



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE LAGES
SECRETARIA DA SAÚDE

P R E F E I T U R A D E



LAGES

PROTOCOLO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO EM *odontologia*

P R E F E I T U R A D E



LAGES

SECRETARIA DA SAÚDE



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE LAGES
SECRETARIA DA SAÚDE

P R E F E I T U R A D E



PROTOCOLO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PREFEITURA DE LAGES

Prefeita – Carmen Emília Bonfá Zanotto

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretária Municipal da Saúde – Susana Zen

Gerente de Regulação – Juliana Hining da Silva

ELABORAÇÃO

Diretor de Saúde Bucal – Gabriel Migliorini

Gerente de Saúde Bucal da Atenção Especializada – Tatiana Telo Marin

Reguladora – Renata Couto de Arruda Bunn

APOIO E REVISÃO

Gerente de Saúde Bucal da Atenção Primária – Edinara Nogueira dos Anjos

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais da saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Lages pela contribuição na elaboração do Protocolo Municipal de Regulação em Odontologia.

LAGES/SC, 2025



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	CRITÉRIOS GERAIS PARA REFERÊNCIA	5
2.1	Centro de especialidades odontológicas (CEO)	5
2.2	Rede credenciada ao sistema único de saúde (SUS)	6
3	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CEO)	7
4	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA.....	10
5	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA.....	13
6	REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS	15
7	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ODONTOPEDIATRIA.....	19
8	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS DE CLÍNICO GERAL (ÁREAS DESCOBERTAS).....	21
9	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE LASERTERAPIA	22
10	REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PRÓTESE DENTAL	24
11	AMBULATÓRIOS HOSPITALARES LAGES	26
11.1	Hospital Infantil Seara do Bem (HISB)	26
11.2	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)	26
12	AMBULATÓRIOS HOSPITALARES - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)	28
12.1	Hospital Santa Clara (Otacílio Costa/SC)	29
12.2	Hospital de Caridade Coração de Jesus (São Joaquim/SC)	31
13	EXAMES RADIOLÓGICOS EXTRABUCAIS	33
13.1	Radiografia panorâmica	33
13.2	Tomografia computadorizada.....	33
13.3	Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular	35
14	EXAMES RADIOLÓGICOS INTRABUCAIS	37
14.1	Radiografia periapical	37
14.2	Radiografia interproximal (Bite-wing)	37
14.3	Radiografia oclusal	38
15	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO.....	39
16	OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA.....	40



1 INTRODUÇÃO

A elaboração do Protocolo Municipal de Regulação em Odontologia do município de Lages, Santa Catarina, tem como principal objetivo organizar e padronizar os encaminhamentos para consultas de média complexidade, realizadas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e para atendimentos de alta complexidade nos hospitais. O protocolo também abrange exames e próteses dentárias realizados pela rede privada conveniada à Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo do protocolo é assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e priorizar os casos mais urgentes, por meio do estabelecimento de critérios claros de inclusão, exclusão e classificação de risco, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram instituídos pelo Ministério da Saúde em 2004 com a finalidade de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Esses centros operam por meio dos mecanismos de referência, contrarreferência e apoio matricial, buscando superar a fragmentação das ações e garantir a continuidade da atenção em saúde.

O CEO de Lages é credenciado como Tipo III e, além de atender a população local, presta serviços a 12 municípios da Serra Catarinense nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Além dessas especialidades, o CEO oferece atendimento em odontopediatria, dentística, diagnóstico bucal com ênfase no rastreamento e diagnóstico do câncer de boca, atendimento a portadores de necessidades especiais e laserterapia, serviços exclusivos para o município de Lages.

Contamos também com o suporte da rede hospitalar para casos de maior complexidade, representada localmente pelo Hospital Nossa Senhora dos Prazeres e pelo Hospital Infantil Seara do Bem. Em âmbito regional, por meio do setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), dispomos do apoio do Hospital Santa Clara, no município de Otacílio Costa, e do Hospital de Caridade Coração de Jesus, em São Joaquim.



2 CRITÉRIOS GERAIS PARA REFERÊNCIA

2.1 Centro de especialidades odontológicas (CEO)

O fluxo de encaminhamento para o CEO deverá ser realizado pelas equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde (APS), nos casos mais complexos, isto é, aqueles casos em que não tem condições de ser resolvidos nas unidades de saúde, através do sistema de regulação (SISREG). Inserir para a primeira consulta utilizar a cor azul, incluindo dados clínicos detalhados que justifiquem a referência e permitam a adequada regulação. Somente serão aceitas solicitações realizadas por profissionais da rede pública (SUS).

Nos casos em que o encaminhamento for feito por um profissional do CEO para outra especialidade, o solicitante registrado no SISREG deve ser o próprio profissional do CEO responsável pelo encaminhamento, e não o profissional que apenas inseriu a solicitação no sistema.

