



PREFEITURA  
**RIO**

Saúde



---

PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO AMBULATORIAL  
**ODONTOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | ODONTOLOGIA**



Saúde



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **ODONTOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | ODONTOLOGIA**

ATUALIZADO EM AGOSTO DE 2025

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

### **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
<https://saude.prefeitura.rio/>

#### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

#### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

#### **Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

#### **Subsecretaria Geral**

Fernanda Adães Britto

#### **Coordenador Geral de Contratualização,**

#### **Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

#### **Coordenador Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

#### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Cristina Oliveira do Nascimento

#### **Coordenadora de Saúde Bucal**

Patrícia Heras Viñas

#### **Coordenação Técnica**

Fabiana França Alves Paula

Fernanda Adães Britto

Flávio Veiga do Pilar Cobra

Katlin Darlen Maia

Keith Bullia da Fonseca Simas

Lucas Galhardo de Araújo

Márcia Valéria Leal

Márcio Aguiar Corrêa da Silva

Patrícia Heras Viñas

Sheyla Maria Almeida Herrera Freire

Teila Nappo de Oliveira Telles

#### **Elaboração**

Águida Maria Menezes Aguiar Miranda

Alessandra Mendes Salomão

Alessandra R. Bonfim

Alexandre Chaia

Alexandre Moreira de Moraes

Amanda Martins S. Bessa

Ana Beatriz Gomes Quintela

Ana Cecília de Santana Portella

Andréa Aguiar

Andréa Vecchiati S. Pereira

Angélica Ramos F. Ribeiro

Armando Barbosa da Silva Junior

Bárbara Braga Lessa

Bianca Poncioni Santos Guilherme

Bianca Rodrigues Salles Barsali

Bruna Miyahira Falcão

Brunna Gomes Veloso de Araújo

Cecília Marques Bosco Teixeira

Cícero Luiz Souza Braga

Cintia de Souza Freire

Claudia Aparecida Serra da Cruz

Claudio Rodrigues de Lima

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Odontologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro;  
coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria  
Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

52p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5.  
Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III.  
Viñas, Patricia Heras IV. Título V. Série.

Cristiane Brown Guedes Souza Marques  
Cristiane Santos Pereira  
Daniele de Freitas Haller Moura  
Danielli Costa Schmitz  
Débora Cristina S.D Teixeira  
Décio de Mello Soares Junior  
Denise Guimarães Meira  
Deusa Lucia de Castro  
Eluza Piassi  
Evelyn do Nascimento Viana Gonzalés  
Fabiana França Alves Paula  
Fernanda Teixeira Gomes  
Fernando Cesar A. Lima  
Fernando Silva Paulo  
Flávia de Almeida Ramos Lobão  
Flávia Peixoto Candéa  
Flávia Pelajo da Rocha  
Flávia Renata Pires de Carvalho  
Flávio de Araújo Chapelin  
Flavio de Cesar Ribeiro  
Flavio Veiga do Pilar Cobra  
Franklin Telmo Salazar Arce  
Frederico de Campos Pires  
Frederico Werneck de Carvalho  
Geny Hanna Georges Alpaca  
Gisele Carvalho G. dos Santos  
Guilherme Bruna  
Hélida de Carvalho Parrini Frazão  
Henrique do Nascimento Freitas  
Hudmilla Umebara de Souza  
Ingrid da Cruz R. Pastor  
Karin Caetano da Silva  
Karina Tokuhashi Kauati  
Katlin Darlen Maia  
Katy Moraes  
Keith Bullia da Fonseca Simas  
Laira Machado de Bragança Soares  
Larissa Perales Bittencourt  
Larissa Pereira de Castro  
Lorena Nunes Pellini  
Lucia Maria Pinto Ferreira Milanez  
Luciana Carvalho Gama  
Luciana Dinoá G. Deccax  
Luciano Teles Gomes  
Lucineide Lima Cardoso de Oliveira  
Luis Carlos Souto Ares  
Luis Felipe S. Teixeira  
Marcele Mello Corrêa  
Marcia Alexandra P. Casseres  
Marcia Aparecida Dantas  
Marcia Frias Pinto Marinho  
Márcia Valéria Leal

Marcos Paulo de Oliveira Matos  
Maria Cláudia da Rocha Azevedo  
Maria Danielle Cavadinha da Costa  
Fontes  
Maria Lúcia Viana Reis Pistilli  
Mariana Gonzales Marinho de Mattos  
Mariana Pierantoni Lopes  
Marlete Alves Saar  
Marta Maria Gomes de Mattos  
Michelle dos Santos Monte Gonçalves  
Nerusa Teves de Paiva Grisolia  
Patrícia Costa F. Almeida  
Patrícia Franzotti Machado  
Patricia Heras Viñas  
Paula de Azevedo Siqueira  
Paulo Affonso Pimentel Junior  
Pedro Antunes Póvoa  
Pedro Torres Dantas  
Pierina A. P. Bittencourt  
Raquel Gomes da Silva  
Rayane Fernandes da Silva Machado  
Regina Maria Castro de Oliveira  
Renata Nunes Barros  
Ricardo A. A. Gaspar  
Robertta da Silva Pinheiro  
Rosane Maria Vasconcellos Rosan  
Rosemarie Beaklini França  
Rui Guedes da Silva  
Sarah Antero  
Sarah Obligado  
Sheyla Maria Almeida Herrera Freire  
Sthefany Barreto de La Torre Ruibal  
Tatiana Brasil Pinheiro  
Thais Ornellas Pimentel  
Thiago Moreira Pessoa  
Valda Elizia Melo Salgado

**Revisão Técnica e Final**  
Fernanda Adães Britto

**Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**  
Paula Fiorito  
Cláudia Ferrari

**Supervisão Editorial**  
Aluisio Bispo

**Capa**  
Aluisio Bispo

**Projeto Gráfico e Diagramação**  
Sandra Araujo

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ODONTOLOGIA .....</b>	<b>7</b>
<b>PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais .....	8
Cirurgia Oral .....	9
Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM) e Dor Orofacial (DOF).....	10
Endodontia .....	12
Estomatologia .....	13
Ortodontia.....	14
Protetor Bucal .....	15
Paciente com Necessidade Especial (PNE).....	16
Periodontia .....	17
Prótese Dentária .....	18
Manejo Odontopediátrico .....	20
Pediatrica — Frenectomia .....	21
Exames Complementares .....	22
<b>COMO SOLICITAR ODONTOLOGIA NO SISREG .....</b>	<b>28</b>
<b>ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ...</b>	<b>29</b>
<b>PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO.....</b>	<b>30</b>
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais .....	30
Cirurgia Oral .....	30
Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM) e Dor Orofacial (DTM/DOF) .....	31

Endodontia .....	31
Estomatologia .....	32
Ortodontia.....	32
Protetor Bucal .....	32
Periodontia .....	33
Prótese Dentária .....	33
Manejo odontopediátrico .....	34
Pediatria — Frenectomia .....	34
Exames Complementares .....	34
Paciente com Necessidade Especial (PNE).....	35
 <b>UNIDADES EXECUTANTES.....</b>	 35
 <b>SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....</b>	 42
 <b>REFERÊNCIAS .....</b>	 43
 <b>ANEXOS .....</b>	 46
Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Exodontias (TCLEE).....	46
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Estabilização Protetora (TCLEEP).....	48
Anexo 3. Protocolo de Bistrol.....	50

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparéncia e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da saúde bucal na cidade.

## **CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ODONTOLOGIA**

O profissional da Atenção Primária, antes de encaminhar o usuário para o tratamento especializado, deve observar o previsto na Carteira de Serviços da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro quanto aos procedimentos que devem ser realizados em seu nível de atenção.

As unidades de referência para tratamento odontológico especializado estão organizadas para atender, de forma complementar, ao tratamento oferecido pelas Unidades de Atenção Primária (UAP), portanto, somente pacientes regularmente vinculados e acompanhados no serviço de Saúde Bucal da rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) poderão ser encaminhados. Os hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outros serviços de urgência/emergência não podem realizar encaminhamentos para estes serviços. A porta de entrada para o atendimento programado na rede da SMS-Rio é sempre a UAP de referência do usuário.

O dentista da UAP é responsável pelo paciente, devendo suprir qualquer necessidade de atendimento clínico em possíveis intercorrências com o usuário ocorridas entre o período de solicitação da consulta e o atendimento inicial na especialidade. Em caso de intercorrências durante o período de realização do tratamento na especialidade, tanto o profissional da UAP como o do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) poderão acolher o paciente.

