



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Gerência de Serviços de Odontologia

Nota Técnica N.º 38/2024 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO

Brasília-DF, 23 de outubro de 2024.

Assunto: Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta na especialidade de Radiologia Odontológica e Imaginologia.

1. CONTEXTO

DO OBJETIVO

Este documento tem por objetivo atualizar a Nota Técnica SEI-GDF nº 31/2023 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO e apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) para o atendimento na Atenção Secundária para a especialidade de Radiologia Odontológica e Imaginologia na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de Radiologia Odontológica e Imaginologia. Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nesta Nota Técnica. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

Por haver critérios técnicos e pré-requisitos que devem ser cumpridos pela APS, SOMENTE Cirurgiões Dentistas podem inserir pacientes no Sistema de Regulação (SisReg) para as especialidades odontológicas.

DO CONTEÚDO

A Nota Técnica está estruturada com os seguintes elementos: condições de encaminhamento (informações mínimas, critérios de exclusão e critérios de inclusão); código interno; classificação de risco (critérios de priorização para o acesso às especialidades, de acordo com os procedimentos, parametrização do atendimento (número de novos usuários que devem ter acesso ao serviço, de acordo com a carga horária disponível na especialidade) e validade.

As solicitações serão priorizadas de modo equânime, respeitando a classificação de risco e a ordem cronológica de inserção no SisReg. Condições sistêmicas graves específicas em cada caso podem, justificadamente, excepcionalizar a regra.

2. RELATO

CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Informações mínimas para encaminhamento:

Descrição da condição sistêmica do usuário (condição obrigatória ao encaminhamento): hígido ou descrição da (s) doença (s) apresentada (s).

Descrição do exame solicitado;

Quando da solicitação de radiografias periapicais/interproximais, informar os números dos dentes a serem radiografados (não deve ser usada a expressão “dentes presentes”, pois gera transtornos na definição precisa do quantitativo de imagens tanto para a regulação quanto para o profissional executante);

Quando da necessidade de solicitar radiografia panorâmica e radiografias periapicais/interproximais, o solicitante deve informar que foram solicitados outros exames para que o regulador tente agendar no

mesmo dia;

Finalidade do exame solicitado (ex.: avaliar possibilidade de comprometimento pulpar do dente 15; pesquisa de cáries interproximais; investigar possível lesão periapical no dente 26);

Em casos de pacientes gestantes, informar o período da gestação no momento da solicitação.

Informar *e-mail* institucional (xxx@saude.df.gov.br) da unidade para envio das radiografias e laudos.

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS, INTERPROXIMAIS E TÉCNICAS DE LOCALIZAÇÃO (1 a 5 ou 6 a 13 radiografias)

Critérios de exclusão:

Pacientes com movimentos involuntários da cabeça e pacientes não colaborativos.

Critérios de inclusão:

Avaliação de lesões apicais e outras lesões no osso alveolar;

Avaliação periodontal;

Avaliação pós-traumática dos dentes e do osso alveolar;

Avaliação da presença e do posicionamento de dentes não-irrompidos;

Avaliação endodôntica;

Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias periapicais;

Avaliação de restos radiculares;

Avaliação de restaurações;

Avaliação das cristas ósseas alveolares;

Avaliação de dentes com indicação de exodontia;

Diagnóstico de cárie;

Localização de dentes inclusos e corpos estranhos;

Dissociação de raízes e condutos radiculares.

PARAMETRIZAÇÃO MÍNIMA DO ATENDIMENTO

1 a 5 radiografias

2 pacientes novos/hora disponível na especialidade/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. $2 \times 80 = 160$ novos pacientes/mês.