O paciente em tratamento na unidade de saúde, para ser encaminhado aos serviços especializados deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival). Exames laboratoriais e/ou de imagem podem ser encaminhados para os seguintes e-mails:

- ceo@saudelages.sc.gov.br
- cirurgia.ceo@saudelages.sc.gov.br
- endodontia.ceo@saudelages.sc.gov.br
- periodontia.ceo@saudelages.sc.gov.br
- pne.ceo@saudelages.sc.gov.br
- odontopediatria.ceo@saudelages.sc.gov.br
- dentistica.ceo@saudelages.sc.gov.br

Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento.

O CEO será responsável pelas consultas de retorno dos pacientes. Nos casos em que o paciente não comparecer na consulta agendada, ou seja, falta injustificada,



o mesmo terá que realizar uma nova consulta com o clínico geral da APS para ser inserido para a especialidade novamente.

Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção. O profissional do CEO deverá realizar contrarreferência contendo identificação, diagnóstico e tratamento realizados. Além de registrar as informações no prontuário eletrônico, para continuidade do cuidado.

2.2 Rede credenciada ao sistema único de saúde (SUS)

As solicitações para os serviços de prótese dentária, exames de imagem (radiografia, tomografia e ressonância), exame anatomopatológico e oxigenoterapia hiperbárica devem, obrigatoriamente, ser originadas de encaminhamentos realizados por profissionais do SUS, vinculados às unidades de saúde, centros de especialidades odontológicas ou hospitais da rede pública. Encaminhamentos provenientes da rede privada não serão aceitos.



3 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIAZADOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CEO)

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia – Cirurgia Buco-Maxilo Facial**. Inserir para opção regulação. Faixa etária a partir de 12 anos. Descrever detalhadamente dados clínicos, procedimentos já realizados, resultados de exames laboratoriais e/ou de imagem, e condições sistêmicas.

Para exodontias, disfunções temporomandibulares e suspeita de lesões ósseas, recomenda-se sempre solicitar radiografia panorâmica. Além disso, é fundamental avaliar as condições sistêmicas do paciente. Caso ele esteja compensado, o procedimento pode ser realizado com segurança. Porém, se não estiver, deve ser encaminhado ao médico para estabilização antes da intervenção odontológica.

Critérios de inclusão

- Apicectomia (com tratamento endodôntico prévio);
- Biópsias;
- Cirurgia pré-protética (hiperplasias de tecido mole e regularização de rebordos ósseos);
- Correção de bridas musculares;
- Diagnóstico de disfunção temporo-mandibular;
- Excisão de cálculo de glândula salivar;
- Excisão de fenômenos de retenção salivar;
- Exodontia de dentes anquilosados;
- Exodontia de dentes inclusos e semi-inclusos;
- Exodontia de dentes supranumerários inclusos;
- Exodontia múltipla com alveoloplastia por hemi-arco;
- Pacientes com indicação de frenectomia a partir dos 12 anos;
- Raízes residuais com insucesso de exodontia prévia;
- Remoção de cisto;



-
- Remoção de tórus e exostoses;
 - Tratamento clínico das nevralgias faciais.

Critério de exclusão

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica, com exceção de terceiros molares);
- Raiz residual sem tentativa prévia de exodontia na unidade de saúde;
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO CIRURGIA	
Alta	• Lesões ósseas de estruturas diversas na maxila ou mandíbula; • Pacientes oncológicos, de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos; • Candidatos a transplantes; • Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas ciano gênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta; • Pacientes com febre reumática ou histórico de endocardite infecciosa; • Pacientes com lesões positivas ao teste com azul de toluidina (suspeita de malignidade), com indicação de biópsias do complexo maxilo-mandibular; Observação: Todas as condições sistêmicas descritas anteriormente, devem ser comprovadas mediante laudo médico e/ou resultados de exames.
Média	• Gestante; • Alterações benignas de tecidos moles do complexo maxilo-mandibular; • Terceiro molar com comprometimento pulpar; • Terceiro molar causando alterações no segundo molar; • Raízes residuais com tentativa de exodontia prévia; • Paciente com avaliação prévia da especialidade PNE ou cirurgião-dentista da APAE; • Disfunção temporomandibular; • Frenectomia em pacientes acima dos 12 anos; • Regularização de rebordo com finalidade protética; • Idosos a partir dos 70 anos; • Pacientes menores de 15 anos, com indicação exodontia de terceiros molares; • Pacientes provenientes do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA).
Baixa	• Demais casos com necessidade cirúrgicos que apresentam os pré-requisitos de encaminhamentos no CEO.