O preenchimento da Guia de Contrarreferência é obrigatório pela unidade executante, constando nela a assinatura do profissional responsável e o seu carimbo (com nome e número de registro no CRO — Conselho Regional de Odontologia), seja ao término do tratamento ou para justificativa da impossibilidade de realização do tratamento solicitado. A UAP receberá, via paciente, a Guia de Contrarreferência preenchida pelo profissional da especialidade, independentemente da elegibilidade do caso.

## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo a especialidade odontológica para qual a pessoa estará sendo encaminhada via SISREG, de acordo com a seguinte distribuição:

1. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais;
2. Cirurgia Oral;
3. Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM) e Dor Orofacial (DOF);
4. Endodontia;
5. Estomatologia;
6. Ortodontia;
7. Protetor Bucal;
8. Paciente com Necessidade Especial (PNE);
9. Periodontia;
10. Prótese Dentária;
11. Manejo Odontopediátrico;
12. Pediatria — Frenectomia;
13. Exames Complementares.

Antes do encaminhamento, certificar-se de que o usuário esteja motivado para o tratamento especializado, ciente da necessidade do tratamento proposto, já submetido ao reequilíbrio (adequação) do meio bucal, com a realização prévia de instrução de higiene oral e controle do biofilme dental.

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAIS

Corresponde ao atendimento inicial dos pacientes com queixas gerais ou necessidade de rastreamento.

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.

### **Indicações clínicas:**

- 1.** Traumas bucomaxilofaciais leves, transcorrido o período de 72 horas ou mais, como fraturas simples que não comprometem as funções mastigatórias e fonatórias;
- 2.** Disfunção temporomandibular (DTM) com dor crônica ou limitações funcionais que não responderam ao tratamento conservador em nível primário, CEO e/ou hospital especializado em DTM;
- 3.** Lesões identificadas em exames radiográficos de rotina ou por suspeita clínica, bem como lesões em tecidos moles;
- 4.** Frenectomias ou frenulotomia em recém-natos e adultos;
- 5.** Casos de fistulas bucossinusais tendo passado pela avaliação do especialista do CEO;
- 6.** Casos cirúrgicos eletivos, como exodontias de terceiros molares impactados com indicação de anestesia geral (tendo passado pela avaliação do especialista do CEO, e deve estar descrita na solicitação do SISREG);
- 7.** Cirurgias ortognáticas, que devem estar em preparo ortodôntico com o laudo de indicação da cirurgia.

## **CIRURGIA ORAL**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — CIRURGIA ORAL MENOR.

### **Indicações clínicas:**

- 1.** Cirurgias de dentes inclusos, semi-inclusos e impactados (com justificativa da indicação clínica para a realização do procedimento especializado);
- 2.** Exodontias de três ou mais elementos dentários consecutivos (lado a lado) e com necessidade de alveoloplastia;
- 3.** Exodontias de terceiros molares e outros elementos inclusos e ectópicos, justificando a indicação clínica para a realização do procedimento especializado, observando também a necessidade de o paciente estar com o devido reequilíbrio (adequação) do meio bucal;
- 4.** Cirurgias pré-protéticas indicadas pelo profissional da rede municipal que está executando e acompanhando a confecção da prótese — caso a solicitação para este procedimento seja de profissional externo à rede municipal, deve ser anexada

- à Guia de Referência e Contrarreferência a solicitação original, com identificação do protesista responsável pelo paciente;
5. Biópsias, após avaliação e indicação do estomatologista (Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial — CTBMF);
  6. Tratamento cirúrgico de cistos e tumores, após avaliação do estomatologista (CTBMF);
  7. Frenectomias que possam ser realizadas sem necessidade de sedação ou anestesia geral, desde que avaliadas e com indicação de cirurgião-dentista com encaminhamento por escrito desses profissionais e identificação dos mesmos. Nos casos com necessidade de sedação com anestesia geral, o usuário deverá ser referenciado para serviço de odontologia hospitalar especializado.

---

**ATENÇÃO!**

**Os pacientes deverão ser encaminhados aos Serviços Especializados já com exame de imagem, preferencialmente radiografia panorâmica. A remoção de sutura poderá ser realizada na UAP. Caso o profissional julgue necessário, recomendamos, fortemente, solicitar ao usuário ou responsável a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Exodontias — TCLEEP (Anexo 1).**

---

## **DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) E DOR OROFACIAL (DOF)**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — DOR OROFACIAL.

O Polo de Dor Orofacial, unidade de referência para tratamento de Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM) e Dor Orofacial (DTM/DOF), está organizado para atender em regime de complementaridade ao tratamento oferecido pelas unidades de Atenção Primária.

Avaliações interdisciplinares podem e devem ser realizadas, a fim de esclarecer diagnóstico prévio de doenças neurológicas, otorrinolaringológicas ou psiquiátricas, como no caso de otites, feridas de ouvido e hipofaringe irradiando para o ouvido, cefaleias e depressão. Se for possível, o profissional solicitante deverá encaminhar cópia do prontuário ou laudo descritivo do caso.

**Recomendações antes do encaminhamento:**

1. Realizar avaliação odontológica cuidadosa;

2. Certificar-se de que o usuário esteja motivado para o tratamento especializado e ciente da necessidade do tratamento proposto;
3. Paciente já submetido ao reequilíbrio (adequação) do meio bucal;
4. Solicitar os exames de imagem complementares, conforme a necessidade do caso — todos os casos devem ser encaminhados com, no mínimo, a radiografia panorâmica realizada.

### **ATENÇÃO!**

**Descartar primeiramente a possibilidade de tratar-se de dor de origem odontogênica. Casos com presença de bruxismo ou desgaste dentário, sem a presença de DTM/DOF, devem ser criteriosamente avaliados antes do encaminhamento. Essas condições, isoladamente, não justificam o encaminhamento para a especialidade.**

### **Indicações clínicas:**

1. Pacientes com dor orofacial após investigação completa do caso pelo profissional da APS, excluindo causas usuais de dores de origem endodôntica, periodontal e estomatológica, na ausência de comprometimento neurológico;
2. Suspeita de nevralgia aguda do trigêmeo;
3. Trismo;
4. Estalidos dolorosos ou bloqueio mandibular.

### **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO (TCFC — CONE BEAN) NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Não é recomendada como exame de rotina em pacientes com DTM/DOF. Pode ser indicada nos casos complexos de DTM/DOF (queixas persistentes à terapia, mobilidade mandibular continuamente limitada, dor persistente na ATM, ruídos altos da ATM), e para avaliar doenças degenerativas da ATM, suspeita de fratura e de tumor. Também indicada para avaliação da ATM, deve ter FOV limitado (do inglês *Field Of View* — campo de visão na imagem — tamanho máximo que o objeto pode ocupar dentro de uma matriz) e não requer o menor voxel (espessura da imagem tomográfica). Tem eficácia diagnóstica na detecção de alterações ósseas da ATM e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) tem excelente contraste dos tecidos moles, sendo técnicas complementares entre si.

## ENDODONTIA

### ► Nomenclatura do SISREG: CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ENDODONTIA.

O tratamento endodôntico deverá ser realizado, preferencialmente, em sessão única. O elemento dentário encaminhado para tratamento endodôntico deverá ser restaurado definitivamente, pelo profissional da Unidade de Atenção Primária, com a apresentação da Guia de Contrarreferência fornecida pela Atenção Secundária, indicando a conclusão do tratamento endodôntico.

**Condições mínimas para o encaminhamento incluem a realização prévia e garantia de:**

- 1.** Assintomático;
- 2.** Prévia de instrução de higiene oral e controle do biofilme dental;
- 3.** Reequilíbrio do meio bucal (ausência de cálculo supragengival, restos radiculares e/ou cavidades de cáries ativas);
- 4.** Remoção total de tecido cariado, acesso endodôntico realizado e curativo de demora;
- 5.** Elemento dentário a ser tratado em condições de ser restaurado na rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro;
- 6.** Coroa dentária em condições de permitir a realização de isolamento absoluto.