6 a 13 radiografias

1,25 pacientes novos/hora disponível na especialidade/mês. Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais. $1,25 \times 80 = 100$ novos pacientes/mês.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	<p>Gestantes;</p> <p>Pacientes oncológicos pré-terapêuticos;</p> <p>Pacientes aguardando cirurgias;</p> <p>Pacientes portadores de cardiopatias¹;</p> <p>Pacientes candidatos à transplantes;</p> <p>Pacientes imunossuprimidos/imunodeprimidos;</p> <p>Pacientes com histórico de febre reumática/endocardite;</p> <p>Lesões com evolução muito rápida, potencial agressivo e suspeita de malignidade;</p> <p>Avaliação de dentes com abscesso.</p>
AMARELO	<p>Doença periodontal necrosante;</p> <p>Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento endodôntico;</p> <p>Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento restaurador;</p> <p>Quadro de pericoronarite;</p> <p>História de traumatismo alveolodentário;</p> <p>Paciente pediátrico de difícil manejo com quadro de sintomatologia dolorosa espontânea;</p> <p>Solicitação realizada por Cirurgião Dentista de um Centro de Especialidades Odontológicas.</p>
VERDE	<p>Periodontite com presença de bolsas acima de 4 mm;</p> <p>Diagnóstico de dentes inclusos/impactados;</p> <p>Avaliação de dentes com necessidade de definir diagnóstico de exodontia, endodontia ou tratamento restaurador;</p> <p>Tratamento restaurador e cirúrgico em paciente pediátrico de difícil manejo;</p> <p>Avaliação de dentes com rizogênese incompleta.</p>
AZUL	<p>Sorriso gengival;</p> <p>Aumentos de volume gengival que necessitem de gengivectomia ou gengivoplastia;</p> <p>Periodontite;</p> <p>Avaliação de restaurações;</p> <p>Tratamento periodontal de dentes decíduos;</p> <p>Pesquisa de lesões de cárie interproximais;</p> <p>Demais casos.</p>

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS (boca total/14 radiografias ou mais)

Critérios de exclusão:

Solicitar menos de 14 radiografias.

Critérios de inclusão:

Avaliação de lesões apicais e outras lesões no osso alveolar;

Avaliação periodontal;

Avaliação pós-traumática dos dentes e do osso alveolar;

Avaliação endodôntica;
 Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias periapicais;
 Avaliação de raízes residuais;
 Avaliação de dentes com indicação de exodontia;
 Visualizar adaptação de restaurações;
 Avaliação das cristas ósseas alveolares;
 Diagnóstico de cárie.

PARAMETRIZAÇÃO MÍNIMA DO ATENDIMENTO

0,75 pacientes novos/hora disponível na especialidade/mês.

Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais.

0,75 x 80 = 60 novos pacientes/mês.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	<p>Gestantes; Pacientes oncológicos pré-terapêuticos; Pacientes aguardando cirurgias; Pacientes portadores de cardiopatias¹; Pacientes candidatos à transplantes; Pacientes imunossuprimidos/imunodeprimidos; Pacientes com histórico de febre reumática/endocardite; Lesões com evolução muito rápida, potencial agressivo e suspeita de malignidade; Avaliação de dentes com abscesso.</p>
AMARELO	<p>Doença periodontal necrosante; Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento endodôntico; Aumento de coroa clínica necessário ao tratamento restaurador; História de traumatismo alveolodentário; Tratamento restaurador e cirúrgico em paciente pediátrico de difícil manejo; Solicitação realizada por Cirurgião Dentista de um Centro de Especialidades Odontológicas.</p>
VERDE	<p>Periodontite com presença de bolsas acima de 4 mm; Avaliação de dentes com necessidade de definir diagnóstico de exodontia, endodontia ou tratamento restaurador; Tratamento restaurador e cirúrgico em paciente pediátrico de difícil manejo; Avaliação de dentes com rizogênese incompleta.</p>