4 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia - Endodontia**. Inserir para opção regulação. Faixa etária a partir de 6 anos.

Requisitos básicos para a referência

- Preferencialmente com radiografia inicial;
- Antes de encaminhar o paciente para o CEO, o dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar vitalidade pulpar;
- Preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, acesso, curativo de demora e selamento provisório;
- Avaliar condições de receber isolamento absoluto;
- Avaliar a possibilidade de restauração após o tratamento endodôntico;
- Se o elemento necessitar de reabilitação protética, orientar o paciente que o tratamento não é oferecido no SUS;
- Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a apicificação;
- Descrever no encaminhamento os casos de abscessos agudos de repetição de origem endodôntica (pelo menos três atendimentos recorrentes evoluídos no prontuário com intervalo entre os mesmos), para classificação de prioridade;
- Terceiros molares podem ser encaminhados desde que apresentem um prognóstico favorável, examinado através de radiografia periapical, demonstrando viabilidade de preparo dos canais radiculares, permitindo acesso adequado para isolamento e instrumentação, possuam antagonista e apresentem ausência de primeiro ou segundo molar no quadrante correspondente.

Critérios de inclusão

- Comprometimento pulpar devido trauma dental;



- Dentes com lesão apical de origem endodôntica ou lesão endo-perio constatada radiograficamente;
- Retratamento endodôntico em pacientes sintomáticos;
- Tratamento endodôntico de dentes permanentes.

Critérios de exclusão

- Avaliar, previamente ao encaminhamento, a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal.
- Dentes com envolvimento de furca grau 3, com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical.
- Coroa destruída abaixo do nível ósseo, sem condições de receber isolamento absoluto;
- Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito.

IMPORTANTE

- Dente com evidência clínica de abscesso com tumefação facial e ou dor, realizar a devida intervenção e medicação anti-infecciosa com o intuito de aliviar os sintomas do paciente antes de encaminhá-lo ao serviço especializado. Nestes casos o CD deve acompanhar o quadro clínico do paciente até a consulta do especialista.
- As emergências (com dores agudas) pós tratamentos endodônticos devem ser encaminhados para o serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado, em consulta de retorno no período de 30 dias, sendo essa agendada diretamente pelo CEO.
- Após conclusão do tratamento endodôntico o selamento provisório de eleição será o ionômero de vidro, sem o uso de algodão.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO ENDODONTIA	
Alta	• Pacientes oncológicos, de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos; • Candidatos a transplantes; • Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas ciano gênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta; • Pacientes com febre reumática ou histórico de endocardite infecciosa; • Abscessos agudos de repetição de origem endodôntica (pelo menos três atendimentos recorrentes evoluídos no prontuário com intervalo entre os mesmos); Observação: Todas as condições sistêmicas descritas anteriormente, devem ser comprovadas mediante laudo médico e/ou resultados de exames.
Média	• Trauma dental recente (30 dias); • Gestantes; • Crianças até 12 anos (dentes permanentes); • Adolescentes até 17 anos; • Dentes anteriores (estéticos) e/ou pilares de prótese parcial removível; • Idoso a partir dos 70 anos; • Paciente com avaliação prévia da especialidade PNE ou cirurgião-dentista da APAE; • Pacientes provenientes do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA).
Baixa	• Demais casos com necessidades de tratamento endodôntico que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.



5 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia - Periodontia**. Inserir para opção regulação. Faixa etária a partir de 12 anos.

Requisitos básicos para a referência

- O paciente em tratamento na unidade de saúde, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supragengival).
- Avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento.
- O tratamento das urgências periodontais (processo periodontal agudo) deverá ser realizado preferencialmente nas unidades de saúde.
- A manutenção do tratamento realizado no CEO, deverá ser feita nas unidades de saúde.
- Nos casos de encaminhamento para aumento de coroa clínica, é necessário o envio de radiografia interproximal para dentes posteriores e radiografia periapical para dentes anteriores.

Critérios de inclusão

- Tratamento de periodontite;
- Necessidade de tratamento não cirúrgico em bolsas periodontais;
- Aumento de coroa clínica, para permitir confecção de restaurações e adaptação de grampo para isolamento absoluto.

Critérios de exclusão

- Usuários sem adequação do meio bucal;
- Dentes com acentuada mobilidade horizontal e vertical (grau III);
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO PERIODONTIA	
Alta	• Pacientes oncológicos, de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos; • Candidatos a transplantes; • Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas ciano gênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta; • Pacientes com febre reumática ou histórico de endocardite infecciosa; • Abscessos periodontais de repetição em que não houve sucesso na terapia básica na APS; • Doenças periodontais necrosantes; Observação: todas as condições sistêmicas descritas anteriormente, devem ser comprovadas mediante laudo médico e/ou resultados de exames.
Média	• Gestantes; • Aumento de coroa clínica com finalidade restauradora; • Dentes com mobilidade; • Perda óssea; • Pacientes provenientes do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA).
Baixa	• Demais casos com necessidades de tratamento periodontal que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.



