 5 mm de diâmetro, podendo ser séssil ou pediculada</i></p> <p>4. Nódulo <i>Elevação circunscrita, bem delimitada, maior que 5 mm e menor que 3cm de diâmetro , podendo ser séssil ou pediculada</i></p> <p>5. Tumor <i>Elevação maior que 3cm de diâmetro</i></p> <p>CONTEÚDO LÍQUIDO</p> <p>6. Vesícula <i>Lesão elevada, com conteúdo líquido, de até 3mm de diâmetro</i></p> <p>7. Bolha <i>Lesão elevada, com conteúdo líquido, maior que 3mm de diâmetro</i></p> <p>PERDA TECIDUAL</p> <p>8. Erosão <i>Perda parcial do epitélio sem atingir o tecido conjuntivo subjacente</i></p> <p>9. Úlcera <i>Perda do epitélio com exposição do tecido conjuntivo subjacente</i></p>
II. NÚMERO

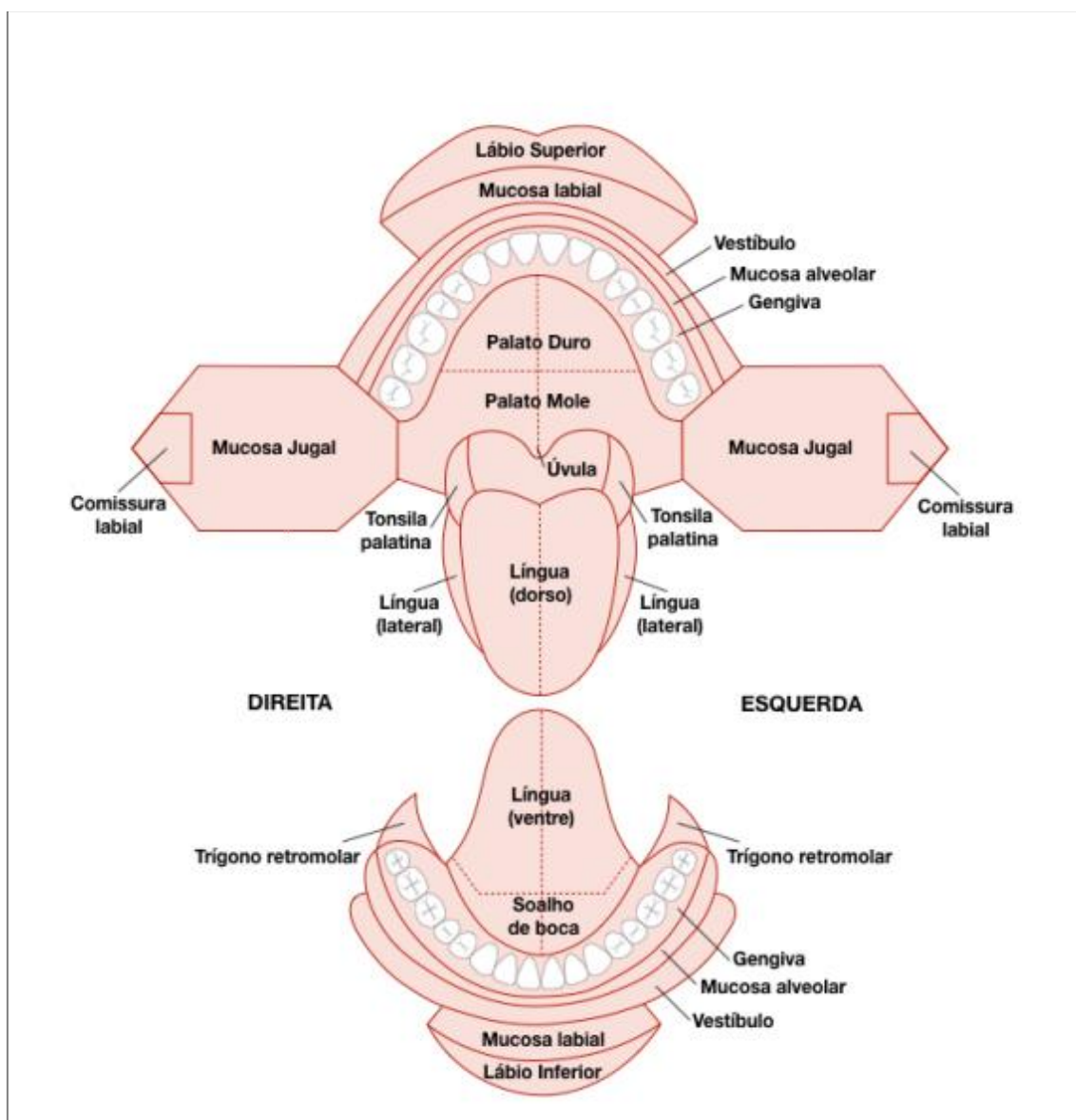
1. Único		2. Múltiplo				
III. TAMANHO						
No maior diâmetro em mm						
IV. IMPLANTAÇÃO						
1. Sésil		2. Pediculada		3. Exofítica		
V. COLORAÇÃO						
VI. SUPERFÍCIE						
1. Lisa	2. Rugosa	3. Filiforme	4. Papilomatosas	5. Verrucosa		
VII. CONTORNO						
1. Regular			2. Irregular			
VIII. LIMITES						
1. Com limites nítidos			2. Sem limites nítidos			
IX. CONSISTÊNCIA						
1. Normal	2. Fibrosa	3. Borrachóide	4. Dura	5. Elástica	6. Flácida	7. Flutuante
X. LOCALIZAÇÃO (Mapa Bucal)						
1. Estrutura afetada			<i>língua, mucosa jugal, gengiva, lábio, ...</i>			
2. Lado			<i>direito, esquerdo, bilateral</i>			
3. Arcada			<i>superior, inferior, ambas</i>			
4. Região			<i>anterior, média, posterior</i>			
XI. TEMPO DE EVOLUÇÃO						

