

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE

# **CEO OURO VERDE**

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS OURO  
VERDE**

## **PROTOCOLO 2016**

## **DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE**

Deise Fregni Hadich

### **RESPONSÁVEIS**

Ana Carla Fujisawa Ferreira de Sá- Coordenadora CEO Ouro Verde

Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira- Apoio Institucional DS Sudoeste

Juliana Natívio- Apoio Institucional DS Sudoeste

Lídia Alves de Araújo- Apoio Institucional DS Sudoeste

Wellington- Apoio Institucional DS Sudoeste

### **COLABORADORES**

André Baldy Santos de Souza – Cirurgião dentista CEO Ouro Verde

Amélia Raposo Pires Reis- Cirurgiã dentista CS Vila União

Beneval José dos Santos Junior- Cirurgião dentista CS Santa Lúcia

Camila Sala Moreira da Cruz- Cirurgiã dentista CEO Ouro Verde

Claudia Regina Targa Romani- Cirurgião dentista CS São Cristóvão

Claudinei Rozinholli- Cirurgião dentista CS Jardim Aeroporto

Edna Magali Giachini- Auxiliar de Saúde Bucal CEO Ouro Verde

Erica Maria Luiz Bueno- Auxiliar de Saúde Bucal CEO Ouro Verde

Gian Marco Xavier de Mendonça- Cirurgião dentista CEO Ouro Verde

Janice Valente de Paula- Cirurgiã dentista CEO Ouro Verde e

Jamille Silva Nogueira- Cirurgiã dentista CS Santo Antônio

Maurício Carlos Assis- Cirurgião dentista CEO Ouro Verde

Rogério da Silva Jorge- Cirurgião dentista CEO Ouro Verde

Silvana Queiroz Pellegrino Zorzetto- Cirurgiã dentista CS Dic I

Tatiana Cagnelutti- Cirurgiã dentista CS Santo Antônio

Tatiane Rodrigues de Paula Albarello- Cirurgiã dentista CS Vista Alegre

## **APRESENTAÇÃO**

O Protocolo de Especialidades foi elaborado visando nortear os encaminhamentos odontológicos realizados pela Atenção Básica ao Centro de Especialidades Odontológicas Ouro Verde.

Este protocolo é uma atualização dos protocolos já existentes, mas o diferencial de sua elaboração reside no fato dele ser o resultado final do trabalho do ciclo de oficinas “Integralidade do Cuidado em Saúde Bucal do Distrito Sudoeste”. Estas oficinas aconteceram de maio de 2015 a março de 2016 e atualizou todos os protocolos de especialidades a partir de discussões e consensos entre profissionais da Atenção Básica e do CEO Ouro Verde considerando suas realidades e necessidades.

Este documento é essencial para garantir um acesso qualificado dos usuários à Atenção Especializada garantindo uma maior integralidade e resolutividade do cuidado prestado à nossa população.

**Ana Carla Fujisawa F de Sá**  
**Coordenação CEO Ouro Verde**  
**Distrito de Saúde Sudoeste**

**Isabella M. Gomes Dias de Oliveira**  
**Apoio Institucional**  
**Distrito de Saúde Sudoeste**

# ÍNDICE

Apresentação	3
Protocolo de Cirurgia Oral Menor	5
Protocolo de Diagnóstico Bucal	7
Protocolo de Endodontia	10
Protocolo de Periodontia	14
Protocolo de Atendimento de Pacientes Especiais	17
Protocolo de Prótese Dentária	20

# PROTOCOLO DE CIRURGIA ORAL MENOR

## CRITÉRIOS GERAIS

- O usuário deverá pertencer a uma equipe de referência do Centro de Saúde, sendo esta responsável pelas intercorrências de urgência e realização dos procedimentos necessários para o alívio da dor até o início do tratamento cirúrgico no CEO OV.

## PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA,

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
- Nome e carimbo do profissional
- Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
- Cartão SUS do paciente
- História clínica dos procedimentos realizados pelo Cirurgião Dentista no CS
- Informações clínicas do paciente e os procedimentos realizados pelo dentista no CS
- Em casos de pacientes com alterações sistêmicas, relatar quais são estas alterações, medicamentos em uso, hipótese diagnóstica e orientações médicas com objetivo de agilizar o atendimento.

## PRÉ-REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar o paciente somente após ter sido realizada a adequação do meio bucal (remoção de restos radiculares, selamento de cavidade, orientação e conscientização da necessidade de higiene bucal);
- Deverá ser realizado no Centro de Saúde o alívio da dor do paciente através das intervenções necessárias para o seu controle;
- É obrigatório a apresentação ou encaminhamento por e-mail do Rx panorâmico na primeira consulta na especialidade;
- Realizar a orientação do paciente sobre a primeira consulta no CEO OV pois esta será somente de avaliação e orientação do paciente, NÃO havendo a realização de procedimento neste dia;
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail**

[ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/C **Cirurgia Oral Menor** para a discussão e orientação técnica do caso.

## **CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO**

- Cirurgias de dentes inclusos e semi inclusos. Deverão ser priorizados os casos que apresentarem sintomatologia dolorosa e recorrência de pericoronarite.
- Dentes supranumerários retidos
- Frenectomia
- Ulotomia

## **AGENDAMENTO**

- O Distrito Sudoeste disponibilizará vagas semanais no sistema SOL para que o Centro de Saúde realize o agendamento e a convocação do paciente.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade para a qual ele está sendo encaminhado. Deverá ser anexada no encaminhamento uma filipeta disponibilizada pelo CEO OV contendo orientações sobre o atendimento que será realizado.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão de SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o paciente ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.

# PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO BUCAL

## CRITÉRIOS GERAIS

- O paciente deverá pertencer a uma equipe de referência do Centro de Saúde para ser encaminhado.
- Os pacientes que apresentarem lesões graves (ex. Suspeitas de malignidade, lesões associadas a doença auto imune) poderão ser encaminhados mesmo que não pertençam a área de abrangência do serviço que identificou a suspeita devido a gravidade e por ser necessário agilidade no início do tratamento destes casos.

## PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
- Nome e carimbo do profissional
- Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
- Cartão SUS do paciente
- História clínica dos procedimentos realizados pelo Cirurgião Dentista no CS
- Identificação do caso a ser tratado através de informações sobre região/localização, duração, características clínicas, sintomatologia e sempre que possível, a hipótese diagnóstica da lesão.
- Em casos de pacientes com alterações sistêmicas, relatar quais são estas alterações, medicamentos em uso, hipótese diagnóstica e orientações médicas com objetivo de agilizar o atendimento.

## CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO

- **Identificar no encaminhamento como PRIORIDADE as lesões suspeitas de câncer bucal;**
- Lesões de mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, que não cicatrizam em até 3 semanas;
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;
- Nos casos de lesões ulceradas, avaliar a presença de possíveis agentes causais, removendo-os

quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento;

- Remoção de torus palatinos e mandibulares com finalidade pré protética;
- Regularização de rebordo e remoção de hiperplasias (Cirurgias pré-protéticas).
- Procedimentos cirúrgicos ofertados:

Biópsia de Tecido de Glândula Salivar
Biópsia de Osso de Crânio e Face
Biópsia de Lábio
Biópsia de Língua
Excisão e Sutura de Lesão da Boca
Excisão de Cálculo de Glândula Salivar
Exérese de Cisto Odontogênico e Não Odontogênico
Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar
Correção Cirúrgica de Fístula Oro Nasal/Oro Sinusal
Excisão em Cunha do Lábio
Apicectomia com ou sem Obturação Retrógrada
Curetagem Periapical
Glossorrafia
Marsupialização de Cistos e Pseudocistos e Lesões

## **PRÉ-REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO**

- O profissional da Atenção Básica antes de realizar o encaminhamento para a referência, deverá reavaliar a lesão para o acompanhamento da sua evolução e para confirmar a necessidade da realização deste encaminhamento.
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail [ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/Diagnóstico Bucal** para a discussão e orientação técnica do caso.