6 REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia – Paciente com Necessidade Especial**. Inserir para opção regulação. Todas faixas etárias.

Paciente com necessidades especiais ou paciente atípico é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada. Ou seja, não diz respeito apenas às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que, por sua vez, não necessariamente, precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.

Requisitos básicos para a referência

- A porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais é sempre a unidade de saúde;
- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
- Avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;
- Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades de saúde. Quando necessário, deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, constando datas de tentativas de atendimento, ou o motivo que impossibilitou o mesmo, justificando a referência.



- Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas unidades de saúde. Este critério torna-se fundamental para o conforto e facilidade de acesso ao tratamento por parte do paciente, visto que a US de acolhimento acerca sua residência.

Critérios de inclusão

- Pacientes que passaram pela unidade de saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência visual ou auditiva ou física quando associado a alteração de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas a alteração de comportamento;
- Paciente com distúrbio neurológico severo (ex. paralisia cerebral de qualquer classificação e lesões cerebrais permanentes);
- Pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) em qualquer nível de suporte;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional;
- Gestantes de áreas descobertas de equipe de saúde bucal.

Critério de exclusão

- Gestantes de áreas cobertas por equipe de saúde bucal;



-
- Pacientes com patologias sistêmicas crônicas e outras, quando não associadas a alteração de comportamento;



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	
Alta	• Pacientes oncológicos, de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos; • Candidatos a transplantes; • Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas ciano gênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta; • Pacientes com febre reumática ou histórico de endocardite infecciosa; Observação: Todas as condições sistêmicas descritas anteriormente, devem ser comprovadas mediante laudo médico e/ou resultados de exames.
Média	• Gestantes; • Paciente com transtorno do espectro autista (TEA); • Paciente com distúrbio neurológico severo (ex. paralisia cerebral de qualquer classificação e lesões cerebrais permanentes); • Pacientes provenientes do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA).
Baixa	• Demais casos com necessidades de tratamento que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.



7 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ODONTOPEDIATRIA

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia - Pediatria**. Inserir para opção regulação. Faixa etária de 0 a 12 anos.

O encaminhamento poderá ser realizado pelo clínico geral das unidades de saúde, e também pelas equipes de áreas descobertas de saúde bucal nos seguintes bairros: Centro (área 66 e 48), Vila Nova, Caça e Tiro (áreas 6 e 7), Frei Rogério (área 28) e São Francisco (área 29). Localidades do interior (áreas 42 e 43), e para território do Centro e Brusque não cobertos por unidade de saúde, a referência para encaminhamento é a Policlínica Municipal.

Critérios de inclusão

- Avaliação para indicação de frenectomia nos casos de anquiloglossia;
- Necessidade de endodontia de dentes decíduos;
- Paciente de difícil manejo com alta incidência de cárie dentária (após duas tentativas frustradas de atendimentos na unidade de saúde);
- Pacientes pediátricos de áreas descobertas de equipes de saúde bucal.

Critérios de exclusão

- Frenectomia (encaminhar através do SISREG para atendimento no Hospital Infantil Seara do Bem);
- Criança com alteração de comportamento, sem tentativa previa de condicionamento;
- Pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão da especialidade de pacientes com necessidades especiais.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO ODONTOPEDIATRIA	
Alta	• Pacientes oncológicos, de cabeça e pescoço, pré-terapêuticos e cirúrgicos; • Candidatos a transplantes; • Pacientes portadores de alterações cardíacas congênitas ciano gênicas, próteses valvares cardíacas, prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar moderada a grave (confirmada em ecografia), válvula aorta bicúspide, coartação da aorta; • Pacientes com febre reumática ou histórico de endocardite infecciosa; • Histórico de trauma dental; • Paciente com idade até 5 anos, com difícil manejo e alta incidência de cárie dentária (após duas tentativas de atendimentos sem sucesso); • Abscessos recorrentes; • Anquiloglossia.
Média	• Pacientes com idade acima de 5 anos, com difícil manejo e alta incidência de cárie dentária (após duas tentativas de atendimentos sem sucesso); • Endodontia de decíduos; • Pacientes provenientes do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA).
Baixa	• Demais casos com necessidades de tratamento que apresentam os pré-requisitos de inclusão no CEO.



8 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS DE CLÍNICO GERAL (ÁREAS DESCOBERTAS)

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia – Dentística**. Agendar com vagas em tela ou inserir para opção fila de espera. Faixa etária a partir dos 13 anos.