**Indicações clínicas:**

- 1.** Elementos dentários com lesões que comprometam a polpa;
- 2.** Retratamento somente dos elementos dentários que foram previamente tratados endodonticamente, assim como restaurados na rede;
- 3.** Dentes com comprometimento de furca, bolsas periodontais maiores do que 6mm e/ou perda óssea vertical, desde que previamente avaliados pelos profissionais da especialidade de Periodontia com parecer favorável;
- 4.** Tratamentos endodônticos em terceiros molares serão realizados apenas nos casos em que os elementos dentários sejam pilares para próteses parciais removíveis, ou que tenham migrado e estejam em função com os antagonistas.

**ATENÇÃO!**

Dente jovem com rizogênese incompleta deverá passar pelo tratamento de apicificação, até que possa ser realizado o tratamento endodôntico completo. Tratamentos endodônticos em terceiros molares serão realizados apenas nos casos em que os elementos dentários sejam pilares para próteses parciais removíveis, ou que tenham migrado e estejam em função com os antagonistas.

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM NECESSIDADE DE AUMENTO DE COROA CLÍNICA**

Quando houver indicação de tratamento endodôntico com necessidade de aumento de coroa clínica, deverá ser feito o encaminhamento para a especialidade de Endodontia, com esta observação na Guia de Referência. Uma vez no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o agendamento para a realização do aumento de coroa clínica poderá ser realizado internamente em unidades que possuem a especialidade de Periodontia, sendo utilizada a vaga de retorno, de forma a conciliar a realização dos procedimentos necessários para a conclusão do tratamento. Caso não seja possível o agendamento interno, o encaminhamento deverá ser feito pela Atenção Primária.

**PACIENTES GESTANTES E PACIENTES COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO (P.EX.: DIABÉTICOS, HIPERTENSOS)**

Os usuários deverão estar, preferencialmente, com o quadro clínico estabilizado e em acompanhamento médico antes do encaminhamento para a especialidade. Observar as informações do "Guia de Referência Rápida — Avaliação Pré-Operatória", da SMS-Rio.

**ESTOMATOLOGIA**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ESTOMATOLOGIA.

**Indicações clínicas:**

1. Leucoplasia (placas brancas assintomáticas e não destacáveis à raspagem, que não podem ser classificadas clinicamente como outra condição);

2. Eritroplasia (manchas vermelhas assintomáticas, não classificadas clinicamente como outra condição);
3. Eritroleucoplasia (lesões onde há áreas de leucoplasia e eritroplasia);
4. Queilite actínica (acomete, preferencialmente, o lábio inferior e caracteriza-se por placas brancas com áreas erosivas ou ulceradas, geralmente com perda da definição da linha de transição do vermelhão dos lábios e pele), bem como quaisquer situações em que o especialista considerar necessário;
5. Lesão intraóssea não associada a dentes necróticos, assim como lesões proliferativas ou bolhosas de natureza benigna — na indisponibilidade de tratamento ou investigação na APS, devem ser encaminhadas para o estomatologista.

## CÂNCER DE BOCA

O câncer da cavidade oral, incluindo o câncer oral e de orofaringe, é considerado um problema de saúde pública associado à morbidade e mortalidade significativas, e comumente diagnosticado em estágios tardios. Trata-se da quinta neoplasia maligna, conforme dados mais comuns em todo o mundo. Os fatores de risco bem estabelecidos para a doença são o tabagismo e o etilismo, sendo a exposição solar para o câncer de lábio e o HPV para o de orofaringe, contudo é uma doença passível de prevenção. O diagnóstico precoce associado ao encaminhamento do paciente para tratamento ainda é considerado a forma mais eficaz de aumentar a sobrevida dos indivíduos afetados.

A prevenção primária do câncer de boca, que inclui conscientização e combate dos fatores de risco da doença, é de responsabilidade da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). O exame de rastreio oportuno da cavidade bucal em busca de alterações nos tecidos moles e/ou duros, a hipótese diagnóstica destas lesões, bem como a seleção dos casos que deverão ser encaminhados ao especialista são de responsabilidade dos cirurgiões-dentistas (CD) da Atenção Primária.

## ORTODONTIA

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ORTODONTIA.

**Condições mínimas para o encaminhamento incluem a realização prévia e garantia de:**

1. Instrução de higiene oral e controle do biofilme dental;

2. Reequilíbrio do meio bucal (ausência de cálculo supragengival, restos radiculares e/ou cavidades de cáries ativas).

#### **Indicações clínicas:**

1. Crianças de 4 a 11 anos de idade incompletos, em fase de dentição decídua ou mista, que apresentem qualquer uma das seguintes necessidades:
  - Perda precoce de dente decíduo, com necessidade de manutenção de espaço;
  - Perda de dentes permanentes, com necessidade de manutenção de espaço;
  - Mordida aberta anterior, não estrutural;
  - Mordida cruzada posterior;
  - Mordida cruzada anterior, não estrutural;
  - Diastema interincisal;
  - Atresia maxilar;
  - Recuperação de pequenos espaços perdidos;
  - Erupção ectópica de primeiros molares permanentes.

#### **Critérios de exclusão:**

1. Não serão realizadas remoções de aparelhos ortodônticos instalados em outros serviços fora da rede municipal de saúde bucal.

## **PROTETOR BUCAL**

#### **► Nomenclatura do SISREG: CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ORTODONTIA.**

Os serviços de referência estão organizados para ofertar o protetor bucal a pacientes com necessidade já identificada, não sendo indicado encaminhar o paciente para avaliar a pertinência do procedimento.

#### **Indicações clínicas:**

1. Adolescentes e adultos entre 12 e 30 anos de idade, sem comprometimento sistêmico, de ambos os sexos, que realizam prática esportiva, no mínimo, duas vezes na semana, com dentição permanente na arcada superior, não sendo obrigatório a irrupção de segundos molares.

## **Contraindicações:**

- 1.** Presença de lesões de cárie cavitadas e/ou periodontite;
- 2.** Maloclusão Classe III de Angle, com overjet anterior negativo;
- 3.** Presença de próteses removíveis e/ou não removíveis ou qualquer outro acessório na arcada superior ou inferior e que possa interferir na adaptação do protetor bucal;
- 4.** Adolescentes e adultos com distúrbios neurológicos ou dificuldade de comunicação.

## **PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL (PNE)**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL.

Na odontologia é considerado PNE todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação de manejo odontológico convencional. Neste documento optou-se pela nomenclatura PNE por incluir PCD e usuários com situações clínicas pertinentes que justifiquem o atendimento em situação diferenciada.

O atendimento deve ser planejado de forma a reduzir os fatores de estresse, com o auxílio do acompanhante/responsável/cuidador, sempre que necessário. Caso o profissional julgue necessário, recomendamos, fortemente, solicitar ao responsável a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Estabilização Protetora — TCLEEP (Anexo 2).

Cabe à equipe de Saúde Bucal (eSB) avaliar, em conjunto com a equipe Multiprofissional (eMulti), para qual nível de atenção o PNE deverá ser encaminhado considerando os perfis de cada serviço.

**Condições mínimas para o encaminhamento incluem a realização prévia e garantia de:**

- 1.** A eSB deve realizar, no mínimo, três tentativas de atendimento, devidamente registradas em prontuário, antes de considerar o encaminhamento do usuário para outro nível de atenção, especificando as datas de atendimento, bem como todas as técnicas utilizadas para controle de comportamento;
- 2.** Avaliação médica do paciente, com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica).

## **Indicações clínicas:**

- 1.** Pessoas que apresentam uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, avaliadas pelo cirurgião dentista na APS e verificada necessidade de tratamento odontológico, porém sem sucesso no atendimento clínico ambulatorial convencional após três tentativas;
- 2.** Pacientes com comprometimentos clínicos sistêmicos que justifiquem a necessidade de atendimento clínico odontológico diferenciado.

### **AGENDAMENTO PARA HOSPITAIS ESPECIALIZADOS**

A abordagem às pessoas com necessidade especiais que tiverem dificuldade em receber seu cuidado na atenção primária e/ou nos CEO, devido às suas necessidades mais complexas e/ou impossibilidade de gerenciamento comportamental, precisam de assistência da atenção hospitalar. Estas condições específicas exigem abordagem odontológica sob anestesia geral ou sedação. Os procedimentos realizados durante a anestesia geral podem ser: radiografias; profilaxia; remoção de cálculo dentário; polimento coronário; restaurações; exodontias; cirurgias periodontais; biópsias; aplicação de selantes; e aplicação tópica de fluoretos. Não é realizado tratamento endodôntico.