LESÕES FUNDAMENTAIS



Figuras ilustrativas da OralDESC
Fonte: MEURER, ZIMMERMANN e GRANDO (2015)

MAPA BUCAL PARA AUXÍLIO NA DESCRIÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA LESÃO



Fonte: SCULLY, 2009 (Adaptado)

ENDODONTIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. Dentes permanentes;
2. Avaliar a viabilidade da restauração/reconstrução do dente a ser tratado, considerando desde função do elemento dentário, até **real interesse do paciente pelo tratamento, idade e condição bucal**. É preciso avaliar o contexto geral de saúde bucal e, se necessário e oportuno, resgatar o cuidado e valorização do indivíduo com sua boca, caso ele tenha realmente interesse, antes de encaminhá-lo à endodontia;
3. Os usuários que tiveram encaminhamento originado no Serviço de Urgência (UPA), obrigatoriamente, deverão dirigir-se às unidades de saúde (UBS/USF) para avaliação e adequação aos critérios estabelecidos;
4. Os dentes encaminhados devem, obrigatoriamente, ter **TODA CÁRIE REMOVIDA**, acesso endodôntico, curativo de demora com **FORMOCRESOL** (atualizado de 15 dias antes da consulta e no máximo 2 dias antes da consulta) e selamento provisório. No caso de cavidade classe II (envolvimento das faces proximais), recomenda-se restauração provisória com ionômero de vidro ou resina composta, mantendo apenas o **acesso na região do ponto de eleição** (oclusal em dentes posteriores, palatina ou lingual em dentes anteriores) com selamento provisório (IRM). Tal condição visa maior proteção da estrutura dentária remanescente e favorece que o isolamento absoluto seja satisfatório. **ATENÇÃO** para não obliterar a embocadura dos canais com material selador provisório. Colocar bolinha de algodão com formocresol bem adaptada, recobrindo todos os condutos.
5. Paciente devem estar com tratamento odontológico inicial concluído, ou minimamente, adequação meio bucal realizado na unidade de origem (UBS/USF);
6. **Deve ser solicitada pela Unidade, radiografia periapical**, (particularmente para molares, nos casos de abscesso periapical, presença de fístula ou em situações de

ATENÇÃO

Curativo de demora
deverá ser trocado,
impreterivelmente, no
mínimo, 15 dias antes
do agendamento.

Condição favorece a
possibilidade de tratamento
em menos sessões,
otimizando vagas para novos
casos.

diagnóstico dúbio como dentes anteriores que podem estar com lesão comunicante e outros), para confirmação da viabilidade e planejamento do tratamento endodôntico. Caso ainda persista a dúvida, discutir caso com especialista do CEO. Importante que a radiografia siga anexa ao encaminhamento;

7. O elemento dentário deverá apresentar condições de coroa remanescente para retenção do grampo, possibilitando isolamento absoluto. Dentes recém erupcionados devem aguardar erupção total, devido expulsividade da coroa;
8. Nos casos de uso de aparelhos ortodônticos, orientar a *remoção do fio e braquete* para isolamento absoluto satisfatório;
9. Em casos de dentes com lesão comunicante, enviar radiografia periapical.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. 3º molares;
2. Dentes com envolvimento de furca ou lesão endo-perio severa;
3. Dentes com grande perda de estrutura coronária sem condições de isolamento absoluto;
4. Dentes com periodonto severamente comprometido (mobilidade vertical e horizontal);
5. Não serão realizados retratamentos endodônticos;
6. Dentes com instrumento fraturado e ou corpo estranho no interior do canal.

Os casos que necessitam de aumento de coroa clínica, para possibilitar o tratamento endodôntico, deverão ser agendados primeiramente na especialidade de Periodontia e, assim que tiver alta desta, priorizados o agendamento para endodontia no sistema SIRESP, caso não haja possibilidade de interconsulta no CEO.

Após o término do tratamento do CEO, o elemento dentário deverá ter a entrada dos canais selada com cimento de ionômero de vidro. Será contra-referenciado à unidade (UBS/USF) de origem para restauração definitiva, que deve ser realizada o mais breve possível.

**** PRIORIZAR AS RESTAURAÇÕES PÓS-ENDO A FIM DE EVITAR FRATURAS E
RECONTAMINAÇÃO DA ENDODONTIA ****

PERIODONTIA

I. PERIODONTIA- CEO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

O encaminhamento deve restringir-se a casos mais complexos.