O encaminhamento poderá ser realizado pelas unidades de saúde que não dispõem de cobertura da equipe de saúde bucal nos seguintes bairros: Centro (área 66 e 48), Vila Nova, Caça e Tiro (áreas 6 e 7), Frei Rogério (área 28) e São Francisco (área 29). Localidades do interior (áreas 42 e 43), e para território do Centro e Brusque não cobertos por unidade de saúde, a referência para encaminhamento é a Policlínica Municipal.

Unidades que eventualmente ficarem sem cobertura da equipe de saúde bucal poderão, a critério da secretaria, ter a opção liberada por um período determinado.



9 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE LASERTERAPIA

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Odontologia – Laserterapia**. Inserir para opção regulação. Todas faixas etárias. Serviço exclusivo para pacientes residentes no município de Lages/SC.

Os encaminhamentos devem seguir os critérios de inclusão estabelecidos para o serviço. Somente solicitações feitas por profissionais da rede pública (SUS) serão aceitas. Encaminhamentos particulares deverão, obrigatoriamente, passar por avaliação odontológica em uma unidade de saúde ou por avaliação de profissional de nível superior (enfermeiro ou médico), nas localidades onde não houver equipe de saúde bucal.

Critérios de inclusão

- DTM;
- Paralisia facial periférica;
- Trismo;
- Parestesia;
- Pericoronarite de repetição, com mais de dois episódios;
- Xerostomia;
- Candidíase em pacientes imunocomprometidos;
- Herpes simples recorrente;
- Estomatite aftosa;
- Líquen plano;
- Reimplante dentário;
- Mucosite oral;
- Nevralgia do trigêmeo;
- Pacientes com alterações decorrentes de tratamento oncológico;



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO LASERTERAPIA	
Alta	• Avulsão dental; • Mucosite oral; • Nevralgia do trigêmio; • Paciente oncológico.
Média	• Candidíase em pacientes imunocomprometidos; • Herpes simples recorrente; • Estomatite aftosa; • Líquen plano.
Baixa	• DTM; • Paralisia facial periférica; • Trismo; • Parestesia; • Pericoronarite de repetição (mais de 2 episódios); • Xerostomia.



10 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PRÓTESE DENTAL

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Grupo – Consulta em Odontologia Prótese Dentária**. Inserir para opção regulação. Faixa etária a partir de 15 anos. As próteses são realizadas em clínicas privadas, conveniadas a secretaria da saúde.

O profissional solicitante deverá realizar o exame clínico prévio e, no encaminhamento, descrever as características do rebordo alveolar, incluindo histórico de tratamentos anteriores relacionados a lesões ósseas, mucosa, gengiva ou anexos orais, bem como informar se houve exodontia recente.

Critérios de inclusão

- Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas arcadas;
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese;
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou de anexos orais.

Critérios de exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a consequente confecção e uso da prótese.
- Presença de elementos dentários que possam ser devidamente restaurados ou tratados de forma convencional e que garantam uma condição estética e/ou funcional ao usuário.

Documentos necessários

- Preencher formulário B-PAI, entregar duas vias impressas para o paciente, conforme os seguintes códigos:
 - Prótese Total Maxilar (Código 07.01.07.0137)
 - Prótese Total Mandibular (Código 07.01.07.129)
- Guia autorizada do SISREG: O cirurgião-dentista deverá realizar o monitoramento das próteses fornecidas, avaliando sua qualidade, adaptação e orientando o paciente quanto à forma correta de higienização.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO PRÓTESE DENTAL	
Alta	• Usuários edêntulos totais sem nenhuma prótese; • Usuários em situação de vulnerabilidade social e com necessidade de prótese de urgência.
Média	• Usuários que já tenham sido submetidos à cirurgia pré-protética; • Usuários que possuem próteses, mas relata dores articulares, dificuldade de mastigação, traumas em mucosas.
Baixa	• Usuários edêntulos totais em uso de próteses totais antigas e com comprometimento estético.



11 AMBULATÓRIOS HOSPITALARES LAGES

11.1 Hospital Infantil Seara do Bem (HISB)

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Cirurgia Buco-maxilo**. Inserir como regulação. Faixa etária até 14 anos.

Critérios de inclusão

- Pacientes pediátricos com indicação de frenectomia até 11 anos;
- Tratamento odontológico com sedação ou anestesia geral em pacientes com necessidades especiais;
- Abordagem cirúrgica das patologias bucomaxilofaciais;
- Trauma facial;
- Infecções odontogênicas graves;
- Remoção de elementos inclusos ou impactados até 14 anos;
- Fissura labiopalatina.

11.2 Hospital Nossa Senhora dos Prazeres (HNSP)

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Consulta em Cirurgia Buco-maxilo Facial – Adulto**. Inserir como regulação. Faixa etária a partir de 15 anos.