## **AGENDAMENTO**

- As vagas serão disponibilizadas no sistema SOL e o Centro de Saúde ficará responsável pelo agendamento e a convocação do paciente.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade para qual ele está sendo encaminhado.



- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão de SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o paciente, ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.

# PROTOCOLO DE ENDODONTIA

## CRITÉRIOS GERAIS

- O paciente deverá estar em tratamento no Centro de Saúde, não poderá ser encaminhado direto do atendimento de urgência.
- O próprio Centro de Saúde deverá ser responsável pelas intercorrências de urgência até o início do tratamento endodôntico na referência.
- Todos os dentes encaminhados à endodontia deverão estar com adequada abertura coronária, curativo pulpar e selamento da cavidade.

## PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
- Nome e carimbo do profissional
- Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
- Cartão SUS do paciente
- História clínica do dente e os procedimentos realizados pelo CD no CS (realizar a troca do curativo de espera se este tiver sido realizado a mais de 30 dias ou colocar a data que foi realizado)
- Informações clínicas do paciente e os procedimentos realizados pelo dentista no CS.
- Em casos de pacientes com alterações sistêmicas, relatar quais são estas alterações, medicamentos em uso, hipótese diagnóstica e orientações médicas com objetivo de agilizar o atendimento.

## PRÉ REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar o paciente somente após ter sido realizada a adequação do meio bucal (remoção de restos radiculares, selamento de cavidade e orientação e conscientização da necessidade de higiene bucal);
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail [ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/C Endontia** para a discussão e orientação técnica do caso.

## **CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO**

### **Do dente a ser encaminhado**

- Remoção total do tecido cariado do dente a ser tratado, curativo de demora realizado e com trocas efetuadas se o período for maior que 90 dias (não esquecer de enviar a data do procedimento) e selamento com material restaurador;
- Dar condições ao dente para que seja possível o isolamento absoluto, se necessário realizar gengivectomia ou reconstrução das paredes com resina ou ionômero visando a colocação do grampo.

### **Conduta clínica na UBS**

#### **POLPA VIVA**

- Nos casos em que houver a possibilidade de realizar tratamento conservador (capeamento pulpar direto, pulpotomia), este deverá ser priorizado;
- Remoção total do tecido cariado, pulpotomia, irrigação com água de hidróxido de cálcio (misturar água filtrada com hidróxido de cálcio PA, deixar decantar e irrigar após adquirir aspecto mais translúcido), secagem com bolinhas de algodão estéril, curativo a base de tricresol formalina e selamento com material restaurador provisório;
- Nos casos de ápice aberto, não remover polpa;
- O curativo deverá ser trocado na reavaliação do paciente para o encaminhamento (01 mês a 01 semana antes da data da consulta com o especialista)

#### **POLPA MORTA**

- Remoção do tecido cariado, irrigação com líquido de Dakin ou líquido de Milton, secagem com bolinhas de algodão, curativo a base de tricresol formalina e selamento com material restaurador provisório;
- O curativo deverá ser trocado na reavaliação do paciente para o encaminhamento (01 mês a 01 semana antes da data da consulta com o especialista).

#### **ABSCESSOS PERIAPICAIS**

- Nos casos de elementos com abscessos periapicais agudos, o profissional do CS deverá efetuar a drenagem do conteúdo purulento via canal, via gengival ou extra oral, prescrever medicação antibiótica e prosvetar até remissão dos sintomas. O elemento dentário deverá ser mantido com

o acesso ao canal desobstruído e posteriormente, após cessado o quadro agudo, irrigar com solução de Milton ou Dakin e efetuar o curativo de tricresol formalina selado com material restaurador provisório. Fazer a primeira troca com 1 semana e aguardar a vaga no serviço de referência;

- Em elementos com fístulas ativas, deverá ser realizada a troca do curativo de Tricresol e prescrito medicação antibiótica antes do encaminhamento ao CEO OV.

### **Retratamento endodôntico**

- O CEO OV não realizará retratamento endodôntico com exceção das endodontias que foram realizadas por ele.