## **PERIODONTIA**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PERIODONTIA.

**Condições mínimas para o encaminhamento incluem a realização prévia e garantia de:**

- 1.** Instrução de higiene oral e controle do biofilme dental;
- 2.** Reequilíbrio do meio bucal (ausência de cálculo supragengival, restos radiculares e/ou cavidades de cáries ativas);
- 3.** Pacientes gestantes e pacientes com comprometimento sistêmico (p.ex.: diabéticos, hipertensos) deverão estar, preferencialmente, com o quadro clínico estabilizado e sob acompanhamento médico antes do encaminhamento para a especialidade. Observar as informações do "Guia de Referência Rápida — Avaliação Pré-Operatória", da SMS-Rio.

### **Indicações clínicas:**

1. Diagnóstico de uma ou mais bolsas periodontais, com profundidade de sondagem a partir de 5mm. A sondagem periodontal para diagnóstico deverá ser realizada após a raspagem supragengival e controle adequado do biofilme pelo paciente — para melhor diagnóstico sugere-se a sondagem das faces mesial e distal dos elementos dentários presentes;
2. Para execução de cirurgia para aumento de coroa clínica, os dentes devem ser encaminhados sem lesão cariosa e com restaurações provisórias. Cada elemento dentário deve estar em condições de ser restaurado.

### **Critérios de exclusão:**

1. Pacientes com bolsas periodontais de até 4mm (que deverão ser tratadas na APS);
1. Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

## **PRÓTESE DENTÁRIA**

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PRÓTESE DENTÁRIA.

Considerar encaminhar o usuário levando-se em conta se o mesmo se encontra apto a receber uma prótese — devem ser observados os seguintes critérios: se tratamento clínico prévio concluído; qualidade do rebordo alveolar e dos dentes remanescentes, para suporte da prótese; necessidade estética, funcional e social do usuário; dentre outros, identificando, assim, os casos elegíveis para tratamento na APS e os que serão encaminhados ao CEO. Encaminhar paciente com candidácia oral após tratamento e melhora.

**Condições mínimas para o encaminhamento incluem a realização prévia e garantia de:**

1. Usuário esteja motivado para o tratamento reabilitador proposto;
2. Usuário tendo recebido orientações de higiene oral, com controle de biofilme adequado, submetido ao reequilíbrio do meio bucal;
3. Radiografia panorâmica recente — necessário para o início do tratamento.

**Indicações clínicas — agendamento nos Centros Especialidades de Odontológicas (CEO):**

1. Usuários edêntulos totais e/ou parciais que necessitem de cirurgia pré-protética;
2. Usuários edêntulos totais e/ou parciais com rebordo alveolar flácido ou quase sem rebordo;
3. Usuários edêntulos parciais com perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) acentuada (acima de 5mm).

**Indicações clínicas — agendamento em centro municipais de saúde ou clínicas da família:**

1. Usuários edêntulos superior, inferior ou ambos, com rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese;
2. Usuários com ausências dentárias na bateria labial superior e/ou inferior ou com extremo livre, quando associados a uma prótese total antagonista, com o objetivo de estabilizá-la;
3. Usuários com exodontias de dentes anteriores superiores e/ou inferiores, no período de cicatrização do rebordo alveolar;
4. Usuários com presença de dentes remanescentes com porção coronária hígida ou restaurada;
5. Usuários com presença de dentes pilares (adjacentes ao espaço protético) com implantação óssea mínima, na relação de 1:1 da porção coronária com a radicular.

---

**ATENÇÃO!**

**Em casos de presença de lesões suspeitas e/ou lesões benignas que necessitem de tratamento, o usuário deverá ser referenciado para especialidade de Estomatologia antes do início da reabilitação protética.**

---

**Contraindicações:**

1. Controle de biofilme dental ineficiente e presença de dentes condenados periodontalmente e/ou acometidos por lesões de cárie;
2. Comprometimento neurológico, psiquiátrico ou intelectual severo que impossibilita o atendimento, assim como as etapas do tratamento e os cuidados posteriores à entrega da prótese;
3. Presença de severas migrações e extrusões dentárias, que comprometam e/ou até impeçam o correto posicionamento do elemento antagonista e dos dentes adjacentes ao espaço edêntulo;

4. Arcadas sem um número e/ou distribuição mínima de dentes para suporte da mesma, possibilitando um prognóstico favorável.

### CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA

Em casos de necessidade de cirurgia pré-protética (p.ex.: rebordos exuberantes em região de tuberosidade, regiões retentivas, freios labiais pronunciados, espículas ósseas, ou outras irregularidades de rebordos), o profissional da APS deve encaminhar o usuário primeiramente para as especialidades de "Consulta em Odontologia — Cirurgia Oral Menor" ou "Consulta em Odontologia — Cirurgia Bucomaxilofacial". Para os casos em que o protesista do CEO identifique a necessidade de cirurgia pré-protética, este poderá referenciar o usuário dentro do CEO para a especialidade de "Consulta em Odontologia — Cirurgia Oral Menor" ou, se julgar mais indicado, solicitar por meio da Guia de Contrarreferência que a APS encaminhe o usuário para realizar o procedimento na especialidade de "Consulta em Odontologia — Cirurgia Bucomaxilofacial".

### ATENÇÃO!

Nos casos em que houver indicação de tratamento endodôntico com necessidade de aumento de coroa clínica, o encaminhamento poderá ser realizado para a especialidade de Endodontia com esta observação na Guia de Referência. Uma vez no CEO, o agendamento para a realização do aumento de coroa clínica será realizado, de preferência, internamente, de forma a conciliar a realização dos procedimentos necessários para a conclusão do tratamento.

## MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO

### ► Nomenclatura do SISREG: CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL

No atendimento clínico de crianças na APS pode-se deparar com indivíduos com comportamento não colaborador. Portanto não devem ser encaminhadas crianças com comportamento que permita o atendimento clínico nas UAP, independentemente da idade. Os usuários deverão ser encaminhados com toda a documentação de imagem (caso haja), para o auxílio do diagnóstico e tratamento.

**Indicações clínicas:**

1. Crianças de 0 a 6 anos que não puderam ter seu atendimento clínico realizado, após três tentativas de consultas, registradas em prontuário eletrônico.

**PEDIATRIA — FRENECTOMIA****► Nomenclatura do SISREG: FRENECTOMIA LINGUAL — PEDIATRIA.**

Durante o atendimento na APS, observar a dificuldade na fala, principalmente na produção dos fonemas S, T, D, Z e R, com possível desenvolvimento de hábitos viciosos e dificuldade no aprendizado em crianças maiores, bem como a real dificuldade de succção durante a amamentação, provocando cansaço excessivo do bebê, com possibilidade de perda de peso do recém-nascido (RN) ou registro objetivo deste fato. No exame clínico, observar a presença de língua em “formato de coração” durante a abertura da boca, freio curto com a ponta da língua presa à crista alveolar e dificuldade de lamber os lábios.

**Indicações clínicas:**

1. RN e crianças que apresentem escores de 0 a 3 do Protocolo de Bristol (Anexo 3);
2. RN e crianças que apresentem escores de 4 a 5 do Protocolo de Bristol (Anexo 3), com queixa funcional para avaliação do especialista;
3. Crianças de 1 a 12 anos com indicação para avaliação por problemas relacionados à mastigação, deglutição e fonação;
4. Crianças de 1 a 12 anos para avaliação de frênuco labial que esteja relacionada a algum comprometimento funcional.

**ATENÇÃO!**

As crianças acima da faixa etária neste protocolo com necessidade de avaliação de frênulos labial e lingual e com comprometimento funcional deverão ser encaminhadas, via SISREG, para “Consulta em Odontologia — Cirurgia Oral Menor” com as devidas justificativas.

## ANQUILOGLOSSIA

Trata-se de uma anomalia oral congênita em que o freio lingual aparece encurtado, engrossado, posicionado em direção à ponta da língua ou próximo à crista alveolar, que acarreta restrição da mobilidade da língua e pode interferir nas diversas funções orais, como sucção, deglutição e fala. Em alguns casos, o problema é resolvido sem necessidade de intervenção profissional, mas há casos mais graves que exigem como tratamento cirurgias relativamente simples, como a Frenectomia e a Frenulotomia.

A partir da entrada em vigor da Lei n.º 13.002/2014, que obriga hospitais e maternidades da rede pública e privada a fazerem o exame e o diagnóstico dos casos de anquiloglossia, observou-se um significativo aumento na demanda por tratamento destes casos em pacientes na faixa etária de 0 a 2 anos.