Critérios de inclusão

- Traumas e fraturas em face;
- Ferimento por arma de fogo.

O profissional solicitante deve descrever a necessidade deste atendimento hospitalar nos dados clínicos.



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO AMBULATÓRIOS
HOSPITALARES**

Alta

- Traumas e fraturas em face;
- Infecções odontogênicas graves;
- Ferimento por arma de fogo;
- Fissura labiopalatina.

Média

- Abordagem cirúrgica das patologias bucomaxilofaciais;
- Pacientes pediátricos com indicação de frenectomia.

Baixa

- Tratamento odontológico com sedação ou anestesia geral em pacientes com necessidades especiais.



12 AMBULATÓRIOS HOSPITALARES - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Os encaminhamentos para os ambulatórios hospitalares são realizados através do setor de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), mediante requisição de cirurgião-dentista da APS ou CEO, contendo dados clínicos que justifiquem a solicitação. Opção Consulta em Buco-maxilo Facial. A regulação é realizada pela Regional de Saúde de Lages.

Os critérios de inclusão estão estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), em documento enviado contendo as patologias atendidas e procedimentos realizados.

Os profissionais devem encaminhar os exames de imagem para os e-mails: cirurgiaseletivassantaclara@gmail.com ou cirurgiaseletivas@hospitaldesaojoaquim.com.br. Caso o paciente possua versão física, deverá levar no dia da consulta.



12.1 Hospital Santa Clara (Otacílio Costa/SC)



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Gerência de Regulação Ambulatorial

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/ PATOLOGIAS ATENDIDAS

1. Nome do hospital e CNES: HOSPITAL SANTA CLARA - 2300486
2. Nome do profissional executante: JEFFERSON VIAPIANA PAES
3. Contato do coordenador do serviço (telefone e/ou e-mail): SUELI MOREIRA 32752111 cirurgiaseletivassantaclara@gmail.com
4. Assinalar abaixo a faixa etária dos pacientes que serão atendidos: ☐ Pediátrico (até 14 anos incompletos) X Adulto
5. Nome da Especialidade/ Agenda SISREG: Consulta em cirurgia BUCOMAXILO
6. Descrever os procedimentos/patologias que serão atendidos pelo profissional: - ALVEOPLASTIA COM ENXERTO OSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL - ARTOPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO) - ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR - EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR - EXCISÃO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALIO - GLOSSECTOMIA PARCIAL - LABIOPLASTIA PARA REDUÇÃO OU CORREÇÃO DA HIPERTROFIA DO LABIO - LABIOPLASTIA SECUNDARIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL - LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPO - MAXILECTOMIA PARCIAL - OSTEOPLASTIA FRONTO / ORBITAL - OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA - OSTEOSINTESE DE FRATURA BILATERAL DO CONDILO MANDIBULAR - OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO MAXILAR - OSTEOSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA - OSTEOTOMIA CRANIO FACIAL - OSTEOTOMIA CRANIO FACIAL COMPLEXA ANOMALIA CRANIO E



BUCOMAXILOFACIAL
- OSTEOTOMIA DA MAXILA
- PALATOPLASTIA PRIMARIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E
BUCOMAXILOFACIAL
- PALATOPLASTIA SECUNDARIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E
BUCOMAXILOFACIAL
-RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO LABIAL
- RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA / MAXILA
- RECONSTRUÇÃO TOTAL DA MANDIBULA/MAXILA
- RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA
-RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LABIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIO E
BUCOMAXILOFACIAL
-RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LABIO
- RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ
- RESECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR
- RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA
- RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E
BUCOMAXILOFACIL
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
- TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS E CISTOS OROMAXILARES
- TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM
ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL
-TRATAMENTO CIRURGICO DE MACROSTOMIA / MICROSTOMIA POR ANOMALIA
CRANIOFACIAL
- TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA ODONTOMA / OUTRAS LESÕES
ESPECIFICADAS
- TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE
7. DATA DAS INFORMAÇÕES: 27/06/2024



12.2 Hospital de Caridade Coração de Jesus (São Joaquim/SC)



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Gerência de Regulação Ambulatorial