1. Os usuários deverão ser encaminhados após realizado os procedimentos periodontais e adequações do meio de responsabilidade da Atenção Primária, com melhora significativa no controle de placa supragengival, o que será de extrema importância para sucesso do tratamento;
2. Encaminhamentos para cirurgias periodontais, com intuito de viabilizar tratamento restaurador ou endodôntico, devem, impreterivelmente, ter remoção prévia completa de tecido cariado.

1.1. Situações que podem ser encaminhadas:

1. Periodontites agudas;
2. Aumento de volume gengival, induzido por drogas, aparelhos ortodônticos fixos;
3. Necessidades cirúrgicas para realização de procedimentos restauradores;
4. Periodontites crônicas com perdas de inserção $\leq 50\%$;
5. Lesões de furca Grau I e II. Casos Grau III são necessários discutir com o especialista;
6. Recobrimento radicular sem perda óssea horizontal;
7. Hiperplasia gengival causada por prótese mal adaptada;
8. Regularização de rebordo para confecção de Prótese Total;
9. Frenectomia labial;
10. Frenotomia lingual de crianças ≥ 7 anos (fluxograma em Anexo I),
11. Remoção de bridas.

ATENÇÃO ATENÇÃO

Casos de perdas ósseas generalizadas (em todos os sextantes) devem ser encaminhados com radiografias panorâmicas. As periapicais são realizadas no CEO em casos isolados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Dentes com acentuada mobilidade vertical;
2. Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais);
3. Frenectomia labial antes da erupção do 13 e 23;
4. Regularização de rebordo com exostose lingual,
5. Periimplantite ou raspagem em implantes, já que a especialidade de Implodontia não é ofertada pelo CEO – tipo 2.

A manutenção do tratamento periodontal, em princípio, fica sob responsabilidade da Atenção Primária, contrarreferenciado devidamente com relatório de alta, para preservação.

É recomendada a comunicação entre profissionais da Atenção Primária e Especializada para otimização dos resultados da manutenção, podendo, diante de recorrência da doença ou insucessos, retornar ao CEO.

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

A especialidade de Cirurgia Buco-maxilo-facial na Rede de Atenção à Saúde municipal pode ser distinta em dois níveis de cuidado: ambulatorial e hospitalar.

I. BUCO-MAXILO-FACIAL AMBULATORIAL- CEO

1. Retenções, inclusões ou impatações dentárias em **posição A1, A2, B1 e B2**

Terceiros molares ou dentes em outra região, contemplando supranumerários/mesiodens ou foco residual (como por exemplo, abaixo de próteses totais), que exijam osteotomia e/ou odontosecções diversas.

Priorizar casos com sintomatologia, profilaxia para tratamento de câncer - radioterapia e quimioterapia- e transplante, dor, pericoronarites recorrentes, cárie extensa, formação de cistos, doença gengival/periodontal/endodôntica.

Serão atendidos pacientes com idade mínima de 16 anos, ***acompanhados de seus responsáveis legais***.

O pós-operatório, para remoção das suturas, deverá ocorrer, preferencialmente, com profissional responsável pelo procedimento cirúrgico. Poderá ser realizado na unidade de origem, caso isso seja acordado entre profissionais da especialidade e da APS, no intuito de facilitar deslocamento do paciente.

ATENÇÃO

Não devem ser encaminhados pacientes cujas condições de saúde impossibilitem procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, até que avaliação médica, e seu devido tratamento, viabilizem a intervenção cirúrgica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

1. Pacientes gestantes assintomáticas;

2. Pacientes com estado de saúde geral descompensado;
3. Condições relatadas pelo paciente ainda não diagnosticada;
4. Restrição de abertura bucal,
5. Dentes em posição “C” e “3” pela classificação de Pell e Gregory.

Orientações gerais:

- Adequação do meio bucal
- Discutir com o paciente a necessidade da exodontia e o real interesse do mesmo;
- Encaminhamento detalhado com indicação dos dentes a serem extraídos;
- Informar ao paciente que na primeira consulta não será realizada a exodontia;
- Evitar extremos de idade: **mínima de 16 anos e maiores de 40 anos com dente totalmente incluso e assintomático,**
- Pacientes ortodônticos devem comparecer com carta de recomendação.

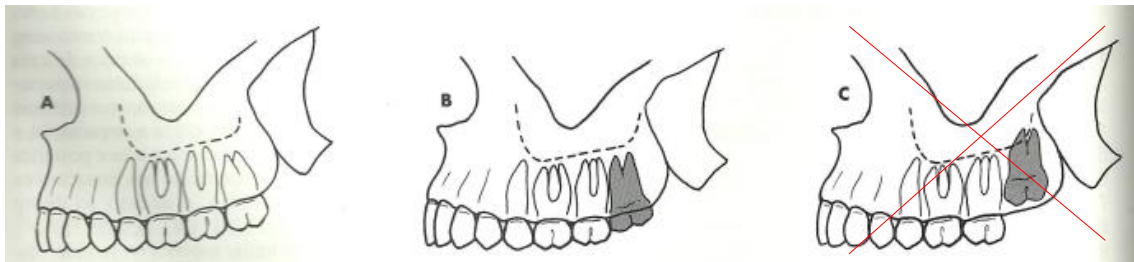
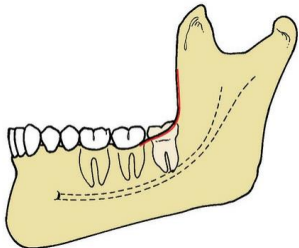



Figura 1. Classificação dos terceiros molares superiores de Pell & Gregory. Ilustração retirada de PETERSON et al. (2005).