Segundo Martineli, a literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico para a identificação da anquiloglossia. Diante disso, vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil. A escolha de um protocolo para a implementação em todas as maternidades brasileiras levou em consideração a praticidade de aplicação, a validação envolvendo profissionais não especialistas em disfunções orofaciais e a capacidade de previsão de problemas na amamentação, que justifiquem a indicação de intervenções para resolver o problema. Atualmente, recomenda-se a utilização do Protocolo de Bristol (BTAT — do inglês *Bristol Tongue Assessment Tool*) por profissional qualificado da equipe de saúde que atenda mãe e recém-nascido na maternidade, nas suas primeiras 24 horas de vida.

## EXAMES COMPLEMENTARES

A técnica radiográfica escolhida é de inteira responsabilidade do cirurgião-dentista requisitante e deve ser criteriosa, pautar-se na história clínica pregressa do paciente (individualizada), no exame clínico realizado e na condição a ser investigada, para garantir que a técnica de exame escolhida forneça as informações necessárias com a menor exposição possível aos raios X. Desta forma, não recomendamos que sejam solicitadas as radiografias periapicais completas como exame de rotina sem autorização expressa do assessor de área. É fundamental garantir que os benefícios dos exames superem os potenciais riscos, evitando exposições desnecessárias. Exames de imagem da mesma região de interesse não devem ser solicitados com intervalo inferior a um ano, exceto com justificativa.

## EXAMES COMPLEMENTARES — RADIOGRAFIAS INTRAORAIS

### Radiografia periapical

► **Nomenclatura do SISREG:** GRUPO — RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA.

#### Indicações clínicas:

**1.** Na pesquisa de:

- Lesões cariosas;
- Lesões periapicais;
- Reabsorções radiculares (internas e externas);
- Reabsorção do osso alveolar (avaliação periodontal);
- Lesões ósseas (cistos, tumores, lesões fibro-ósseas);
- Fraturas radiculares e coronorradiculares.

**2.** Na avaliação de:

- Anomalias dentárias;
- Mineralizações pulpares;
- Dos canais radiculares;
- Do processo de osteointegração dos implantes dentários;
- Cronologia de irrupção.

### Radiografia interproximal

► **Nomenclatura do SISREG:** GRUPO — RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA.

#### Indicações clínicas:

**1.** Na pesquisa de:

- Avaliação de lesões cariosas oclusais interproximais e próximas às restaurações;
- Acompanhamento de tratamentos conservadores de lesões cariosas;
- Avaliação da adaptação marginal de restaurações.

**2.** Na avaliação de:

- Avaliação de alterações da crista óssea alveolar e perdas ósseas alveolares;

- Detecção de cálculos interdentários;
- Avaliação de mini-implantes.

## Radiografia oclusal

► **Nomenclatura do SISREG:** GRUPO — RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA.

### Indicações clínicas:

#### 1. Na pesquisa de:

- Pesquisa e localização de dentes retidos, impactados, suprumerários, raízes residuais e corpos estranhos;
- Delimitação de áreas patológicas;
- Pesquisa e delimitação de expansões ósseas.

#### 2. Na avaliação de:

- Pesquisa e localização de fraturas na mandíbula e maxila;
- Pesquisa e localização de cálculo na glândula submandibular (sialólito).

## EXAMES COMPLEMENTARES — RADIOGRAFIAS EXTRAORAIS

### Radiografia panorâmica

► **Nomenclatura do SISREG:** RADIOGRAFIA PANORÂMICA — ODONTOLÓGICA.

Requer um posicionamento preciso do paciente, a fim de evitar artefatos e erros de posição, exigindo que o paciente tenha a capacidade de permanecer imóvel por cerca de 16 segundos, sendo recomendada a partir de 6 anos de idade. Não é recomendada como exames de rotina.

### Indicações clínicas:

1. Avaliação geral da dentição;
2. Análise de patologias intraósseas (cistos, tumores ou infecções);
3. Avaliação geral das articulações temporomandibulares;
4. Avaliação da posição dos dentes impactados;
5. Avaliação da erupção da dentição permanente;

6. Traumatismo dentomaxilofacial;
7. Distúrbios de desenvolvimento do esqueleto maxilofacial;
8. Pacientes com trismo ou que não toleram a realização da radiografia intraoral.

## Seriografia da Articulação Temporomandibular (ATM)

► **Nomenclatura do SISREG:** RADIOGRAFIA PANORÂMICA — ODONTOLÓGICA.

Ao inserir, especificar na solicitação e no pedido entregue ao paciente que é para Seriografia da Articulação Temporomandibular (ATM).

### Indicações clínicas:

1. Avaliação de sinais de disfunção, como dor, estalos ou bloqueios na articulação;
2. Análise de alterações ósseas, como osteófitos, erosões ou alterações no contorno da articulação;
3. Detecção de fraturas;
4. Acompanhamento de condições patológicas conhecidas, como artrite ou displasia da ATM;
5. Identificação de fragmentos ósseos deslocados ou impactados na articulação — nesse caso, pode ser solicitada nas seguintes posições: boca fechada, aberta e em repouso.

## EXAMES COMPLEMENTARES — TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO (TCFC) (CONE BEAN)

► **Nomenclatura do SISREG:** TOMOGRAFIA CONE BEAN.

Deve-se avaliar se a TCFC é realmente necessária, considerando seu potencial de fornecer informações adicionais relevantes. Não é recomendada como exames de rotina, sendo solicitada pelo especialista após a análise da panorâmica e periapical, quando estas não esclarecem o diagnóstico ou plano de tratamento. Ao solicitar o exame de TCFC: 1) especifique a região de interesse (p.ex.: Dente 14, mandíbula completa, seios maxilares); 2) indique a finalidade (p.ex.: fratura, dente incluso); e 3) relate um resumo da história clínica (p.ex.: dor, tumefação, tempo de evolução).

**Indicações clínicas:****Endodontia**

- 1.** Quando há sintomatologia positiva e as imagens convencionais com achados negativos; investigação de insucessos de tratamento endodôntico;
- 2.** Casos complexos de reabsorção, perfuração e fratura radicular, variações anatômicas, além de lesões apicais;
- 3.** Investigação de fratura radicular de dentes tratados endodonticamente tem maior chance de falso negativo por causa de artefatos de imagem;
- 4.** Alta resolução e campo de visão (FOV — do inglês *Field of View*) limitado.

**Cirurgia Oral**

- 1.** Extração do terceiro molar inferior em íntimo contato com o canal mandibular;
- 2.** Extração de terceiro molar superior em íntimo contato com o seio maxilar;
- 3.** Avaliar traços de fraturas ósseas, extensão de patologias, deslocamento de fragmentos ósseos;
- 4.** Procedimentos cirúrgicos próximos ao forame mental;
- 5.** Avaliação pré-cirúrgica de dentes impactados com estreita relação com raízes dos dentes adjacentes, assoalho nasal, seio maxilar ou estruturas vitais na maxila ou mandíbula.

**Periodontia**

- 1.** Casos complexos de periodontite avançada após tratamento periodontal não cirúrgico;
- 2.** Lesões avançadas de furcas (especialmente nos molares superiores), defeitos ósseos, lesões endopério, casos de retratamento que não respondam favoravelmente à terapia periodontal localizada, e cirurgia de regeneração tecidual guiada, se não elucidados pela radiografia convencional;
- 3.** Presença de dentes altamente restaurados por metais que limitem a precisão diagnóstica;
- 4.** Alta resolução e FOV limitado.

## Ortodontia

1. Casos complexos de anomalia esquelética, particularmente as que requerem tratamento ortodôntico e cirúrgico combinado;
2. Avaliar dentes retidos e impactados;
3. Diagnosticar fendas palatinas;
4. Casos complexos de reabsorção radicular, especialmente nos caninos impactados;
5. Alta resolução e FOV limitado para avaliação de reabsorção radicular e defeitos ósseos, enquanto baixa resolução para campo ampliado de face para planejamento cirúrgico e ortodôntico combinados.

## Disfunção Temporomandibular (DTM)

1. Casos complexos com queixas resistentes à terapia, mobilidade mandibular continuamente limitada, dor persistente na ATM, ruídos altos da ATM;
2. Doença degenerativa da ATM, suspeita de fratura e de tumor;
3. TCFC e imagem de ressonância magnética são técnicas complementares entre si;
4. FOV limitado e não requer o menor voxel.

