

PROTOCOLO DE ACESSO RADIOGRAFIA DE ARCADA

Versão 2018

Colaboradores: *Mônica de Souza Netto Mello, Lisiane Cândido, Karina Koerich, Luciane Mattos, José Knabben, Marynês Terezinha Reibnitz.*

Apoio matricial: radiodontopmf@gmail.com

(vide orientações para solicitação de apoio matricial)

Dúvidas sobre fluxos de encaminhamento de consultas e exames, priorização de pacientes e informações sobre Regulação/Sisreg: odontosisreg@gmail.com

1. RADIOGRAFIA

Cadernos de Atenção básica Nº17:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

Manual de Especialidades em Saúde Bucal:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_especialidades_bucal.pdf

Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Florianópolis:

http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf

Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Belo Horizonte

Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Porto Alegre

Protocolo de Atenção a Saúde Bucal Curitiba

Diretrizes para a Atenção a Saúde Bucal São Paulo

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf

-FREITAS, L de. Radiologia bucal. Ed. Com e Reprod Ltda, 1992.

-WHAITES, E. Princípios da radiologia odontológica. Ed. 2009.

O Serviço de Radiologia Odontológica irá atender pacientes encaminhados pelos Cirurgiões Dentistas (CDs) da Atenção Primária à Saúde (APS) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com a finalidade de executar exames radiográficos para complementação diagnóstica.

Todas as informações e critérios de encaminhamento para a solicitação de radiografias de arcada descritos no Sistema de Regulação deverão constar na evolução odontológica do prontuário eletrônico do paciente para que a solicitação possa ser adequadamente autorizada.

Cabe à APS a coordenação do cuidado em seu nível de atenção, sendo desta forma, imprescindível, que o CD atualize o Sistema de Regulação sobre possíveis alterações no quadro clínico do usuário (sistêmicas e/ou locais) que determinem a sua classificação de risco na fila de espera para a especialidade.

Requisições de exames advindos da rede privada ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) não serão aceitos pelo Serviço de Regulação, conforme portaria nº 050/2010.

1. RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Trata-se de uma técnica intrabucal realizada através de bisettriz ou paralelismo com as principais indicações:

- detecção de inflamação/infecção periapical;
- avaliação do estado periodontal;
- avaliação pós traumatismo dental e osso alveolar;
- visualização da presença e posição dos dentes não-erupcionados;
- visualização da morfologia das raízes antes de extrações;
- visualização pré e pós operatória de cirurgias periapicais;
- avaliação detalhada de cistos periapicais e outras lesões no osso alveolar.

CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO:

- Serão liberados, **no máximo**, 06 tomadas radiográficas periapicais por paciente.
(a contagem dar-se-á pelos grupos: caninos, pré-molares, molares e incisivos)

LEVANTAMENTO PERIAPICAL COMPLETO: Somente deverá ser solicitado pelos CDs do CEO nas especialidades Periodontia e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

2. RADIOGRAFIA OCLUSAL

Trata-se de uma técnica intrabucal com as principais indicações:

Oclusal:

* **total**

* **hemiarco D e E**

* **anterior**

- utilizada de rotina para pacientes edêntulos antes da confecção da prótese total para constatação de dentes retidos, supranumerários, cistos e raízes residuais;
- para pacientes fissurados;
- visualização de áreas patológicas em toda a sua extensão e delimitação com estruturas vizinhas;
- avaliação periapical dos dentes póstero-superiores, em especial em adultos incapazes de tolerar os posicionadores de radiografias periapicais;
- auxiliar na determinação da posição de raízes deslocadas durante extração dental póstero-superior e anterior;
- para detecção de sialólitos na glândula submandibular ou no canal de Wharton.

3. RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE-WING)

Trata-se de uma técnica intrabucal com as principais indicações:

- Detecção de lesões de cáries;
- acompanhamento da progressão de cáries dentárias;
- avaliação das restaurações existentes;
- avaliação do estado periodontal (em especial cristas alveolares).

ORIENTAÇÕES GERAIS

AO SOLICITAR O EXAME, É PRECISO INFORMAR:

- tipo de projeção (oclusal, periapical, interproximal);
- região (ões): mandíbula e/ou maxila, dentes, lados D e E.
- justificativa clínica do exame;
- **informar, presença ou não, de condições clínicas especiais do usuário** tais como gestação, cardiopatias importantes (pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave, válvula aorta bicúspide, coarctação da aorta, pacientes com história de febre reumática/endocardite bacteriana, doenças auto-imunes, transplantados, pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíaco, oncológico, bariátrico e candidatos a transplantes, entre outros;
- em caso de gravidez, **obrigatório informar idade gestacional**;
- descrever também se o paciente necessitar de radiografia(s) prévia(s) ao encaminhamento para prótese total com a prioridade PO prevista no protocolo da prótese;
- informar se presença de dor/infecção (descrever as características da dor), trauma.

Ex.: "...paciente gestante 24 semanas..." , "...sem alterações sistêmicas..."

As informações acima **devem constar** em prontuário eletrônico.

É fundamental que o CD solicitante detalhe a condição clínica do paciente e o motivo da solicitação do exame (o que deseja visualizar) a fim de fornecer todas as informações possíveis para que o CD radiologista faça um laudo mais completo.

Em casos da necessidade de exames que extrapolem o quantitativo previsto nesse protocolo, deverá ser enviado e mail ao odontosisreg@gmail.com com justificativa detalhada para que seja possível a reavaliação do caso.

ORIENTAÇÕES SOBRE REGISTRO DO LAUDO DOS EXAMES

Caberá ao radiologista:

- a **emissão do laudo radiográfico** em prontuário eletrônico do paciente
- **registrar a ocorrência de dificuldades na realização do exame e/ou limitações na realização do mesmo, quando houver.**
- **registrar SEMPRE a falta do usuário** ao exame, se ocorrer.

Os radiologistas deverão incluir no laudo a realização das técnicas utilizadas que se fizerem necessárias para visualização da área de interesse indicada na solicitação do CD, mesmo quando não solicitadas.

PARA USO DO CIRURGIÃO-DENTISTA REGULADOR

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/REGULAÇÃO

P0	<ul style="list-style-type: none">- Gestantes;-Lactantes até seis meses pós-parto;- Crianças (até 12 anos);-Adolescentes até 17 anos;- Pacientes com quadro persistente de dor/infecção-Suspeita de tumores, lesões cancerizáveis;-- Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas cianogênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso da valva mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coarctação da aorta;-Risco de endocardite bacteriana/febre reumática;-Imunossuprimidos/imunodeprimidos;- Pacientes em preparo terapêutico ou cirúrgico: cardíacos, oncológicos, bariátricos e candidatos a transplantes;-Trauma mediato ou imediato;-Pacientes com prioridade P0 para Prótese Total.
P1	<ul style="list-style-type: none">-Pacientes em tratamento no CEO que necessitam de exames radiográficos para consulta de retorno.
P2	Demais situações