PROCEDIMENTOS REALIZADOS/ PATOLOGIAS ATENDIDAS

1. Nome do hospital e CNES: HOSPITAL DE CARIDADE CORAÇÃO DE JESUS - 2300516
2. Nome do profissional executante: JOAO VICTOR SILVA BETT
3. Contato do coordenador do serviço (telefone e/ou e-mail): (49) 99114-8344 – cirurgiaseletivas@hospitaldesaojoaquim.com.br
4. Faixa etária dos pacientes que serão atendidos: ☐ Pediátrico (até 14 anos incompletos) ☒ Adulto
5. Nome da Especialidade/ Agenda SISREG: CONSULTA EM BUCO-MAXILO FACIAL
6. Lista dos procedimentos realizados: 0414010256 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA ORO-SINUSAL/ORO-NASAL 0414010272 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CUTANEA DE ORIGEM DENTARIA 0414010329 - TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR 0414010345 - EXCISAO DE CALCULO DE GLANDULA SALIVAR 0414010361 - EXERESE DE CISTO ODONTOGENICO E NAO-ODONTOGENICO 0414010388 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA INTRA/EXTRAORAL 0414020022 - APICECTOMIA COM OU SEM OBTURACAO RETROGRADA 0414020030 - APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE) 0414020049 - CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES 0414020049 - CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR 0414020065 - CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR 0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL 0414020120 - EXODONTIA MULTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE 0414020200 - MARSUPIALIZACAO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS 0414020243 - REIMPLANTE DENTAL E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) 0414020278 - REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO)



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Gerência de Regulação Ambulatorial

0414020294 - REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES
0414020367 - TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL
0414020413 - TRATAMENTO ODONTOLOGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

7. DATA DAS INFORMAÇÕES:

09/01/2025



13 EXAMES RADIOLÓGICOS EXTRABUCAIS

13.1 Radiografia panorâmica

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Panorâmica de Mandíbula – Ortopantografia**. Inserir para opção regulação. Todas faixas etárias. Fornece uma visão completa das estruturas dentárias e ósseas da região maxilomandibular. Solicitação deve ser realizada sempre após exame clínico, descrevendo os achados e indicação da realização do exame.

Indicações

- Avaliação da posição e morfologia de dentes semi-inclusos ou inclusos;
- Avaliação das articulações temporomandibulares;
- Avaliação de múltiplas raízes residuais;
- Análise de patologias intraósseas (cistos, tumores ou infecções);
- Análise e acompanhamento de trauma dento-maxilo-facial;
- Avaliação dos padrões de erupção e desenvolvimento maxilo-facial;
- Observação do suporte ósseo periodontal em casos de periodontite generalizada;

Critérios de exclusão:

- Detecção de cárie;
- Identificação de condições pulpares e lesões periapicais;
- Análise de restaurações infiltradas ou desadaptadas;
- Pacientes que não consigam se manter ereto e/ou sentados (em radiografias extrabuciais), pacientes com movimentos involuntários de cabeça e pacientes não colaborativos.

13.2 Tomografia computadorizada

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), **Grupo – Tomografia Computadorizada**, selecionar **Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Articulações Temporo-Mandibulares (020601044)**. Inserir para opção regulação. Todas faixas etárias.



Na solicitação, descrever de forma clara os achados clínicos e a indicação para a realização do exame, incluindo o laudo de exames radiográficos já realizados (se houver). Preencher o formulário B-PAI e entregar duas vias impressas ao paciente. Quanto a quantidade de exames solicitados no formulário, marcar 1 (um) exame para hemiarcada direita ou esquerda. Marcar 2 (dois) exames para ambos os lados.

A solicitação de tomografia deve ser feita pelo especialista do CEO ou por profissional do hospital. Excepcionalmente, quando o profissional da APS considerar o exame indispensável para a condução do tratamento na unidade de saúde, deverá encaminhar uma justificativa técnica adequada para análise e possível autorização

Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

Indicações

- Localização de dentes inclusos;
- Identificação da relação entre dentes inclusos e acidentes anatômicos;
- Localização, delimitação e classificação de trincas e fraturas;
- Detecção de anomalias na Articulação Temporomandibular (ATM);
- Auxílio no diagnóstico e na delimitação de lesões patológicas;
- Avaliação de pacientes com fissura palatina.
- Presença de múltiplas lesões cariosas com indicação de exodontia;



13.3 Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), **Grupo – Ressonância Magnética**, selecionar **Ressonância Magnética D/ Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral) (0207010021)**. Inserir para opção regulação. Todas as faixas etárias. Solicitação exclusiva dos cirurgiões-dentistas do CEO e Ambulatório Hospitalar.

Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso das articulações temporo-mandibulares.

Todas as solicitações de ressonância serão analisadas e reguladas por profissional médico, conforme os critérios clínicos estabelecidos.