## Estomatologia

1. Pacientes sob terapia antirreabsortiva, em baixas ou altas doses, com sintomas orais suspeitos de osteonecrose dos maxilares associada aos bifosfonatos (OMAB);
2. Tratamento conservador de pacientes diagnosticados com OMAB, para avaliar a extensão das alterações ósseas;
3. Avaliação pré-cirúrgica de pacientes diagnosticados com OMAB, associando-se outras modalidades de exames de imagem, como ressonância magnética, para avaliação minuciosa do envolvimento de tecidos moles e ósseos;
4. Avaliação pré-cirúrgica e controle pós-cirúrgico de tumores benignos;
5. Quando achados radiográficos compatíveis com lesões císticas não forem suficientes para determinar sua dimensão e relação com estruturas adjacentes.

## EXAMES COMPLEMENTARES — ULTRASSONOGRAFIA

► **Nomenclatura do SISREG:** CONSULTA EM CIRURGIA GERAL — PARTES MOLES.

### Indicações clínicas:

1. Avaliação de neoplasias das glândulas salivares ou linfonodos;
2. Detecção de cálculos em glândulas salivares ou ductos;
3. Auxílio diagnóstico da síndrome de Sjögren;
4. Orientar de aspiração com agulha fina no pescoço.

## EXAMES COMPLEMENTARES — RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

► **Nomenclatura do SISREG:** RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) ou RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO.

Tem como vantagens a diferenciação precisa entre tecidos moles, a ausência de radiação ionizante e ser pouco invasiva quando não há necessidade de contraste. Como desvantagem têm-se a limitação na visualização de calcificações e estruturas ósseas, a suscetibilidade a artefatos causados por movimento ou interferências metálicas, e pode causar desconforto a pacientes com claustrofobia.

### Indicações clínicas:

1. Avaliação de tumores e lesões inflamatórias nos seios da face;
2. Tumores e lesões inflamatórias na orofaringe;
3. Investigação de alterações na articulação temporomandibular (ATM).

## COMO SOLICITAR ODONTOLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Diagnóstico dos elementos dentários em questão ou outro;

- Indicação do procedimento a ser realizado;
- Descrição técnica detalhada dos procedimentos clínicos odontológicos realizados;
- História prévia de procedimentos odontológicos;
- Resultado de exames prévios realizados;
- Informações sobre o estado de saúde geral do paciente.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, aione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

## **ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Infecção grave sem possibilidade de tratamento ambulatorial;
- Sangramento ou ferida extensa em boca;
- Avulsão dentária com possibilidade de reimplante;
- Fraturas severamente deslocadas;
- Trauma de face moderado/grave acontecido há menos de 72 horas;
- Ferida de face e/ou intraoral;
- Sangramento abundante em face e/ou cavidade bucal;
- Infecção em face e/ou odontogênica moderada/grave;
- Sangramento discreto em face e/ou cavidade bucal;
- Corpo estranho em cavidade bucal;
- Luxação de ATM (“queixo caído”);
- Dor intensa em face ou em região de ATM que não tenha respondido às manobras convencionais de analgesia.

## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAIS

**VERMELHO** ➔ Casos de trauma bucomaxilofaciais leves, transcorridos no período de 72 horas ou mais, como fraturas simples que não comprometem as funções mastigatórias e fonatórias.

**AMARELO** ➔ Lesões identificadas em exames radiográficos de rotina ou por suspeita clínica, bem como lesões em tecidos moles; casos de fistulas bucossinusalas tendo passado pela avaliação do especialista do CEO.

**VERDE** ➔ Disfunção temporomandibular com dor crônica ou limitações funcionais que não responderam ao tratamento conservador em nível primário, CEO e/ou hospital especializado em DTM; frenectomias ou frenulotomia em adultos; casos cirúrgicos eletivos, como exodontias de terceiros molares impactados com indicação de anestesia geral (tendo passado pela avaliação do especialista do CEO, e deve estar descrita na solicitação do SISREG).

**AZUL** ➔ Cirurgias ortognáticas, que devem estar em preparo ortodôntico com laudo de indicação da cirurgia.

### CIRURGIA ORAL

**VERMELHO** ➔ Pessoas em preparo/tratamento oncológico, com pericoronite recorrente e/ou gestante.

**AMARELO** ➔ Pessoas com patologias sistêmicas.

**VERDE** ➔ Exodontias de três ou mais elementos consecutivos (lado a lado) e com necessidade de alveoloplastia; dentes semi-inclusos e impactados.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) E DOR OROFACIAL (DTM/DOF)

**VERMELHO** ➔ Dor orofacial intensa e contínua; suspeita de nevralgia aguda do trigêmeo; trismo grave.

**AMARELO** ➔ Dor orofacial moderada a intensa com limitação funcional (falar, mastigar, abrir a boca); trismo moderado, estalidos dolorosos ou bloqueio mandibular recente.

**VERDE** ➔ Dor orofacial leve a moderada intermitente, sem impacto funcional; estalidos articulares sem dor relevante ou bloqueio funcional; bruxismo com dor controlada.

**AZUL** ➔ Assintomático ou dor orofacial controlada na ATM; reavaliação de caso compensados; estalidos isolados, com dor leve ocasional.

## ENDODONTIA

**VERMELHO** ➔ Gestantes; história de trauma dental; história de abscesso dentoalveolar agudo recorrente; tratamento de primeiro molar permanente em crianças e adolescentes.

**AMARELO** ➔ Pessoas com patologias sistêmicas; jovens apresentando dentes com rizogênese incompleta; pessoas histórico de dor recorrente.

**VERDE** ➔ Dentes com risco iminente de fratura coronária; dentes com presença de fístula mucosa.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## ESTOMATOLOGIA

**VERMELHO** ➔ Lesões eritoplásicas; lesões leucoplásicas e eritroleucoplásicas; úlceras que não cicatrizam em 15 dias.

**AMARELO** ➔ Úlceras profundas e dolorosas com bordas endurecidas, com menos de 15 dias.

**VERDE** ➔ Lesões pigmentadas (p.ex.: melanose racial ou tatuagem de amálgama); úlceras aftosas menores.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## ORTODONTIA

**VERMELHO** ➔ Casos de manutenção de espaço.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## PROTETOR BUCAL

**AZUL** ➔ Todos os pacientes deverão ser inseridos em azul.

## PERIODONTIA

**VERMELHO** ➔ Pacientes gestantes; pacientes em preparo/tratamento oncológico; dente com abscesso periodontal recorrente.

**AMARELO** ➔ Pacientes com patologias sistêmicas.

**VERDE** ➔ Cirurgia de aumento de coroa clínica com finalidade restauradora.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## PRÓTESE DENTÁRIA

**VERMELHO** ➔ Usuários edêntulos totais sem nenhuma prótese; usuários edêntulos parciais em região anterior sem nenhuma prótese; usuários em situação de vulnerabilidade social e com necessidade de prótese de urgência.

**AMARELO** ➔ Usuários que já tenham sido submetidos à cirurgia pré-protética; usuários que possuem próteses, mas relatam dores articulares, dificuldade de mastigação e traumas em mucosas.

**VERDE** ➔ Usuários edêntulos totais e/ou parciais em uso de próteses totais com alto comprometimento funcional.

**AZUL** ➔ Usuários que necessitem de substituição das próteses antigas e com comprometimento estético.

## MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO

**VERMELHO** ➔ Paciente com conduta não colaboradora, após três tentativas de controle de comportamento na UAP, com necessidade de intervenção clínica urgente.

**AMARELO** ➔ Paciente com conduta não colaboradora, após três tentativas de controle de comportamento na UAP, com necessidade de intervenção clínica moderada.

**VERDE** ➔ Paciente com conduta não colaboradora, após três tentativas de controle de comportamento na UAP, com necessidade de intervenção clínica leve.

## PEDIATRIA — FRENECTOMIA

**VERMELHO** ➔ Perda de peso; limitação da amamentação ou deglutição.

**AMARELO** ➔ Dificuldade na amamentação sem perda de peso, dentro do escore do Protocolo de Bristol de 0 a 3.

**VERDE** ➔ Dificuldade de Fonação.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## EXAMES COMPLEMENTARES

**VERMELHO** ➔ Suspeita de fraturas dentárias e ósseas; casos complexos e doenças degenerativas da ATM; cistos e tumores.

