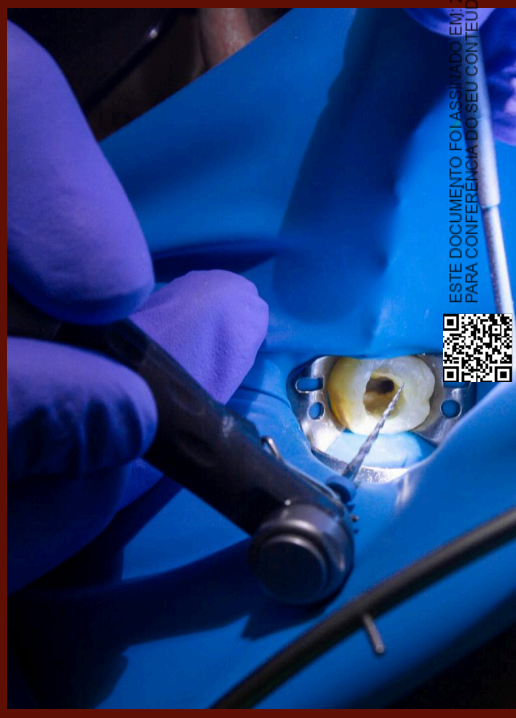
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

# Protocolo de Encaminhamento à Atenção Especializada Saúde Bucal

Agosto de 2026







ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a

Araucária
PREFEITURA

SAÚDE

# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SAÚDE BUCAL

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a

Araucária, 28 de agosto de 2026

Versão 2



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**PODER EXECUTIVO**

**PREFEITO**
Luiz Gustavo Botogoski

**VICE-PREFEITO**
Tatiana Assuiti

**SECRETÁRIO DE GOVERNO**
Robison Ricardo Furman

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SECRETÁRIO**
Renata Knopik Botogoski

**OUVIDORIA EM SAÚDE**
Daiane Rodrigues Fontes

**DIREÇÃO GERAL**
Débora Regina Sabino

**DIREÇÃO TÉCNICA**
Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**
Rodrigo Esposito Soares

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
Carolina de Almeida Torres

**HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA**
Noemi Garcia Moraes Ferla

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
Nicolle Lucena da Silveira

**DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
Ana Maria Taborda

**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
Alexandro André Radin

**DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA**
Marisa Ferraz Gavronski Gawron

**NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO**
Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**ELABORAÇÃO**

Jocelma Adriana Ferreira Gomes – Responsável Técnica da Odontologia
Giovanna Iwersen Pucci Honaiser – Cirurgiã-dentista
Mônica Emiko Shimoshiro – Cirurgiã-dentista
Karla Francyeri Casas Mesquita Trela – Cirurgiã-dentista

**Colaboração técnica**

Adriano Ademir Strugala – Enfermeiro
Andréia Valeska Klentzuk – Cirurgiã-Dentista
Carolina Mendes Frusca do Monte – Cirurgiã-Dentista
Daniel José Furman – Cirurgião-Dentista
Elizabete de Souza Candido – Enfermeira
Fábio Zardo – Cirurgião-Dentista
Fabrício Felippe Taddeo de Oliveira Taddeo de Oliveira – Cirurgião-Dentista
Fernanda Maia Malachias Gonçalves – Cirurgiã-Dentista
Isabelli Carolini Farias Warmling – Cirurgiã-Dentista
Josiane Hainosz Zablocki – Enfermeira
Marcelo Salomão de Góis – Cirurgião-Dentista
Patrícia Ana Bayer Tuleski – Cirurgiã-Dentista
Ricardo Leandro Simette – Cirurgião-Dentista
Thiago Perfete – Cirurgião-Dentista

**Diagramação e revisão**

Direção de Planejamento e Gestão e Auditoria – DPGA
Núcleo de Educação Permanente e Qualidade em Saúde – NEPQS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**LISTA DE SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde
**CD** – Cirurgião-Dentista
**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas
**CET** – Centro de Especialidades Terapêuticas
**CFO** – Conselho Federal de Odontologia
**CIV** – Cimento de Ionômero de Vidro
**COMESP** – Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná
**CRA** – Central de Regulação Ambulatorial
**DAE** – Departamento de Atenção Especializada
**DAP** – Departamento de Atenção Primária
**DPGA** – Direção de Planejamento, Gestão e Auditoria
**IQASB** – Índice de Qualidade da Atenção em Saúde Bucal
**NEPQS** – Núcleo de Educação Permanente e Qualidade em Saúde
**PcD** – Pessoa com Deficiência
**PMS** – Plano Municipal de Saúde
**PNSP** – Programa Nacional de Segurança do Paciente
**POP** – Procedimento Operacional Padrão
**PPR** – Prótese Parcial Removível
**PT** – Prótese Total
**RAP** – Raspagem e Alisamento Periodontal
**RAS** – Rede de Atenção à Saúde
**RTG** – Responsável Técnico Geral da Odontologia
**RX** – Radiografia
**SESA** – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
**SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
**SSE** – Serviço de Saúde Especial
**SUS** – Sistema Único de Saúde
**TDAH** – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
**TEA** – Transtorno do Espectro Autista
**TOD** – Transtorno Opositivo Desafiador
**UBS** – Unidade Básica de Saúde
**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família
**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a


41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade para avaliação em Endodontia..... 22
Quadro 2: Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade para avaliação em Periodontia..... 24
Quadro 3: Situações de encaminhamento Cirurgia Oral Menor.....26
Quadro 4: Situações de encaminhamento Estomatologia.....28
Quadro 5: Situações de encaminhamento para Prótese Dentária.....33
Quadro 6: Situações de encaminhamento Radiografia Interproximal.....40
Quadro 7: Situações de encaminhamento Radiografia Periapical.....41

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**SUMÁRIO**

1. APRESENTAÇÃO.....10
2. INTRODUÇÃO.....11
3. DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO.....13
3.1 Níveis de Atenção.....13
3.1.1 Atenção Primária à Saúde.....13
3.1.2 Atenção Especializada Ambulatorial.....13
3.1.3 Atenção às Urgências e Emergências.....14
3.1.4 Atenção Hospitalar e de Alta Complexidade.....14
3.2 Condições para Encaminhamento a Todas as Especialidades Odontológicas.....15
3.2.1 Avaliação e Informações Necessárias ao Encaminhamento.....15
3.2.2 Classificação de Prioridade.....16
3.2.3 Situações que Exigem Atenção Prioritária e Articulação entre os Serviços. 16
3.2.4 Urgências e Emergências Odontológicas.....17
3.2.5 Orientações ao Usuário e Continuidade do Cuidado.....17
4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....19
5. ESPECIALIDADES.....22
5.1 Endodontia.....22
5.2 Periodontia.....24
5.3 Cirurgia Oral Menor.....25
5.4 Estomatologia.....27
5.5 Atendimento Odontológico Especializado à Pessoa com Deficiência.....28
5.5.1 Organização do cuidado e critérios de encaminhamento.....29
5.5.2 Público-alvo.....29
5.5.3 Informações Necessárias ao Encaminhamento.....30
5.5.4 Registro e Prioridade.....30
5.5.5 Situações que Não Determinam Encaminhamento ao SSE.....31
5.5.6 Atendimento Hospitalar.....31
5.6 Prótese Dentária.....32
5.7 Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.....36
5.7.1 Indicações para Avaliação Especializada.....36
5.7.2 Avaliação do Risco Clínico e Hemorrágico.....37
5.7.3 Encaminhamento Eletivo.....37
5.7.4 Urgências e Emergências.....38
5.7.5 Continuidade do Cuidado.....38

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.8 Radiologia Odontológica....39
5.8.1 Solicitação de Exames Intraorais....39
5.8.2 Levantamento Periapical....40
5.8.3 Avaliação Radiográfica em Cirurgia Oral Menor....41
5.8.4 Registro e Avaliação dos Resultados....42
6. URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ....43
6.1 Procedimentos Odontológicos Realizados na UPA....43
7. GESTÃO DO ABSENTEÍSMO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS....45
7.1 Modalidades de Agendamento....45
7.2 Falta à Consulta Regulada....45
7.3 Falta ao Retorno no CEO....45
7.4 Cancelamento....46
7.5 Justificativas Aceitas....46
7.6 Responsabilidades e Registros....46
8. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE....47
9. INDICADORES RELACIONADOS AO PMS....48
10. REFERÊNCIAS....50
11. APÊNDICE....53
I - Fluxograma de Encaminhamento da Especialidade de Prótese Dentária....53
Fonte: Os autores, 2026....53
II - Quadro Unificado de Especialidade e Subespecialidade....54
III – Códigos do SIGTAP para Especialidades....57
12. HISTÓRICO DE REVISÕES....60

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Araucária apresenta o Protocolo de Encaminhamento à Atenção Especializada em Saúde Bucal, elaborado com a finalidade de orientar e padronizar os encaminhamentos e organizar o acesso dos usuários aos serviços odontológicos especializados da Rede de Atenção à Saúde.

Este documento constitui instrumento técnico-operacional destinado aos cirurgiões-dentistas e às demais equipes envolvidas na assistência, na regulação e na gestão do cuidado em saúde bucal. Estabelece critérios clínicos, requisitos de encaminhamento, critérios de prioridade e fluxos de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde (APS), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os serviços de referência hospitalar e de alta complexidade. Também orienta a articulação com o atendimento odontológico de urgência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), respeitando as particularidades do acesso eletivo regulado e dos fluxos de urgência e emergência.

A construção deste protocolo ocorreu de forma compartilhada, com a participação da Câmara Técnica de Saúde Bucal e de profissionais da Rede Municipal de Saúde, considerando as necessidades locais, a organização dos serviços e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua aplicação visa qualificar os encaminhamentos, fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos da rede e favorecer o acesso oportuno, equânime e seguro aos serviços odontológicos especializados. Busca, ainda, assegurar a continuidade do cuidado, por meio do acompanhamento compartilhado dos usuários e da contrarreferência à equipe de origem, mantendo a APS como coordenadora do cuidado.

As orientações deste documento deverão ser aplicadas em conjunto com os protocolos administrativos de regulação e os procedimentos operacionais vigentes, respeitando a avaliação clínica individualizada e as necessidades de cada usuário. Eventuais divergências entre os documentos deverão ser submetidas às áreas responsáveis para análise e harmonização formal.

O protocolo deverá ser revisado periodicamente e sempre que houver alterações normativas, atualizações técnico-científicas ou mudanças na organização dos serviços que repercutam nas condutas e nos fluxos estabelecidos. Sua atualização deverá considerar também os resultados do monitoramento de sua aplicação e as necessidades identificadas pelas equipes e pela gestão municipal de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 2. INTRODUÇÃO

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) fundamenta-se na integração entre os diferentes pontos de atenção, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado, a continuidade assistencial e a coordenação das ações em saúde. No âmbito da saúde bucal, essa organização pressupõe a articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS), a Atenção Especializada Ambulatorial e a Atenção Hospitalar, incluindo os serviços de alta complexidade e sua integração com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa estrutura está alinhada às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas em 2004, e à sua institucionalização pela Lei Federal nº 14.572, de 8 de maio de 2023 (BRASIL, 2004; 2023).

A APS constitui a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e exerce papel central na coordenação do cuidado e na ordenação da rede. Compete às equipes de saúde bucal desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação compatíveis com sua capacidade assistencial, além de identificar as necessidades de atendimento especializado e realizar os encaminhamentos pertinentes.