Indicações

- Diagnóstico de alterações nos tecidos moles da articulação temporomandibular (ATM);
- Avaliação da condição óssea (cortical e medular), presença de degenerações discais, quantidade de fluido sinovial e integridade dos tecidos retrodiscais;
- Identificação de traumatismos articulares;
- Investigação de possíveis derrames articulares;
- Detecção de fraturas ocultas;
- Análise de alterações em partes moles, incluindo lesões ligamentares e envolvimento neural.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO EXAMES RADIOLÓGICOS EXTRABUCAIS	
Alta	• Suspeita de fraturas dentárias e ósseas; • Casos complexos e doenças degenerativas da ATM; • Cistos e tumores; • Fissura palatina.
Média	• Tomografia para fins endodônticos; • Pericoronarite; • Abscessos odontogênicos; • Indicação de exodontias com finalidade protética.
Baixa	• Radiografia para exodontia por motivos ortodônticos; • Avaliação dos padrões de erupção e desenvolvimento maxilo-facial; • Todos os demais casos.



14 EXAMES RADIOLÓGICOS INTRABUCAIS

14.1 Radiografia periapical

Encaminhamento através do sistema de regulação (SISREG), opção **Radiografia Peri-Apical, Interproximal (Bite-Wing)**. Exames não são regulados, agendados para vagas em tela, na ausência enviar como fila de espera. Todas faixas etárias. Ambas devem ser solicitadas somente após exame clínico. Enviar requisição descrevendo dados clínicos, elementos dentais e radiografia desejada.

Indicações

- Doença periodontal (avaliação de regiões específicas / localizadas);
- Traumas e fraturas dentais;
- Lesões patológicas periapicais, mineralizações, nódulos pulpares, forma da câmara pulpar e dos condutos radiculares;
- Anomalias dentárias;
- Reabsorções radiculares internas e externas;
- Estudo das relações anatômicas entre dentição decídua e permanente;
- Inclusões dentárias e patologias ósseas circunvizinhas ao órgão dentário;

Contraindicações

- Perda óssea generalizada;
- Cáries na superfície proximal;
- Terceiros molares semi-inclusos e inclusos (devido à dificuldade de posicionamento da película radiográfica);
- Levantamento periapical envolvendo mais de 5 radiografias (solicitar radiografia panorâmica).

14.2 Radiografia interproximal (Bite-wing)

Indicações

- Faces interproximais dos dentes posteriores e da crista óssea alveolar;
- Cárie oclusal e interproximal;
- Adaptações marginais de restaurações (excessos ou faltas);



-
- A presença de lesões periodontais, já apresentando comprometimento das estruturas ósseas, com destruição da crista óssea alveolar.

Contraindicações

- Perda óssea generalizada;
- Cárie profunda com suspeita de envolvimento pulpar.

14.3 Radiografia oclusal

Indicações

- Avaliar regiões maiores da maxila e da mandíbula;
- Localização de raízes ou fragmentos dentários retidos;
- Localização de dentes inclusos;
- Verificação de dentes supranumerários;
- Lesões císticas, ósseas e neoplásicas;
- Cálculos nas glândulas salivares.



15 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Material coletado em biópsia pelo especialista no Centro de Especialidades Odontológico (CEO), deve ser encaminhado através do sistema de regulação (SISREG), Grupo Anatomopatologia e Citopatologia, opção **Exame Anatomicopatológico P/ Congelamento / Parafina (Exceto Colo Uterino e Mama (0203020030))**. Inserir como vaga em tela (Data fictícia), para os laboratórios disponíveis.



16 OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA

Encaminhamento para **Consulta em Cirurgia Vascular – Oxigenoterapia Hiperbárica (Código 0301010072)** deve ser realizado por meio do SISREG. É imprescindível que a solicitação contenha dados clínicos detalhados que justifiquem a necessidade do procedimento, a fim de subsidiar a avaliação e priorização pela regulação. Serviço exclusivo para pacientes residentes no município de Lages/SC.

A indicação é voltada para pacientes com idade a partir de 16 anos. Ressalta-se que a solicitação é de competência exclusiva dos cirurgiões-dentistas bucomaxilofaciais vinculados ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou ao Hospital.

Todas as solicitações de oxigenioterapia hiperbárica serão analisadas e reguladas por profissional médico, conforme os critérios clínicos estabelecidos.

Indicações

- Osteorradionecrose dos maxilares;
- Osteomielite crônica refratária;
- Infecções necrosantes cervicofaciais (ex: fascíte necrosante);
- Complicações pós-operatórias em pacientes irradiados;
- Preparação para cirurgia bucomaxilofacial em pacientes irradiados.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: [[Base Legislação da Presidência da República - Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012](#)]. Acesso em: [jun. 2025].

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os diversos serviços do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: [[Ministério da Saúde](#)]. Acesso em: [jun. 2025].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos da Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MUNICÍPIO DE BLUMENAU. Recomendações para referência e contra-referência aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Blumenau: Prefeitura Municipal de Blumenau.

MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS. *Protocolo de acesso odontologia Florianópolis*. Florianópolis, 2018. Disponível em: [[Secretaria Municipal de Saúde](#)]. Acesso em: jun.2025.