**AMARELO** ➔ TCFC para endodontia; casos de pericoronarite e periodontite; exodontia.

**VERDE** ➔ Tratamento ortodôntico; suspeita de lesão cariosa.

**AZUL** ➔ Todos os demais casos.

## PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL (PNE)

A priorização deve ser avaliada segundo critérios do procedimento solicitado, utilizando-se das demais priorizações estabelecidas nesta publicação, em associação com a avaliação clínica integral da pessoa com necessidade especial.

## UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal [minhasauderio.com.br](http://minhasauderio.com.br).

### CONSULTA EM ODONTOLOGIA — CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Municipal Albert Schweitzer
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

**CONSULTA EM ODONTOLOGIA — CIRURGIA ORAL MENOR**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro
- Centro Carioca de Especialidades
- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Belizario Penna
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Oswaldo Cruz
- Hospital Municipal Rocha Faria
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Alves Cardozo
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — DOR OROFACIAL**

- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Carioca de Especialidades
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Newton Alves Cardozo

### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ENDODONTIA**

- Policlínica Piquet Carneiro
- Centro Carioca de Especialidades
- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Belizario Penna
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Oswaldo Cruz
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangú)
- Policlínica Newton Alves Cardozo
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ESTOMATOLOGIA**

- Policlínica Piquet Carneiro
- Centro Carioca de Especialidades

- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Belizario Penna
- CMS Oswaldo Cruz
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Alves Cardozo
- Policlínica Newton Bethlem
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Municipal Salgado Filho

#### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — ORTODONTIA**

- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Oscar Clark
- CMS Belizario Penna
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Salles Netto
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Faculdade de Odontologia da UFRJ — apenas para protetor bucal

#### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL**

- Hospital Federal Cardoso Fontes

- Policlínica Piquet Carneiro
- Centro Carioca de Especialidades
- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Oswaldo Cruz
- Hospital Municipal Barata Ribeiro
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangú)
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Jesus
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

## **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PERIODONTIA**

- Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Jornalista Susana Naspolini
- Centro Carioca de Especialidades
- CF Rinaldo de Lamare
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Belizario Penna

- CMS Oswaldo Cruz
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

#### **CONSULTA EM ODONTOLOGIA — PRÓTESE DENTÁRIA**

- CF Adolfo Ferreira de Carvalho
- CF Amaury Bottany
- CF Ana Maria Conceição dos Santos Correia
- CF Carlos Nery da Costa Filho
- CF Cypriano das Chagas Medeiros
- CF Dante Romanó Júnior
- CF Epitácio Soares Reis
- CF Helena Besserman Vianna
- CF Ivanir de Mello
- CF José Antônio Ciraudo
- CF Maicon Siqueira
- CF Manoel Fernandes de Araujo "Seu Neco"
- CF Marcos Valadão
- CF Maria de Azevedo Rodrigues Pereira
- CF Medalhista Olímpico Mauricio Silva

- CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza
- CF Mestre Molequinho do Império
- CF Odalea Firmo Dutra
- CF Raimundo Alves Nascimento
- CF Recanto do Trovador
- CF Rinaldo de Lamare
- CF Rogério Rocco
- CF Samuel Penha Valle
- CF Sérgio Vieira de Mello
- CF Sonia Maria Ferreira Machado
- CF Souza Marques
- CMR Oscar Clark
- CMS Alberto Borgerth
- CMS Alice Toledo Tibiriçá
- CMS Carlos Figueiredo Filho (Borel)
- CMS Carmela Dutra
- CMS Clementino Fraga
- CMS Décio Amaral Filho
- CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr.
- CMS Fazenda Botafogo
- CMS Floripes Galdino Pereira
- CMS Heitor Beltrão
- CMS Hélio Pellegrino
- CMS Maria Aparecida de Almeida
- CMS Maria Augusta Estrella
- CMS Nascimento Gurgel
- CMS Niza Rosa

- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza

## FRENECTOMIA LINGUAL — PEDIATRIA

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Carioca de Especialidades
- CMR Oscar Clark
- CMS Belizario Penna
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho

**Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares,** o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acesse o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site [minhasaude.rio](http://minhasaude.rio), você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (ABRO). **Aplicação da Ultrassonografia em Odontologia.** Santos Publicações; 1<sup>a</sup> ed: 200, 2021. ISBN-10, 6586699835. ISBN-13, 978-6586699838.

ATTY, A. T. D. M.; GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, C. L. T. D. Tendência Temporal da Mortalidade por Câncer de Boca e da Cobertura de Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 68, n. 3, p. e-042082, 07/08 2022.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 330.** Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica n.º 09/2016.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica n.º 35/2018 — Anquiloglossia em recém-nascidos.**

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL. **Ofício n.º 046/2024.** São Paulo/SP, 8 de outubro de 2024.

CONTI, Paulo. **DTM — Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais: Aplicação clínica das evidências científicas.** Dental Press: São Paulo. 2020.

EUROPEAN COMMISSION. **Radiation Protection n.º 172: Evidence Based Guidelines on CBCT for Dental and Maxillofacial Radiology.** Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities, 2012.

GORMLEY, M.; GRAY, E.; RICHARDS, C.; GORMLEY, A. et al. An update on oral cavity cancer: epidemiological trends, prevention strategies and novel approaches in diagnosis and prognosis. **CommunityDent Health.** v. 39, n. 3, p. 197-205, 2022.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5<sup>a</sup>edição. São Paulo:Editora Santos:1995.

INGRAN, J.; JOHNSON, D.; COPELAND, M. et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 100, n. 4, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Detecção Precoce do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

LIMA et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em odontopediatria. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, e 209111637644, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37644/31576>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MAGNO, M. B.; NADELMAN, P.; LEITE, K. L. F.; FERREIRA, D. M.; PITHON, M. M.; MAIA, L. C. Associations and risk factors for dental trauma: A systematic review of systematic reviews. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2020; 48(6): 447–63 doi:10.1111/cdoe.12574.

MARINHO, M. F.; VISCONTI, M. A.; CABRAL, M. G. **Protocolo Clínico Sobre Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico para o Serviço Público de Saúde Bucal e Efetividade da Videoconferência na Capacitação Profissional**. Dissertação de Mestrado Profissional em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 118 p. 2020.

MARTINELI, R. L. C. et al. Protocolo de Avaliação do Frênuco da Língua em Bebês. **Revista CEFAC**. v. 14, n. 1, 2012.

MARTINELI, R. L. C. et al. Protocolo de Avaliação do Frênuco da Língua em Bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. **Revista CEFAC**. v. 15, n. 3, 2013.

NEVILLE, B. W. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3<sup>a</sup> edição. Editora. Elsevier: 2009.

RIO DE JANEIRO (Município). **Nota Técnica Conjunta da SMS RJ n.º 01/2018 da Gerência da Criança e do Adolescente e Coordenação de Saúde Bucal**.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Carioca Rindo à Toa. **Protocolo Clínico da Especialidade de Endodontia**. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Carioca Rindo à Toa. **Protocolo Clínico da Especialidade de Estomatologia.** 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Carioca Rindo à Toa. **Protocolo Clínico da Especialidade de Ortodontia.** 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Carioca Rindo à Toa. **Protocolo Clínico da Especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais.** 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Carioca Rindo à Toa. **Protocolo Clínico da Especialidade de Periodontia.** 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Odontologia. Protocolo em atendimento de emergência. **Protocolo de Classificação de Risco.** 2024.

TORRES, K. R.; MARINATO, M. J. S.; PEREIRA, R. C. A importância do uso do protetor bucal na prática esportiva: revisão de literatura. **Revista Científica FAESA**, Vitória, ES, v. 13, n. 1, p. 33–36, 2017 ISSUE DOI: 10.5008/1809.7367.110.

## ANEXOS

### ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXODONTIAS (TCLEE)



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXODONTIAS (TCLEE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome social:	
Nome civil:	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	Data de nascimento:
Endereço:	
Identificação do responsável legal (se aplicável)	
Nome:	
Relação com o paciente:	Documento de identificação:
Endereço:	
Identificação do profissional de saúde	
Nome:	
Unidade de realização do procedimento:	
Telefone do profissional:	

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Este termo refere-se à exodontia (remoção ou extração de dentes), procedimento cirúrgico indicado para tratamento de condições clínicas que comprometem a saúde bucal do(a) paciente, conforme diagnóstico profissional. O procedimento é realizado sob anestesia local, o que permite a remoção do dente de forma segura e com o mínimo de desconforto durante a intervenção. O(a) paciente será orientado(a) quanto aos cuidados após o procedimento, para garantir uma boa recuperação.