### **CASOS QUE “NÃO” DEVEM SER ENCAMINHADOS**

- Dentes sem condições de serem restaurados pelos profissionais do Centro de Saúde;
- Dentes sem possibilidade de isolamento absoluto;
- Dentes com envolvimento de furca ou doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal ou vertical;
- Terceiros molares sem antagonista ou com acesso restrito;
- Dentes que podem responder ao tratamento conservador. Se necessitar de orientação para procedimento, entrar em contato com especialista.

### **CASOS A SEREM ENCAMINHADOS NAS VAGAS DE URGÊNCIA**

Descrever no Cabeçalho da Referência o motivo da Urgência:

- URGÊNCIA – Trauma: Trauma em dente jovem
- URGÊNCIA-Cardiopatia: Paciente cardiopata com problema valvular
- URGÊNCIA – Imuno: Paciente imunodeprimido
- URGÊNCIA – Onco: Pacientes que serão submetidos a tratamentos radio e/ou quimioterápico
- URGÊNCIA – Transplante: Pacientes que serão submetidos a transplante de órgãos

## **AGENDAMENTO**

- O Distrito Sudoeste disponibilizará vagas semanais pelo sistema SOL para que o Centro de Saúde realize o agendamento e a convocação do paciente, conforme cronograma disponibilizado com antecedência pela coordenação do CEO OV.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade em que ele está sendo encaminhado.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão do SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o paciente ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- Após a conclusão do tratamento endodôntico, o paciente deverá retornar ao Centro de Saúde de origem com a contra-referência devidamente preenchida, para a realização do tratamento restaurador
- O Centro de Saúde deverá garantir vaga para a realização do tratamento restaurador.

# **PROTOCOLO DE PERIODONTIA**

## **CRITÉRIOS GERAIS**

- O principal fator para o encaminhamento do paciente é a sua motivação em aderir ao tratamento (perfil do paciente).
- O paciente a ser encaminhado deverá estar em tratamento ou ter concluído o tratamento e pertencer a uma equipe de referência do CS.
- Deverão ser encaminhados apenas os pacientes cujos problemas periodontais não possam ser resolvidos no CS devido a sua complexidade e a manutenção dos tratamentos realizados na especialidade deverão ocorrer na unidade sob responsabilidade do profissional que realizou o encaminhamento.

## **PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA**

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
- Nome e carimbo do profissional
- Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
- Cartão SUS do paciente
- Identificação do caso a ser tratado (região, localização) – vale ressaltar que será realizada avaliação geral do paciente pela especialidade porém é necessário que a região/ dente que houver mais problema ou que o profissional que encaminha necessite que seja priorizada, deverá estar apontada no encaminhamento
- Informações clínicas do paciente e os procedimentos realizados pelo dentista no CS.
- Em casos de pacientes com alterações sistêmicas, relatar quais são estas alterações, medicamentos em uso, hipótese diagnóstica e orientações médicas com objetivo de agilizar o atendimento.

## **CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO**

- Cirurgias periodontais
- Tratamento periodontal não cirúrgico em pacientes motivados
- Doença periodontal severa

- Lesão tipo endo-perio (Obrigatório radiografia)
- Pacientes com periodontite refratária ao tratamento, como Periodontite juvenil
- Aumento de coroa clínica (Obrigatório radiografia).

## **PRÉ REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO**

- Encaminhar os pacientes que apresentem interesse pelo tratamento ofertado ou que tenham participado de atividades educativas para identificação e controle de placa e que tenham demonstrado interesse em relação ao controle da doença;
- O paciente deverá ter concluído seu tratamento básico no Centro de Saúde ou, nos casos em que os pacientes estejam em tratamento, realizar o encaminhamento somente após terem sido realizadas as exodontias dos dentes com indicação e a adequação do meio bucal (remoção de cálculo supra gengival, curativo endodôntico, selamento de cavidades, remoção de raízes residuais);
- O Centro de Saúde ficará responsável pelos atendimentos das urgências periodontais até o início do atendimento no CEO OV ou sempre que o paciente precisar;
- O paciente deverá ser encaminhado com radiografia nos casos de aumento de coroa clínica, de avaliação se há ou não indicação de exodontia ou em outros casos de necessidade de avaliação de região específica;
- O Centro de Saúde deverá garantir vaga, o mais breve possível, para resolver as pendências solicitadas pela especialidade (interconsulta), como por exemplo, a restauração de um dente cariado que passou despercebido na adequação de meio;
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail [ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/C Periodontia** para a discussão e orientação técnica do caso.