Classificação de PELL & GREGORY			
Relação com o Plano Oclusal	Classe A		 A2

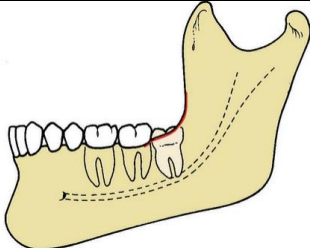

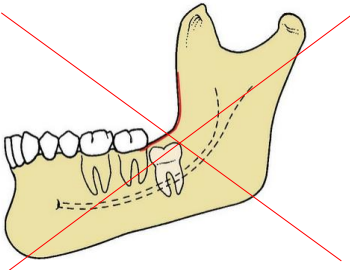

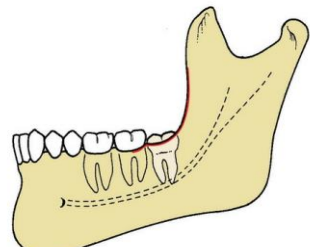

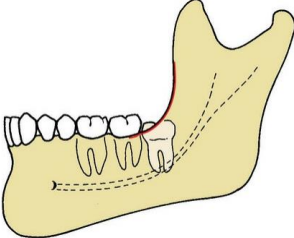

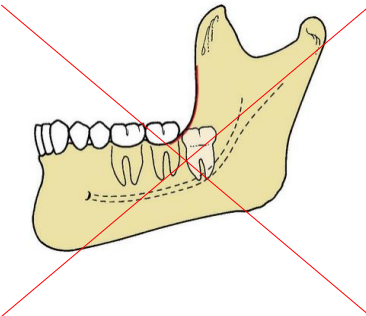

	Classe B		 B1
	Classe C		 C2
	Classe I		 B1
Relação com a borda anterior do Ramo Mandibular	Classe II		 A2
	Classe III		 C3

Figura 2. Ilustrações retiradas de HUPP et al. (2015).

II. BUCOMAXILOFACIAL HOSPITALAR - SANTA CASA

Vagas agendadas pela Coordenação de Saúde Bucal e, portanto, encaminhamentos deverão ser enviados por malote a esta, para fim de regulação do serviço, igualmente como realizado com os encaminhamentos para BUCO-MAXILO-FACIAL AMBULATORIAL- CEO .

MÉDIA COMPLEXIDADE

1. Retenções, inclusões e impatações dentárias de maior complexidade, que necessitem de osteotomias e/ou odontosecções mais invasivas; ou casos de dentes próximos às estruturas nobres, com risco eminente de lesões adjacentes;
2. Cirurgias de cistos e tumores benignos de tecidos moles;
3. Cirurgias de cistos e tumores benignos intraósseos.

ALTA COMPLEXIDADE

1. DISFUNÇÕES DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - DTM

Refere-se ao **tratamento cirúrgico das disfunções temporomandibulares:**

- Dores na região da ATM, significativa e recorrente, com histórico de terapia medicamentosa sem resultados satisfatórios.
- Episódios frequentes de estalidos ou travamento da ATM.

O tratamento clínico (reabilitação protética, ajuste oclusal e placa miorelaxante) não está contemplado nesse serviço.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

I. Radiografia panorâmica atual

II. Radiografia ATM - boca aberta e fechada (vaga SIRESP está em Radiografia de Face)

2. CIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE

Procedimento cirúrgico do tratamento ortodôntico/ortognático ou de reconstrução de rebordo ósseo disponibilizado aos moradores do município de Marília.

Importante que os profissionais de Saúde Bucal confirmem com os **Agentes Comunitários de Saúde** se usuário é realmente pertencente à área de abrangência da unidade.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

i. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO CIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE

✓ ANEXO 1 - SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Deverá ser preenchido por completo, com letra legível e assinaturas Paciente ou Responsável e Cirurgião-dentista do serviço público ou privado, responsável pela solicitação do procedimento cirúrgico.

✓ ANEXO 2 - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Avaliação deverá ser realizada pelo Assistente Social do NASF, no caso das ESFs, ou pela Assistente Social da Secretaria Municipal da Saúde, sendo necessário agendamento prévio, para evitar deslocamentos desnecessários. Importante que Assistente Social tenha acesso ao ANEXO 1 para avaliação deste setor.

ii. CÓPIA DOS DOCUMENTOS

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
- ✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM CEP
- ✓ COMPROVANTE DE RENDA

Por fim, anexar ao processo **GUIA ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADE**, devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo Cirurgião-dentista da UBS/USF.

ATENÇÃO

A cirurgia ortognática, pela rede pública municipal de Marília, refere-se ao ato cirúrgico do tratamento ortodôntico/ortognático e, portanto, o planejamento e acompanhamento prévios devem ser realizados no serviço privado.

Todo processo deve seguir, por malote, à Coordenação de Saúde Bucal, responsável pela regulação das vagas

iii. DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA

A documentação ortodôntica deverá ser providenciada pelo paciente, em serviço particular, **no momento indicado pela equipe do serviço de Buco-maxilo-facial** do convênio vigente, estabelecido com a Prefeitura Municipal de Marília.