VERMELHO	<p>Gestantes;</p> <p>Pacientes oncológicos pré-terapêuticos;</p> <p>Pacientes aguardando cirurgias;</p> <p>Pacientes portadores de cardiopatias¹;</p> <p>Pacientes candidatos à transplantes;</p> <p>Pacientes imunossuprimidos/imunodeprimidos;</p> <p>Pacientes com histórico de febre reumática/endocardite;</p> <p>Lesões com evolução muito rápida, potencial agressivo e suspeita de malignidade;</p> <p>Avaliação de dentes com abscesso.</p>
AZUL	<p>Sorriso gengival;</p> <p>Aumentos de volume gengival que necessitem de gengivectomia ou gengivoplastia;</p> <p>Periodontite;</p> <p>Avaliação de restaurações;</p> <p>Tratamento periodontal de dentes decíduos;</p> <p>Pesquisa de lesões de cárie interproximais;</p> <p>Demais casos.</p>

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE FACE

Critérios de exclusão:

- Paciente que não consiga manter-se ereto em posição ortostática;
- Paciente com movimentos involuntários da cabeça e paciente não colaborativo;
- Paciente com menos de 1,20 m de estatura;
- Avaliação óssea para instalação de implantes.

Critérios de inclusão:

- Avaliação de terceiros molares;
- Avaliação da presença e do posicionamento de dentes não-irrompidos;
- Diagnóstico, planejamento e acompanhamento de lesões no complexo maxilomandibular;
- Avaliação ortodôntica (somente ortodontistas dos serviços de ortodontia da SES podem solicitar com essa finalidade);
- Avaliação periodontal;
- Avaliação de raízes residuais;
- Avaliação das articulações temporomandibulares (ATMs);
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento da dentição;
- Localização de corpos estranhos;
- Pesquisa de focos de infecção em pacientes oncológicos ou aguardando cirurgia;
- Paciente pediátrico ou com deficiência intelectual de difícil manejo e que apresentem sintomatologia dolorosa espontânea quando não foi possível realizar radiografias periapicais;
- Traumatismo de face com suspeita de fratura;

Avaliação de meios de fixação maxilomandibular;

Avaliação prévia à confecção de próteses totais (PT) e parciais removíveis (PPRs);

Avaliação de velamento dos seios maxilares;

Exodontia múltipla.

PARAMETRIZAÇÃO MÍNIMA DO ATENDIMENTO

4 pacientes novos/hora disponível na especialidade/mês.

Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais.

4 x 80 = 320 novos pacientes/mês.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	<p>Gestantes;</p> <p>Pacientes oncológicos pré-terapêuticos;</p> <p>Pacientes aguardando cirurgias;</p> <p>Pacientes portadores de cardiopatias¹;</p> <p>Pacientes candidatos à transplantes;</p> <p>Pacientes imunossuprimidos;</p> <p>Pacientes com histórico de febre reumática/endocardite;</p> <p>Lesões com evolução muito rápida, potencial agressivo e suspeita de malignidade;</p> <p>Paciente pediátrico difícil manejo ou paciente com deficiência intelectual de difícil manejo que apresente sintomatologia dolorosa espontânea quando não foi possível realizar radiografias periapicais;</p> <p>Pesquisa de focos de infecção em pacientes oncológicos ou aguardando cirurgia (agendamento imediato);</p> <p>Presença de abscesso.</p>
AMARELO	<p>Quadro de pericoronarite;</p> <p>Trismo ou dificuldades extremas de abertura bucal (abertura máxima de 25 mm);</p> <p>Distúrbios da ATM e/ou da musculatura mastigatória após travamento aberto (luxação da mandíbula) ou trauma;</p> <p>Disfunção temporomandibular (DTM) em crianças (alterações degenerativas e artralgia em crianças);</p> <p>Fraturas faciais tardias (com mais de 3 semanas) e sequelas de fraturas;</p> <p>Necessidade de confecção de prótese total (PT) em paciente com ausência de prótese;</p> <p>Solicitação realizada por Cirurgião Dentista de um Centro de Especialidades Odontológicas.</p>