## **CASOS QUE “NÃO” DEVEM SER ENCAMINHADOS**

- Dentes com acentuada mobilidade vertical (mobilidade grau III – ao fazer movimento do dente de vestibular para lingual, ao apertar para intrusão, o dente extrui sozinho).
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).
- Pacientes que necessitem somente de profilaxia ou raspagem supra gengival.

## **AGENDAMENTO**

- Serão disponibilizadas vagas semanais pelo sistema SOL com agendamento realizado pelo Distrito Sudoeste.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade para a qual ele está sendo encaminhado.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão do SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o paciente ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

- Os pacientes que concluírem o tratamento na especialidade serão reencaminhados aos Centros de Saúde, através da contra-referência, seguindo dois critérios:
  - ❖ Pacientes que aderem ao tratamento serão encaminhados ao Centro de Saúde com a indicação de manutenção periódica a critério do dentista da unidade.
  - ❖ Na contra-referência dos pacientes que não aderem ao tratamento constará tratamento concluído na especialidade – NAT (não adere ao tratamento).



# **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

## **CRITÉRIOS GERAIS**

- O paciente a ser encaminhado deverá ser avaliado antes da realização do encaminhamento e pertencer a uma equipe de referência do Centro de Saúde.
- Deverá ser realizada uma tentativa de atendimento dos pacientes portadores de síndromes, com deficiência física ou mental na própria unidade, procedendo encaminhamento ao CEO somente nos casos onde haja efetivamente a impossibilidade de tratamento.

## **PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA**

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
  - Nome e carimbo do profissional
  - Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
  - Cartão SUS do paciente
  - História clínica dos procedimentos realizados pelo Cirurgião Dentista no CS
  - No encaminhamento para esta especialidade é essencial um relatório completo do paciente contendo as seguintes informações:
    - ❖ Relatório médico do acompanhamento realizado no CS, contendo informações sobre as alterações sistêmicas, medicamentos em uso, exames laboratoriais (se houver) e diagnóstico da(s) patologia(s) apresentada(s);
- OU**
- ❖ Relatório médico do especialista se houver acompanhamento em outros serviços, contendo informações sobre as alterações sistêmicas, medicamentos em uso, exames laboratoriais (se houver) e diagnóstico da(s) patologia(s) apresentada(s).

## **CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO**

- Deficientes sensoriais e físicos quando associados a distúrbios de comportamento ou distúrbios mentais severos;
- Pacientes portadores de desvios psiquiátricos (neuroses e psicoses). Recomenda-se quando possível, a discussão de caso com equipe de Saúde Mental que realiza o matriciamento ou

atendimento na unidade para auxiliar a avaliação da necessidade de encaminhamento do paciente;

- Paciente neurológico grave (Ex. Paralisia cerebral, Doença de Alzheimer);
- Pacientes portadores de síndromes genéticas (Ex. Síndrome de Moebius, Síndrome de Willians) quando não for possível o atendimento no Centro de Saúde;
- Pacientes com doenças sistêmicas graves que necessitem de cuidados especiais;
- Portadores de alterações de condições sistêmicas como irradiados de cabeça e pescoço, transplantados de órgãos, imunossuprimidos por medicamentos.

### **Tratamento em ambiente hospitalar**

Nos casos onde não for possível o atendimento ambulatorial pela referência, será realizado procedimento cirúrgico-odontológico em Centro cirúrgico sob anestesia geral ou sedação mediante critério e avaliação do cirurgião dentista responsável pela especialidade.