- ✓ Teleradiografia norma lateral e frontal com análise cefalométrica
- ✓ Radiografia panorâmica com análise cefalométrica
- ✓ Fotos extra e intra-bucais
- ✓ Modelo de gesso

IMPORTANTE - A cirurgia ortognática na rede pública municipal de Marília refere-se ao **ATO CIRÚRGICO** do tratamento ortodôntico/ortognático e, portanto, o planejamento e acompanhamento ortodôntico/ortognático prévios devem ser realizados no serviço privado, visto que não há disponibilidade do mesmo na rede pública. Deste modo, os usuários serão encaminhados a esse serviço já em etapa avançada do tratamento, próximo ao momento cirúrgico.

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Na Atenção Primária deverão ser atendidos todos os pacientes com necessidades especiais de baixa complexidade, ou cujas limitações físicas e metabólicas não sejam impeditivas de atendimento na unidade de saúde, e que respondam ao manejo comportamental.

Deverão ser referenciados casos de deficientes intelectuais severos, doentes mentais e sistêmicos crônicos que necessitam de manejo odontológico diferenciado e adequado para sua necessidade, assim como equipamentos e materiais não disponíveis na APS, mas oferecidos nos serviços de Atenção Especializada Ambulatorial (CEO) - como bomba a vácuo em pacientes com dificuldade de deglutição e risco de aspiração, uso do dispositivo de contenção física – EMAD, etc - e Hospitalar (Santa Casa). Crianças sem necessidades especiais que necessitem de contenção física exclusivamente através do uso do EMAD, após várias tentativas de tratamento e condicionamento na APS. Destaca-se a importância do Programa Bebê-Dente para adequação do comportamento e condicionamento de crianças e da Visita Domiciliar que pode ser realizada em casos de pacientes de difícil locomoção.

Dentro das possibilidades de manejo, o paciente deve receber adequação bucal e orientações gerais de cuidados bucais, além de instruções sobre funcionamento da Rede de Atenção à Saúde aos familiares e responsáveis. Preferencialmente, a APS deverá solicitar, e já enviar, a avaliação médica sobre as condições sistêmicas dos pacientes com alterações complexas, assim como exames complementares relativos ao caso, medicações em uso, dificuldade de locomoção, etc. É necessário que, no encaminhamento, a necessidade especial do paciente seja bem esclarecida, assim como detalhado as consultas anteriores e tentativas de condicionamento realizadas.

I. PNE AMBULATORIAL- CEO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. Pacientes avaliados pelo Cirurgião-dentista quanto à necessidade de intervenção odontológica e que não permitiram o atendimento ambulatorial convencional;

2. Pacientes com deficiência mental ou comprometimentos que não respondem a comandos, não cooperativo;
3. Deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento;
4. Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas a distúrbios de comportamento;
5. Deficientes neurológicos graves (paralisia cerebral);
6. Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento na unidade de saúde;
7. Pacientes autistas;
8. Outras situações, não descritas, que eventualmente possam ser pactuadas com o profissional de referência, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

IMPORTANTE

Os pacientes com necessidades especiais devem ser **acompanhados pelos profissionais da APS**, com agenda de manutenção periódica, de acordo com a classificação de risco estabelecida e rotineiramente revisada, a fim de evitar agravamentos da condição bucal e apoiar a família nos cuidados com saúde bucal.

Na contrarreferência à unidade de origem, profissional do CEO deverá descrever todo o tratamento realizado, o diagnóstico da situação e as sugestões de como realizar a manutenção odontológica e o manejo do paciente. Caso necessário, complementar as informações por telefonema - **matriciamento**.

Os pacientes que não tenham condições de retornar à unidade da Atenção Primária, devido complexidade do quadro geral, também poderão receber consultas de manutenção, mesmo após o tratamento concluído, no CEO. No entanto, isso não exime a equipe da unidade de origem do monitoramento e acompanhamento periódico dos pacientes especiais do território sob sua responsabilidade.

II. PNE HOSPITALAR- SANTA CASA

Pacientes que apresentem necessidades especiais poderão ser encaminhados para atendimento odontológico, em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. O atendimento odontológico hospitalar será realizado na Santa Casa de Marília, mediante convênio firmado com a entidade, e prevê basicamente a realização, sob anestesia geral, de tratamento restaurador, cirúrgico (exodontias) e periodontal (raspagem corono-radicular, cirurgias periodontais quando indicado).

O referenciamento a esse serviço deverá ocorrer **após avaliação no CEO**, por profissional responsável, o qual, por meio de contrarreferência à unidade de APS de origem, relate o motivo da necessidade de intervenção sob anestesia geral e especifique qual tratamento a ser realizado.

O profissional da APS deverá providenciar encaminhamento para PNE-Hospitalar, anexando relatório CEO, o qual será enviado à Saúde Bucal, por malote, para agendamento.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. Relatório de diagnóstico e avaliação clínica geral do paciente pelo profissional das USFs e UBSs;
2. Relatório do profissional responsável pela especialidade de PNE - CEO, ou, minimamente, relato da discussão do caso.