#### INFORMAÇÕES SOBRE O PROCEDIMENTO

O(a) paciente foi informado(a) de que:

- O dente é um órgão e que a exodontia será realizada sob anestesia local;
- Existem riscos inerentes, como dor, sangramento, inchado, infecção,parestesia (alteração de sensibilidade), alveolite, necessidade de procedimentos adicionais ou encaminhamentos;
- Não realizar o procedimento pode resultar em agravamento do quadro, dor persistente, infecção, prejuízo funcional ou danos à saúde geral.

#### ELEMENTOS DENTÁRIOS INDICADOS PARA EXODONTIA

Elemento Dentário (n.º FDI ou nome)	Motivo Clínico (breve descrição)

#### INSTRUÇÕES PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Este termo deve ser lido e explicado detalhadamente ao paciente e/ou responsável legal antes da obtenção da assinatura. Uma cópia do termo assinado deve ser entregue ao paciente ou responsável legal, e o original deve ser arquivado no prontuário do paciente ou em pasta própria na unidade de saúde. É fundamental fornecer as orientações pós-operatórias e entregar o documento impresso ao paciente.

#### OBSERVAÇÕES ADICIONAIS (o espaço abaixo pode ser utilizado para quaisquer observações adicionais ou especificações relacionadas ao procedimento)

---



---



---



---



---

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente ou responsável legal), declaro ter sido devidamente informado(a) sobre as indicações, os benefícios, as possíveis complicações e os riscos envolvidos no procedimento, de maneira clara e compreensível, tendo a oportunidade de esclarecer e compreender todas as dúvidas antes de autorizar a realização da exodontia.

Dante disto:

- AUTORIZO a realização da(s) exodontia(s) descrita(s) na página anterior.  
 NÃO AUTORIZO a realização do procedimento.

Quanto ao(s) elemento(s) dentário(s) extraído(s), declaro que:

- Desejo levar o(s) dente(s) comigo, assumindo a responsabilidade pelo seu destino final.  
 Solicito que o profissional de saúde realize o descarte do(s) dente(s) conforme as normas sanitárias.  
 AUTORIZO a doação do(s) dente(s) extraído(s) para fins educativos, científicos ou protéticos, por meio de envio ao banco de dentes autorizado.

Estou ciente de que o presente termo será arquivado pela unidade de saúde.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura do Profissional de Saúde

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

- ENTREGUE ao paciente ou responsável legal.  
 NÃO FOI ENTREGUE ao paciente ou responsável legal.

Motivo da NÃO entrega do documento de orientações pós-operatórias:

---

---

---

**ESTE DOCUMENTO FOI ELABORADO DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS APLICÁVEIS À PRÁTICA ODONTOLÓGICA, VISANDO GARANTIR A AUTONOMIA E OS DIREITOS DOS PACIENTES DURANTE O ATENDIMENTO.**

## ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA (TCLEEP)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA (TCLEEP)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome social:	
Nome civil:	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	Data de nascimento:
Endereço:	Telefone:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL (se aplicável)	
Nome:	
Relação com o paciente:	Documento de identificação:
Endereço:	Telefone:
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	
Nome:	Registro profissional:
Unidade de realização do procedimento:	Telefone do profissional:

#### Descrição do procedimento

A estabilização protetora é uma técnica utilizada em atendimentos odontológicos que visa limitar os movimentos do paciente para garantir a segurança durante o procedimento. Esta técnica pode envolver o uso de dispositivos físicos, como cintos de contenção, macri, lençóis, cobertores ou a presença de profissionais auxiliares para imobilização manual.

#### Justificativa e objetivo

A estabilização protetora pode ser necessária em situações em que o paciente apresenta comportamento não cooperativo, dificuldade em manter-se imóvel ou outras condições que possam comprometer a realização segura e eficaz do tratamento odontológico. O objetivo é proteger o paciente e a equipe de saúde de lesões accidentais e permitir que o procedimento seja realizado com precisão.

#### Potenciais riscos e desconfortos

Os riscos associados à estabilização protetora incluem desconforto temporário, estresse emocional e, em raros casos, lesões físicas leves, como marcas na pele devido ao uso materiais de contenção. É importante ressaltar que a estabilização protetora será aplicada de forma a minimizar qualquer desconforto e sempre será utilizada como último recurso, após outras tentativas de controle comportamental terem sido esgotadas.

#### Alternativas ao procedimento

As alternativas à estabilização protetora incluem técnicas de manejo comportamental, sedação consciente e, em alguns casos, a anestesia geral. Estas opções serão discutidas com o paciente e/ou responsável legal antes da tomada de decisão e, em algumas circunstâncias, realizadas em locais distintos na rede municipal de saúde.

#### Direitos do paciente

O paciente tem o direito de recusar a estabilização protetora e de ser informado sobre todos os aspectos do procedimento, incluindo riscos, benefícios e alternativas. A recusa pode, no entanto, limitar a capacidade do profissional de realizar o tratamento necessário de maneira segura e eficaz. O paciente tem direito a interromper o tratamento com a estabilização protetora a qualquer momento.

#### Declaração de consentimento

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente ou responsável legal), declaro que fui devidamente informado(a) sobre a necessidade, os riscos, os benefícios e as alternativas da estabilização protetora durante o atendimento odontológico. Compreendo que a estabilização protetora será utilizada apenas quando necessário, para garantir a segurança do(a) paciente e a eficácia do tratamento. Após receber todas as informações e ter tido a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente, consinto com a utilização da estabilização protetora, conforme descrito acima.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura do Profissional de Saúde

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **INSTRUÇÕES PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Este termo deve ser lido e explicado detalhadamente ao paciente e/ou responsável legal antes da obtenção da assinatura. Uma cópia do termo assinado deve ser entregue ao paciente ou responsável legal, e o original deve ser arquivado no prontuário do paciente.

**OBSERVAÇÕES ADICIONAIS** (o espaço abaixo pode ser utilizado para quaisquer observações adicionais ou especificações relacionadas ao procedimento)

**ESTE DOCUMENTO FOI ELABORADO DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS APLICÁVEIS À PRÁTICA ODONTOLÓGICA, VISANDO GARANTIR A AUTONOMIA E OS DIREITOS DOS PACIENTES DURANTE O ATENDIMENTO.**

## ANEXO 3. PROTOCOLO DE BISTROL

### PARA AVALIAÇÃO DA LÍNGUA

Os elementos do BTAT são: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênuo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua; e (4) projeção da língua. As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado a seguir. Sendo assim, crianças que apresentem escores de 0 a 3 serão elegíveis para a realização do procedimento de frenectomia lingual — pediatria ou a frenulotomia.

Quadro 1. Protocolo de Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)\*

ASPECTOS AVALIADOS	0	1	2	ESCORE
Qual é a aparência da ponta da língua?				
	Formato de coração	Ligeira fenda/entalhada	Arredondada	
Onde o frênuo da língua está fixado na gengiva/assoloelho?	Fixedo 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	
Qual é a 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	

\*Tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol. Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond. Ilustrações: Hanna Oakes. Fonte: Nota Técnica MS n.º 35/2018.

Sugere-se que a triagem por meio do Protocolo de Bristol seja realizada antes da alta hospitalar (entre 24 e 48 horas de vida do recém-nascido) por profissional de saúde qualificado, integrante da equipe neonatal (pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo). Mesmo que esta triagem não tenha sido realizada, esta equipe deverá encaminhar o responsável pela criança para a Unidade de Atenção Primária, que deverá avaliar o caso e realizar o diagnóstico o mais precocemente possível. Este atendimento deve ser realizado pela equipe de Saúde Bucal, preferencialmente em conjunto com a equipe de Saúde da Família e equipe Multidisciplinar (eMulti), se houver, com experiência em amamentação, ou ainda ser consultado, via teleconsulta, com o profissional de referência da área, para a obtenção do diagnóstico final, continuidade do cuidado e encaminhamento via SISREG para a realização do procedimento, caso seja pertinente.





PREFEITURA  
**RIO**

Saúde

**SUS** The SUS logo consists of the acronym in bold letters followed by a white graphic element resembling a stylized 'H' or a series of connected squares.