O preparo prévio do usuário, incluindo a adequação do meio bucal, deverá observar a condição clínica, o procedimento indicado e os requisitos específicos de cada especialidade. Essas medidas não deverão constituir barreira ou retardar o acesso em situações de urgência, suspeita de malignidade ou outras condições que demandem avaliação especializada prioritária.

A Atenção Especializada Ambulatorial atua de maneira complementar à APS, oferecendo procedimentos que demandam conhecimentos específicos e recursos assistenciais adicionais. No município de Araucária, essa atenção é ofertada pelo Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e pelos demais serviços contratualizados ou pactuados, conforme a organização da rede. O atendimento odontológico de urgência realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) integra os fluxos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, articulando-se com a APS e com os demais serviços de referência.

A Atenção Hospitalar atende às necessidades que exigem estrutura e suporte próprios desse ambiente, enquanto a Atenção Terciária compreende os cuidados de alta complexidade. O acesso eletivo a esses serviços ocorre de forma regulada, conforme os critérios clínicos e os fluxos municipais e regionais pactuados. As situações de urgência e emergência seguem fluxos específicos, de acordo com a gravidade e a necessidade assistencial.

A articulação entre os pontos de atenção requer fluxos assistenciais definidos,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

critérios clínicos objetivos, mecanismos de referência e contrarreferência e comunicação efetiva entre os profissionais. O encaminhamento não representa transferência definitiva da responsabilidade pelo usuário: a equipe da APS mantém o acompanhamento longitudinal e a coordenação do cuidado, de forma compartilhada com os serviços especializados.

Este protocolo estabelece diretrizes técnico-operacionais para o encaminhamento dos usuários às especialidades odontológicas e aos serviços de referência. Apresenta critérios de indicação, condições que exigem avaliação individualizada ou preparo prévio, contraindicações específicas quando aplicáveis, critérios de prioridade, responsabilidades profissionais e mecanismos de regulação e acompanhamento. Sua aplicação deverá considerar as particularidades de cada caso, evitando a utilização de critérios administrativos ou clínicos como restrições indiscriminadas ao acesso.

Com sua utilização, busca-se qualificar os encaminhamentos, reduzir solicitações incompletas ou incompatíveis com o perfil assistencial dos serviços, favorecer o uso adequado dos recursos disponíveis e contribuir para a redução do tempo de espera e a ampliação da resolutividade da rede. A segurança do paciente, a equidade no acesso e a continuidade da assistência orientam as condutas e os fluxos previstos neste documento.

O presente protocolo caracteriza-se como instrumento clínico-operacional de apoio à assistência e à organização do acesso especializado, não esgotando os componentes de uma Linha de Cuidado em Saúde Bucal. Sua implementação deverá ser acompanhada pelas áreas responsáveis pela assistência, regulação e gestão, com apoio da Câmara Técnica de Saúde Bucal. Aspectos de governança, indicadores, monitoramento e avaliação poderão ser detalhados em documentos complementares, sem prejuízo do acompanhamento da aplicação deste protocolo e de sua revisão periódica.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 3. DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO

### 3.1 Níveis de Atenção

A atenção à saúde bucal no município de Araucária organiza-se de forma integrada entre a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada Ambulatorial e a Atenção Hospitalar, articuladas com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, visando à integralidade e à continuidade do cuidado.

#### 3.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, exercendo o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. No âmbito da saúde bucal, é responsável pelas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação compatíveis com sua capacidade assistencial, bem como pela identificação das necessidades de atendimento especializado, realização de encaminhamentos regulados e acompanhamento longitudinal dos usuários.

O encaminhamento para outro ponto de atenção não interrompe o vínculo com a equipe de saúde bucal da unidade de origem, que permanece responsável pelo acompanhamento do usuário, de forma compartilhada com os demais serviços.

#### 3.1.2 Atenção Especializada Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial em saúde bucal compreende os atendimentos que demandam conhecimentos, procedimentos e recursos complementares aos disponíveis na APS. No município de Araucária, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) realiza atendimentos nas áreas de Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia e atendimento odontológico especializado a pessoas com deficiência (PcD), conforme os critérios de encaminhamento estabelecidos neste protocolo.

O CEO também realiza radiografias periapicais e interproximais para apoio diagnóstico e participa do processo de reabilitação protética, incluindo avaliação, fornecimento e acompanhamento de próteses dentárias, conforme o fluxo municipal.

O acesso ao CEO ocorre mediante encaminhamento e regulação, de acordo com a necessidade clínica e os critérios de prioridade. Após o atendimento especializado, deverá ser realizada a contrarreferência à unidade de origem, com

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

registro dos procedimentos realizados e das orientações para continuidade do cuidado.

### 3.1.3 Atenção às Urgências e Emergências

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e constitui um ponto de acesso para atendimento de condições agudas, conforme a classificação de risco e a capacidade assistencial do serviço.

Durante o horário de funcionamento das UBS/UBSF, as demandas de urgência odontológica deverão ser acolhidas e avaliadas pelas equipes de saúde bucal, com atendimento conforme a necessidade clínica e encaminhamento quando a situação exceder a capacidade de resolução da unidade.

O serviço odontológico da UPA realiza atendimento de urgência nos seguintes horários: de segunda a sexta-feira, das 18 h à 0 h; aos finais de semana e feriados, das 8 h às 20 h. Esses horários se referem especificamente ao atendimento odontológico, e não ao funcionamento geral da UPA.

As situações de emergência deverão receber atendimento imediato na rede de urgência e emergência, independentemente do horário de funcionamento do serviço odontológico, com estabilização e encaminhamento ao serviço de referência, quando necessário.

Após o atendimento de urgência, os usuários deverão ser orientados a retornar à UBS/UBSF de origem para reavaliação e continuidade do tratamento, com registro das condutas realizadas e das recomendações assistenciais.

### 3.1.4 Atenção Hospitalar e de Alta Complexidade

A Atenção Hospitalar em saúde bucal destina-se aos usuários que necessitam de estrutura hospitalar, suporte assistencial ou recursos não disponíveis nos serviços ambulatoriais. A Atenção Terciária compreende os cuidados de alta complexidade, não sendo todo atendimento odontológico hospitalar necessariamente classificado neste nível.

O acesso aos serviços de referência ocorrerá conforme os fluxos municipais e regionais pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Nos casos eletivos, o encaminhamento será regulado, observando-se os critérios clínicos e de prioridade; nas urgências e emergências, serão utilizados os fluxos específicos da rede.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Durante a espera pelo atendimento e após sua realização, a equipe de origem deverá manter o acompanhamento do usuário, em articulação com o serviço de referência, reavaliando suas necessidades, identificando eventuais agravamentos e adotando as medidas assistenciais cabíveis. Deverá também orientar sobre o preparo necessário ao atendimento e conferir a atualização dos dados cadastrais e de contato, favorecendo a continuidade do cuidado.

### 3.2 Condições para Encaminhamento a Todas as Especialidades Odontológicas

O encaminhamento à Atenção Especializada deverá ocorrer quando o usuário necessitar de avaliação, investigação diagnóstica ou tratamento que exceda a capacidade assistencial da APS, observando-se os critérios específicos de cada especialidade, a avaliação clínica individualizada e os princípios de integralidade, equidade e continuidade do cuidado.

Antes do encaminhamento, o cirurgião-dentista deverá realizar avaliação clínica e registrar, no prontuário e na solicitação, as informações necessárias à análise pela regulação e ao atendimento especializado. O encaminhamento não interrompe o acompanhamento pela equipe de saúde bucal da APS, que permanece responsável pela coordenação do cuidado, de forma compartilhada com os demais serviços.

#### 3.2.1 Avaliação e Informações Necessárias ao Encaminhamento

A solicitação deverá conter:

- Identificação do usuário, unidade de referência e dados de contato atualizados;
- Motivo do encaminhamento e especialidade solicitada;
- Descrição da queixa, tempo de evolução, achados clínicos relevantes e hipótese diagnóstica, quando estabelecida;
- Identificação dos dentes, regiões ou estruturas envolvidas, quando aplicável;
- Tratamentos realizados e resultados obtidos;
- Condições sistêmicas relevantes, medicamentos em uso, alergias e outras informações que possam interferir no atendimento;
- Exames complementares disponíveis e pertinentes ao caso;
- Classificação de prioridade, acompanhada de justificativa clínica;
- Identificação do profissional solicitante.

As medidas de adequação do meio bucal e os demais cuidados prévios deverão

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ser realizados conforme a necessidade clínica e os requisitos da especialidade. Sua conclusão não deverá retardar a investigação de suspeita de malignidade ou o atendimento de condições urgentes.

3.2.2 Classificação de Prioridade

No prontuário informatizado, os encaminhamentos deverão ser classificados conforme a condição clínica, os critérios de cada especialidade e o Protocolo Administrativo da Central de Regulação Ambulatorial (CRA), utilizando-se as seguintes categorias:

- Muito urgente: condição que demanda atendimento especializado prioritário em razão de possíveis ou prováveis complicações, com justificativa clínica expressa;
- Urgente: condição que necessita de atendimento especializado em curto período, considerando o risco de agravamento, o comprometimento funcional e o impacto sobre a saúde do usuário;
- Pouco urgente: condição sem gravidade atual que necessita de atendimento especializado eletivo;
- Não urgente: condição estável que permite acompanhamento inicial pela APS enquanto o usuário aguarda o atendimento especializado.

O agendamento observará a classificação de prioridade, a ordem cronológica e as regras de organização da fila estabelecidas pela CRA. Durante a espera, alterações do quadro clínico deverão motivar reavaliação pela equipe assistencial e, quando indicado, solicitação fundamentada de alteração da prioridade pelo fluxo vigente.

3.2.3 Situações que Exigem Atenção Prioritária e Articulação entre os Serviços

A classificação deverá considerar a gravidade, o risco de agravamento, a repercussão funcional e o tempo adequado para intervenção. Deverão ser observadas as seguintes situações:

- Suspeita de câncer bucal: encaminhamento como muito urgente para investigação especializada. Não se deverá aguardar a conclusão do tratamento odontológico de rotina para realizar o encaminhamento.
- Gestantes: assegurar atendimento odontológico oportuno e articulado ao pré-

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

natal. Quando houver indicação de atendimento especializado, a prioridade deverá considerar a condição odontológica, a idade gestacional e os riscos envolvidos, sem classificação automática como muito urgente apenas pela gestação.

- Usuários em tratamento oncológico ou em preparação para esse tratamento, candidatos a transplante e transplantados: avaliar a prioridade conforme a condição bucal e sistêmica, o risco de complicações e o cronograma terapêutico.
- Lactentes com suspeita de anquiloglossia e repercussão na amamentação: assegurar avaliação oportuna do frênulo lingual, da mamada e do ganho ponderal, com apoio à amamentação e encaminhamento conforme a necessidade identificada. A indicação de frenotomia ou frenectomia dependerá de avaliação clínica e funcional, não devendo ser presumida apenas pela alteração anatômica. A prioridade será definida conforme o comprometimento da alimentação e o risco para a criança.

### 3.2.4 Urgências e Emergências Odontológicas

As situações de emergência odontológica não deverão ser inseridas na fila de espera ambulatorial, pois exigem atendimento imediato.

Durante o funcionamento das UBS/UBSF, a equipe deverá acolher, avaliar e prestar o atendimento inicial compatível com sua capacidade assistencial, acionando o serviço de urgência e emergência quando necessário. A ausência de cirurgião-dentista ou o encerramento do horário odontológico não deverá retardar o atendimento de uma emergência.