PRÓTESE TOTAL

I. “Odontologia – Prótese total”

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO GERAIS

1. Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas as arcadas;
2. Rebordo alveolar regularizado ou que possibilite o assentamento da prótese;
3. Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou anexos orais;
4. Extrações dentárias devem ser realizadas com pelo menos 60 dias antes dos encaminhamentos;
5. Paciente deverá apresentar rebordo alveolar regular compatível com a confecção e estabilidade da prótese;
6. Ausência de hiperplasias gengivais ou em regiões da bochecha;

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA PPR

1. Ausência total de elementos dentários em uma das arcadas;
2. Tratamento clínico e demais especialidades concluídos, por ex.: tratamento de canal realizado, restaurações, cirurgia pré-protética realizada, se caso for necessário.
3. Paciente deve apresentar:
 - elementos dentários em condições de saúde endodôntica e periodontal, isso quer dizer, sem inflamação gengival, mobilidade dentária e com inserção óssea acima de 50%.
 - ausência de no mínimo 2 elementos dentários.

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Para observar a inserção óssea dos dentes pilares, é necessário realizar radiografia periapical. Em casos que ultrapassem 3 regiões, pode ser realizada radiografia panorâmica.

Situações que não devem ser encaminhadas:

Pacientes que apresentam alteração motora, psiquiátrica ou nervosa severa, pois estes distúrbios impossibilitam a moldagem, confecção, bem como a utilização posterior da prótese.

Pacientes com problemas de ATM, desarmonia e/ou discrepância entre os arcos (CI III proeminente).

Os pacientes que apresentem hiperplasia de mucosa ou que necessitem de aumento do rebordo alveolar devem ser encaminhados anteriormente para a cirurgia pré-protética (Periodontia - CEO ou BMF – Santa Casa).

OBSERVAÇÕES:

Caso o paciente, ao ser avaliado pelo Especialista em Prótese, não apresentar os requisitos necessários, este paciente será contrarreferenciado à Unidade Básica com a justificativa feita na contrarreferência.

Pacientes que já apresentam prótese dentária deverão ser avaliados quanto a real necessidade da confecção de outra prótese.

Previamente, em data próxima ao agendamento, reavaliar o paciente, para descartar a presença de lesões e condições que impeçam o início do tratamento especializado, anexar juntamente com o encaminhamento, a anamnese devidamente preenchida.

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

I. “Odontologia – Disfunção de ATM”

Situações que podem ser encaminhadas:

1. Dor ou cansaço na face e na cabeça tipo peso, aperto, ou pressão;
2. Dor na face ou cabeça irradiada para pescoço ou vice-versa;
3. Odontalgia persistente;
4. Dor ou dificuldade para abrir a boca ou mastigar alimentos;
5. Dor na região do ouvido;
6. Má oclusão súbita,
7. Travamentos episódicos da mandíbula – abertos e fechados.

Situações que não devem ser encaminhadas:

1. Dor tipo choque ou queimação (investigar causas de origem neuropática);
2. Ruídos articulares – estalos ou crepitações na articulação - **sem dor**,

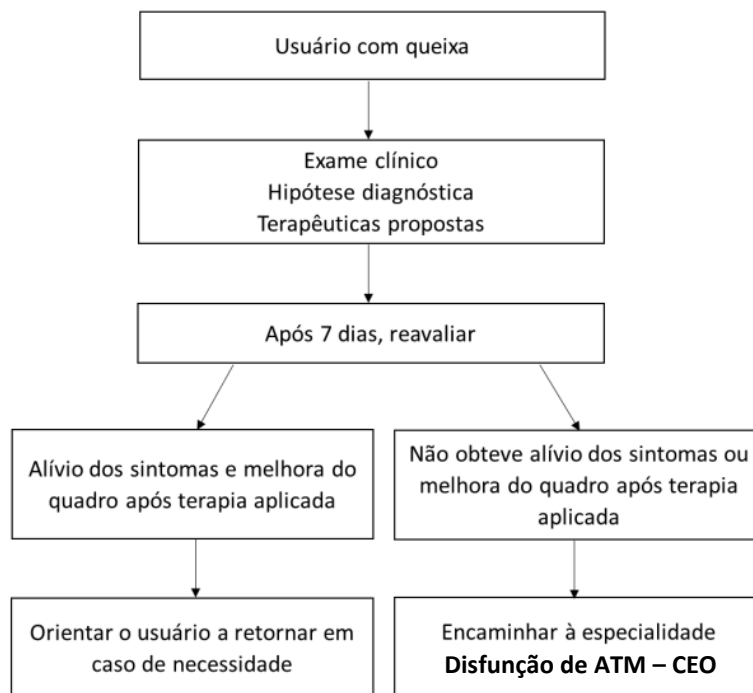
ATENÇÃO

ATENÇÃO

*Tratamento clínico
(reabilitação
protética e placa
miorrelaxante) não
está contemplado
nesse serviço.*

I. Fluxograma para encaminhamento DTM - CEO

“Odontologia – Disfunção de ATM”



LASERTERAPIA

AGENDAMENTO: Não serão ofertadas vagas no SIRESP.

Os agendamentos serão realizados diretamente no CEO, através de contato telefônico com a gerência.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

Situações que podem ser encaminhadas:

1. Pacientes em tratamento de quimioterapia;
2. Pacientes em tratamento de radioterapia região cabeça e pescoço;
3. Pacientes sistemicamente comprometidos com candidíase;
4. Paralisia de Bell.