VERMELHO	<p>Gestantes;</p> <p>Pacientes oncológicos pré-terapêuticos;</p> <p>Pacientes aguardando cirurgias;</p> <p>Pacientes portadores de cardiopatias¹;</p> <p>Pacientes candidatos à transplantes;</p> <p>Pacientes imunossuprimidos;</p> <p>Pacientes com histórico de febre reumática/endocardite;</p> <p>Lesões com evolução muito rápida, potencial agressivo e suspeita de malignidade;</p> <p>Paciente pediátrico difícil manejo ou paciente com deficiência intelectual de difícil manejo que apresente sintomatologia dolorosa espontânea quando não foi possível realizar radiografias periapicais;</p> <p>Pesquisa de focos de infecção em pacientes oncológicos ou aguardando cirurgia (agendamento imediato);</p> <p>Presença de abscesso.</p>
VERDE	<p>Avaliação para exodontia múltipla;</p> <p>Necessidade de substituição de PT;</p> <p>Remoção de corpo estranho dos ossos da face;</p> <p>Avaliação de meios de fixação maxilomandibular;</p> <p>Tratamento restaurador e cirúrgico em paciente pediátrico de difícil manejo ou paciente com deficiência intelectual de difícil manejo;</p> <p>Avaliação periodontal;</p> <p>Avaliação de raízes residuais;</p> <p>DTM com sintomatologia dolorosa intensa;</p> <p>Avaliação de velamento dos seios maxilares;</p> <p>Exodontia múltipla.</p>
AZUL	<p>Diagnóstico de dentes inclusos/impactados;</p> <p>Avaliação de raízes residuais;</p> <p>Avaliação de terceiros molares ou supranumerários;</p> <p>DTM de intensidade leve a moderada;</p> <p>Crepitações ou estalidos sintomáticos nas ATMs;</p> <p>Necessidade de confecção de prótese parcial removível (PPR);</p> <p>Demais casos.</p>

¹ Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva; síndrome de insuficiência coronariana; síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral, secundários à uma cardiopatia; arritmias complexas e graves; cardiopatias isquêmicas, cardiopatias hipertensivas; cardiomiopatias primárias ou secundárias; cardiopatias valvulares; cardiopatias congênitas; cor pulmonale crônico e hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgãos-alvos: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

TELERRADIOGRAFIA DE FACE

Critérios de exclusão:

Paciente que não consiga manter-se ereto em posição ortostática;

Paciente com movimentos involuntários da cabeça e paciente não colaborativo.

Critérios de inclusão:

Paciente com indicação de tratamento ortodôntico prévio à cirurgia ortognática.

PARAMETRIZAÇÃO MÍNIMA DO ATENDIMENTO

PARAMETRIZAÇÃO MÍNIMA DO ATENDIMENTO

0,1 paciente novo/hora disponível na especialidade/mês.

Ex.: Cirurgião Dentista de 20h semanais x 4 semanas = 80h mensais.

0,1 x 80 = 8 novos pacientes/mês

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	Gestantes; Apneia grave (IAH ¹ maior que 30); Discrepâncias esqueléticas decorrentes de síndromes congênitas; Retrognatismo mandibular com redução de via aérea com indicação de traqueostomia.
AMARELO	Quadro de pericoronarite; Trismo ou dificuldades extremas de abertura bucal (abertura máxima de 25 mm); Distúrbios da ATM e/ou da musculatura mastigatória após travamento aberto (luxação da mandíbula) ou trauma; Disfunção temporomandibular (DTM) em crianças (alterações degenerativas e artralgia em crianças); Fraturas faciais tardias (com mais de 3 semanas) e sequelas de fraturas; Necessidade de confecção de prótese total (PT) em paciente com ausência de prótese; Solicitação realizada por Cirurgião Dentista de um Centro de Especialidades Odontológicas.
VERDE	Discrepância maxilomandibular anteroposterior; Mordida aberta; Assimetria facial; Apneia moderada (IAH ¹ entre 15 e 29).
AZUL	Mordida cruzada isolada; Excesso vertical de maxila isolado; Discrepância maxilomandibular com possibilidade de compensação dentária. Demais casos.