Fora do horário de atendimento odontológico da APS, as urgências deverão seguir o fluxo municipal de pronto atendimento. Nas emergências, o acesso à rede de urgência e emergência deverá ocorrer independentemente da disponibilidade do serviço odontológico, com estabilização e encaminhamento ao serviço de referência, conforme a necessidade clínica.

Após o atendimento, o usuário deverá manter acompanhamento na UBS/UBSF de referência para continuidade do tratamento e eventual encaminhamento regulado à Atenção Especializada.

### 3.2.5 Orientações ao Usuário e Continuidade do Cuidado

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

No momento do encaminhamento, o usuário e, quando necessário, seu responsável ou cuidador deverão receber orientações claras e acessíveis sobre:

- O motivo do encaminhamento e a finalidade da avaliação especializada;
- O fluxo de regulação, agendamento e comunicação da consulta;
- A importância de manter os dados de contato atualizados;
- Os documentos e exames pertinentes que deverão ser apresentados;
- A continuidade do acompanhamento na APS durante a espera;
- Os sinais de agravamento que exigem nova avaliação;
- A importância do comparecimento às consultas e da continuidade do plano de tratamento, conforme as decisões compartilhadas com a equipe.

A primeira consulta no CEO destina-se à avaliação especializada e à definição do plano de tratamento, podendo incluir procedimentos conforme a indicação clínica e a organização do serviço.

O usuário deverá ser orientado a apresentar os exames pertinentes já realizados, quando não estiverem acessíveis ao serviço. Exames prévios serão exigidos conforme a indicação clínica e os critérios da especialidade, evitando-se solicitações indiscriminadas. Quando um exame indispensável não estiver disponível, a equipe deverá articular sua realização e registrar a pendência, sem impedir o acolhimento ou retardar a avaliação de situações prioritárias.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Compete à equipe da Atenção Especializada prestar assistência odontológica aos usuários encaminhados, de forma integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), observando os critérios deste protocolo, as necessidades individuais e as atribuições legais de cada categoria profissional. A avaliação diagnóstica, a indicação terapêutica e os demais atos privativos do cirurgião-dentista deverão ser realizados por profissional legalmente habilitado.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Araucária, habilitado como CEO Tipo II, constitui referência municipal para a atenção odontológica especializada. Essa classificação corresponde a estabelecimentos com quatro a seis cadeiras odontológicas, sendo a estrutura local composta por seis cadeiras.

O CEO oferta diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia Oral Menor, Endodontia e atendimento odontológico especializado à pessoa com deficiência, conforme o perfil assistencial e os critérios de encaminhamento. Também realiza exames radiográficos e participa da reabilitação protética, conforme os fluxos municipais.

Compete à equipe da Atenção Especializada, respeitadas as responsabilidades de cada profissional:

**I – Acolhimento e avaliação especializada**

- Acolher o usuário, confirmar sua identificação antes do atendimento e identificar necessidades de acessibilidade, comunicação e apoio;
- Realizar avaliação clínica especializada, considerando as informações do encaminhamento, a anamnese, os registros odontológicos pertinentes e os exames disponíveis;
- Verificar a pertinência do encaminhamento e as medidas prévias realizadas na APS, articulando a complementação das informações ou dos cuidados necessários;
- Estabelecer o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas, definir o plano terapêutico e solicitar exames complementares quando indicados;
- Identificar condições que exijam atendimento imediato ou avaliação em outro ponto da rede, adotando as providências compatíveis com a gravidade.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

**II – Planejamento, consentimento e execução do tratamento**

- Informar ao usuário e, quando aplicável, ao responsável legal, de maneira clara e acessível, os objetivos do tratamento, as alternativas, as etapas previstas, os benefícios, os riscos e os cuidados necessários;
- Obter o consentimento livre e esclarecido antes do tratamento, registrando-o no prontuário e formalizando-o por escrito conforme o procedimento e as normas aplicáveis, observadas as exceções éticas para situações de urgência ou emergência;
- Respeitar a autonomia do usuário e sua participação nas decisões, assegurando recursos de comunicação e apoio quando necessários;
- Executar os procedimentos especializados conforme a indicação clínica, as boas práticas assistenciais, as medidas de biossegurança e as normas de segurança do paciente;
- Realizar o acompanhamento pós-procedimento e o manejo das intercorrências relacionadas ao tratamento executado, providenciando encaminhamento quando a necessidade ultrapassar a capacidade do serviço.

**III – Registros e comunicação entre os serviços**

- Registrar no prontuário eletrônico, de forma completa, objetiva, cronológica e identificada, a avaliação, o plano terapêutico, o consentimento ou a recusa, os procedimentos, os materiais relevantes à rastreabilidade, as intercorrências e as orientações;
- Utilizar os campos institucionais destinados à comunicação e à contrarreferência, sem substituir o registro clínico completo;
- Assegurar que as informações necessárias à continuidade do cuidado estejam disponíveis à equipe de origem, preservando o sigilo e a proteção dos dados do usuário;
- Acompanhar os resultados dos exames solicitados e adotar as providências correspondentes, especialmente diante de suspeita ou confirmação de malignidade.

**IV – Referência, contrarreferência e continuidade do cuidado**

- Encaminhar o usuário a outro serviço quando a necessidade ultrapassar a capacidade assistencial do CEO, com justificativa clínica, informações pertinentes e articulação com a regulação;

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

- Emitir contrarreferência à UBS/UBSF ao término do tratamento, em caso de interrupção ou quando forem necessários cuidados compartilhados com a APS;
- Informar na contrarreferência o diagnóstico, os procedimentos realizados, a condição atual, as pendências, os cuidados recomendados e as responsabilidades pelo seguimento;
- Nos tratamentos endodônticos, assegurar selamento coronário adequado entre as sessões e após a obturação dos canais, conforme a condição clínica;
- Esclarecer ao usuário que a conclusão da etapa endodôntica não dispensa a restauração definitiva e o acompanhamento do dente tratado;

**V – Apoio técnico e monitoramento**

- Contribuir para a qualificação dos encaminhamentos, a discussão de casos e a educação permanente das equipes de saúde bucal da APS;
- Colaborar com o monitoramento da produção, da conclusão dos tratamentos, dos resultados assistenciais, do absenteísmo e das metas aplicáveis ao CEO Tipo II;
- Comunicar à gestão dificuldades de acesso, falhas nos fluxos e necessidades de melhoria identificadas durante a assistência.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 5. ESPECIALIDADES

### 5.1 Endodontia

O encaminhamento para avaliação especializada em Endodontia deverá ser realizado por cirurgião-dentista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), por meio do prontuário eletrônico, observando as condições gerais de encaminhamento e os critérios específicos desta especialidade.

A solicitação deverá ser registrada com os seguintes dados:

- **Especialidade:** 96 – Cirurgião Dentista – Endodontista.
- **Subespecialidade:** Endodontia Avaliação.

O encaminhamento destina-se à avaliação especializada e à definição da conduta, não constituindo indicação automática de tratamento endodôntico. A solicitação deverá identificar o elemento dentário, apresentar a justificativa clínica e informar os procedimentos já realizados, acompanhada dos exames pertinentes disponíveis.

Quadro 1: Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade para avaliação em Endodontia

| SITUAÇÃO CLÍNICA | ENDODONTIA |
|---|---|
| **QUANDO INDICAR** | • Dentes permanentes com comprometimento pulpar irreversível;<br>• Dentes permanentes que sofreram traumatismo alvéolo dentário;<br>• Avaliação de necessidade de retratamento endodôntico, em casos tratados pelo CEO. |
| **QUANDO NÃO INDICAR** | • Dentes com coroas destruídas abaixo do nível ósseo por cárie dentária e que o usuário não tenha interesse de realizar reabilitação protética;<br>• Retratamento endodôntico, exceto casos que tenham sido realizados pelo CEO;<br>• Terceiro molar;<br>• Dentes com grande perda de estrutura de sustentação e mobilidade severa (vertical e/ou horizontal); |
| **REQUISITOS DE** | • O dente deve estar previamente preparado, com |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| **ENCAMINHAMENTO** | remoção total da cárie, acesso coronário, medicação intracanal adequada e selamento provisório;<br>● Não inserir em fila casos confirmados de dentes permanentes com envolvimento de furca, fratura radicular, perfurações;<br>● Curativo endodôntico com um tempo mínimo de 2 dias e máximo de 2 meses;<br>● Não deixar o dente aberto para drenagem;<br>● Quadros de dor, drenagem de abscessos ou processo fistuloso ativo devem ser controlados previamente com trocas de curativos endodônticos e uso de medicação;<br>● Não é necessário encaminhar para a realização de aumento de coroa clínica previamente à endodontia, pois o fluxo ocorrerá pela agenda interna.<br>● O usuário deverá ser encaminhado à Endodontia quando o tratamento estiver concluído com as adequações prévias necessárias, sem necessidade de RX prévio.<br>● Dentes que necessitem de prótese, verificar o real interesse do usuário na manutenção do dente para dar sequência ao tratamento.<br>● Sobre decisão de prótese ou exodontia: Conversar com o usuário sobre as condições de continuidade do tratamento quando necessário, como a instalação de próteses fixas. Levar em consideração a decisão deste ou de seu responsável caso não esteja disposto a realizar o tratamento proposto, indicando alternativas para eliminar ou minimizar os agravos que possam resultar da falta do atendimento especializado e sempre registrar a decisão no prontuário eletrônico.<br>● Após a realização da Endodontia no CEO, o usuário será encaminhado para a Unidade de Saúde para a realização da restauração definitiva.<br>● Caso haja mais dentes com necessidade de endodontia no mesmo encaminhamento, **só será dada sequência nos demais após a restauração do primeiro dente realizado**, conforme referência e contra referência impressa da endodontia e retorno do cirurgião dentista da Atenção Primária à Saúde (APS) ao finalizar a restauração. |
| **PRIORIZAÇÃO URGENTE** | ● Dentes anteriores;<br>● Ápice radicular incompletamente formado;<br>● Endodontia de dente permanente de crianças e adolescentes. |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| **PRIORIZAÇÃO MUITO URGENTE** | • Endodontia de dente permanente de gestantes, usuários em tratamento de câncer, situações de usuários que utilizam bifosfonatos e necessitam de sepultamento radicular, usuários imunossuprimidos. |

Fonte: Os autores, 2026.

### 5.2 Periodontia

O encaminhamento para avaliação especializada em Periodontia deverá ser realizado por cirurgião-dentista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), por meio do prontuário eletrônico, observando as condições gerais de encaminhamento e os critérios específicos desta especialidade.

Para avaliação periodontal, a solicitação deverá ser registrada com os seguintes dados:

- **Especialidade:** 95 – Cirurgião Dentista – Periodontista.
- **Subespecialidade:** Periodontia avaliação.

Conforme a organização municipal, o serviço de Periodontia também realiza avaliação e tratamento cirúrgico do frênulo labial, quando indicado. Para essa finalidade, o encaminhamento deverá ser registrado como:

- **Especialidade:** 95 – Cirurgião Dentista – Periodontista.
- **Subespecialidade:** Frenectomia labial.

A solicitação deverá apresentar a justificativa clínica, identificar a região envolvida e informar os achados relevantes e as condutas previamente realizadas. O encaminhamento para avaliação do frênulo labial não constitui indicação automática de cirurgia, cabendo ao especialista avaliar sua necessidade e o momento adequado para a intervenção.