### **PRÉ REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO**

- Realização de discussão multidisciplinar do caso preferencialmente em reunião de equipe de referência;
- Deverá ocorrer a tentativa de atendimento dos pacientes portadores de síndromes, com deficiência física ou mental na própria unidade, no CS antes de proceder o encaminhamento para a especialidade.
- Poderá ser realizado o matriciamento de casos através de discussões entre os profissionais do CS e o profissional do CEO OV dos casos que a Atenção Básica considerar importante para a qualificação do cuidado de pacientes portadores de necessidades especiais.
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail [ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/C Pacientes Especiais** para a discussão e orientação técnica do caso.

### **CASOS QUE “NÃO” DEVEM SER ENCAMINHADOS**

- Pacientes com deficiência visual, auditiva ou de fala, pacientes com deficiência física ou mental leve, gestantes, crianças que não permitem tratamento, diabéticos, hipertensos, idosos ou portadores de HIV que não tenham outras complicações ou limitações deverão ser atendidos no CS.

## **MANUTENÇÃO**

- Os pacientes que concluíram tratamento odontológico no CEO OV e que poderão realizar a manutenção na Atenção Básica, serão encaminhados com a contra referência ao CS de origem para a continuidade do cuidado.

## **AGENDAMENTO**

- O Distrito Sudoeste disponibilizará vagas semanais pelo sistema SOL para que o Centro de Saúde realize o agendamento e a convocação do paciente.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade para a qual ele está sendo encaminhado.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão do SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o paciente, ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.

# PROTOCOLO DE PRÓTESE DENTÁRIA

## CRITÉRIOS GERAIS

- O paciente a ser encaminhado deverá pertencer a uma equipe de referência do Centro de Saúde e ser avaliado antes da realização do encaminhamento.

## PREENCHIMENTO DA REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA

- Nome e telefone do CS que está encaminhando
- Nome e carimbo do profissional
- Nome, data de nascimento, nome da mãe, FF e telefone do paciente
- Cartão SUS do paciente
- Informações clínicas do paciente e os procedimentos realizados pelo dentista no CS.

## PRÉ REQUISITOS PARA O ENCAMINHAMENTO

- Exodontias indicadas deverão ser realizadas com antecedência de no mínimo 60 dias antes do início da realização da prótese.
- Pacientes com necessidade de cirurgia pré protética (remoção de hiperplasias gengivais, regularização de rebordo) deverão ser encaminhados previamente para a especialidade do Diagnóstico Bucal para a adequação do paciente.
- Tratamento clínico restaurador realizado, ausência de doença periodontal e dentes com mobilidade nos casos de encaminhamento para PPR.
- Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional com a referência via **telefone 3266-1856 ramal 210** ou **e-mail [ceosudoeste@gmail.com](mailto:ceosudoeste@gmail.com) - A/C Prótese Dentária** para a discussão e orientação técnica do caso.

## CASOS QUE “NÃO” DEVEM SER ENCAMINHADOS

- Casos onde o dente antagonista ou adjacente não possibilitem espaço protético suficiente para a confecção de prótese dentária

## **AGENDAMENTO**

- O Distrito Sudoeste disponibilizará vagas semanais pelo sistema SOL para que o Centro de Saúde realize o agendamento e a convocação do paciente, conforme cronograma disponibilizado com antecedência pela coordenação do CEO OV.
- O paciente deverá estar ciente da especialidade para a qual ele está sendo encaminhado.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer no CEO OV na data e horário agendados levando o ticket de agendamento, cartão do SUS e documento de identidade.
- Caso o paciente não possa comparecer à consulta agendada no CEO OV, ele deverá ser orientado a comunicar o Centro de Saúde com pelo menos 02 (dois) dias de antecedência para que outro paciente possa ser convocado e a consulta não seja perdida.
- Procurar orientar o pacientes ou seus cuidadores da melhor forma possível, tanto em relação ao encaminhamento, como sobre a importância do tratamento a ser realizado, conscientizando-o de não faltar à consulta agendada.