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Em casos de radioterapia, é necessário que o médico informe dose e mapa da região irradiada.

ODONTOLOGIA INFANTIL

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. Crianças de 0 a 13 anos, com dentição decídua ou mista, avaliados pelo Cirurgião-dentista quanto à necessidade de intervenção odontológica e que não permitiram o atendimento ambulatorial convencional na unidade.

Crianças, a partir de 4 anos, que necessitem de intervenção em mais de 3 elementos dentários, deverão comparecer ao agendamento com radiografia panorâmica atual (até 3 meses).

Para pacientes não colaboradores, os responsáveis devem estar cientes da provável necessidade de consultas para ambientação e condicionamento.

ODONTOLOGIA

A especialidade ODONTOLOGIA, disponibilizada no sistema SIRESP, refere-se a vagas da disciplina de *Clínica Integrada* da Faculdade de Odontologia da UNIMAR.

Com exceção das especialidades já descritas anteriormente, **é a única que permite o agendamento do paciente sem adequação inicial do meio bucal pela APS.**

Caso encaminhamento seja realizado pelo PEC e-SUS, como o sistema não dispõe dessa especialidade, deverá ser identificada a necessidade prioritária do paciente. No entanto no detalhamento do motivo do encaminhamento, deverá estar descrito as necessidades identificadas pelo profissional.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

1. Pacientes maiores de 16 anos;
2. Necessidades odontológicas que contemplem, no mínimo, três (3) especialidades:
 - a. ENDODONTIA;
 - b. DENTÍSTICA;
 - c. PERIODONTIA (inclusive cirurgias),
 - d. EXODONTIAS (inclusive 3º molares em via alveolar).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 350p.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

PETERSON, L.; ELLIS, E.III; HUPP,J.; TUCKER, M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2005. p. 236.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE CIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE

ANEXO 1

SERVIÇO ODONTOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE		
Nome completo:		
Data de nascimento: ____ / ____ / ____		Sexo: () Masculino () Feminino
CPF:	RG:	CNS:
Endereço		
Complemento:	Bairro:	
Município: MARÍLIA	CEP:	
Telefone:	Celular:	Recado:
UBS/USF referência		

2. SAÚDE GERAL
<i>(Relatar existência de doenças crônicas, uso contínuo de medicamento ou condição que necessite de atenção)</i>

2. HISTÓRICO ODONTOLÓGICO
CID principal
CONDIÇÃO CLÍNICA

[illegible]

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Nome Clínica:	
Endereço:	
Complemento:	Bairro:
Município:	CEP:
Telefone:	
Nome Cirurgião-dentista:	
CPF:	CRO:
Data: ____ / ____ / ____	
<hr/> Assinatura e Carimbo Cirurgião-dentista 	
<hr/> Assinatura do paciente ou responsável	



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO 2

SERVIÇO SOCIAL - SECRETARIA MUNICIPAL DE MARÍLIA

1. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE		
Nome completo:		
Idade:		
Plano de Saúde	() Sim Qual?	() Não

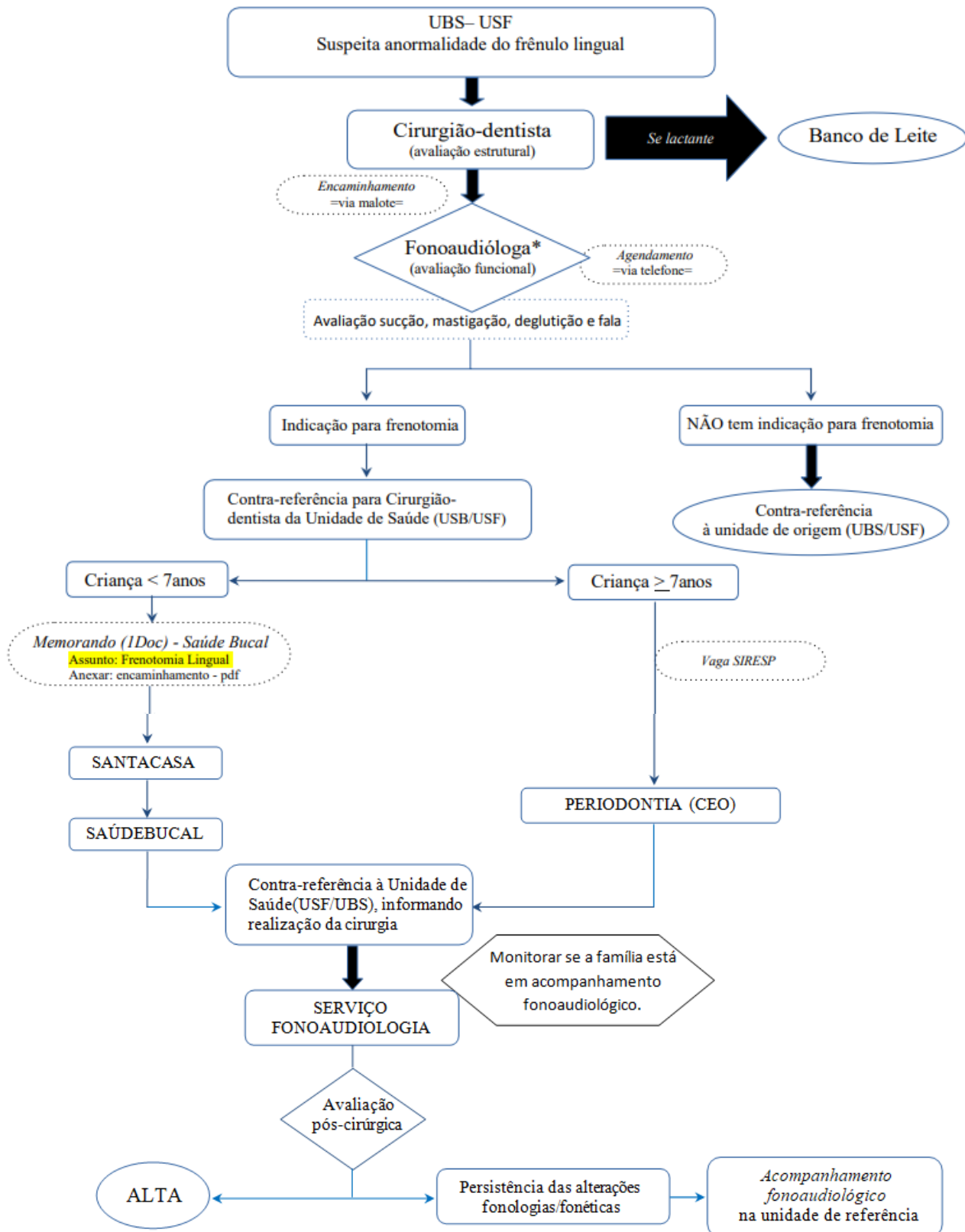
2. HABITAÇÃO
() próprio () cedido () aluguel – R\$ _____ () financiada – R\$ _____
() outros – Quais? _____
Condição da moradia: () alvenaria () madeira () material aproveitado
Quantos cômodos? _____