**TABELA RESUMO DA
PARAMETRIZAÇÃO***

TABELA RESUMO DA PARAMETRIZAÇÃO*	
1 A 5 RADIOGRAFIAS	2 pacientes novos/hora
6 A 13 RADIOGRAFIAS	1,25 paciente novo/hora
BOCA TOTAL	0,75 paciente novo/hora
RADIOGRAFIA PANORÂMICA	4 pacientes novos/hora
TELERADIOGRAFIA DE FACE	0,1 paciente novo/hora

*A metade da carga horária semanal do radiologista será destinada à emissão de laudos radiográficos, enquanto a outra metade será utilizada para a realização de exames radiográficos. A carga horária do técnico de radiologia será totalmente destinada à realização de exames radiográficos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO TEMPO MÉDIO*

Radiografia periapical ou interproximal (1 a 5 radiografias): 30 minutos.

Radiografia periapical ou interproximal (6 a 13 radiografias): 45 minutos.

Radiografia periapical ou interproximal (total/14 radiografias ou mais): 90 minutos.

Radiografia panorâmica de face: 15 minutos.

*Tempos indicados para radiografias intrabucais utilizando sistema de digitalização.

ORIENTAÇÕES A SEREM REPASSADAS AOS PACIENTES (incluir no Preparo)

Levar a chave de confirmação impressa (pode ser solicitada na UBS);

Pacientes menores de idade e pessoas legalmente incapazes devem comparecer acompanhados de um responsável legal portando documento de identidade com foto.

3. CONCLUSÃO

VIGÊNCIA

Esta Nota Técnica terá validade de 12 meses a partir da sua publicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cancelamentos de solicitações e alterações na condição clínica/classificação de risco do paciente devem ser solicitados ao Complexo Regulador do DF por meio do *email*: cera1.saude.df@gmail.com

Por não se esgotarem todas as ocorrências relacionadas à Radiologia Odontológica e Imaginologia, os casos não indicados nesta Nota Técnica terão seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital - RTD em Saúde Bucal na SES/DF.

ELABORADORES

Atualização desta Nota Técnica realizada em outubro/2024 por: Francielle Gonçalves - Gerente de Serviços de Odontologia, Alessandra Fernandes de Castro - RTD em Saúde Bucal e Viviane Mendes Pereira

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 342 p. :il.
2. Medeiros NH Neves RRA Amorim JNC Mendonça SMS. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – revisão de literatura. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2014; 26(3): 232- 42, set-dez.
3. Porto Alegre. Manual de Regulação Ambulatorial: Material de apoio para regulação ambulatorial. Projeto Integração e Ampliação da Telesaúde para apoio à Regulação na Qualificação do Encaminhamento Ambulatorial. 2017.
4. Roberts HW, Mitnisky EF. Cardiac risk stratification for post myocardial infarction dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod. 2001;91:676-81.
5. Silvestre F, Miralles L, Tamarit C, Gascon R. Dental management of the patient with ischemic heart disease: an update. Med Oral. 2002 MayJun;7(3):222-30. Review. English, Spanish. 25/09/2018 SEI/GDF - 11784184 – Nota Técnica https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=14659935&infra_sistem... 17/9.



Documento assinado eletronicamente por **ALESSANDRA FERNANDES DE CASTRO - Matr.1434522-6, Referência Técnica Distrital (RTD) Saúde Bucal**, em 28/11/2024, às 15:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FRANCIELLE GONCALVES - Matr.1434538-2, Gerente de Serviços de Odontologia**, em 28/11/2024, às 15:54, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GABRIELA CAMARGO DE PAULA CARDOSO - Matr.1666110-9, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 29/11/2024, às 13:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA OLIVEIRA SOARES - Matr.0190332-2, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 05/12/2024, às 18:32, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 09/12/2024, às 13:43, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIMIR HENRIQUE PESSOA MAIA - Matr.0145146-4, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 18/12/2024, às 11:34, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0verificador=154462376)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0verificador=154462376)
verificador= **154462376** código CRC= **B39BC75E**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - CEP 7071904-0 - DF
Telefone(s):
Site - www.saude.df.gov.br

00060-00499436/2024-14

Doc. SEI/GDF 154462376