Quadro 2: Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade para avaliação em Periodontia

| SITUAÇÃO CLÍNICA | PERIODONTIA |
|---|---|
| **QUANDO INDICAR** | • Bolsas periodontais com profundidade a sondagem igual ou maior a 4 (quatro) mm;<br>• Restabelecimento do espaço biológico (Aumento de coroa |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| | clínica);<br>● **Nos casos de necessidade de aumento de coroa pré – endodontia, encaminhar diretamente para a especialidade endodontia** que o endodontista avaliará a necessidade e o fluxo ocorrerá através da agenda interna.<br>● **Frenectomia Labial somente deverá ser encaminhada após a erupção completa dos incisivos e caninos;**<br>● Cunha distal sem a presença de dente adjacente; Regularização de rebordo. |
| **QUANDO NÃO INDICAR** | ● Usuários sem adequação de meio bucal;<br>● Presença de cálculo supragengival, para tratamento periodontal básico;<br>● Dentes com acentuada mobilidade vertical |
| **REQUISITOS DE ENCAMINHAMENTO** | ● Adequação do meio bucal com selamento permanente ou provisório de TODAS as cavidades abertas, e sem raízes residuais ou dentes com exodontia indicada;<br>● O usuário deverá ter sido avaliado e orientado sobre técnicas de escovação e uso de fio dental e estar comprometido com o tratamento periodontal;<br>● O usuário deverá ter sido submetido à RAP supragengival e remoção de fatores de retenção de placa;<br>● Dentes condenados, principalmente com mobilidade vertical ou que o usuário não deseja ou não possa manter, deverão ser extraídos antes do encaminhamento;<br>● Casos agudos devem ser encaminhados com o devido atendimento prévio, ou seja, drenagem de abscesso periodontal ou GUNA. |
| **PRIORIZAÇÃO URGENTE** | ● Gestantes. |

Fonte: Os autores, 2026

### 5.3 Cirurgia Oral Menor

O encaminhamento para avaliação especializada em Cirurgia Oral Menor deverá ser realizado por cirurgião-dentista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), por meio do prontuário eletrônico, observando as condições gerais de encaminhamento e os critérios específicos desta especialidade.

A solicitação deverá ser registrada com os seguintes dados:

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

- **Especialidade:** 102 – Cirurgião Dentista.
- **Subespecialidade:** Cirurgia Dente Incluso Avaliação.

Conforme a organização municipal, o serviço de Cirurgia Oral Menor também realiza avaliação e tratamento cirúrgico do frênulo lingual, quando indicado. Para essa finalidade, o encaminhamento deverá ser registrado como:

- **Especialidade:** 102 – Cirurgião Dentista.
- **Subespecialidade:** Frenectomia Lingual.

A solicitação deverá apresentar o motivo do encaminhamento, identificar o dente ou a região envolvida e descrever os achados clínicos, as condições sistêmicas relevantes e as condutas previamente realizadas, acompanhada dos exames pertinentes disponíveis.

Nos encaminhamentos relacionados ao frênulo lingual, deverão ser descritas as limitações funcionais observadas e as avaliações já realizadas, conforme a idade e a queixa do usuário.

O encaminhamento destina-se à avaliação especializada, não constituindo indicação automática de cirurgia. A necessidade, a técnica e o momento da intervenção serão definidos pelo profissional responsável, considerando o diagnóstico, os riscos, os benefícios e as alternativas terapêuticas.

Quadro 3: Situações de encaminhamento Cirurgia Oral Menor

| SITUAÇÃO CLÍNICA | CIRURGIA ORAL MENOR |
|---|---|
| QUANDO INDICAR | • Dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados: com patologias ósseas (cistos e tumores); com pericoronarite recorrente; com reabsorção interna/externa; posição ectópica;<br>• Frenectomia lingual em bebês até 1 ano;<br>• Com exceção dos dentes inclusos e impactados, os critérios de seleção para a exodontia dos demais elementos dentários são:<br>1- Pré-molares e molares superiores: comunicação ou suspeita de comunicação com seio maxilar, dilaceração apical e anquilose dentária (comprovados radiograficamente);<br>2- Molares inferiores: dilaceração apical, anquilose dentária, proximidade apical do canal mandibular menor que 4 mm (comprovados radiograficamente). |
| QUANDO NÃO INDICAR | • Dente erupcionado, funcional, livre e/ou com cáries tratáveis;<br>• Usuário em tratamento com bifosfonatos ou após radioterapia |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| | de cabeça e pescoço;<br>● Condições sistêmicas desfavoráveis;<br>● Restos radiculares e elementos com extração indicada fora do protocolo.<br>● Remoção profilática do terceiro molar, dentes assintomáticos;<br>● Usuários com idade avançada (avaliar risco x benefício). |
| PRIORIZAÇÃO URGENTE | ● Terceiros molares cariados;<br>● Terceiros molares com curativo endodôntico;<br>● Pericoronarite recorrente (três ou mais recorrências); |
| PRIORIZAÇÃO MUITO URGENTE | ● Casos de necessidades de frenectomia lingual em bebês deverão ser encaminhados como MUITO URGENTE. |

Fonte: Os autores, 2026

### 5.4 Estomatologia

O encaminhamento para avaliação especializada em Estomatologia deverá ser realizado por cirurgião-dentista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), por meio do prontuário eletrônico, observando as condições gerais de encaminhamento e os critérios específicos desta especialidade.

A solicitação deverá ser registrada com os seguintes dados:

- **Especialidade:** 153 – Cirurgião Dentista – Estomatologia.
- **Subespecialidade:** Estomatologia.

O encaminhamento deverá apresentar o motivo da solicitação, a localização e a descrição dos achados clínicos, o tempo de evolução, os sintomas associados, a hipótese diagnóstica, quando estabelecida, e as condutas previamente realizadas. Deverão ser informadas as condições sistêmicas relevantes e disponibilizados os resultados de exames pertinentes já realizados.

A classificação de prioridade deverá ser fundamentada nos achados clínicos e registrada conforme os critérios deste protocolo. Nos casos de suspeita de malignidade, deverá ser adotado o fluxo prioritário descrito no item 3.2, com comunicação direta à regulação, sem aguardar a conclusão de tratamentos odontológicos de rotina.

A equipe de origem deverá acompanhar o usuário durante a investigação e assegurar a continuidade do cuidado, em articulação com o serviço especializado.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 4: Situações de encaminhamento Estomatologia

| SITUAÇÃO CLÍNICA | ESTOMATOLOGIA |
|---|---|
| **QUANDO INDICAR** | ● Atentar para todas as alterações bucais, identificando variações da normalidade e/ou processos patológicos;<br>● Lesões bucais que não cicatrizam há mais de 15 dias;<br>● Lesões bucais persistentes e de diagnóstico duvidoso;<br>● Lesões bucais em pessoas com fatores de risco para câncer bucal. |
| **QUANDO NÃO INDICAR** | ● Lesões bucais de manejo clínico na UBS/UBSF, como candidíase, afta, estomatite herpética, tórus sem comprometimento funcional. |
| **PRIORIZAÇÃO MUITO URGENTE** | ● Caso o profissional identifique suspeita de câncer bucal, registrar como MUITO URGENTE no encaminhamento. |

Fonte: Os autores, 2026.

Usuários com suspeita ou confirmação de câncer bucal são encaminhados pelo cirurgião-dentista estomatologista para a especialidade de Cirurgião Bucomaxilofacial do hospital pactuado com a SESA. Os resultados das biópsias serão anexados ao prontuário do usuário.

### 5.5 Atendimento Odontológico Especializado à Pessoa com Deficiência

Conforme a Lei Federal nº 13.146/2015 — Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a deficiência compreende impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com barreiras, podem limitar a participação social em igualdade de condições. A pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, nos termos da Lei Federal nº 12.764/2012.

A existência de deficiência, isoladamente, não determina a necessidade de atendimento odontológico especializado. A indicação deverá considerar as necessidades de saúde bucal, as condições sistêmicas, os apoios necessários, as barreiras existentes e os recursos disponíveis para realizar o atendimento com segurança e qualidade.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.5.1 Organização do cuidado e critérios de encaminhamento

A APS constitui a principal referência para o cuidado odontológico das pessoas com deficiência, devendo assegurar acolhimento, acessibilidade, prevenção, tratamento e acompanhamento longitudinal.

Quando a necessidade assistencial ultrapassar os recursos e a capacidade de atendimento da APS, o usuário deverá ser encaminhado ao Serviço de Saúde Especial (SSE), vinculado ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), conforme o fluxo municipal.

A avaliação não deverá se limitar à capacidade de colaboração do usuário. Deverão ser consideradas necessidades de comunicação acessível, adaptação sensorial, posicionamento, transferência, equipamentos, apoio profissional e manejo clínico.

Sempre que viável e seguro, a equipe da APS deverá desenvolver estratégias de acolhimento, vínculo, familiarização com o ambiente e adaptação do atendimento, respeitando as preferências, o tempo e os limites do usuário. As estratégias adotadas e os resultados deverão ser registrados.

5.5.2 Público-alvo

Pessoas com deficiência que apresentem necessidades odontológicas cujo atendimento seguro demande recursos ou suporte especializado não disponíveis na APS, incluindo:

- Pessoas com deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências, que necessitem de estratégias e apoios especializados;
- Pessoas com deficiência física, visual, auditiva ou múltipla que necessitem de adaptações, equipamentos ou recursos assistenciais adicionais, independentemente da presença de alterações comportamentais;
- Pessoas com TEA que demandem recursos especializados de comunicação, adaptação sensorial ou manejo do atendimento;
- Pessoas com paralisia cerebral ou outras condições neurológicas que apresentem limitações funcionais relevantes para a realização do tratamento;
- Pessoas com doenças neurodegenerativas ou síndromes associadas à deficiência que necessitem de cuidado odontológico especializado.

A relação não é exaustiva. A indicação deverá estar fundamentada nas

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

necessidades individuais e no perfil assistencial pactuado para o serviço, e não apenas no diagnóstico.

5.5.3 Informações Necessárias ao Encaminhamento

O encaminhamento deverá conter relatório clínico identificado e assinado pelo cirurgião-dentista responsável, com:

- Justificativa para a avaliação especializada;
- Queixa, achados clínicos, diagnóstico ou hipótese diagnóstica e necessidades de tratamento;
- Procedimentos realizados ou tentados, quando aplicável;
- Barreiras e necessidades de apoio identificadas;
- Estratégias de comunicação, adaptação e manejo utilizadas e seus resultados;
- Condições de saúde relevantes, medicamentos em uso e alergias;
- Exames pertinentes disponíveis;
- Necessidades de acessibilidade, posicionamento ou transferência;
- Participação de acompanhante ou cuidador e identificação de responsável legal, quando aplicável;
- Classificação de prioridade e respectiva justificativa clínica.

Quando o exame odontológico completo não puder ser realizado, deverão ser registrados os achados disponíveis e as limitações da avaliação, sem impedir o encaminhamento fundamentado.

Na anamnese, registrar os diagnósticos conhecidos, as repercussões funcionais e as informações necessárias ao cuidado. A ausência de laudo formal de deficiência não deverá, por si só, impedir o acolhimento e a avaliação da necessidade assistencial.

Os registros deverão utilizar linguagem respeitosa e precisa, priorizando “pessoa com deficiência” e evitando expressões como “portador de deficiência” ou descrições que reduzam a pessoa ao diagnóstico. Nomenclaturas administrativas existentes no sistema deverão ser diferenciadas da linguagem utilizada nos registros clínicos.

5.5.4 Registro e Prioridade

O encaminhamento deverá ser realizado por cirurgião-dentista da UBS/UBSF, por meio do prontuário eletrônico utilizado pelo município:

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

- **Especialidade:** 114 — Cirurgião-dentista — Odontologia para PA.
- **Subespecialidade:** Odontologia SSE.

A prioridade clínica deverá observar os critérios gerais deste protocolo, considerando dor, infecção, risco de agravamento, comprometimento funcional e condições sistêmicas. A prioridade legal de atendimento à pessoa com deficiência deverá ser respeitada, sem ser confundida com classificação automática como urgência ou emergência.

5.5.5 Situações que Não Determinam Encaminhamento ao SSE

Gestação, faixa etária pediátrica, prematuridade, cardiopatia, TDAH, TOD e transtornos de fala, linguagem ou conduta, isoladamente, não definem a necessidade de atendimento no SSE. Da mesma forma, não constituem motivos automáticos de exclusão.

Quando o atendimento puder ser realizado com segurança na APS, o usuário deverá permanecer sob seus cuidados, com apoio multiprofissional quando necessário.

A ausência de enquadramento no perfil do SSE deverá resultar em orientação e encaminhamento responsável, sem descontinuidade da assistência.

Nos usuários com cardiopatia, a articulação com a equipe médica ocorrerá conforme a condição clínica e o procedimento planejado. O encaminhamento à Cardiologia não substitui a definição do cuidado odontológico necessário.

5.5.6 Atendimento Hospitalar

Quando a avaliação do CEO/SSE identificar necessidade de estrutura hospitalar, o usuário deverá ser encaminhado pelo fluxo municipal de regulação, por meio da CRA, ao serviço de referência pactuado com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA).

O encaminhamento deverá apresentar justificativa clínica, necessidades odontológicas, condições sistêmicas e recursos assistenciais necessários. A deficiência, isoladamente, não determina indicação de sedação ou anestesia geral.

Urgências e emergências deverão seguir os fluxos específicos da rede, sem aguardar o agendamento eletivo.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

### 5.6 Prótese Dentária

O serviço de Prótese Dentária tem por finalidade promover a reabilitação oral dos usuários com perdas dentárias, por meio da confecção de Prótese Total (PT) e Prótese Parcial Removível (PPR), contribuindo para a recuperação das funções mastigatória e fonética, da estética e da qualidade de vida.

No Município de Araucária, o serviço é disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, com apoio do Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná (COMESP), e poderá ser realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou em clínica credenciada, conforme o fluxo assistencial vigente.

Poderão ser encaminhados os usuários residentes no Município, vinculados a uma UBS/UBSF e que:

- Apresentem indicação clínica para PT ou PPR;
- Estejam com o tratamento odontológico básico concluído;
- Apresentem condições adequadas de saúde bucal para receber a prótese;
- Não possuam focos infecciosos, lesões bucais sem diagnóstico ou outras condições que impeçam o tratamento;
- Tenham recebido orientações sobre as etapas, os cuidados e a necessidade de comparecimento às consultas.

O encaminhamento deverá ser realizado exclusivamente pelo cirurgião-dentista da UBS/UBSF, por meio do sistema de informação:

- **Especialidade:** 102 — Cirurgião-dentista;
- **Subespecialidade:** Prótese Dentária — Avaliação.

Na solicitação, deverão constar o tipo de prótese indicada — total ou parcial removível — e a arcada a ser reabilitada: superior, inferior ou ambas.

A primeira consulta no CEO será destinada à avaliação das condições clínicas e à confirmação dos critérios para o tratamento protético. Caso sejam identificadas pendências, o usuário será contrarreferenciado à UBS/UBSF de origem, com as orientações necessárias.

Após a aprovação, o usuário será encaminhado para as etapas de confecção da prótese, que poderão incluir moldagens, provas, instalação e ajustes, conforme o tipo de prótese e as orientações do **POP nº 212**.

O usuário deverá comparecer às consultas agendadas e seguir as orientações

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

de uso, higiene, conservação e adaptação. A entrega da prótese será registrada no prontuário eletrônico e formalizada mediante assinatura do respectivo termo de recebimento.

Após a instalação e a realização dos ajustes necessários, o acompanhamento periódico deverá continuar na UBS/UBSF de referência.

Quadro 5: Situações de encaminhamento para Prótese Dentária

| SITUAÇÃO CLÍNICA | PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL |
|---|---|
| **QUANDO INDICAR** | • O usuário deve ter a ausência de, no mínimo, dois elementos dentários na arcada dentária;<br>• No caso do usuário apresentar extremidade livre, uni ou bilateral, há a necessidade de pilares hígidos e em condições favoráveis para a retenção e estabilidade da prótese.<br>• Usuários edêntulos com boa condição de saúde de tecidos moles e rebordo alveolar regularizado, com suporte ósseo adequado para receber a Prótese total. |
| **QUANDO NÃO INDICAR** | • Presença de lesões em cavidade bucal sem diagnóstico concluído;<br>• Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordos irregulares, as irregularidades devem ser corrigidas antes do encaminhamento;<br>• Casos de má-oclusão sagital severa (Classes II e III) que comprometam o espaço interoclusal ou a inserção da prótese;<br>• Dentes pilares com doença periodontal;<br>• Casos de Prótese Parcial Removível em que os grampos da estrutura ficarão apoiados em dente tratado endodonticamente sem o devido reforço intrarradicular e restauração |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| | definitiva;<br>• Usuários sem tratamento concluído;<br>• Presença de severas migrações e extrusões dentárias que comprometam e/ou impeçam o correto posicionamento do elemento antagonista e dos dentes adjacentes ao espaço edêntulo;<br>• Usuários que realizaram procedimentos cirúrgicos orais há menos de 45 dias;<br>• Usuários com perda total da Dimensão Vertical de Oclusão;<br>• Comprometimento neurológico, psiquiátrico, motor ou intelectual severo que impossibilite o atendimento, assim como as etapas de tratamento e cuidados com a prótese;<br>• Usuários com próteses em bom estado, confeccionadas há menos de 05 anos ou com queixa estética apenas;<br>• Necessidade de próteses sobre implante;<br>• Usuários com limitações severas de abertura bucal (ex: trismo), que dificultem a moldagem e inserção da prótese;<br>• Usuários em tratamento oncológico, pois a radioterapia e a quimioterapia podem afetar a saúde bucal, tornando a intervenção protética inviável;<br>• Usuários que não aderem às orientações de higiene bucal e protética;<br>• Usuários com resistência ao início do uso da prótese;<br>• Usuários portadores de Diabetes Mellitus descompensado devido ao comprometimento cicatricial;<br>• Usuários com osteoporose em uso prolongado de bifosfonatos. |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | |
|---|---|
| **REQUISITOS E ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO** | • O usuário deve ter sido orientado quanto à necessidade de uma correta higiene bucal e protética;<br>• O usuário edêntulo deve apresentar tecidos moles saudáveis e rebordo alveolar regularizado, com suporte ósseo adequado para receber uma prótese total;<br>• Os dentes de apoio à PPR não podem apresentar restaurações provisórias, com exceção de restaurações<br>• Classe I em CIV;<br>• Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordos irregulares, as irregularidades devem ser corrigidas antes do encaminhamento;<br>• Os usuários submetidos a procedimentos cirúrgicos prévios, deve-se respeitar um prazo mínimo de 45 dias após a cirurgia para encaminhamento. |

Fonte: Os autores, 2026.

Na consulta de avaliação realizada no CEO, o cirurgião-dentista responsável deverá preencher o checklist, separadamente para cada arcada avaliada. O usuário também deverá assinar o Termo de Autorização e Compromisso para Tratamento de Prótese Dentária, por meio do qual será informado sobre as etapas do tratamento, a necessidade de comparecimento às consultas e as consequências das faltas não justificadas.

Considerando que o serviço é contratado por intermédio do Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná (COMESP), nas consultas subsequentes à moldagem inicial a prótese poderá já estar em processo de confecção, com geração de custos para a Secretaria Municipal de Saúde de Araucária. Assim, a falta não justificada durante essa etapa implicará a interrupção do tratamento e a perda da elegibilidade do usuário para a continuidade do atendimento naquele ciclo de confecção.

O prazo estimado para entrega da prótese é de aproximadamente 30 dias, podendo variar conforme as etapas clínicas e laboratoriais necessárias. Após a instalação, o usuário terá o prazo de até 90 dias para a realização dos ajustes necessários, que deverão ser executados exclusivamente pelo prestador responsável

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

pela confecção da prótese, conforme as condições do serviço contratado.

Após a entrega, será realizada avaliação no Centro de Especialidades Odontológicas para verificar a qualidade, a adaptação, a retenção, a estabilidade e a funcionalidade da prótese. O cirurgião-dentista responsável deverá registrar no prontuário eletrônico a entrega da prótese, as condições observadas, as orientações fornecidas e os códigos correspondentes aos procedimentos realizados.

No momento da instalação, o usuário receberá a Cartilha de Orientações ao Usuário de Prótese, contendo informações sobre o período de adaptação, a higiene bucal e protética, a conservação da prótese e a necessidade de comparecimento às consultas de ajuste.

### 5.7 Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial compreende a avaliação e o tratamento de doenças, traumatismos e alterações do complexo maxilofacial que demandem recursos especializados. No âmbito deste protocolo, destina-se aos casos que ultrapassem a capacidade assistencial das UBS/UBSF e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), conforme o perfil dos serviços de referência pactuados.

O atendimento poderá ocorrer em ambiente ambulatorial ou hospitalar, de acordo com a complexidade do procedimento, as condições clínicas do usuário e a necessidade de suporte assistencial. A necessidade de sedação ou anestesia geral deverá ser avaliada individualmente e não constitui, isoladamente, indicação de encaminhamento para esta especialidade.

#### 5.7.1 Indicações para Avaliação Especializada

Poderão ser encaminhados, conforme os fluxos eletivos ou de urgência:

- Usuários com traumatismos, fraturas ou sequelas do complexo maxilofacial;
- Alterações congênitas ou adquiridas da maxila e da mandíbula que necessitem de avaliação cirúrgica especializada;
- Cistos, tumores e outras lesões cuja extensão ou localização exija recursos não disponíveis no CEO;
- Infecções odontogênicas que necessitem de abordagem cirúrgica ou suporte além da capacidade ambulatorial local;
- Doenças das glândulas salivares compatíveis com o campo de atuação da

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

especialidade e o perfil do serviço de referência;

- Casos cirúrgicos com risco hemorrágico aumentado ou condições sistêmicas que demandem suporte especializado;
- Outras condições cuja complexidade justifique o encaminhamento, mediante descrição clínica fundamentada.

Traumatismos recentes, suspeitas de fratura e infecções agudas deverão ser avaliados quanto à necessidade de atendimento de urgência, não sendo direcionados automaticamente à fila eletiva. Sequelas e acompanhamentos programados poderão seguir o fluxo ambulatorial, conforme avaliação clínica.

Lesões suspeitas de malignidade deverão seguir o fluxo prioritário de investigação e assistência, em articulação com a Estomatologia e os serviços de referência, sem aguardar a fila eletiva habitual.

5.7.2 Avaliação do Risco Clínico e Hemorrágico

O uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, isoladamente, não determina encaminhamento hospitalar. A decisão deverá considerar o medicamento utilizado, o risco hemorrágico e tromboembólico, a complexidade do procedimento, as condições sistêmicas e os recursos disponíveis para controle local do sangramento.

Não deverá ser recomendada suspensão rotineira desses medicamentos. Quando houver necessidade de discutir alteração do esquema terapêutico, a conduta deverá ser pactuada com o médico responsável e registrada no prontuário. O usuário deverá ser orientado a não interromper a medicação por iniciativa própria.

5.7.3 Encaminhamento Eletivo

A solicitação deverá conter:

- Motivo do encaminhamento e hipótese diagnóstica;
- Descrição dos achados clínicos, localização e tempo de evolução;
- Tratamentos realizados e respectivos resultados;
- Condições sistêmicas relevantes, medicamentos em uso e alergias;
- Exames complementares pertinentes disponíveis;
- Classificação de prioridade e justificativa clínica;
- Identificação do profissional solicitante e da unidade de origem.

O encaminhamento poderá ser realizado pelo cirurgião-dentista da UBS/UBSF,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

por meio do sistema de informação utilizado pelo município:

- **Especialidade:** 85 — Cirurgião-dentista Bucomaxilofacial.
- **Subespecialidade:** Cirurgião-dentista Bucomaxilofacial.

Os casos identificados no CEO deverão seguir o fluxo de referência pactuado com a CRA, com aproveitamento das informações e dos exames já realizados.

O acesso eletivo ocorrerá mediante regulação para o serviço de referência pactuado com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), conforme a indicação clínica e os fluxos vigentes.

5.7.4 Urgências e Emergências

Situações com comprometimento ou risco de obstrução das vias aéreas, hemorragia não controlada, infecção disseminada, trauma facial grave ou outros sinais de risco imediato não deverão aguardar regulação ambulatorial.

Nesses casos, a equipe deverá prestar o atendimento inicial compatível com sua capacidade, acionar a rede de urgência e emergência e providenciar encaminhamento e transporte adequados à condição clínica, conforme o fluxo municipal.

5.7.5 Continuidade do Cuidado

A equipe de origem deverá manter o acompanhamento do usuário durante a espera, reavaliando eventuais alterações clínicas e solicitando revisão da prioridade quando necessário.

Após o atendimento especializado, a continuidade do cuidado será compartilhada entre o serviço de referência, o CEO e a UBS/UBSF, conforme as necessidades identificadas e as orientações de contrarreferência. O serviço executor permanecerá responsável pelo seguimento cirúrgico e pelas intercorrências sob sua competência.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 5.8 Radiologia Odontológica

Os exames radiográficos odontológicos constituem recursos complementares ao exame clínico e deverão ser solicitados pelo cirurgião-dentista mediante indicação individualizada, quando as informações obtidas forem necessárias ao diagnóstico, ao planejamento terapêutico ou ao acompanhamento da resposta ao tratamento.

A prescrição deverá observar os princípios de justificação e otimização da exposição à radiação ionizante, considerando o benefício diagnóstico esperado, as características do usuário e a utilização da técnica e da abrangência anatômica compatíveis com a finalidade do exame.

Previamente à solicitação, deverão ser analisados os exames disponíveis quanto à qualidade diagnóstica, à cobertura anatômica e à representatividade da condição clínica atual. A repetição deverá ser justificada por necessidade assistencial, não sendo indicada exclusivamente pelo tempo decorrido desde o exame anterior.

### 5.8.1 Solicitação de Exames Intraorais

A solicitação de radiografias periapicais e interproximais deverá ser registrada no prontuário eletrônico, na aba **“Exames”**, mediante seleção do procedimento **“Radiografia Periapical ou Interproximal”**.

O registro deverá conter:

- Modalidade radiográfica solicitada;
- Identificação dos elementos dentários ou das regiões anatômicas;
- Achados clínicos relevantes e hipótese diagnóstica, quando estabelecida;
- Finalidade diagnóstica ou de acompanhamento;
- Quantidade de tomadas radiográficas, conforme a necessidade clínica e a unidade de registro adotada no sistema.

A radiografia periapical será indicada para avaliação das estruturas dentárias e dos tecidos perirradiculares. A radiografia interproximal será indicada para avaliação das superfícies proximais, das restaurações e da crista óssea alveolar, conforme a necessidade diagnóstica.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 6: Situações de encaminhamento Radiografia Interproximal.

| SITUAÇÃO CLÍNICA | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL<br>Código: 0204010217 |
|---|---|
| QUANDO INDICAR | • Avaliação do espaço biológico (crista óssea marginal);<br>• Pesquisa de cárie proximal e oculta em posteriores;<br>• Verificação da adaptação marginal de restaurações. |
| QUANDO NÃO INDICAR | • Para avaliação de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;<br>• Apenas para avaliação periódica sem queixas que justifiquem a solicitação. |

Fonte: Os autores, 2026.

5.8.2 Levantamento Periapical

O levantamento periapical deverá ser fundamentado na necessidade de avaliação abrangente das estruturas dentoalveolares, considerando os achados clínicos, a extensão das alterações e as imagens previamente disponíveis.

Não deverá ser solicitado como exame de rastreamento indiscriminado ou como requisito administrativo de acesso à Atenção Especializada. Sua extensão deverá limitar-se às regiões necessárias à investigação, observando o fluxo municipal de solicitação e autorização.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 7: Situações de encaminhamento Radiografia Periapical

| SITUAÇÃO CLÍNICA | RADIOGRAFIA PERIAPICAL<br>**Código:** 0204010225 |
|---|---|
| **QUANDO INDICAR** | • Dentes extensamente extruídos;<br>• Patologias ósseas localizadas;<br>• Pesquisa de cárie ou de dentes não irrompidos/ausentes após tempo normal de erupção;<br>• Relação entre decíduos e permanentes;<br>• Suspeita de lesões periapicais, mineralizações, calcificações, nódulos pulpares e reabsorções radiculares;<br>• Verificação de inserção periodontal. |
| **QUANDO NÃO INDICAR** | • Para avaliação de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;<br>• Apenas para avaliação periódica sem queixas que justifiquem a solicitação |

Fonte: Os autores, 2026.

5.8.3 Avaliação Radiográfica em Cirurgia Oral Menor

No fluxo municipal, a apresentação de radiografia prévia não constitui requisito obrigatório para a primeira avaliação em Cirurgia Oral Menor. O cirurgião-dentista do CEO deverá definir a necessidade de complementação por imagem, considerando a hipótese diagnóstica, a localização da alteração, suas relações anatômicas e a complexidade do procedimento.

A seleção entre radiografia periapical, panorâmica ou outra modalidade deverá atender à questão diagnóstica específica. A radiografia panorâmica não deverá ser solicitada de forma automática, e exames adicionais somente serão indicados quando houver expectativa de contribuição para o diagnóstico ou para a conduta.

A dispensa de exame prévio para acesso à consulta especializada não afasta a necessidade de avaliação por imagem antes da intervenção, quando clinicamente

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

indicada. Também não impede a solicitação pela APS de exames necessários à condução do caso sob sua responsabilidade.

O encaminhamento deverá conter descrição clínica, identificação do elemento dentário ou da região envolvida e disponibilização dos exames já realizados.

5.8.4 Registro e Avaliação dos Resultados

Os exames deverão apresentar identificação do usuário, data de realização e identificação da região examinada, permanecendo acessíveis aos profissionais envolvidos na assistência, conforme os recursos institucionais e as normas de sigilo.

Compete ao cirurgião-dentista responsável pelo atendimento correlacionar os achados radiográficos com os dados clínicos, registrar sua interpretação e definir a conduta. Imagens tecnicamente inadequadas deverão ser avaliadas quanto à necessidade de repetição, com identificação da causa e adoção de medidas para evitar novas exposições desnecessárias.

A solicitação e a realização de exames não deverão retardar as medidas imediatas de assistência em situações de urgência ou emergência.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 6. URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Durante o horário regular de funcionamento das UBS/UBSF, os atendimentos odontológicos de urgência deverão ser realizados, preferencialmente, pelas equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde.

Nos períodos em que as UBS/UBSF estiverem fechadas, os usuários poderão procurar o serviço odontológico da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funciona como porta complementar de acesso às urgências odontológicas, nos seguintes horários:

- **De segunda a sexta-feira:** das 18 h à 0 h;
- **Aos finais de semana e feriados:** das 8 h às 20 h.

O atendimento ocorre por demanda espontânea e destina-se ao manejo imediato de condições como dor odontológica aguda, edema facial, abscessos, traumatismos dentários e hemorragias bucais.

A avaliação inicial deverá identificar sinais de gravidade, como comprometimento das vias aéreas, dificuldade respiratória ou de deglutição, sangramento não controlado, infecção disseminada, alteração do estado geral ou trauma facial de maior complexidade. Nessas situações, o usuário deverá ser avaliado pela equipe médica e, quando necessário, encaminhado ao serviço hospitalar de referência, conforme o fluxo de urgência e emergência vigente.

O atendimento odontológico realizado na UPA tem como objetivo controlar a condição aguda e reduzir riscos e sofrimento. Após o atendimento, o usuário deverá ser orientado a procurar a UBS/UBSF de referência para reavaliação, continuidade e conclusão do tratamento.

### 6.1 Procedimentos Odontológicos Realizados na UPA

Conforme a avaliação clínica, a indicação profissional e as condições de segurança, poderão ser realizados:

- Controle de hemorragia bucal: adoção de medidas locais para contenção do sangramento, com avaliação da necessidade de suporte médico ou hospitalar;
- Atendimento de odontalgia aguda, pulpite ou necrose pulpar: realização de procedimento de urgência para alívio da dor e controle da infecção, podendo incluir acesso à câmara pulpar, remoção do conteúdo pulpar, irrigação,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

medicação intracanal e selamento provisório;

- Imobilização dentária temporária: estabilização de elementos dentários com mobilidade decorrente de trauma, quando houver indicação clínica;
- Recimentação provisória de peça protética: recolocação temporária de peça deslocada, especialmente quando houver comprometimento funcional, risco de aspiração ou impacto relevante na convivência social;
- Tratamento de alveolite: irrigação, limpeza do alvéolo e aplicação das medidas locais necessárias para controle da dor e do processo inflamatório, conforme indicação clínica;
- Incisão e drenagem de abscesso intraoral: abertura e drenagem da coleção purulenta localizada na cavidade bucal, associadas às demais medidas terapêuticas indicadas;
- Incisão e drenagem de abscesso extraoral: procedimento realizado somente quando houver indicação, condições técnicas e segurança assistencial, com encaminhamento hospitalar nos casos de maior gravidade ou complexidade;
- Reimplante de dente permanente avulsionado: reposicionamento do elemento dentário no alvéolo e posterior estabilização, quando houver indicação clínica e viabilidade do procedimento;
- Outros procedimentos de urgência: intervenções compatíveis com a capacidade assistencial do serviço e necessárias ao controle imediato da dor, da infecção, do sangramento ou das consequências de traumatismos.

Os procedimentos realizados, as condições clínicas, as orientações fornecidas e os encaminhamentos deverão ser registrados no prontuário eletrônico. O atendimento na UPA não substitui o tratamento odontológico integral e longitudinal de responsabilidade da UBS/UBSF.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 7. GESTÃO DO ABSENTEÍSMO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Considera-se absenteísmo o não comparecimento do usuário ao atendimento agendado. Sua gestão deverá observar este Protocolo e as normas da Central de Regulação Ambulatorial, assegurando comunicação, registro e monitoramento das faltas.

O usuário deverá ser informado sobre data, horário, local e orientações do atendimento. As tentativas de contato e a comunicação efetiva deverão ser registradas no prontuário eletrônico.

### 7.1 Modalidades de Agendamento

Os atendimentos no CEO serão agendados:

I – pela Central de Regulação Ambulatorial, para primeira consulta ou avaliação especializada; ou

II – pelo CEO, para retornos necessários à continuidade do tratamento.

### 7.2 Falta à Consulta Regulada

A justificativa deverá ser apresentada na UBS/UBSF de referência, no prazo de até 15 dias úteis, mediante formulário e documento comprobatório conforme protocolo da CRA.

Quando aceita, o usuário será reinserido na fila com a data da solicitação original. Quando não aceita ou apresentada fora do prazo, será necessária nova avaliação na APS e, mantida a indicação, novo encaminhamento.

### 7.3 Falta ao Retorno no CEO

A justificativa deverá ser apresentada ao CEO em até 15 dias úteis.

O reagendamento observará a disponibilidade da agenda, a etapa do tratamento e o risco clínico. Quando não houver justificativa válida, o cirurgião-dentista poderá contrarreferenciar o usuário à APS. Situações com risco de agravamento ou perda do tratamento deverão ser avaliadas e justificadas tecnicamente.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

### 7.4 Cancelamento

O cancelamento deverá ser solicitado com antecedência mínima de três dias úteis. Serão admitidos até três cancelamentos sem alteração da posição na fila.

Quando o agendamento for comunicado com antecedência inferior a três dias úteis, o cancelamento não acarretará prejuízo. Solicitações fora do prazo poderão ser registradas como falta. A partir do quarto cancelamento, o usuário poderá ser retirado da fila.

### 7.5 Justificativas Aceitas

Serão aceitas, mediante comprovação:

- Doença do usuário ou de dependente;
- Atendimento de saúde no mesmo dia e horário;
- Falecimento de familiar; ou
- Ausência comprovada de comunicação do agendamento.

Outras situações serão analisadas pela Central de Regulação Ambulatorial, sem garantia de manutenção da posição original na fila.

### 7.6 Responsabilidades e Registros

Compete ao usuário manter seus dados atualizados, acompanhar as comunicações, comparecer ao atendimento e informar previamente eventual impossibilidade.

O CEO deverá monitorar o absenteísmo por especialidade e adotar medidas para redução das faltas. Todas as comunicações, faltas, justificativas, cancelamentos, reagendamentos, reinserções e contrarreferências deverão ser registrados no prontuário eletrônico.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 8. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Meta 1 – Identificação correta do paciente:** Utilizar pelo menos dois identificadores (nome completo e data de nascimento) antes de qualquer procedimento. Confirmar a identidade no momento da recepção e novamente na cadeira odontológica.

**Meta 2 – Comunicação efetiva:** Garante que as informações sobre o plano de tratamento e condições sistêmicas do paciente sejam transmitidas sem erros entre o cirurgião dentista da atenção primária e o especialista, fazendo todos os registro no prontuário eletrônico. Registro claro no prontuário sobre alergias e uso de medicamentos (anticoagulantes, bisfosfonatos). Utilizar a técnica de "reler" (read-back) em orientações verbais críticas.

**Meta 3 – Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos:** Explicita a relação do protocolo com a prevenção de erros relacionados a medicamentos. O uso de anestésicos locais com vasoconstritores e a prescrição de antibióticos/analgésicos exigem rigor. Deve-se realizar a conferência da dose máxima de anestésico de acordo com o peso e condição de saúde do paciente, identificar claramente seringas e recipientes para evitar a troca de soluções.

**Meta 4 – Cirurgia segura:** Devido à numeração dos elementos dentários, deve-se confirmar o dente/face a receber o procedimento com o prontuário do paciente e exames radiográficos, quando necessário, em mãos. Antes de iniciar o procedimento, a equipe deve confirmar em voz alta: Paciente X, Dente Y, Procedimento Z.

**Meta 5 – Higienização das mãos para evitar infecções:** Faz-se necessária a higienização das mãos antes e após cada procedimento, conforme POP 09.

**Meta 6 – Reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de queda:** Auxiliar o paciente na entrada e saída da cadeira odontológica, especialmente após procedimentos longos quando pode ocorrer hipotensão ortostática. Manter os consultórios livres de fios e obstáculos.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 9. INDICADORES RELACIONADOS AO PMS

| OBJETIVOS PMS 2026 - 2029 | METAS | INDICADOR | AÇÕES |
|---|---|---|---|
| Ampliar a oferta de serviços e do acesso aos atendimentos em saúde bucal. | Melhorar o cuidado a Atenção Especializada em Saúde Bucal. | Reduzir a fila de espera em 15% ao ano para a consulta endodôntica e/ou cirúrgica. | 1. Em uma parceria entre DAE e CRA/DPGA, implantar a regulação da fila de espera dos atendimentos de Endodontia e Cirurgia no CEO, mediante a designação de um cirurgião-dentista responsável pela análise técnica e classificação clínica dos pacientes; |
| Ampliar a oferta de serviços e do acesso aos atendimentos em saúde bucal. | Ampliar o cuidado a Atenção Básica em Saúde Bucal. | Índice de Qualidade da Atenção em Saúde Bucal (IQASB): Componente 1 - Cobertura de primeira consulta odontológica programada por equipe de Saúde Bucal (eSB); Componente 2 - Percentual de Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART) realizados por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS); Componente 3 - Razão entre tratamentos concluídos por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS); Componente 4 - Taxa de exodontias realizadas por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS). | 3.6. Revisar os critérios clínicos de encaminhamento para Exodontia Especializada no CEO. |
| Ampliar e qualificar o acesso à atenção especializada. | Qualificar o atendimento na atenção | QualificaAE – Avaliação da Qualidade e Desempenho da Atenção Especializada. | 20. Revisão do protocolo Administrativo do Cem, do CEO |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | | | |
|---|---|---|---|
| | especializada. | Componentes: Componente 1 - Gestão e Processos; Componente 2 - Qualificação do atendimento da Atenção especializada; Componente 3 - Comunicação e acesso; Componente 4 - Monitoramento de Serviços e Resultados Assistenciais. | |

Fonte: ARAUCÁRIA, 2026.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 10. REFERÊNCIAS

ARAUCÁRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS. **Protocolo administrativo da Central de Regulação Ambulatorial**. Versão 2. Araucária: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

ARAUCÁRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão nº 212: Monitoramento e Teste Biológico em Autoclave - Rotina**. Versão nº I. Araucária: Secretaria Municipal de Saúde, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 611, de 9 de março de 2022**. Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas. Brasília, DF: Anvisa, 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 de junho de 2011**. Altera o Anexo da Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/1539. Acesso em: 26 ago. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Saúde bucal**: Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 5 fev. 2026.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012**. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO nº 42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro: CFO, 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em: 26 ago. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha-guia de saúde bucal**: Rede de Atenção à Saúde Bucal. Curitiba: SESA, 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de cuidado em saúde bucal**. 3. ed. Curitiba: SESA, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-09/linha_de_cuidado_em_saude_bucal_-_3_edicao_II.pdf. Acesso em: 5 fev. 2026.

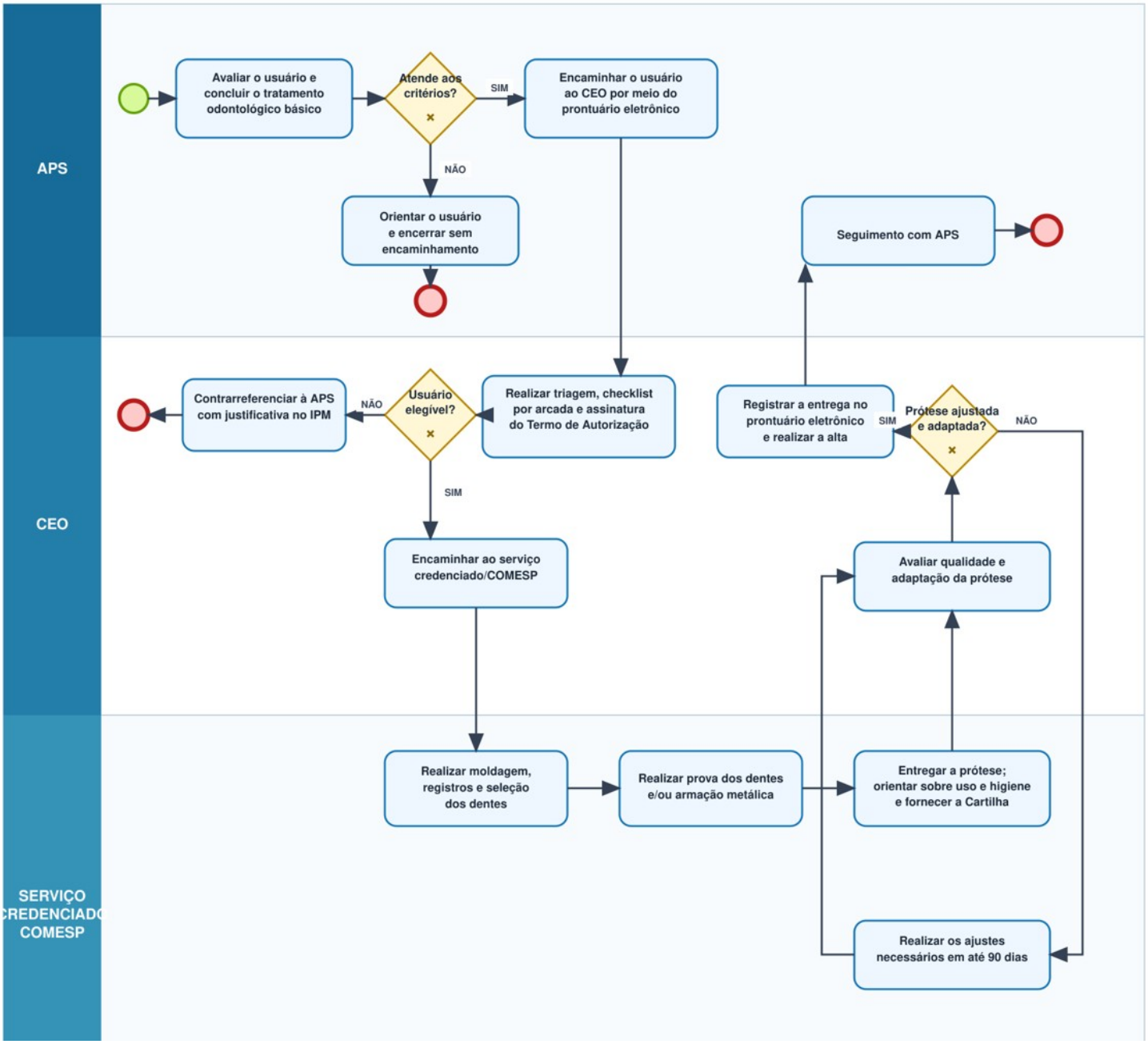
ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 11. APÊNDICE

### I - Fluxograma de Encaminhamento da Especialidade de Prótese Dentária




Fonte: Os autores, 2026.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## II - Quadro Unificado de Especialidade e Subespecialidade

| ESPECIALIDADE | QUANDO INDICAR | QUANDO NÃO INDICAR | REQUISITOS DE ENCAMINHAMENTO | PRIORIZAÇÃO | ESPECIALIDADE E SUBESPECIALIDADE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| **Endodontia** | Dentes permanentes com comprometimento pulpar irreversível ou traumatismo; avaliação de retratamento endodôntico em casos realizados no CEO. | Coroas destruídas abaixo do nível ósseo por cárie dentária; retratamento endodôntico de casos não feitos no CEO; terceiros molares; mobilidade severa (vertical e horizontal). | Dente preparado (remoção de cárie, acesso, medicação intracanal e selamento provisório); curativo entre 2 dias e 2 meses; dor/ drenagem de abscessos ou processo fistuloso ativo devem ser controlados previamente. Não requer RX prévio, nem encaminhamento para aumento de coroa clínica previamente à endodontia; o tratamento odontológico deve estar concluído. | Urgente: Dentes anteriores,ápice radicular incompletamente formado; endodontia de dente permanente de crianças e adolescentes. Muito urgente: Endodontia de dente permanente de gestantes, usuários em tratamento de câncer, situações de usuários que utilizam bifosfonatos e necessitam de sepultamento radicular, usuários imunossuprimidos. | 96- Cirurgião Dentista – Endodontista Subespecialidade: Endodontia Avaliação |
| **Periodontia** | Bolsas ≥ 4mm; aumento de coroa clínica; frenectomia labial (pós-erupção completa de incisivos/caninos); cunha distal sem a presença de dente adjacente; regularização de rebordo. | Falta de adequação do meio; cálculo supragengival (tratamento básico); dentes com mobilidade vertical acentuada. | Adequação de meio bucal; orientação de higiene comprovada; remoção prévia de fatores de retenção de placa e RAP supragengival prévia. | Urgente: gestantes | 95- Cirurgião Dentista – Periodontista Subespecialidade: Periodontia avaliação<br>95- Cirurgião Dentista - Subespecialidade: Frenectomia labial |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cirurgia Oral Menor** | Dentes inclusos/impactados com patologias ósseas; com pericoronarite recorrente; com reabsorção interna/externa; posição ectópica; frenectomia lingual em bebês; Pré-molares e molares superiores com comunicação ou suspeita de comunicação com seio maxilar; anquilose ou dilaceração comprovada. | Dente erupcionado e cárie tratável; uso de bifosfonatos; remoção profilática de dentes assintomáticos; usuários com idade avançada (avaliar risco x benefício). | Encaminhamento via sistema de informação; o cirurgião do CEO realizará ou solicitará os exames radiográficos necessários | Urgente: terceiros molares cariados; terceiros molares com curativo endodôntico; pericoronarite recorrente (≥3 vezes). Muito Urgente: frenectomia lingual em bebês | 102- Cirurgião Dentista/ Subespecialidade: Cirurgia Dente Incluso Avaliação<br><br>102 - Cirurgião Dentista/ Subespecialidade: Frenectomia Lingual |
| **Estomatologia** | Alterações bucais e patologias; lesões que não cicatrizam há > 15 dias ou de diagnóstico duvidoso; lesões bucais em pessoas com fatores de risco para câncer bucal. | Lesões de manejo clínico na UBS (candidíase, afta, estomatite herpética, tórus sem perda funcional). | Cadastro definitivo; anamnese e odontograma preenchidos no prontuário eletrônico | Urgente: Suspeita de câncer bucal (contato imediato entre gerências para agendamento breve) | 153- Cirurgião Dentista – Estomatologia Subespecialidade: Estomatologia |
| **CEO - SSE** | Movimentos involuntários; pessoas no espectro autista com dificuldade de vínculo; distúrbios neurológicos graves; patologias sistêmicas crônicas quando associadas ao distúrbio de comportamento. | Pessoas com deficiência que não conseguem ser atendidas na APS | avaliação médica com laudo; exames de sangue dos últimos seis meses; não criar expectativa para o acompanhante de tratamento realizado sob anestesia geral, pois a equipe do CEO encaminhará para atendimento hospitalar, caso necessário. | Definida conforme a gravidade clínica e critérios gerais do protocolo | 114 - Cirurgião dentista – Odontologia para PA Subespecialidade: Odontologia SSE |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prótese Dentária** | Ausência de no mínimo dois | Lesões sem diagnóstico; | Tratamento básico | Não se aplica | 102- Cirurgião-dentista |
| **Cirurgia Bucomaxilo** | Traumas de face; fraturas do complexo maxilofacial; malformações da maxila e mandíbula; cistos do complexo maxilo-mandibular, infecções odontogênicas severas não manejadas em ambulatório, doenças relacionadas às glândulas salivares. Situações diversas, a exemplo de usuários em terapia anticoagulante, que não possa ser interrompida, necessitando de intervenção hospitalar. | Casos passíveis de manejo ambulatorial em UBS ou CEO. | Avaliação prévia na rede; encaminhamento para hospital de referência pactuado com a SESA. | Definida pela Central de Regulação, conforme gravidade | 85- Cirurgião dentista Bucomaxilofacial Subespecialidade: Cirurgião dentista Bucomaxilofacial. |
| **Radiografia** | Suspeita de agenesia múltipla | Controle endodôntico; | Avaliação clínica criteriosa; | Urgente: Suspeita de fraturas por trauma | Radiografia panorâmica. |
| **Radiografia Periapical** | Dentes destruídos; pesquisa de cárie proximal; relação decíduo/permanente; lesões periapicais, reabsorções. | Avaliação de dentes inclusos (indicar panorâmica, que será solicitada pelo especialista no CEO); exames periódicos sem queixas clínicas. | Solicitação na aba → "Exames", indicando a quantidade de películas necessárias. | Conforme a necessidade clínica do caso. | Aba Exames → Radiografia Periapical |
| **Radiografia** | Avaliação do | Avaliação de | Solicitação na aba → | Conforme a | Aba Exames → |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Interproximal** | espaço biológico; pesquisa de cárie proximal e oculta em posteriores; verificação da adaptação marginal de restaurações. | dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados; avaliação periódica sem queixas que justifiquem a solicitação. | "Exames", indicando a quantidade de películas necessárias. | necessidade clínica do caso. | Radiografia Interproximal |

Fonte: Os autores, 2026.

**Observações Importantes para o Encaminhamento:**

• **Adequação do Meio:** É requisito indispensável que o usuário tenha o tratamento básico remoção de focos, selamento e higiene) concluído na UBS antes de ser encaminhado, exceto para estomatologia e urgências.

• **Comunicação:** O profissional deve utilizar o campo "Observações" do sistema de informação para descrever o caso, tratamentos prévios e sugerir proservação.

• **Faltas**: O usuário que faltar sem justificativa aceitável (médica, óbito familiar ou erro de comunicação) poderá ser reinserido no final da fila de espera.

## III – Códigos do SIGTAP para Especialidades

| **Códigos para Endodontia** |
|---|
| Ao final do atendimento, quando executados na especialidade de Endodontia, dentre os estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 600, de 23 de março de 2006, e revisada pela Portaria Nº 1464/2011:<br><br>0307020045 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;<br>0307020053 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES;<br>0307020061 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR.<br>0307020088 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI- RADICULAR;<br>0307020096- RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;<br>0307020100 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;<br>0307020118 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR. |
| **Códigos para Periodontia** |
| Ao final do atendimento, quando executados na especialidade de Periodontia, dentre os estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 600, de 23 de março de 2006, e revisada pela Portaria Nº 1464/2011. |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

0307030032 -RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);
0414020081 -ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 -GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 -GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 -TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)
0401010082 -FRENECTOMIA LABIAL
0414020405 -ULOTOMIA/ULECTOMIA

**Códigos para Cirurgia Oral Menor**

Ao final do atendimento, quando executados na especialidade de cirurgia oral menor, dentre os estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 600, de 23 de março de 2006,e revisada pela Portaria Nº 1464/2011

0404020445 -CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 -OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVÉOLO DENTÁRIAS;
0404020577 -REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 -REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR;
0404020623 -RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 -RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 -EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361 -EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388 -TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082 -FRENECTOMIA LINGUAL;
0404010512 -SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 -CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO SINUSAL;
0404020054 -DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 -EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 -EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 -EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 -RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
0404020631 -RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO MANDIBULAR
0414010256 -TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO SINUSAL / ORO NASAL
0414020022 -APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 -APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 -CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 -CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 -CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 -CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 -ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 -EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 -GLOSSORRAFIA;
0414020200 -MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 -ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

0414020243 -REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 -REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294 -REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 -TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL;
0414020367 -TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 -TRATAMENTO DE ALVEOLITE.

**Códigos para Pessoas com Deficiência**

Ao final do atendimento, quando executados na Especialidade de Pessoas com Deficiência, dentre os estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 600, de 23 de março de 2006, e revisada pela Portaria Nº 1464/2011

0101020058 -APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 -APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 -APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 -EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 -SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 -CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 -RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 -RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 -RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 -PULPOTOMIA DENTÁRIA;
0307030016 -RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 -RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 -EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 -EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

**Códigos para Próteses**

0307040160 - INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA;
0701070102 - PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR;
0701070099 - PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR;
0701070137 - PRÓTESE TOTAL MAXILAR;
0701070129 - PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a



41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

## 12. HISTÓRICO DE REVISÕES

O Protocolo de encaminhamento para as especialidades do Centro de Especialidades Odontológica e à Atenção Terciária foi discutido em reunião da Câmara Técnica da Saúde Bucal e aprovado na Reunião do dia 29 de janeiro de 2026.

| EDIÇÃO | ELABORADO POR | APROVADO POR | EDIÇÕES |
|---|---|---|---|
| 02 | Jocelma Adriana Ferreira Gomes<br>Cirurgiã Dentista<br>RT - Odontologia<br><br>Karla Francyeri Casas Mesquita Trela<br>Cirurgiã Dentista<br><br>Fabrício Felippe Taddeo de Oliveira<br>Cirurgião Dentista | Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock<br>Direção Técnica<br><br>Carolina Almeida Torres<br>Direção DAE<br><br>Elizabete de Souza Oliveira Cândido<br>Coordenação CEO<br><br>Adriano Ademir Strugala<br>Coordenação CET/SSE/CAEM | Atualização do documento Conforme PA nº 15765/2026 |

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 22/09/2026 13:02 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p6aed526db5a8a

Assinado digitalmente por: **ANA BEATRIZ SIQUEIRA XAVIER SILVA POCK** 114.667.847-92 28/09/2026 11:07:29
Assinatura digital avançada.

Assinado digitalmente por: **ELIZABETE DE SOUZA OLIVEIRA CANDIDO** 035.004.609-33 22/09/2026 16:09:10
Assinatura digital avançada.

Assinado digitalmente por: **CAROLINA DE ALMEIDA TORRES** 053.151.639-38 22/09/2026 16:55:28
Assinatura digital avançada.

Assinado digitalmente por: **ADRIANO ADEMIR STRUGALA:04524570926** 045.245.709-26 22/09/2026 13:02:08

Assinado digitalmente por: **FABRICIO FELIPPE TADDEO DE OLIVEIRA** 054.118.197-17 22/09/2026 16:21:05
Assinatura digital avançada.

Assinado digitalmente por: **KARLA FRANCYERI CASAS MESQUITA TRELA** 016.429.389-20 24/09/2026 11:44:33
Assinatura digital avançada.