3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR				
Nome	Idade	Vínculo	Estado Civil	Renda

4. RENDA		
Trabalha: () Sim () Não	Registro: () Sim () Não	Autônomo: () Sim () Não
Aposentadoria: () Sim () Não	BPC: () Sim () Não	
Benefícios eventuais: () Sim () Não – Quais: _____		
Renda do usuário: R\$ _____	Renda familiar: R\$ _____	

ANEXO 3

FLUXO PARA FRENOTOMIA LINGUAL



OBS: Logo após cirurgia, família deve ser orientada pela própria especialidade (Santa Casa/CEO) a procurar serviço de fonoaudiologia para acompanhamento funcional

UBS ALTO CAFEZAL
Fonoaudióloga Marcela Galhardo Tegeiro
USF Jardim Marília
USF São Miguel I
USF São Miguel II

UBS PLANALTO
Fonoaudióloga Cristiane Soares Silvado
USF Vila Hípica
USF Jardim Marajó
USF Três Lagos

UBS CASCATA
Fonoaudióloga Luciane Ribeiro Pampana
USF Novo Horizonte
USF Campo Belo
USF Aeroporto
USF Altaneira

UBS NOVA MARILIA
Fonoaudióloga Juliana Bonatto Longo
USF Costa e Silva I
USF Costa e Silva II
USF Lácio
USF Joquei Clube

UBS CHICO MENDES
Fonoaudióloga Roberta Cristina Rodrigues Vieira
Fonoaudióloga Renata Mineiro Onisto Franco
Estagiários de Fonoaudiologia da UNESP
USF Argolo Ferrão
USF Bandeirantes I
USF Bandeirantes II
USF Jardim Teruel

UBS CASTELO BRANCO
Fonoaudióloga Laura Mochiatti Guio
USF Vila Nova
USF Vila Barros
USF Avencas
USF Toffoli
USF Palmital

Fonoaudióloga Grazielly Carolyne Fabbro Ribeiro
USF Jardim Cavalari
USF Santa Paula
USF CDHU
USF São Bento
USF Jardim Flamingo

UBS SANTA ANTONIETA
Fonoaudióloga Gabriela Akemi Iwashita Silva
USF Santa Antonieta III
USF Julieta

UBS SÃO JUDAS
Fonoaudióloga Luciane Ribeiro Pampana

Fonoaudióloga Ana Carla Ansuino Fontes
USF Jardim Maracá I
USF Jardim Maracá II
USF Vida Nova Maracá
USF Padre Nóbrega I
USF Padre Nóbrega II
USF Jardim América IV

Fonoaudióloga Ana Paula Bonini Marconi
USF Jânio Quadros
USF JK I
USF JK II
USF Amadeu Amaral
USF Vila Real
USF Parque dos Ipês
USF Santa Augusta

Fonoaudióloga Thais <u>Carolyn</u>e Prado Balbo
USF Jardim Renata
USF Jardim Liliana
USF Santa Antonieta II
USF Parque das Nações













Fonoaudióloga Lilian Maria Costa e Silva
USF Rosália
USF <u>Aniz</u> Badra
USF Figueirinha
USF Primeiro de Maio

Protocolo de Bristol (BTAT)

Score 0-3: indicada cirurgia

Score 4-5: suspeita de angiloglossia

Score 6-8: não necessita de cirurgia

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

SCORE: _____

FONTE: NOTA TÉCNICA Nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS