

**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA**



**SAÚDE**

**ICA 160-34**

**ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL NO  
SISAU**

**2021**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**



**SAÚDE**

**ICA 160-34**

**ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE BUCAL NO  
SISAU**

**2021**





**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**

**PORTARIA DIRSA Nº 158/SECSARAM, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2021.**

Aprova a reedição da ICA 160-34  
“Atividades de Odontologia no Sistema  
de Saúde da Aeronáutica” com alteração  
do título para “Atenção Integral em  
Saúde Bucal no SISAU”.

**O DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**, no uso das atribuições previstas na NSCA 5-1, aprovada pela Portaria nº 1444/DLE, de 24 de julho de 2014, e tendo em vista o disposto no Art. 10º, no inciso VIII do Regulamento da Diretoria de Saúde, aprovado pela Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020, resolve:

Art. 1º Aprovar a reedição da ICA 160-34, com alteração do título “Atividades de Odontologia no Sistema de Saúde da Aeronáutica” para “Atenção Integral em Saúde Bucal no SISAU”, que com esta baixa.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor em 03 de janeiro de 2021.

Art. 3º Revoga-se a Portaria DIRSA nº17/SECSDTEC, de 28 de outubro de 2019, que aprovou a reedição da ICA 160-34, publicada no Boletim do Comando da Aeronáutica nº 207, de 13 de novembro de 2019.

**Maj Brig Med WALTER KISCHINHEVSKY**  
Diretor da DIRSA

(Publicada no BCA nº 234, de 22 de dezembro de 2021)



## **PREFÁCIO**

Esta Instrução destina-se a estabelecer normas e bases técnicas para atuação dos profissionais de Odontologia nas Organizações de Saúde do Comando da Aeronáutica.

O detalhamento aqui descrito visa definir as atividades profissionais do efetivo de Oficiais Dentistas alocados nas Organizações de Saúde, bem como servir de suporte no planejamento e implementação das atividades de Odontologia, visando significativa e constante melhoria na qualidade de atendimento aos usuários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).



## SUMÁRIO

<b>1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES .....</b>	<b>9</b>
1.1 <u>FINALIDADE</u> .....	9
1.2 <u>CONCEITUAÇÃO E SIGLAS</u> .....	9
1.3 <u>ÂMBITO</u> .....	10
<b>2 DISPOSIÇÕES GERAIS .....</b>	<b>11</b>
2.1 <u>ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE</u> .....	11
2.2 <u>ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL</u> .....	12
2.3 <u>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)</u> .....	12
2.4 <u>PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL</u> .....	13
2.5 <u>PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL</u> .....	14
2.6 <u>ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</u> .....	15
2.7 <u>TIPOS DE ATENDIMENTO</u> .....	16
<b>3 CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (CAIS) .....</b>	<b>18</b>
3.1 <u>ASPECTOS GERAIS</u> .....	18
3.2 <u>ACOLHIMENTO</u> .....	18
3.3 <u>PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA</u> .....	19
3.4 <u>TRATAMENTO DENTRO DAS LINHAS DE CUIDADO E CICLOS DE VIDA</u> .....	20
<b>4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>26</b>
4.1 <u>INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA</u> .....	26
4.2 <u>INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL</u> .....	26
4.3 <u>INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE ORTODONTIA</u> .....	27
4.4 <u>INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA</u> .....	32
<b>5 ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO .....</b>	<b>35</b>
5.1 <u>DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE</u> .....	35
5.2 <u>SUBDIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (SDAP)</u> .....	36
5.3 <u>SUBDIVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SDAE)</u> .....	36
5.4 <u>SUBDIVISÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SDADT)</u> .....	36
5.5 <u>ÓRGÃOS EXECUTORES</u> .....	36
5.6 <u>COMPOSIÇÃO</u> .....	40
5.7 <u>ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL</u> .....	40
5.8 <u>ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS</u> .....	43

<b>5.9</b>	<b><u>PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS</u></b>	<b>43</b>
<b>5.10</b>	<b><u>SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NAS OSA</u></b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>DISPOSIÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
	<b>Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal</b>	<b>49</b>
	<b>Anexo B -Guia Rápido para avaliação e encaminhamento Ortodôntico</b>	<b>55</b>
	<b>Anexo C - Ficha de Acompanhamento Ortodôntico.</b>	<b>57</b>
	<b>Anexo D - Ficha de Consulta Inicial</b>	<b>58</b>
	<b>Anexo D<sub>1</sub> - Histórico Médico Familiar</b>	<b>59</b>
	<b>Anexo D<sub>2</sub> - Relatório de Retorno de Paciente</b>	<b>60</b>
	<b>Anexo D<sub>3</sub>- Análise de Modelos</b>	<b>62</b>
	<b>Anexo D<sub>4</sub> – Plano de Tratamento</b>	<b>64</b>
	<b>Anexo D<sub>5</sub> – Trabalhos Realizados</b>	<b>65</b>
	<b>Anexo D<sub>6</sub> – ficha de Consulta Inicial</b>	<b>66</b>
	<b>Anexo E - Guia de Referência de Paciente Odontológico</b>	<b>67</b>
	<b>Anexo F - Relatório de Contrarreferência de Paciente</b>	<b>68</b>
	<b>Anexo G - Termo de Orientação e Consentimento Informado</b>	<b>69</b>
	<b>Anexo G1 - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Tratamento Odontológico com Implantes Osseointegrados</b>	<b>71</b>
	<b>Anexo H - Fluxo de Atendimento Odontológico</b>	<b>73</b>

## **1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

### **1.1 FINALIDADE**

A presente ICA tem por finalidade estabelecer instruções a serem observadas pelos Serviços de Odontologia do Sistema de Saúde da Aeronáutica, no que se refere a objetivos, estruturação, constituição, procedimentos e atribuições do pessoal, nos diferentes níveis funcionais e, ainda, o seu relacionamento com a Subdivisão de Atenção Primária (SDAP), a Subdivisão de Atenção Especializada (SDAE) e a Subdivisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SDADT), da Divisão de Atenção à Saúde (DAS), da Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médica-Hospitalar (SARAM), da Diretoria de Saúde (DIRSA).

### **1.2 CONCEITUAÇÃO E SIGLAS**

**1.2.1** Para efeito destas Instruções Normativas foram estabelecidas as seguintes conceituações:

- a) “Standard Edgewise”: técnica ortodôntica que se utiliza de arcos de seção quadrada ou retangular, modelados pelo Dentista para cada paciente.
- b) “Overjet”: trespasse horizontal entre os dentes anteriores superiores e inferiores.
- c) “Overbite”: trespasse vertical entre os dentes anteriores superiores e inferiores.
- d) “Onlay”: restauração que recobre todas as faces de um dente.
- e) “Inlay”: restauração contida entre paredes hígidas de um dente.
- f) Cirurgia oral: atos cirúrgicos ambulatoriais.

#### **1.2.2 SIGLAS**

- a) ASB - Auxiliar em Saúde Bucal.
- b) CEMAL – Centro de Medicina Aroespacial
- c) CFO - Conselho Federal de Odontologia.
- d) CISSFA - Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.
- e) CME - Centro de Material e Esterilização.
- f) CRO - Conselho Regional de Odontologia.
- g) DAS – Divisão de Atenção à Saúde
- h) DEPI – Divisão de Ensino Pesquisa e Inovação, da SDLOG.
- i) DGP– Divisão de Gestão de Pessoas, da SDLOG.
- j) DIRSA – Diretoria de Saúde da Aeronáutica.
- k) DTEMS – Divisão de Tecnologia, Equipamentos e Material de Saúde, da SDLOG.

- l) ICA – Instrução do Comando da Aeronáutica.
- m) OSA – Organização de Saúde da Aeronáutica
- n) OT – Ordem Técnica
- o) QOCON DENT - Quadro de Oficiais Convocados/Dentistas.
- p) QODENT - Quadro de Oficiais Dentistas.
- q) RICA – Regimento Interno do Comando da Aeronáutica.
- r) SARAM – Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médica-Hospitalar, da DIRSA.
- s) SDADT – Subdivisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.
- t) SDAP – Subdivisão de Atenção Primária.
- u) SDLOG – Subdiretoria de Logística, da DIRSA.
- v) STO – Serviço Técnico Odontológico.
- w) TSB - Técnico em Saúde Bucal.

### **1.3 ÂMBITO**

O presente documento, de observância obrigatória, aplica-se a todos os Serviços Odontológicos do Comando da Aeronáutica.

## **2 DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **2.1 ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

#### **2.1.1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

**2.1.1.1** O modelo de Atenção à Saúde que norteou as ações no Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) ao longo de mais de oito décadas exauriu-se e se mostrou inadequado para o enfrentamento do cenário que se apresenta à saúde no Século XXI. Assim, a necessidade de mudança decorreu das consequências de um somatório de causas, especialmente em virtude da transição demográfica, transição epidemiológica e transição tecnológica, além de outros condicionantes relacionados a aspectos históricos peculiares e, também, a fatores gerais inerentes ao mercado da saúde no país. Criou-se, portanto, uma conjuntura em que o SISAU – concebido em meados do século passado – tornou-se anacrônico para atender as atuais necessidades de saúde dos beneficiários. Ao oferecer soluções antigas num contexto contemporâneo, perpetuou o atendimento voltado às condições agudas e agudização de condições crônicas, com uma atenção fragmentada e serviços desarticulados, com acesso por livre escolha. Nesse modelo, a atenção hospitalar ocupava a centralidade dos principais processos e atuava como elemento capaz de gerar percepção de valor agregado, ou seja, de modo hospitalocêntrico, cuja proposta e financiamento se tornaram insustentáveis frente ao cenário atual.

**2.1.1.2** Desse modo, um modelo orientado para a Atenção Integral à Saúde (AIS) com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu como proposta para o SISAU, afirmando-se como modelo capaz de alavancar sistemas de saúde em associação a melhores resultados, desde que estejam organizados em Rede de Atenção à Saúde (RAS), como visto nos sistemas de saúde Europeus. Este conceito está alicerçado em princípios como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esse novo modelo AIS articula-se com as modernas práticas de gestão e utiliza a epidemiologia clínica como ferramenta para melhor gerenciamento do risco em saúde. A APS exerce papel tanto de porta de entrada como de elemento central do sistema, tendo como premissa a utilização da informação em saúde, a partir de uma abordagem proativa de gerenciamento do risco, com base num robusto sistema de Registro Eletrônico em Saúde (RES).

**2.1.1.3** Nesse contexto, a Atenção Integral à Saúde não somente traz a oportunidade desta convergência, mas propicia que ressurgirá uma relação das pessoas com os serviços de saúde baseada na percepção de um novo valor agregado: um sistema é tão melhor quanto mais positivo forem os resultados em saúde e qualidade de vida dos seus beneficiários. No entanto, para efetividade e eficácia das ações, há que se compreender o cenário e adotar medidas de enfrentamento em todas as áreas da gestão em saúde. Ainda em relação à integralidade do cuidado, o foco necessita ser prospectivo, diferentemente da abordagem assistencial, cuja abordagem era retrospectiva no SISAU concebido no século passado.

**2.1.1.4** O SISAU necessita avançar na possibilidade e oportunidade da reestruturação com base nas boas práticas alinhadas às melhores evidências, como fatores imprescindíveis à qualificação da rede como um todo. Trata-se de realinhamento da estratégia e readequação de processos para que sejam superadas as fragilidades, de modo a prevalecer as decisões calcadas numa nova governança sistêmica, em prol de ganhos conjuntos e potencializados nos diversos pontos de atenção da rede.

**2.1.1.5** Assim, também em alinhamento à Reestruturação da FAB e ao seu processo de aprimoramento, o SISAU prepara-se para alcançar 100 anos de modo sustentável e totalmente renovado.

## **2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL**

**2.2.1** As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando as ações mais abrangentes e desenvolvendo ações intersetoriais.

**2.2.2** A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os beneficiários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada beneficiário.

**2.2.3** Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades.

**2.2.4** Para a operacionalização da Saúde Bucal no SISAU, serão necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue as Organizações de Saúde. Para superar a fragmentação das ações e dos serviços, a proposta discutida atualmente diz respeito à estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

**2.2.5** No Brasil, embora a concepção de RAS venha sendo discutida há algum tempo, foi incorporada oficialmente por dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde; e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

## **2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

**2.3.1** Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de Atenção à Saúde. Assim, não há hierarquia entre os diferentes pontos de Atenção à Saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção com distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011).

**2.3.2** Cabe destacar que, embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a Atenção Primária (AP) tem o papel fundamental de ordenador das RAS.

Sistema Fragmentado e Hierarquizado

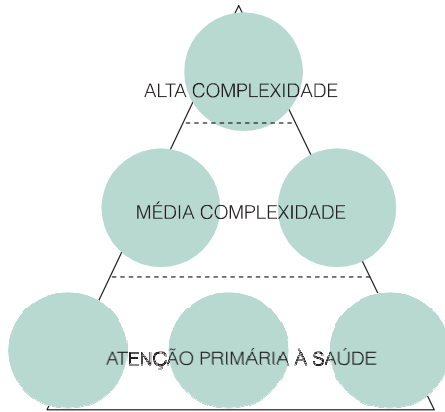
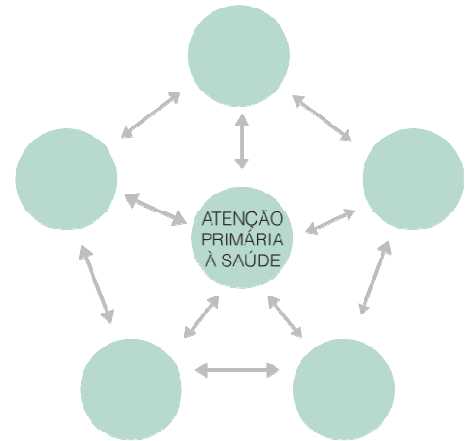


Figura 1

Redes Poliárquicas de Atenção à Saúde



Fonte: (MENDES, 2009).

## **2.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

**2.4.1** O conhecimento da realidade em que o militar profissional de saúde atuará é o primeiro passo para o planejamento e a programação das ações. Para isso, torna-se necessário o conhecimento de dados populacionais, socioeconômicos e culturais da localidade. Durante a realização do diagnóstico, a Equipe da Saúde Bucal da referida OSA deve gerir informações gerais e específicas da sua área.

**2.4.2** A partir do conhecimento das condições de saúde dos beneficiários, torna-se necessário que estes sejam devidamente incluídos em Linhas de Cuidado:

- a) Saúde da Criança e do Adolescente;
- b) Saúde da Mulher;
- c) Saúde do Adulto; e
- d) Saúde do Idoso.

**2.4.3** Essas Linhas de Cuidado norteiam toda a coordenação do cuidado. Somam-se a estas, Linhas de Cuidado que permeiam, de forma transversal, todas as citadas acima, de forma que o beneficiário possa ser acompanhado integralmente em sua saúde. São elas:

- a) Saúde Bucal;
- b) Saúde Mental; e
- c) Saúde Funcional.

## **2.5 PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL**

**2.5.1** O cuidado em Saúde Bucal deve ser uma prática presente em todas as relações do processo de trabalho do militar da área da saúde com os beneficiários do SISAU que procuram os diferentes pontos de RAS e nos diversos espaços da localidade.

**2.5.2** Neste contexto, uma nova diretriz de atuação dos Profissionais da Saúde passa a considerar que o “objeto de trabalho” da Atenção pode ser uma pessoa, um grupo, uma família ou um coletivo institucional com doenças ou risco de adoecer. Assim, haverá um novo dimensionamento da atuação clínica que vai além da abordagem convencional, buscando um modelo de trabalho que transpõe a clínica tradicional, articulando diferentes saberes na compreensão dos processos de saúde e adoecimento. Com isso, haverá possibilidade de inclusão dos beneficiários na participação das condutas em sua saúde e da elaboração de seu projeto terapêutico: processo conhecido como Autocuidado Apoiado.

**2.5.3** Entre o primeiro contato do profissional com o beneficiário e a resolução de suas demandas, existe uma tecnologia leve e de fundamental importância que é a “Escuta Qualificada”. Portanto, é essencial que todos os profissionais da OSA estejam envolvidos nesse processo do acolhimento do beneficiário, independentemente de sua demanda.

**2.5.4** Nesse sentido, cabe ao serviço redimensionar seu processo de acolhimento, que pressupõe em sua essência, o Serviço de Saúde organizado de forma beneficiário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos beneficiários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

**2.5.5** Importante evidenciar a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário ao cuidado de saúde bucal, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade da Equipe.

**2.5.6** É importante destacar que as ações na Atenção Primária devem valer-se de elevada complexidade técnica, no sentido em que o cuidado integral exige profundo conhecimento profissional e baixa densidade tecnológica. Assim teremos nesse ponto da rede a resolutividade da maior parte dos problemas de saúde das populações, de maior frequência e relevância.

**2.5.7** Já no ponto de Atenção Especializada Ambulatorial, o objetivo é garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos beneficiários e preservando o vínculo com a Atenção Primária. O ponto da rede em que se encontram as especialidades deve ser entendido como um território estratégico de intervenção, resolutividade e qualificação da rede de Saúde Bucal.

**2.5.8** Enquanto os serviços de Atenção Primária devem ser capilarizados, a Atenção nos demais níveis deve ser ofertada de modo hierarquizado e regionalizado, garantindo o acesso dos usuários aos procedimentos de que necessitam, em momento oportuno, de forma coordenada e resolutiva.

**2.5.9** O Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal, anexo A, apresenta uma visão do conjunto do processo de trabalho, de forma descritiva, com procedimentos, ações, condições clínicas, tratamentos, especialidades, e suas interações em todos os níveis de atenção à saúde.

## **2.6 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

**2.6.1** O profissional de Saúde Bucal integra uma equipe vinculada à população de uma localidade, com a qual estabelece relação de confiança, tem responsabilidade sanitária, compreende as suas especificidades e reais necessidades. Cada equipe de Saúde está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve seguir os quatro atributos essenciais preconizados por Starfield (2002) para a Atenção Primária:

- a) **Primeiro contato:** diz respeito à acessibilidade e ao uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde;
- b) **Longitudinalidade ou Continuidade:** definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- c) **Integralidade:** consiste na prestação de um conjunto de serviços pela equipe de saúde que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de Atenção à Saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços; e
- d) **Coordenação do cuidado:** capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.

**2.6.2** Esse modelo deve ser pautado por um trabalho em equipe, ou seja, militares da área da Saúde Bucal integrados com os demais, como Enfermeiro, Médico, Farmacêutico, Técnico de Enfermagem e todos os que estejam envolvidos no cuidado à saúde dentro e fora da OSA. Além disso, é importante salientar que todo esse esforço de integração deve estar conectado com um conjunto de propostas para fortalecer a qualificação desse processo de trabalho por meio de atividade de educação permanente organizada e estruturada, para possibilitar ao profissional uma tomada decisão que busque ser mais resolutiva nas suas ações.

**2.6.3** Pautar o processo de trabalho em saúde praticando equidade é fundamental e, para isso, é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população. Estes dados devem servir de base para análise de situação de saúde-doença de cada coletividade, como também para programar as ações visando a quem mais precisa.

**2.6.4** Sugere-se ainda que, de acordo com a realidade de cada OSA, esse planejamento seja discutido e acordado com representantes da gestão para otimizar a execução das tarefas sem prejudicar o cumprimento das metas da produtividade dos profissionais, repensando juntos e baseados nas necessidades do beneficiário, o tempo (em turnos) a ser disponibilizado para as atividades inerentes às equipes de Saúde Bucal, como Planejamento, Atividades Clínicas Ambulatoriais, Serviço de Atendimento Domiciliar, Juntas de Saúde, Educação Permanente/Continuada, entre outras.

## 2.7 TIPOS DE ATENDIMENTO

**2.7.1** O beneficiário pode buscar o cuidado em Saúde Bucal, um procedimento, uma orientação, uma atividade de grupo ou uma consulta, na forma de demanda espontânea ou programada. Também, em algumas situações, mesmo os beneficiários que vêm sendo acompanhados por ações programadas ou estão em tratamento podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

### 2.7.1.1 Demanda Espontânea

**2.7.1.1.1** Caracteriza-se como demanda espontânea a busca do beneficiário à OSA, independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma natural e não esperada pelo serviço. É a apresentação de uma ou mais necessidade que os beneficiários trazem para o serviço de saúde sem agendamento, que deve ter uma escuta qualificada inicial pela equipe de saúde para análise e realização do atendimento. Podem ser divididas em:

- a) **demandas espontâneas sem queixa clínica:** sem sinais e sintomas, como renovação de receita, solicitação e avaliação de exames, prevenção e promoção de saúde, orientações sobre higiene bucal e outras questões administrativas;
- b) **demandas espontâneas com queixas clínicas:** recimentação ou confecção de provisórios, restaurações em região estética ou não, curativo de demora com ou sem preparo biomecânico. Em suma, atendimentos que caracterizem Pronto Atendimento sem características de Emergência Odontológica; e
- c) **demandas espontâneas com queixas clínicas agudizadas:** dor, trauma dentário, abscesso bucal, agudização de condições crônicas. Em suma, situações que caracterizem atendimento de Emergência Odontológica.

**2.7.1.1.2** Com isso, as OSA que possuem o serviço de Pronto Atendimento, passarão a atender as demandas referentes a esta atividade como ***demanda espontânea sem queixa clínica*** ou ***com queixa clínica*** diretamente no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e/ou nas especialidades correspondentes. Ou seja, demandas referentes à Atenção Primária ou de pacientes que ainda não tiveram atendimento odontológico na referida OSA, deverão ser direcionadas ao CAIS. As demandas espontâneas com queixas clínicas (agudizadas ou não) relativas à execução de determinada especialidade, que já estejam em curso do tratamento, deverão ser vistas diretamente por um especialista, preferencialmente o mesmo profissional que está conduzindo o caso.

**2.7.1.1.3** As OSA que possuem o serviço de Dentista de Dia manterão seus serviços direcionados para as Emergências Odontológicas (***demandas espontâneas com queixas clínicas agudizadas***) e, fora do expediente, também atenderão os beneficiários com as demais demandas.

### 2.7.1.2 Demanda Programada

**2.7.1.2.1** A demanda programada origina-se do trabalho coletivo da Equipe de Saúde na localidade, nos domicílios, pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) ou mesmo na própria OSA, após a realização do acolhimento, informações sociais, epidemiológicas e classificação das diversas necessidades. Também permite a melhor organização da agenda da Equipe no processo de trabalho, com agendamento de diferentes tipos de consultas e das rotinas diárias do beneficiário.

**2.7.1.2.2** Com a Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica, as agendas ficam com disponibilidade para visualização, no mínimo, em 180 dias à frente. Esse recurso permite que as Equipes consigam se programar e agendar seus beneficiários de acordo com o risco inerente ao tratamento, conforto para o paciente, melhor adequação das agendas das especialidades e planejamento das atividades.

**2.7.1.2.3** Desta forma, a partir do conhecimento da localidade e da população adstrita à OSA, será possível oportunizar contato e vincular esses beneficiários à sua Equipe de Saúde Bucal. A partir desse momento, a equipe conseguirá conhecer seus beneficiários, seus dependentes e a história clínica de cada um, de forma a estabelecer um acompanhamento integral de suas condições de saúde e não apenas do adoecimento. O trabalho passa a contemplar aqueles que nunca procuram ou que deixaram de procurar pelo serviço (atendimento passivo) na busca por sanar situações que se encontram fora da queixa principal do beneficiário, eliminando possíveis situações de emergência.

### **3 CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (CAIS)**

#### **3.1 ASPECTOS GERAIS**

**3.1.1** Com o Centro de Atenção Integral à Saúde, as possibilidades de acesso e de acolhimento ao beneficiário de saúde do SISAU não se esgotam. Sejam por consultas odontológicas propriamente ditas, por grupos educativos e temáticos, por programação das agendas e das atividades ou ainda, por Telessaúde (Teleorientação e Telemonitoramento).

**3.1.2** Assim como todas as outras especialidades odontológicas caminham em direção à evolução e aperfeiçoamento de suas atividades, a Odontologia de Atenção Primária chega ao seu nível alto de especialização, onde o Cirurgião-dentista vai além da promoção e prevenção, girando seu olhar para fora da boca e dos dentes, passando a enxergar o porquê de determinadas afecções sistêmicas terem a capacidade de refletir em acometimentos também de ordem bucais.

**3.1.3** Facilitar e humanizar o acesso ao tratamento odontológico passa a ser, então, uma busca incessante pelo conhecimento das condições de saúde dos beneficiários pertencentes à localidade, visto que cuidamos não só dos nossos irmãos de arma, mas também de seus dependentes.

#### **3.2 ACOLHIMENTO**

**3.2.1** O acesso ao atendimento deve ser organizado pela Equipe de Saúde Bucal juntamente com os demais integrantes da Equipe de Saúde do CAIS. Ao identificar demandas para a odontologia em algum beneficiário e/ou em sua família, os membros da Equipe de Saúde devem encaminhar à Saúde Bucal para que a mesma possa organizar junto ao beneficiário e/ou sua família, o dia, a hora e a modalidade de atendimento, considerando a condição de saúde bucal atual, o risco biológico e condições de acessibilidade.

**3.2.2** Na recepção da Odontologia, todo beneficiário que comparecer com qualquer demanda relativa ao cuidado em Saúde Bucal, deverá ser recebido, escutado e avaliado pela Equipe de Saúde Bucal, no consultório odontológico, preferencialmente no mesmo turno, a fim de que a necessidade e a resposta terapêutica inerentes ao caso possam ser identificadas, tais como:

- a) consulta odontológica imediata com a realização dos procedimentos clínicos para a melhor resolutividade do caso;
- b) avaliação e programação do tratamento com previsão do número de consultas e agendamento inicial, buscando adequar o melhor horário para o usuário;
- c) outras modalidades do Cuidado em Saúde Bucal, como prescrições e/ou orientações requeridas pelo caso;
- d) avaliar a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado em Saúde Bucal em outro nível de Atenção (Endodontia, Periodontia, Prótese, etc.); e

- e) nos casos em que a resolução do caso seja feita na mesma consulta, instituir a terapia básica, com instruções de higiene oral.

**3.2.3** Cabe ressaltar que o acolhimento ao beneficiário vai muito além das avaliações da cavidade oral; é uma grande oportunidade para estabelecimento do vínculo e entendimento das comorbidades, dos estilos de vida e da maneira como essas variantes se remetem às condições de Saúde Bucal. A recíproca é verdadeira: entender também, como variantes de Saúde Bucal podem refletir nas condições gerais de saúde do beneficiário. Isto é cuidado Integral.

**3.2.4** Fogem desta orientação as demandas espontâneas com queixas clínicas agudizadas, que deverão ser vistas pelo Oficial Dentista de Dia e as demandas espontâneas com queixas clínicas que já estejam em atendimento com o especialista.

### **3.3 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

**3.3.1** É realizada com finalidade diagnóstica e elaboração de um plano de tratamento, que deve incluir tanto as necessidades terapêuticas como as de caráter preventivo. Caso seja necessário, após a avaliação clínica, o profissional pode lançar mão dos exames de apoio ao diagnóstico, tais como exames radiológicos, de imagem, anatomopatológicos, laboratoriais, dentre outros. Cabe ao Cirurgião - dentista as seguintes atividades:

- a) realizar diagnóstico para obtenção do perfil epidemiológico e planejamento do tratamento;
- b) realizar os procedimentos clínicos de Atenção Primária em Saúde Bucal incluindo o atendimento das demandas espontâneas (sem queixa clínica e/ou com queixa clínica);
- c) realizar os procedimentos de Atenção Integral à Saúde (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todos os beneficiários, suas famílias e grupos específicos (comorbidades e linhas de cuidado);
- d) encaminhar e orientar os usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e segmento do tratamento (Coordenação do Cuidado);
- e) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças (não só as bucais);
- f) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde, buscando aproximar e integrar ações de forma multidisciplinar;
- g) contribuir e participar das ações de Educação Permanente;
- h) realizar supervisão técnica do STO/TSB, do ASB e dos demais profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde bucal; e
- i) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da odontologia, evitando desperdício de materiais e/ou perda do prazo de validade.

### 3.3.2 ROTEIRO DE ATENDIMENTO (CONSULTA INICIAL)

- a) anamnese e estratificação do risco;
- b) avaliação clínica:
  - avaliação de tecidos moles;
  - exame dentário; e
  - exame periodontal.
- c) plano de tratamento: avaliar a necessidade de radiografias periapicais e/ou interproximais. A solicitação do Rx panorâmico será de acordo com a indicação do caso. A padronização da solicitação de Rx panorâmico para todos os pacientes não reflete o preconizado. Cabe ressaltar que não deve ser realizada como *screening* das possibilidades diagnósticas; e
- d) execução do plano de tratamento.

## 3.4 TRATAMENTO DENTRO DAS LINHAS DE CUIDADO E CICLOS DE VIDA

### 3.4.1 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**3.4.1.1** Para as atividades em Odontopediatria, o CAIS conta com a especialidade **CAIS ODONTOPEDIATRIA**. Desta forma, há possibilidade de que o Odontopediatra contribua com alguns turnos de seu atendimento semanal para desenvolver as atividades de Atenção Primária em odontopediatria (profilaxias, restaurações, exodontias simples, etc). Sendo assim, não haverá rompimento do vínculo. Os procedimentos que ultrapassem os cuidados primários deverão ser atendidos na agenda da especialidade odontopediatria fora do CAIS. Ou seja, procedimentos endodônticos, os que exijam reparo protético, os interceptativos em ortodontia e etc., devem ser encaminhados do CAIS para a agenda do especialista em odontopediatria.

**3.4.1.2** Primeiro Ano de Vida: as atividades de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas com caráter multidisciplinar. O trabalho começa desde o Pré-Natal, sendo direcionado aos pais e às pessoas envolvidas no cuidado do bebê. Esses devem receber informações sobre higiene bucal do bebê antes e após o início da erupção dentária; informações sobre hábitos bucais, tais como sucção não nutritiva; orientações sobre a importância do aleitamento materno até os 6 meses de idade e promoção da alimentação saudável na fase da transição alimentar. Deve ser observado, na primeira consulta do recém-nascido, o resultado do teste da linguinha, para remoção precoce do freio lingual, garantindo-se assim, uma amamentação mais eficiente.

**3.4.1.3** Crianças de 02 a 10 anos: nesta faixa etária o ideal é que se comece a desenvolver a prática dos hábitos saudáveis. O enfoque familiar é importante, uma vez que o aprendizado nesta fase também é reflexo do comportamento dos pais. É importante ressaltar que neste período da vida da criança, acontece a erupção dos dentes permanentes e as práticas de higiene bucal devem ser reforçadas. Os hábitos deletérios podem acontecer com mais intensidade nesta fase e os pais devem ser orientados. Algumas doenças de acometimento infantil costumam ter sua manifestação inicial na cavidade oral, portanto deve-se estar atento para orientações aos pais sobre sinais e sintomas. É fundamental que toda equipe de saúde possa verificar possíveis inconformidades no desenvolvimento da saúde bucal e que possam trabalhar com a Equipe de Saúde Bucal de forma multidisciplinar.

**3.4.1.4** Faixa etária dos 10 aos 18 anos: nesta fase, a linguagem para utilização deve ser a que seja assimilada com mais facilidade. As questões estéticas relacionadas à dentição mista tornam-se muito evidentes (Fase do Patinho Feio). A promoção da Saúde nesta fase deve ser mais intensa, visto que o adolescente tem grandes chances de desenvolver gengivite e, conseqüentemente, doença periodontal. O profissional deve estar atento a alterações de comportamento e transtornos alimentares, que podem influenciar diretamente na saúde bucal. O trabalho, nesta fase, deve ser voltado para controle de placa dental, redução do índice de cárie, de doença periodontal, indicação ou não de tratamento ortodôntico, necessidade de reabilitação protética e etc. Tudo isso deve ocorrer para que este adolescente possa ter uma saúde bucal bem estabelecida em sua fase adulta.

### **3.4.2 SAÚDE DA MULHER**

**3.4.2.1** Atenção à gestante: o conhecimento das alterações orgânicas naturais na gestação é de suma importância para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado ao longo de todo o pré-natal pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê, bem como pode afastar a hipótese de parto prematuro por condições ruins de saúde bucal.

**3.4.2.2** Todas as gestantes relacionadas à localidade de determinada OSA ou ainda, as que fazem pré-natal em determinada OSA de referência, devem ser atendidas pela Odontologia. O Cirurgião-dentista deve trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os responsáveis pelo seu atendimento.

**3.4.2.3** A adequação do meio bucal e o controle da placa são condutas preventivas que podem ser instituídas, garantindo conforto à gestante, diminuindo os riscos de problemas periodontais (comuns nesta fase). Exodontias não são contraindicadas, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gestação.

**3.4.2.4** A abordagem à gestante, de acordo com o período gestacional, torna-se um importante aliado durante o atendimento Odontológico:

- a) 1º trimestre: os procedimentos de adequação do meio bucal são elegíveis para o tratamento. Devem-se instituir as atividades de promoção da saúde, orientações sobre mudanças hormonais com reflexo na cavidade bucal, tais como aumento do sangramento gengival e possíveis ocorrências de granulomas gravídicos. Neste período devem-se evitar as tomadas radiográficas;
- b) 2º trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos mais invasivos, sempre de acordo com as indicações e apoio da equipe de saúde; e
- c) 3º trimestre: momento mais próximo à chegada do bebê. Há maior risco de desconforto durante o atendimento, podendo ocorrer hipotensões posturais. É prudente evitar o tratamento odontológico (a menos que seja caso de emergência), observando-se os cuidados indicados pela equipe de saúde. Neste período, a equipe de saúde bucal pode orientar sobre aleitamento materno, posições adequadas da pega no momento da amamentação, instruções de higiene bucal nos primeiros dias de vida do bebê, bem como agendar a primeira consulta odontológica pós-parto para mãe e recém-nascido.

### 3.4.3 SAÚDE DO ADULTO

**3.4.3.1** Neste grupo, a prevenção e a detecção de doenças e agravos são fundamentais e podem acontecer no acolhimento ao beneficiário, nos grupos educativos, na Atenção Domiciliar, nas consultas, inspeções de saúde e etc. A oportunização do contato para esta faixa etária é fundamental, visto que são beneficiários com mais chance de desenvolver doenças longe da equipe de saúde.

**3.4.3.2** Atenção especial deve ser dada ao exame com finalidade diagnóstica, principalmente nas seguintes situações:

- a) fumantes: apresentam maior velocidade de progressão da doença periodontal e maior risco de perda dental, além de estarem no grupo de risco para doenças cardiovasculares, pulmonares e desenvolvimento de câncer bucal;
- b) fatores sistêmicos associados: avaliar e monitorar os pacientes que possuem comorbidades e, com isso, maior risco de desenvolver problemas bucais decorrentes deste processo. Agravos como o diabetes, a hipertensão arterial, o HIV, as desordens psicossociais, dentre outros, podem contribuir para deterioração da saúde bucal; e
- c) câncer bucal: avaliar periodicamente os grupos de risco e incentivar, através de ações educativas por exemplo, o auto-exame da boca e estimular a responsabilidade individual pela manutenção da saúde (Autocuidado Apoiado).

**3.4.3.3** Nos adultos, algumas doenças sistêmicas são prioridades na organização do processo de trabalho: diabetes e hipertensão arterial.

- a) Diabetes Mellitus: pacientes diabéticos não controlados devem ser direcionados à equipe de saúde para orientações e conduta de tratamento com médico, enfermeiro e demais profissionais da equipe multidisciplinar. As intervenções cirúrgicas devem ser realizadas nos pacientes que estejam sob monitoramento e controle da glicemia. Para pacientes que são acometidos do diabetes tipo I ou tipo II que fazem utilização de insulina, é importante a verificação da glicemia capilar (HGT) antes de procedimentos com necessidade de anestesia local, para garantir que o paciente se encontra em condições de realizar o tratamento sem que haja uma possível complicação aguda (Hipoglicemia ou cetoacidose) durante o procedimento. Para os pacientes diabéticos do tipo II, é importante a verificação do percentual da hemoglobina glicada, que deve estar preferencialmente abaixo de 7%, evitando problemas durante o procedimento e com a cicatrização.
- b) Hipertensão Arterial: costuma ser assintomática para a maioria dos beneficiários. A pressão arterial deve ser aferida nas consultas clínicas, principalmente naquelas que sejam feitos procedimentos sob anestesia local. Caso haja alteração, a equipe de saúde deve ser acionada. O uso de medicamentos deve ser levado em conta pelo risco de interações medicamentosas. É importante estabelecer, junto com o médico, o risco para a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos nos casos mais graves da hipertensão arterial.

### 3.4.4 SAÚDE DO IDOSO

**3.4.4.1** O idoso requer uma avaliação global que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também por apresentar alterações sistêmicas múltiplas. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação e a ausência total ou parcial de dentes são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações em Saúde Bucal na infância e adolescência. A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade.

**3.4.4.2** Há um método de avaliação da condição do idoso chamado de **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20)**, que estabelece escores para determinação da fragilidade deste beneficiário – idoso robusto, em risco de fragilidade ou frágil. Cada faixa de classificação deste idoso remete a um tipo de atenção e terapêutica, como mostra a figura 2. Este método de classificação é utilizado pela equipe de Enfermagem nas equipes de Saúde e pode auxiliar o Cirurgião-dentista na confecção do plano de tratamento e acompanhamento dos beneficiários nesta linha de cuidado.

Escala Visual de Fragilidade

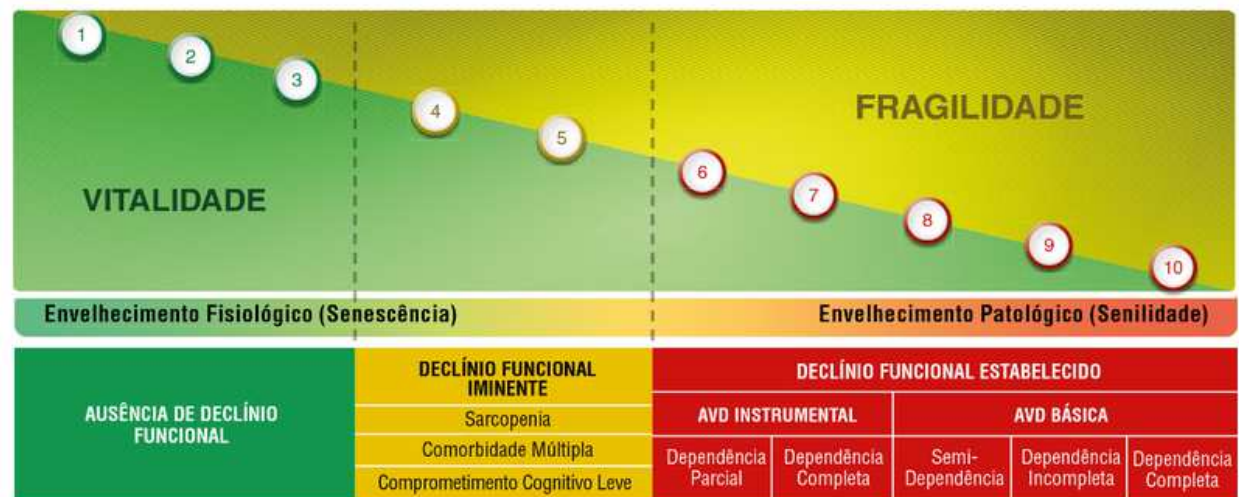


Figura 2

Fonte: <https://ivcf20.org>

**3.4.4.3** As condições bucais mais comuns nesta linha de cuidado são: erosões, abrasões e abfrações, desgastes oclusais, cáries associadas à raiz, xerostomia, lesões em tecidos moles, doença periodontal, ausência total ou parcial de dentes, dificuldade de higienização da prótese e da cavidade bucal, dificuldade de mastigação e de deglutição e necessidade de prótese. O exame deve ser criterioso para detecção destas condições e eliminação dos fatores condicionantes.

### **3.4.5 SAÚDE BUCAL PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**3.4.5.1** Todo beneficiário com limitação temporária ou permanente, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou limitação médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional, é elegível para tratamento com necessidades especiais. Esse conceito é amplo e abrangente e não deve ser excluyente de Atenção Integral à Saúde.

**3.4.5.2** A equipe de saúde bucal deve definir ações para garantir o atendimento desses beneficiários. As capacitações por profissionais especialistas em Odontologia para Pacientes com necessidades Especiais devem ser instituídas de modo a ofertar atendimento mais adequado a esses pacientes. A Educação Permanente em Saúde pode ser realizada, inclusive, em modo à distância (EAD), o que traz a possibilidade de OSA que possuem o especialista, capacitarem os profissionais onde não há esta especialidade.

**3.4.5.3** Deve-se ressaltar que mesmo nas OSA em que haja a especialidade, os beneficiários com necessidades especiais devem ser atendidos também pela equipe de saúde bucal no CAIS, para participação nos grupos educativos de promoção da saúde, instrução de higiene oral para si e seus acompanhantes e prevenção de agravos e doenças.

**3.4.5.4** Os familiares merecem uma atenção diferenciada no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado e partes fundamentais durante todo o processo de tratamento odontológico.

### **3.4.6 ALTA ODONTOLÓGICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**3.4.6.1** A partir do momento em que todo o tratamento planejado em Atenção Primária em saúde bucal foi realizado, o beneficiário tem sua alta ambulatorial registrada no prontuário eletrônico. Caso haja necessidade de tratamento com outras especialidades, o profissional preenche a guia de Referência/Contrarreferência e agenda para o especialista em questão.

**3.4.6.2** É importante que esse procedimento seja realizado para que não haja falha no acompanhamento dos casos, bem como no índice de resolutividade da atenção primária em Saúde Bucal.

### **3.4.7 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**

**3.4.7.1** Nos casos em que o paciente tenha terminado seu tratamento em Atenção Primária em saúde bucal e, ainda assim necessite de atendimento em outras especialidades, torna-se adequado que seja emitida a guia de Referência – na aba “solicitações” no prontuário eletrônico, durante o atendimento, que encaminha o paciente à determinada especialidade. Podem ser emitidas quantas guias forem necessárias, de acordo com a demanda por especialista. Há ainda a possibilidade de encaminhamento entre as especialidades, caso haja qualquer intercorrência durante o tratamento.

**3.4.7.2** Ao final de todo o percurso do paciente dentro do fluxo de atendimento, é essencial que o Cirurgião-dentista que iniciou o atendimento na Atenção Primária seja informado para a manutenção do controle desse beneficiário que está sob sua vinculação.

**3.4.7.3** Caberá ao oficial dentista que realizou o último procedimento programado na Atenção Especializada, a contrarreferência desse paciente, por meio de agendamento de consulta na Atenção Primária, com o mesmo profissional que elaborou o plano de tratamento.

**3.4.7.4** A periodicidade do retorno deverá ser de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, estabelecida conforme avaliação e indicação do profissional, baseada em critérios clínicos e condições de saúde do beneficiário.

**3.4.7.5** Com o advento da Telessaúde (teleorientação e telemonitoramento), regulamentada pela resolução CFO 226/2020, é possível realizar acompanhamento de alguns casos à distância, com o registro obrigatório em prontuário eletrônico.

## **4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL**

### **4.1 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA**

É a especialidade que tem como objetivo o restabelecimento e a manutenção das funções do sistema estomatognático, visando proporcionar conforto, estética e saúde pela recolocação dos dentes destruídos ou perdidos e dos tecidos contíguos, por próteses dentárias.

#### **4.1.1 ÍNDICE DE PRIORIDADE**

Será fundamentado nos indicadores protéticos abaixo definidos, devendo ser orientado pelos princípios da gravidade da injúria, da oportunidade e da adequabilidade de meios.

##### **4.1.1.2 Prioridade 1**

Atendimento imediato de pacientes que necessitem de:

- a) confecção de próteses parciais removíveis;
- b) confecção de próteses totais;
- c) placas interoclusais;
- d) próteses provisórias imediatas ou casos de fratura e conserto de próteses totais; e
- e) pacientes em tratamento em outras especialidades da OSA e encaminhados à clínica de Prótese.

##### **4.1.1.3 Prioridade 2**

Pacientes que necessitem de:

- a) reabilitações extensas e complexas; e
- b) substituição de trabalho protético por necessidade estética.

#### **4.1.2 TRABALHOS PROTÉTICOS**

São realizados, na grande maioria, por laboratórios de prótese terceirizados. As OSA têm por atribuição a guarda, entrega ao laboratório e recebimento dos trabalhos de prótese. Aos beneficiários do Fundo de Saúde cabe o pagamento ao laboratório e a entrega de toda documentação necessária para o ressarcimento, segundo as normas vigentes.

### **4.2 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**

#### **4.2.1 EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE NO ÂMBITO DO COMANDO DA AERONÁUTICA**

**4.2.1.1** A especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial somente poderá ser exercida nos Esquadrões de Saúde, Hospitais de Aeronáutica e de Força Aérea e Odontoclínicas de Aeronáutica.

**4.2.1.2** Nos Esquadrões de Saúde e Odontoclínicas, os profissionais especialistas registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, atuarão, prioritariamente, nos casos que envolvam cirurgias ambulatoriais (cirurgia oral).

**4.2.1.3** Nos Hospitais de Aeronáutica, os profissionais especialistas registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, atuarão em cirurgias ambulatoriais e em procedimentos que obrigatoriamente deverão ser empreendidos em centro cirúrgico, desde que haja um número mínimo de especialistas que componham uma equipe constituída de cirurgião e 1º auxiliar. Caso não haja número mínimo de especialistas o ato operatório não poderá ser executado e o paciente deverá ser encaminhado para os Hospitais de Força Aérea.

**4.2.1.4** Deverá ser ativada uma escala de sobreaviso, composta de no mínimo 02 (dois) cirurgiões, com as qualificações prescritas acima, para atendimento de urgências e emergências específicas da especialidade.

**4.2.1.5** Nos Hospitais de Força Aérea, os profissionais especialistas registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, atuarão em todas as nosologias da especialidade, incluindo aquelas de alta complexidade, de forma plena, sem restrições, de acordo com o prescrito na legislação em vigor.

**4.2.1.5.1** Deverá ser ativada uma Escala de Sobreaviso, composta de no mínimo 03 (três) cirurgiões nas condições do prescrito acima, para atendimento de urgências e emergências específicas da especialidade.

**4.2.1.6** Especificamente na área do Rio de Janeiro, o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é centralizado no HFAG, que é responsável pela realização de todas as cirurgias empreendidas em centro cirúrgico.

**4.2.1.6.1** O HFAG se responsabilizará por disponibilizar oficiais especialistas em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, para realizarem os atendimentos de cirurgia ambulatorial, diariamente, no Hospital Central da Aeronáutica (HCA), no Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF) e na Odontoclínica de Aeronáutica Santos-Dumont (OASD).

### **4.3 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE ORTODONTIA**

#### **4.3.1 EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE NO ÂMBITO DO COMANDO DA AERONÁUTICA**

**4.3.1.1** Estão aptos a exercer a especialidade, os Cirurgiões–dentistas regularmente inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia como Especialistas, Mestres e Doutores em Ortodontia.

**4.3.1.2** Está definida, como padrão preferencial, a técnica e a aparatologia de Ortodontia fixa, “Standard Edgewise”.

**4.3.1.3** Como a técnica preferencial preconizada é Standard Edgewise, todos os ortodontistas deverão ter domínio da mesma, ainda que outras técnicas sejam utilizadas, para não haver prejuízo aos pacientes que são submetidos a tratamento com a referida técnica e que eventualmente sejam transferidos para outras localidades.

**4.3.1.4** As Seções de Ortodontia somente deverão ser ativadas em Odontoclínicas, Hospitais de Força Aérea e de Aeronáutica e Esquadrões de Saúde. O serviço de ortodontia poderá ser ativado nas Policlínicas de Aeronáutica, quando não houver unidade de complexidade superior na mesma localidade, após análise técnica e autorização da DIRSA.

#### **4.3.2 PÚBLICO ALVO**

Os beneficiários do Fundo de Saúde que apresentem maloclusões de acordo com os traços dento faciais abaixo, de acordo com os passos de avaliação utilizados rotineiramente na execução do diagnóstico e planejamento do tratamento ortodôntico:

- a) aparência dento facial: problemas de proporção faciais oblíquas e frontais, assimetrias, exposição inadequada de dentes, orientação da linha de oclusão e perfil;
- b) alinhamento e simetria – problemas de espaço de arco, excesso de espaços, falta de espaços, apinhamento dental, assimetrias nos arcos dentais;
- c) problemas anteroposteriores - Problemas dentários e esqueléticos de Classe I, II e III de Angle;
- d) problemas transversos - mordidas cruzadas com componentes esqueléticos e dentários; e
- e) problemas verticais - sobremordida e mordida aberta anterior.

#### **4.3.3 ÍNDICE DE PRIORIDADE**

Será baseado no índice ortodôntico abaixo definido, cuja indicação deverá ser norteadada pelos princípios da gravidade da desarmonia ou da injúria, da oportunidade do seu emprego e da disponibilidade de meios. Poderá ser utilizada como auxílio e orientação de encaminhamento para a especialidade o quadro resumo constante do Anexo B desta ICA.

##### **4.3.3.1 Prioridade 1**

Inclui os seguintes casos:

- a) maloclusão associada com fenda palatina e/ou labial;
- b) maloclusão resultante de deformidades estruturais severas da maxila e/ou mandíbula;
- c) maloclusão ocasionada por doença ou trauma na maxila e/ou mandíbula; e
- d) maloclusão com desfiguração facial e interferências funcionais.

##### **4.3.3.2 Prioridade 2**

Pacientes **em fase de crescimento**, que apresentem dentição decídua, mista ou permanente e que apresentem quaisquer das características listadas no item 4.3.2.

#### 4.3.3.3 Prioridade 3

Inclui os casos severos, com real indicação de tratamento, de pacientes que estejam **fora do período de crescimento** e que não se incluam nos casos de prioridade 1.

- a) erupção impedida de dentes (exceto terceiros molares) devido a apinhamento, deslocamento, presença de dentes supranumerários, dentes decíduos retidos e qualquer etiologia patológica, desde que o planejamento para tracionamento de tal elemento seja efetivamente de fundamental importância para a resolução da maloclusão e do tratamento interdisciplinar do paciente;
- b) overjet aumentado maior que 6 mm;
- c) overjet reverso maior que 3,5 mm com dificuldades mastigatórias e de fala reportadas;
- d) hipodontia menos severa requerendo ortodontia pré-restauradora ou fechamento de espaço ortodôntico (um dente por quadrante), na impossibilidade de solução protética/restauradora;
- e) mordida cruzada posterior lingual sem nenhum contato oclusal funcional em um ou ambos os segmentos bucais;
- f) mordidas abertas laterais e anteriores maiores que 4 mm; e
- g) sobremordida aumentada e completa com trauma palatino ou gengival.

#### 4.3.3.4 Prioridade 4

Inclui os casos menos severos, com real indicação de tratamento, de pacientes que estejam **fora do período de crescimento** e que não se incluam nos casos de prioridade 1 a 3. O atendimento dos pacientes enquadrados nesta prioridade somente será executado após o total atendimento dos pacientes enquadrados nas prioridades 1, 2 e 3:

- a) overjet reverso maior que 3,5 mm sem nenhuma dificuldade mastigatória e de fala;
- b) overjet reverso maior que 1 mm e menor que 3,5 mm, com dificuldades mastigatórias e de fala registradas;
- c) deslocamento de pontos de contato severo (apinhamento), maiores que 4 mm;
- d) dentes parcialmente erupcionados, inclinados e impactados contra dentes adjacentes;
- e) presença de dentes supranumerários;
- f) overjet aumentado maior que 4 mm e menor ou igual a 6 mm;
- g) mordida cruzada anterior ou posterior, maior que 1 mm de discrepância entre a posição mais retruída de contato e a posição intercúspidea;
- h) mordida aberta lateral ou anterior maior que 2 mm e menor ou igual a 4 mm; e
- i) sobremordida profunda completa em tecido gengival ou palatino, mas sem trauma.

**4.3.3.5** Os casos em que não haja enquadramento nas prioridades de 1 a 4, mas que necessitem de tratamento ortodôntico com finalidade pré-protética ou para qualquer outra necessidade, deverão ser avaliados tecnicamente pelos especialistas envolvidos e classificados, por deliberação do Chefe do Serviço/Diretor da OSA, na prioridade mais adequada e que atenda ao princípio da oportunidade do procedimento e da disponibilidade de meios, com vistas a proporcionar o melhor resultado para o beneficiário.

**4.3.3.6** A existência de desordem articular têmporo-mandibular **NÃO** caracteriza a necessidade de tratamento ortodôntico.

**4.3.3.7.** A classificação nas prioridades somente será efetuada após a avaliação do ortodontista e de seu enquadramento nas prioridades 1, 2, 3 ou 4, conforme a definição desta ICA.

**4.3.3.8** Tal avaliação deverá ser registrada em formulário próprio (Anexo C) que deverá ser devidamente arquivado na OSA/OM, e mantido à disposição de auditagens regulares.

#### **4.3.4 DAS RESTRIÇÕES AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

São condições restritivas ao tratamento ortodôntico:

- a) cárie dental;
- b) bruxismo;
- c) incapacidade do paciente de controlar a placa dental;
- d) doença periodontal não controlada;
- e) severa perda do periodonto de sustentação;
- f) limitações psicológicas, tais como falta de maturidade para cooperação, no caso de crianças de pouca idade ou idade muito avançada e/ou pacientes com necessidades especiais, assim como adultos com mobilidades motoras e psíquicas que impeçam a correta adesão ao tratamento proposto;
- g) lesões da polpa e do periápice;
- h) doenças de ordem geral ou local que dificultem ou impeçam a evolução do tratamento;
- i) falta de adesão do paciente ao programa de tratamento estipulado;
- j) negligência na conservação da aparatologia instalada;
- k) dieta e hábitos inadequados;
- l) paciente portador de Prótese fixa que impeça a movimentação individual dos dentes;
- m) edentulismo acentuado; e
- n) presença de implantes osseointegrados que impeçam / dificultem movimentos dento alveolares previstos no planejamento ortodôntico.

#### **4.3.5 TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES**

Ocorrerão quando houver movimentação do militar. Dar-se-á continuidade, se satisfeitas todas as condições de haver a documentação ortodôntica mínima inicial e ter

iniciado em OSA ou em localidade de origem que não possua Serviço de Ortodontia. As transferências entre OSA da mesma localidade não estão previstas, salvo ocorrendo entendimento entre as mesmas. Caso o paciente seja movimentado sem ter iniciado seu tratamento, porém na fila de espera, vale a data de inscrição na OSA de origem para a OSA de transferência.

#### **4.3.6 INSCRIÇÃO PARA TRATAMENTO**

Ordenar-se-á, segundo sua data de inscrição e prioridade. O paciente terá uma Ficha de Acompanhamento Ortodôntico (FAO), autenticada pelo chefe da Seção de Ortodontia da OSA de origem e deverá fazer controles semestrais, casos não haja possibilidade de iniciar o tratamento na data da inscrição (Anexo C).

#### **4.3.7 ALTAS DE PACIENTES**

Será dada alta, a critério do profissional, ao paciente cujo tratamento:

- a) atingir os objetivos propostos;
- b) esgotar a possibilidade de melhora dentro das condições de cada caso;
- c) for interrompido voluntária e injustificadamente pelo paciente por um período superior a 90 dias;
- d) puser em risco a saúde dos dentes remanescentes por negligência na própria higiene ou por danos repetidos nos aparelhos confeccionados;
- e) não evoluir conforme o planejamento proposto por falta de colaboração do paciente; e
- f) o tratamento for encerrado a pedido do paciente (se maior de 18 anos) ou de seu responsável (no caso de menores de 18 anos).

**4.3.7.1** O Retratamento ortodôntico será realizado nos casos em que houver comprovada necessidade, por condição nova ou posterior ao término do tratamento anterior ou recidiva por finalização que não atingiu todos os critérios necessários para a estabilidade, cuja responsabilidade não seja do paciente.

**4.3.7.2** Se forem verificados quaisquer indícios de recidiva de tratamento ortodôntico, deverá ser observado se as condições clínicas apresentadas contribuem de alguma forma para instabilidade funcional do paciente, não sendo contemplados os casos com apenas pequeno prejuízo estético, tais como giroversões e pequenos apinhamentos.

**4.3.7.3** Os pacientes que forem aprovados para retratamento deverão ser incluídos nas prioridades descritas anteriormente e, após análise de corpo clínico especializado (câmara técnica), que comprove a inscrição em um dos índices de prioridade descritos, respeitarão os critérios para o tratamento em questão.

**4.3.7.4** Os Anexos de B a D6 são modelos para utilização nos serviços de ortodontia das OSA, podendo ser alterados, conforme as necessidades específicas de cada unidade.

**4.3.7.5** Nos casos em que haja necessidade de instalação de dispositivos de ancoragem, como mini-implantes/mini-placas, deverá ser preenchido pelo paciente/responsável o Termo de Orientação e Consentimento Informado, Anexo G.

#### **4.4 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA A ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA**

##### **4.4.1 EXERCÍCIO DA ESPECIALIDADE NO ÂMBITO DO COMANDO DA AERONÁUTICA**

**4.4.1.1** A Especialidade de Implantodontia somente poderá ser exercida nas Odontoclínicas de Aeronáutica, nas Divisões de Odontologia dos Hospitais de Força Aérea e de Aeronáutica e nos Esquadrões de Saúde, que possuam pessoal especializado, além de equipamentos e instrumental adequados para a realização de tratamento com implantes dentais.

##### **4.4.2 PADRONIZAÇÃO**

**4.4.2.1** O implante deverá ser, obrigatoriamente, do tipo ósseo integrável, com tratamento de superfície e de empresa que possua certificado da ANVISA.

**4.4.2.2** Os kits cirúrgicos e protéticos, bem como o instrumental cirúrgico e equipamentos necessários para o funcionamento da especialidade deverão **OBRIGATORIAMENTE** ser solicitados pela Seção de Implantodontia e providos pela OSA a que pertencer.

**4.4.2.3** Deverão ser definidos, por comissão designada pela DIRSA, os critérios técnicos para a padronização dos sistemas de implantes a serem utilizados no SISAU, que deverão ser utilizados pelas OSA.

**4.4.2.4** Deverá ser realizada, sempre que necessário, uma revisão dos sistemas a serem utilizados no SISAU.

##### **4.4.3 INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES DENTÁRIOS**

**4.4.3.1** No SISAU, as indicações **PRIORITÁRIAS** para a admissão do paciente na Clínica de Implantodontia serão:

- a) portadores de até duas ausências dentárias por hemiarcada;
- b) pacientes edêntulos parciais, como meio auxiliar para próteses parciais removíveis (PPR) com retenção e estabilidade comprometidas;
- c) pacientes edêntulos totais mandibulares, portadores de reabsorção óssea intensa do rebordo alveolar, que não permita a reabilitação com prótese total convencional pela falta de retenção e de estabilidade, em que a única opção de tratamento seja a confecção de prótese total removível sobre implantes (sobredentadura); e
- d) Os casos não enquadrados nas indicações prioritárias, mas, que a critério do profissional responsável pelo atendimento seja indicado o tratamento com implantes, deverão ser avaliados tecnicamente pelos especialistas envolvidos e, por deliberação do Chefe do Serviço/Diretor da OSA, poderão ser admitidos na clínica de implantodontia, como excepcionalidade, com vistas a proporcionar o melhor resultado para o beneficiário.

#### **4.4.4 CONTRA-INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES DENTÁRIOS**

**4.4.4.1** No SISAU, são consideradas contra-indicações absolutas as seguintes situações, mesmo que as situações clínicas se enquadrem nas indicações do Item 4.4.3.1:

- a) pacientes submetidos à irradiação na região cérvico-facial;
- b) pacientes portadores de doença periodontal grave ou doença periodontal não controlada;
- c) bruxismo;
- d) doença sistêmica não compensada;
- e) doenças ósseas do complexo maxilo-mandibular que envolvam a região da ausência dentária a ser restaurada.
- f) pacientes jovens, em fase de crescimento;
- g) pacientes apresentando colapso oclusal, ausência de espaço protético entre as arcadas e/ou interdentários, curvas de compensação inadequadas, planos oclusais incorretos e/ou dimensão vertical alterada (os mesmos deverão ser previamente compensados com próteses provisórias, executadas na clínica de prótese dentária, antes de serem encaminhados à Seção de Implantodontia);
- h) pacientes portadores de maloclusões e discrepâncias esqueléticas (os mesmos deverão ser avaliados e tratados previamente pela clínica de ortodontia);
- i) higiene oral deficiente;
- j) deficiências motoras que impeçam uma correta higiene oral;
- l) pacientes fumantes que necessitem de intervenções na região do seio maxilar;
- m) doenças psiquiátricas; e
- n) pacientes que necessitem de reconstruções alveolares extensas, enxertos em bloco ou regeneração óssea guiada em situações clínicas de pouca previsibilidade de resultados.

**4.4.4.2** As contra-indicações relativas não previstas nesta instrução, que apresentem embasamento teórico na literatura científica vigente, deverão ser consideradas pelo Cirurgião-dentista durante a anamnese e exame clínico inicial.

#### **4.4.5 NORMATIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

**4.4.5.1** Os pacientes encaminhados para a clínica de implantodontia deverão ser agendados para avaliação e orientações preliminares seguindo os preceitos do planejamento reverso. Pacientes enquadrados no item 4.4.4.1, letras “g” e “h”, só poderão ser encaminhados após prévia compensação protética/ortodôntica adequada à realização dos implantes, a serem realizada pelas clínicas de prótese dentária e/ou ortodontia.

**4.4.5.2** O encaminhamento do paciente para avaliação pela clínica de implantodontia deverá ser feito por oficial Cirurgião-dentista, com justificativa por escrito e somente após a

realização dos demais tratamentos clínicos prévios à instalação de implantes dentais.

**4.4.5.3** Serão prestadas, durante a consulta inicial, as orientações básicas sobre implantes ósseo integrados e o paciente/beneficiário deverá assinar o “**Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Tratamento Odontológico com Implantes Ósseo integrados**” (Anexo G).

**4.4.5.4** Após os exames iniciais, havendo as indicações previstas no item 4.4.3.1 para a realização de implantes, serão solicitados os exames complementares e o risco cirúrgico, quando necessário.

**4.4.5.5** O planejamento cirúrgico, com a confecção de modelos de estudo e guias tomográfico e cirúrgico, deverá ser executado pela clínica de implantodontia previamente à fase cirúrgica do tratamento.

**4.4.5.6** A fase protética (prótese sobre implante) poderá ser executada pela clínica de prótese dentária e/ou implantodontia, respeitando as características e necessidades dos serviços odontológicos das Organizações de Saúde.

**4.4.5.7** O controle pós-operatório deverá ser feito pela equipe de implantodontia responsável pela condução do tratamento, até a reabertura cirúrgica.

**4.4.5.8** As transferências de pacientes em tratamento deverão ocorrer quando houver movimentação do militar e/ou do seu dependente. Dar-se-á continuidade ao caso com o encaminhamento por escrito, feito pela OSA que realiza o tratamento, devendo a documentação completa ser enviada através do paciente, caso não esteja discriminada no AGHUse. As transferências entre OSA da mesma localidade não estão previstas, salvo se houver entendimento entre as mesmas.

**4.4.5.9** Não serão aceitos tratamentos de reabilitação protética sobre implantes nos casos de pacientes submetidos à fase cirúrgica (instalação dos implantes) fora do âmbito do SISAU.

#### **4.4.6 UTILIZAÇÃO DE MINI-IMPLANTES ORTODÔNTICOS/PLACAS ORTODÔNTICAS**

**4.4.6.1** Os mini-implantes de titânio poderão ser empregados nos casos clínicos em que o planejamento ortodôntico apresente melhor resolução e menor tempo de finalização, nas OSA que possuam clínicas de ortodontia e implantodontia. Nestes casos, a clínica de ortodontia será responsável pelo planejamento do caso e a instalação/remoção do mini-implante poderá ser realizada pelas clínicas de ortodontia, implantodontia ou cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais.

## 5 ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

O Serviço de Odontologia, no Comando da Aeronáutica, é composto pelas Odontoclínicas de Aeronáutica e pelos demais órgãos executores, distribuídos nas OSA e em Organizações Especiais de Saúde, sob a subordinação da DAS e supervisão da SDAP, SDAE e SDADT, da SARAM, da DIRSA.

Tem como objetivo proporcionar meios em pessoal e material, bem como as condições operacionais e ambientais pertinentes aos cuidados contínuos ao paciente, visando a prevenção, o tratamento e a recuperação das afecções da região bucomaxilofacial, além das inspeções de saúde e registro em odontograma da condição buco dentária do efetivo. Responsabiliza-se, ainda, pelo assessoramento aos Diretores, Comandantes e Chefes das OSA, por zelar pelos padrões técnico e doutrinário militar, pelo aprimoramento profissional do seu pessoal e finalmente, por gerenciar as áreas onde é exercida a Odontologia no Comando da Aeronáutica (COMAER).

### 5.1 DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE (DAS)

**5.1.1** A DAS, em relação à Odontologia, e por meio da SDAP, SDAE, e SDADT, tem por atribuições:

- a) assessorar o Subdiretor da SARAM nos assuntos relativos às atividades de Odontologia desenvolvidas no SISAU;
- b) planejar, coordenar, supervisionar, controlar e promover as atividades de Odontologia desenvolvidas no SISAU;
- c) a coleta e a análise dos dados estatísticos com vistas a avaliar as atividades Odontológicas desenvolvidas nas OSA;
- d) propor, elaborar e atualizar a documentação técnica de Odontologia existente no SISAU;
- e) propor medidas para o aprimoramento das atividades de Odontologia nos diversos elos do SISAU;
- f) promover, implementar e coordenar as atividades de reciclagem técnica, de especialização e de atualização da profissão de Odontologia no País e no exterior, em coordenação com a DEPI e a DGP;
- g) participar do planejamento, coordenação e controle dos processos admissionais, do recrutamento e movimentação do pessoal militar e civil na área odontológica;
- h) fomentar campanhas em Odontologia Preventiva através da promoção da saúde bucal;
- i) o levantamento das necessidades em recursos humanos, materiais e de infraestrutura necessários nas organizações para a execução das atividades Odontológicas;
- j) a participação em inspeções técnicas, quando determinado, e a elaboração dos relatórios previstos; e
- k) assessorar a DTEMS na elaboração de propostas de padronização dos equipamentos e materiais odontológicos.

## **5.2 SUBDIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (SDAP)**

**5.2.1** Em relação à odontologia, é a Subdivisão responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão das ações de Atenção Primária desenvolvidas pelos serviços odontológicos do SISAU. Interage intrinsecamente e de forma horizontal com a SDAE e SDADT em todos os assuntos inerentes à assistência integral em saúde bucal.

## **5.3 SUBDIVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SDAE)**

**5.3.1** Em relação à Odontologia, é a responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão das ações de atenção especializada desenvolvidas pelos serviços odontológicos do SISAU. Interage intrinsecamente e de forma horizontal com a SDAP e SDADT em todos os assuntos inerentes à assistência integral em saúde bucal.

**5.3.2** É a Subdivisão responsável por “supervisionar, no escopo das competências definidas no item IV do Art. 82, a gestão das Odontoclínicas de Aeronáutica e das atividades de odontologia nos elos do SISAU”, de acordo com o Regimento Interno da DIRSA (RICA 21-211/2020).

**5.3.3** Em consonância ao RICA 21-211/20, a NSCA 160-4 complementa a mesma responsabilidade em seu item 2.3.2.5 – Odontologia: “As atividades de Odontologia Assistencial e Pericial são as atividades de saúde preventivas, curativas e de reabilitação das afecções da região bucomaxilofacial, visando à integridade de todo o sistema estomatognático, bem como a realização de inspeções de saúde, e o levantamento da condição buco-dentária do efetivo, em odontograma e imagens radiográficas (preferencialmente panorâmicas), principalmente no caso dos aeronavegantes.” Cabe à Subdivisão de Atenção Especializada (SDAE) da Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-Hospitalar (SARAM), as ações de caráter normativo e a supervisão da gestão das Odontoclínicas de Aeronáutica e das atividades de odontologia nos elos do SISAU.

## **5.4 SUBDIVISÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SDADT)**

**5.4.1** Em relação à odontologia, é a Subdivisão responsável por identificar, em conjunto com a SDLOG, as necessidades e dimensionar os recursos para ações de diagnóstico, a infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos, de acordo com os níveis de atenção propostos, histórico de demandas e estudos de adensamento populacional e tecnológico, com vistas à adequação de todo o suporte necessário às atividades desenvolvidas pelos serviços de odontologia do SISAU. Interage intrinsecamente e de forma horizontal com a SDAE e SDAP em todos os assuntos inerentes à assistência integral em saúde bucal.

## **5.5 ÓRGÃOS EXECUTORES**

**5.5.1** O Serviço Odontológico no COMAER, visando o seu ordenamento, e de acordo com os princípios da regionalização e da complexidade crescente, cuja estratificação considera o adensamento populacional e o perfil demográfico regional de beneficiários, vocaciona os órgãos executores de acordo com a expectativa de demanda por atendimentos e complexidade tecnológica.

**5.5.2** A logística de infraestrutura, equipamentos, materiais e recursos humanos é feita de forma compatível com a vocação atribuída a cada elo, de modo a melhor desempenhar o que lhe cabe como ponto de atenção na rede.

**5.5.3** Em nível de execução, conforme a NSCA 160-4/2021, o Serviço Odontológico no COMAER é constituído por:

- a) Odontoclínicas de Aeronáutica;
- b) Divisões ou Subdivisões Odontológicas de Hospitais de Força Aérea e de Hospitais de Aeronáutica;
- c) Seções Odontológicas do CEMAL e CGABEG; e
- d) Divisões / Subdivisões / Seções Odontológicas dos Esquadrões de Saúde, das Policlínicas de Aeronáutica e Esquadrilhas de Saúde.

#### **5.5.4 ODONTOCLÍNICAS DE AERONÁUTICA**

**5.5.4.1** As Odontoclínicas de Aeronáutica têm como missão prestar assistência aos militares da Aeronáutica e seus dependentes, desenvolvendo atividades de Odontologia em todos os níveis de complexidade. São subordinadas técnica, operacional e administrativamente à Diretoria de Saúde e têm sede estabelecida em seus atos de criação ou de ativação.

**5.5.4.2** A composição e as atribuições específicas das Odontoclínicas de Aeronáutica estão descritas nos respectivos ROCA e Regimentos Internos.

**5.5.4.3** Devem ter ativadas escalas de serviço de Dentista de Dia, para atendimentos de emergência/urgência durante e fora do horário de expediente e outras necessárias ao cumprimento de sua atividade-fim.

**5.5.4.4** As especialidades preferenciais, nesse nível, incluem: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CBM)\*, Clínica Geral Odontológica (CGO), Endodontia (ENT), Estomatologia (ETM), Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI), Implantodontia (IMP), Odontogeriatrics (OGR), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ONE); Odontopediatria (OPE), Ortodontia (ORD), Periodontia (PER) e Prótese Dentária (PDN).

**5.5.4.5** Oficiais do Quadro de Apoio da Aeronáutica (QOAP) ou do Quadro de Oficiais Convocados (QOCON), da especialidade de Enfermagem (ENF) para atuarem como responsáveis na CME.

**5.5.4.6** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Serviço de Enfermagem (SEF), Serviço de Radiologia (SRD), Técnico de Enfermagem (TEF), Técnico em Radiologia (TRD) e Serviço de Saúde (SAU).

#### **5.5.5 HOSPITAL DE FORÇA AÉREA**

**5.5.5.1** Enquadram-se nesse nível de Atendimento as Divisões e Subdivisões de Odontologia dos Hospitais de Força Aérea. Sua subordinação, missão e atribuições estão previstas no respectivo Regimento Interno.

**5.5.5.2** As especialidades preferenciais, nesse nível, incluem: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CBM)\*, Clínica Geral Odontológica (CGO), Endodontia (ENT), Estomatologia (ETM), Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI), Implantodontia (IMP), Odontogeriatrics (OGR), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ONE); Odontopediatria (OPE), Ortodontia (ORD); Periodontia (PER), Prótese Dentária (PDN).

**5.5.5.3** Oficiais do Quadro de Apoio da Aeronáutica (QOAP) ou do Quadro de Oficiais Convocados (QOCON), da especialidade de Enfermagem (ENF) para atuarem como responsáveis da CME.

**5.5.5.4** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Serviço de Enfermagem (SEF), Serviço de Radiologia (SRD), Técnico de Enfermagem (TEF), Técnico em Radiologia (TRD) e Serviço de Saúde (SAU).

OBS: (\*) Conforme o prescrito no item 4.2 desta ICA.

## **5.5.6 HOSPITAL DE AERONÁUTICA**

**5.5.6.1** Enquadram-se nesse nível de Atendimento as Divisões e Subdivisões de Odontologia dos Hospitais de Aeronáutica. Sua subordinação, missão e atribuições estão previstas no respectivo Regimento Interno.

**5.5.6.2** As especialidades preferenciais, nesse nível, incluem: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CBM)\*, Clínica Geral Odontológica (CGO), Endodontia (ENT), Estomatologia (ETM), Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI), Implantodontia (IMP), Odontogeriatrics (OGR), Odontopediatria (OPE), Ortodontia (ORD), Periodontia (PER), Prótese Dentária (PDN), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ONE).

**5.5.6.3** Oficiais do Quadro de Apoio da Aeronáutica (QOAP) ou do Quadro de Oficiais Convocados (QOCON), da especialidade de Enfermagem (ENF) para atuarem como responsáveis da CME.

**5.5.6.4** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Serviço de Enfermagem (SEF), Serviço de Radiologia (SRD), Técnico de Enfermagem (TEF), Serviço de Radiologia (SRD), Técnico em Radiologia (TRD) e Praça de Serviço de Saúde (SAU).

OBS: (\*) Conforme o prescrito no item 4.2 desta ICA.

## **5.5.7 CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL (CEMAL)**

**5.5.7.1** O Serviço Odontológico no CEMAL exerce as atividades de perícia odontológica.

**5.5.7.2** As especialidades preferenciais, para atuação no CEMAL, incluem: Clínica Geral Odontológica (CGO), Odontologia Legal (ODL) e Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI).

**5.5.7.3** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB).

#### **5.5.8 CASA GERONTOLÓGICA DE AERONÁUTICA BRIGADEIRO EDUARDO GOMES (CGABEG)**

**5.5.8.1** Enquadra-se nesse nível de atendimento a Seção de Odontologia da CGABEG. Sua subordinação, missão e atribuições estão previstas na NSCA 160-4/2021. Tem como competência realizar promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, dos residentes e pacientes externos da CGABEG.

**5.5.8.2** As especialidades preferenciais na CGABEG incluem: Clínica Geral Odontológica (CGO), Odontogeriatrics (OGR), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ONE) e Prótese Dentária (PDN).

**5.5.8.3** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB).

#### **5.5.9 ESQUADRÃO DE SAÚDE**

**5.5.9.1** Os Esquadrões de Saúde têm sua subordinação, missão e atribuições previstas na NSCA 160-4/2021.

**5.5.9.2** As especialidades preferenciais, nesse nível, incluem: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CBM)\*, Clínica Geral Odontológica (CGO), Dentística (DNT), Endodontia (ENT), Odontopediatria (OPE), Ortodontia (ORD), Periodontia (PER) e Prótese Dentária (PDN) e Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI).

**5.5.9.3** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Praça de Serviço de Saúde (SAU).

OBS: (\*) Conforme o prescrito no item 4.2 desta ICA.

#### **5.5.10 POLICLÍNICA DE AERONÁUTICA**

**5.5.10.1** As Policlínicas de Aeronáutica têm sua subordinação, missão e atribuições previstas na NSCA 160-4/2021. Poderá ser vocacionada para a média complexidade, porém em menor grau do que os Hospitais de Aeronáutica, de acordo com a população adstrita de beneficiários da localidade.

**5.5.10.2** As especialidades preferenciais, nesse nível, incluem: Clínica Geral Odontológica (CGO), Dentística (DNT), Endodontia (ENT), Odontopediatria (OPE); Ortodontia (ORD), Periodontia (PER) e Prótese Dentária (PDN).

**5.5.10.3** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Praça de Serviço de Saúde (SAU).

#### **5.5.11 ESQUADRILHA DE SAÚDE**

**5.5.11.1** As Esquadrilhas de Saúde têm sua subordinação, missão e atribuições previstas na NSCA 160-4/2021. São vocacionadas para atender somente as demandas assistenciais de baixa complexidade.

**5.5.11.2** A especialidade preferencial, nesse nível de complexidade, inclui a Clínica Geral Odontológica (CGO).

**5.5.11.3** Graduados/praças: Serviço Técnico Odontológico (STO) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Praça de Serviço de Saúde (SAU).

## **5.6 COMPOSIÇÃO**

**5.6.1** No tocante à Saúde Bucal, o Serviço de Odontologia no COMAER é composto de Pessoal Militar nas seguintes categorias:

- a) oficiais do Quadro de Oficiais Dentistas (QODENT);
- b) oficiais do Quadro de Oficiais Dentistas R/2 Convocados (QOCON DENT);
- c) oficiais do QOAP ou QOCON da especialidade de Enfermagem; e
- d) graduados e praças – Serviço Técnico Odontológico (STO), Técnico em Saúde Bucal (TSB), Serviço de Enfermagem (SEF), Serviço de Radiologia (SRD), Técnico de Enfermagem (TEF), Técnico em Radiologia (TRD) e Serviço de Saúde (SAU).

**5.6.2** O ordenamento do Serviço Odontológico, de acordo com os princípios da regionalização e da complexidade crescente, cuja estratificação considera o adensamento populacional e o perfil demográfico regional de beneficiários, permite que se faça a distribuição dos oficiais dentistas, dos graduados e praças, racionalmente, de acordo com as suas diversas especializações.

**5.6.3** Determina-se, como ideal, a proporcionalidade abaixo:

- a) 01 (um) Oficial Dentista, dos quadros (QODENT e QOCON DENT) por equipamento, por turno de trabalho;
- b) 01 (um) Oficial de Enfermagem (QOAP/QOCON ENF), por turno de trabalho, caso haja Centro de Material e Esterilização (CME), conforme a resolução do COFEN nº 424/2012;
- c) 01 (um) Graduado (STO ou TSB) ou Praça da especialidade (SAU), habilitado como auxiliar em saúde bucal, por equipamento Odontológico;
- d) 01 (um) Graduado (SEF/TEF) por turno de trabalho, caso haja Centro de Material e Esterilização (CME), conforme a resolução do COFEN nº 424/2012; e
- e) 01 (um) Graduado (SRD/TRD), por turno de trabalho, nos serviços em que a demanda justifique essa especialidade.

## **5.7 ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL**

### **5.7.1 OFICIAIS DO QODENT**

Os Oficiais do QODENT têm as seguintes atribuições:

- a) atender aos beneficiários do SISAU, nas especialidades odontológicas;

- b) cumprir, em sua atuação, e fazer cumprir, na atuação de seus subordinados, os princípios constitucionais da administração pública, bem como preceitos éticos;
- c) cumprir e fazer cumprir normas, diretrizes e preceitos legais afetos às competências do setor sob sua responsabilidade;
- d) assumir papel de liderança pelo exemplo e promover transformações no seu âmbito de atuação, para uma gestão sustentável e de alto desempenho;
- e) dirigir, coordenar e controlar a execução de atividades odontológicas nos órgãos do SISAU;
- f) planejar, dirigir, coordenar e executar programas de ensino e treinamento para o pessoal de odontologia;
- g) coordenar e controlar as ações administrativas nas áreas de atividades odontológicas;
- h) coordenar e controlar a utilização de medicamentos, materiais, instrumentos e equipamentos odontológicos;
- i) propor e coordenar a admissão e distribuição do pessoal de odontologia;
- j) controlar e coordenar a aquisição e utilização de materiais e equipamentos na área odontológica;
- k) assessorar Comandos, Direções e Chefias em assuntos de sua especialidade;
- l) propor normas e estabelecer rotinas para as atividades de odontologia;
- m) manter entrosamento com as demais áreas da organização a que pertencer;
- n) organizar e desenvolver programas de prevenção na área da odontologia;
- o) chefiar serviços de odontologia do SISAU; e
- p) supervisionar os serviços de odontologia do SISAU, participando das visitas técnicas da DIRSA.

### **5.7.2 OFICIAIS DO QOCON DENT**

Os Oficiais do Quadro de Oficiais Convocados têm as seguintes atribuições:

- a) auxiliar aos Oficiais do QODENT em todas as suas atividades; e
- b) assessorar e exercer as funções, quando designado, inerentes aos Oficiais do QODENT, de acordo com a sua capacidade técnico-profissional.

### **5.7.3 OFICIAIS DE ENFERMAGEM (QOAP/QOCON ENF)**

Conforme a resolução do COFEN nº 424/2012 os Oficiais de Enfermagem que atuam nos CME realizam as seguintes atividades:

- a) planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde do CME, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

- b) participar da elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;
- c) propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;
- d) acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME;
- e) participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária aos profissionais para atuação no CME; e
- f) promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME.

#### **5.7.4 GRADUADOS DE ENFERMAGEM (SEF/TEF)**

Conforme a resolução do COFEN nº 424/2012, os técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam em CME, realizam as atividades previstas nos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), sob orientação e supervisão do Enfermeiro:

- a) Auxiliar o oficial Enfermeiro nas suas atribuições técnico-profissionais;
- b) Receber, preparar, esterilizar, estocar e distribuir material e instrumental utilizado na OSA e;
- c) Aplicar métodos preestabelecidos de higienização e esterilização da área da CME, visando à manutenção dos padrões de biossegurança.

#### **5.7.5 GRADUADOS (STO/TSB) E PRAÇAS (SAU) – AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL**

Os auxiliares em Saúde Bucal têm as seguintes atribuições:

- a) executar rotinas de admissão, apoio ao tratamento e trâmites administrativos referentes à alta dos pacientes;
- b) preparar pacientes para os diversos atendimentos e exames;
- c) receber, preparar, esterilizar, estocar e distribuir material e instrumental utilizado na Organização;
- d) supervisionar o serviço de limpeza (apenas graduados STO e TSB);
- e) auxiliar no Planejamento, coordenação, e na execução dos programas de ensino ao pessoal auxiliar (apenas graduados STO e TSB);
- f) atuar na área de prevenção das doenças bucais, orientados por Oficiais Dentistas, nas atividades divulgação de métodos de higienização, nas campanhas de fluoretação, nas palestras e no controle da Biossegurança (apenas graduados STO e TSB);
- g) aplicar métodos preestabelecidos de higienização e esterilização da área de ambulatório, visando controlar o nível de Biossegurança;
- h) instrumentar o Cirurgião-dentista junto à cadeira operatória (Odontologia a quatro mãos); e

- j) proceder à limpeza e antissepsia do campo operatório antes e após os atos cirúrgicos.

**5.7.5.1** As áreas de atuação do Técnico em Saúde Bucal (TSB), além das previstas nas letras de “a” a “j”, do item 5.7.5, constam na Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO 63-2005, atualizada em julho de 2012.

## **5.8 ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS NO COMAER**

**5.8.1** As especialidades odontológicas previstas para atuação nos diversos Serviços Odontológicos do SISAU, conforme a NSCA 160-4/2021, são as seguintes: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CBM), Clínica Geral Odontológica (CGO), Dentística (DNT), Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM) Endodontia (ENT), Estomatologia (ETM), Implantodontia (IMP), Odontogeriatrics (OGR), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (ONE), Odontopediatria (OPE), Ortodontia (ORD), Patologia Bucal (PBU), Periodontia (PER), Prótese Dentária (PDN), Radiologia Odontológica e Imaginologia (ROI).

**5.8.2** As áreas de competência para atuação de todas as especialidades odontológicas constam na Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO 63-2005, atualizada em julho de 2012, alterada pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) 161-2015, atualizada em outubro de 2015 e as Resoluções Nº 162 e 163 de 2015, alteradas respectivamente pelas Resoluções 203 e 204 de 2019, que tratam do reconhecimento do exercício da Odontologia Hospitalar pelo Cirurgião-dentista.

## **5.9 PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

**5.9.1** Os procedimentos deverão seguir o previsto nesta ICA, além das Ordens Técnicas específicas de cada atividade, entretanto permitem alguma flexibilidade, que dependerá do grau de apoio que a Unidade possua na área onde está sediada.

**5.9.2** Excedida a competência de uma OSA, os pacientes deverão ser referenciados para OSA de maior complexidade.

**5.9.3** A OSA que receber um paciente referenciado deverá priorizar, dentro do possível, o atendimento desse beneficiário.

**5.9.4** Quando do encaminhamento de um paciente para um Serviço Odontológico de complexidade mais elevada, competirá ao Chefe do Serviço Odontológico de origem o envio, através de Ofício, ao Diretor, Comandante ou Chefe da OSA na qual o paciente será atendido, da Guia de Referência preenchida no AGHUse, ou a constante do anexo E, reportando as razões da referência, bem como as necessidades de atendimento.

**5.9.5** Após a realização do tratamento, a OSA que prestou o atendimento deverá enviar ofício à OSA de origem do beneficiário com a Guia de referência preenchida no AGHUse, ou a constante do anexo F, contendo a descrição dos procedimentos realizados (Contrarreferência).

**5.9.6** Exceto em casos urgentes, nenhuma Organização deverá receber pacientes sem a apresentação da Guia de Referência do Paciente.

**5.9.7** Os serviços odontológicos isolados, que não possuem o apoio de OSA de maior complexidade, poderão realizar outros procedimentos não previstos nas suas atribuições, desde que possuam estrutura adequada e profissionais em condições de executá-los, com autorização da DIRSA.

**5.9.8** Quando não houver possibilidade de prestar o atendimento de acordo com os itens acima, os casos deverão ser conduzidos conforme previsto no item 6.1.2 da NSCA 160-7/2019 (ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR DO SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA) e no item 8.1.3 da NSCA 160-5/2020 (NORMAS PARA A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR NO SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA).

**5.9.9** Os Serviços Odontológicos dos Hospitais de Aeronáutica e de Força Aérea, bem como as Odontoclínicas, estarão aptos a realizar todo e qualquer tipo de procedimento Odontológico constante da tabela CISSFA, do Ministério da Defesa, desde que possuam estrutura adequada e profissionais em condições de executá-los.

**5.9.10** Quanto às Normas de Biossegurança e às de Radioproteção, é de responsabilidade dos Diretores das Odontoclínicas, Chefes de Divisões, Subdivisões, Seções e Subseções Odontológicas das OSA a observação, a divulgação e o cumprimento da legislação vigente.

**5.9.11** As OSA que tenham interesse e capacidade de promover cursos de especialização, atualização ou similares nas áreas da odontologia, deverão proceder conforme o previsto na Ordem Técnica nº 003/DIRSA/2018.

**5.9.12** Os Diretores ou Chefes dos Serviços Odontológicos serão responsáveis pelo cumprimento desta ICA, e das demais legislações atinentes à atividade odontológica no âmbito da Força Aérea Brasileira, perante a DAS, da SARAM, da DIRSA.

**5.9.13** O Serviço de Odontologia em Hospital de Campanha obedecerá à doutrina e à configuração que será tratada em legislação própria.

## **5.10 SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NAS OSA**

### **5.10.1 FLUXO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (Anexo A)**

**5.10.1.1** Para conhecer os processos, precisamos poder enxergá-los, obtermos dele uma visão concreta e lógica. Uma forma simples e poderosa de conhecer os processos é desenhá-los sob a forma de fluxogramas. Fluxograma é uma figura com símbolos e textos, arrumados para mostrar a sequência lógica de passos de realização de atividades. É um poderoso canal de informação, de fácil compreensão. Esta sistemática apresenta as seguintes vantagens:

- a) visão de conjunto e de detalhes;
- b) identificação do fluxo do processo e as interações entre subprocessos;
- c) identificação dos pontos de controles potenciais; e
- d) identificação das inconsistências e pontos frágeis.

**5.10.1.2** O fluxograma aplica-se tanto para descrever um processo existente quanto para estruturar logicamente alguma atividade ainda não existente. Deve permitir uma visão de conjunto sobre um problema, o que facilita muito a compreensão do processo para todo o grupo, favorecendo a proposição e a comunicação de eventuais melhorias.

**5.10.1.3** A tarefa de cada setor deve ser clara e bem definida pela chefia e seus executores devem estar conscientizados de que seu trabalho influenciará em toda dinâmica do atendimento.

**5.10.1.4** O fluxo do atendimento odontológico definido como padrão a ser utilizados pelos serviços odontológicos do SISAU (Anexo A) dependerá, necessariamente, do trabalho bem executado pelos diversos setores que os compõem.

## **6 DISPOSIÇÕES FINAIS**

**6.1** Esta instrução foi elaborada segundo a legislação vigente, sob a supervisão da DAS, da SARAM.

**6.2** Todos os modelos de formulários, guias e termos em anexo poderão ser utilizados pelas OSA a critério dos Diretores, Comandantes ou Chefes.

**6.3** Os casos omissos serão resolvidos pelo Sr. Diretor de Saúde da Aeronáutica.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. *Cadernos de Atenção Básica; 17* – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica; 28 (vol. 1 e 2)* – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica; 33* – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica; 32* – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. *Cadernos de Atenção Básica; 36* – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica; 37* – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação do acesso. *Cadernos de Atenção Básica; 36* – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2018.

FREEMAN, Thomas R. *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2018.

INGHELART, M.; TEDESCO, L.A. *Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion, 2000*. In: PEREIRA, Antonio Carlos & Colaboradores. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre, Artmed. 2003

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 (2ª Edição).

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretária de Saúde – CONASS, 2015.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

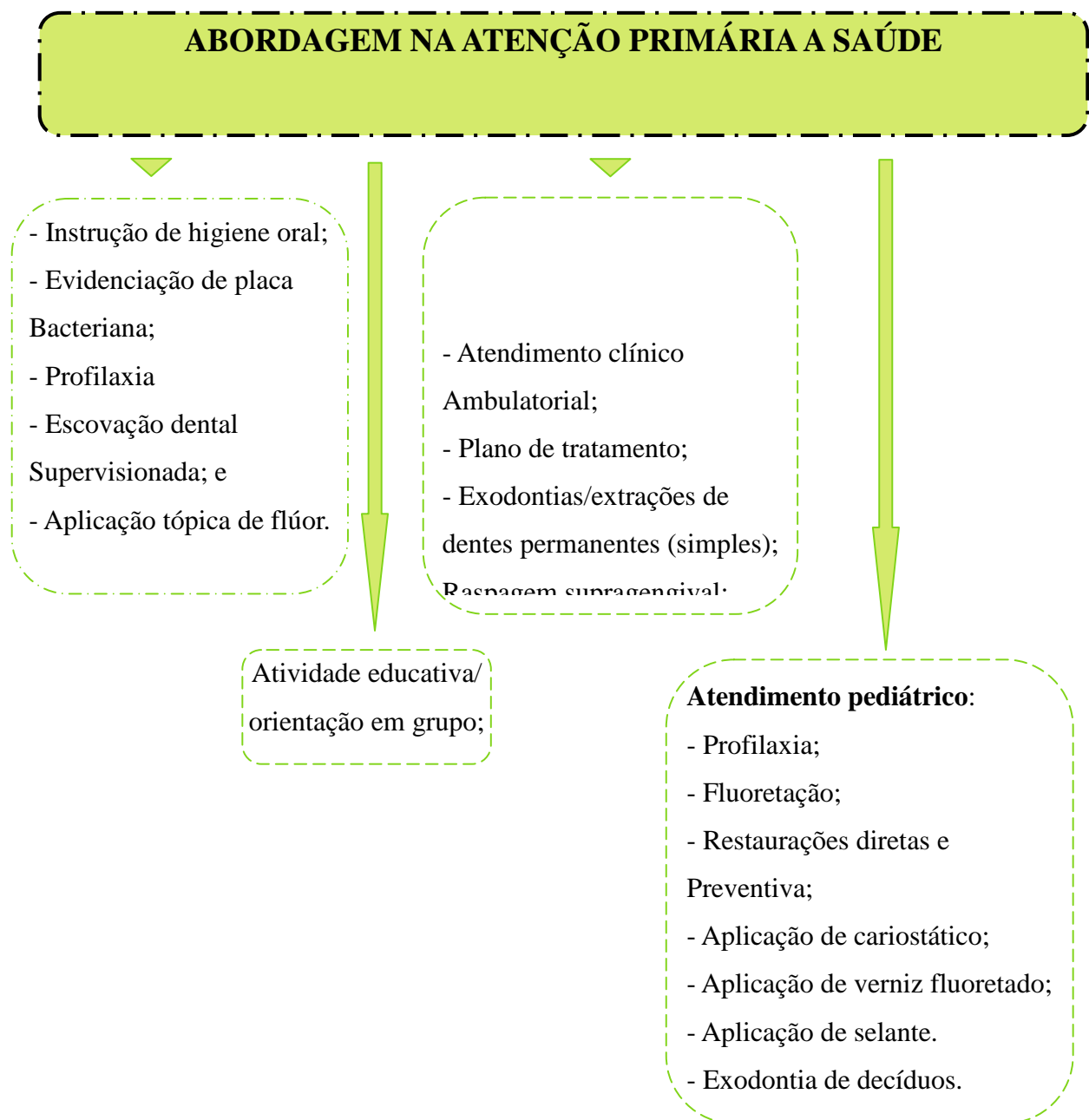
STEWART, Moira [et al.]. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes – 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WHITE, S.C.; PHAROAH, M.J. *Oral radiology – principles and interpretation*. 4 ed.. New York: Mosby, 2000.

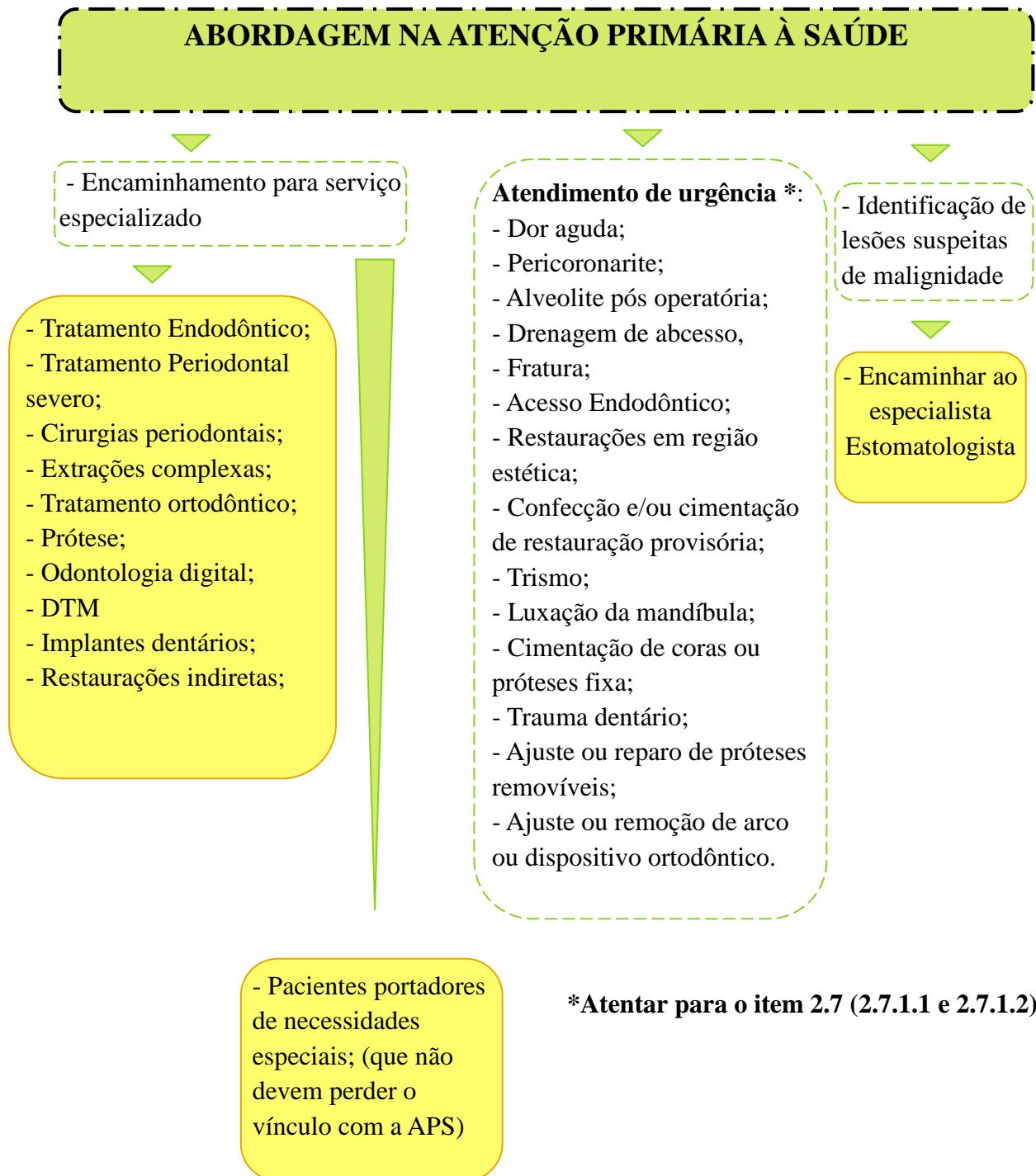
## Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal

Legenda:

— . — .	Atenção Primária
————	Atenção Secundária
.....	Atenção Terciária
— — —	Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica



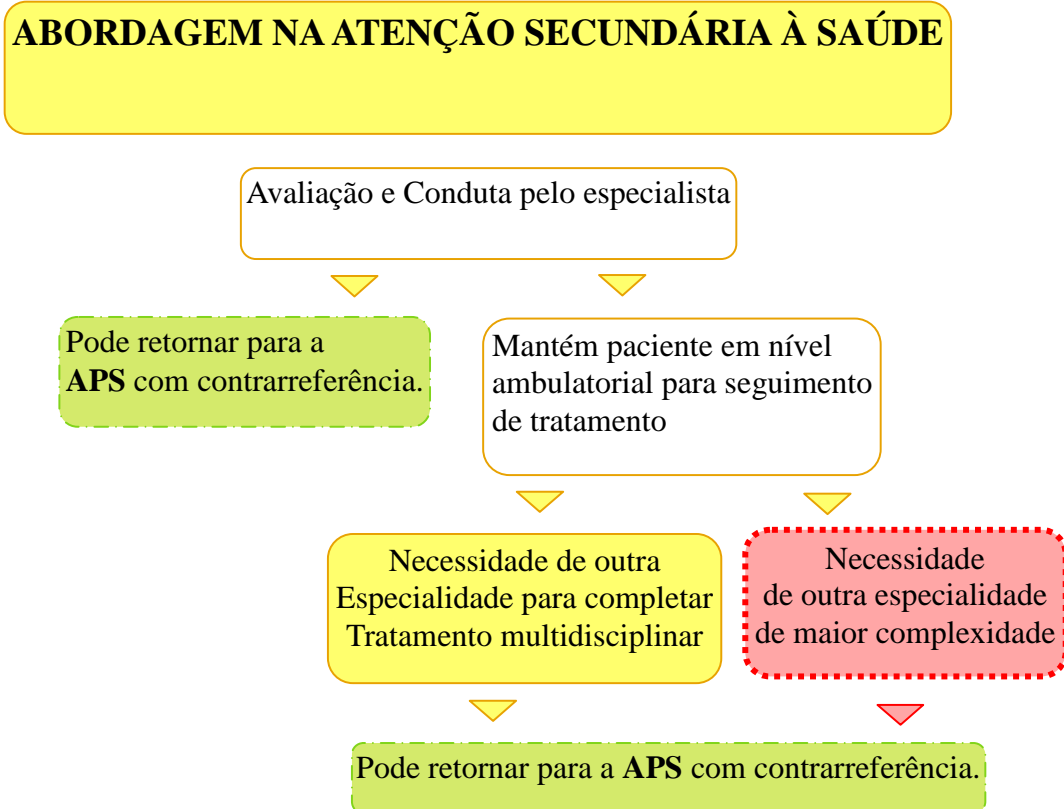
**Continuação do Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal**



### Continuação do Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal



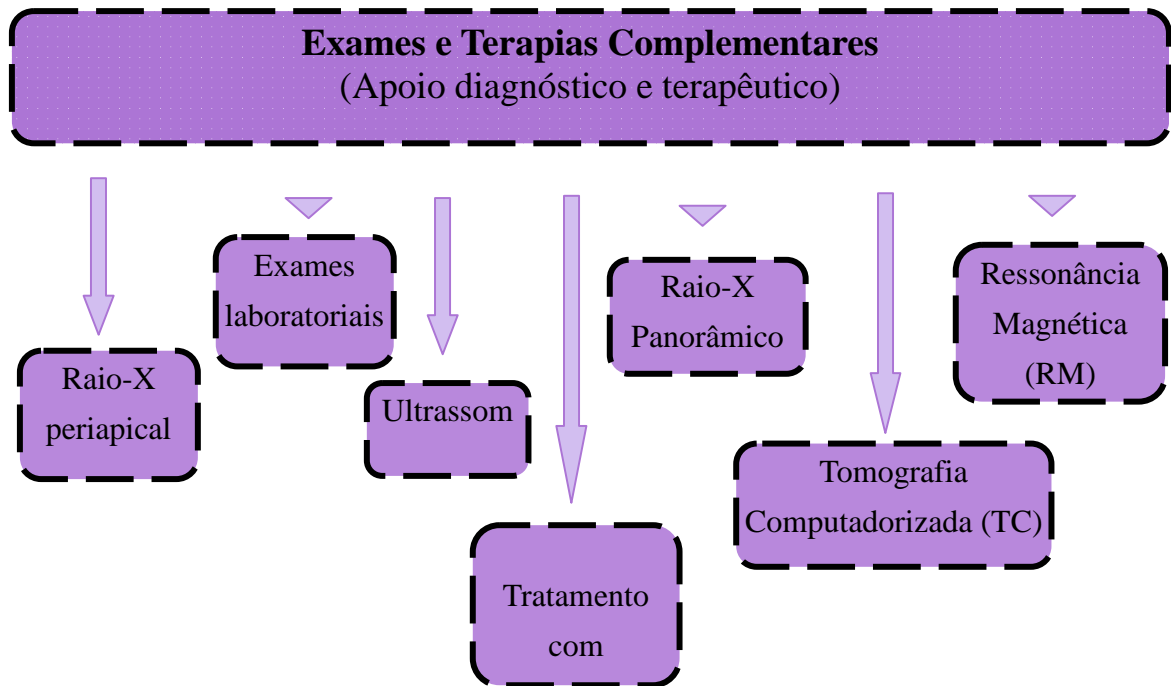
**Continuação do Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal**



**Continuação do Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal**



**Continuação do Anexo A – Fluxograma de Abordagem em Atenção Integral em Saúde Bucal**



Estágios	Desenvolvimento Normal	Indicações para encaminhamento
<b>Dentição decídua</b>	<p>Cronologia erupção de decíduos: Superior 1,2,4,3,5 Inferior 1,2,4,3,5</p> <p>Presença de espaços primatas</p> <p>Desencorajar hábitos (sucção polegares, chupetas)</p>	<p>Discrepâncias esqueléticas severas</p> <p>Alterações severas na cronologia e sequência de erupção</p> <p>Avaliação para extrações de decíduos que favoreçam erupção normal de dentes permanentes</p>
<b>Dentição mista</b>	<p>Cronologia normal de erupção, dentes permanentes: Superior 6,1,2,4,5,3,7,8 Inferior 6,1,2,3,4,5,7,8</p> <p>Contralaterais erupcionando entre 6 e 12 meses.</p> <p>Diastemas de linha média normais.</p> <p>Caninos maxilares palpáveis aos 10 anos.</p>	<p>Problemas esqueléticos severos.</p> <p>Momento ideal de tratamento: Classe III (dentição mista precoce) - 7-9 anos</p> <p>Classe II (dentição mista tardia) - 10-12 anos - tratamento em 1 fase</p> <p>Anomalias de número, forma e tamanho de dentes</p> <p>Posição desfavorável, especialmente caninos</p> <p>Agenesias e supranumerários</p> <p>Molares permanentes impactados</p> <p>Mordidas cruzada (posterior e anterior)</p> <p>Mordida aberta</p> <p>Dentes em infraoclusão</p> <p>Problemas severos de espaço, manutenção, supervisionamento ou recuperação de espaço</p> <p>Perda precoce de molares decíduos e molares permanentes com mau prognóstico.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Dentição permanente</b></p>	<p>Bases esqueléticas e perfil facial harmônico</p> <p>Presença de todos os dentes permanentes previstos para a idade.</p> <p>Classe I de caninos e molares</p> <p>Overjet 2-4 mm</p> <p>Overbite 1/3 - 1/2 coroa do incisivo inferior</p>	<p>Pacientes com deformidades severas maxilo mandibulares, fenda palatina e/ou labial, má oclusão ocasionada por trauma mandibular ou maxilar, desfiguração facial e interferências funcionais - <b>Prioridade 1.</b></p> <p>Pacientes <b><u>em crescimento</u></b> com quaisquer problemas relacionados no item 10.1.6. - <b>Prioridade 2.</b></p> <p>Pacientes <b>fora do período de crescimento</b> com <b>problemas severos</b> que possam ser enquadrados no item 10.1.10 - <b>Prioridade 3.</b></p> <p>Pacientes <b>fora do período de crescimento</b> com <b>problemas menos severos</b> que possam ser enquadrados no item 10.1.11 - <b>Prioridade 4.</b></p> <p>Pacientes que <b>não estejam enquadrados</b> nas prioridades acima - Encaminhar para tratamento ortodôntico <b>fora do SISAU.</b></p>
---	--	--

## Anexo C – Ficha de Acompanhamento Ortodôntico

[illegible]



**Anexo D – Ficha de Consulta Inicial**

COMANDO DA AERONÁUTICA  
CLÍNICA DE ORTODONTIA  
**FICHA DE CONSULTA INICIAL**

Prioridade:

Nome: SARAM:  
 Endereço: Telefone:  
 Data Nasc.: Sexo: Raça: Peso: Altura:  
 Nacionalidade: Naturalidade:  
 Nome do Pai: Telefone:  
 Nome da Mãe: Telefone:  
 Cirurgião - dentista: Telefone:  
 Grau de escolaridade:

Estado Geral de Saúde			
Tipo psicológico .....			
Adenóides .....			
Higiene Bucal.....			
Erupção dentária.....			
Respiração. ....			
Deglutição.....			
Hábitos.....			
Fonação.....			
Perfil.....			
Arcos.....			
Classificação:.....			
Tratamento indicado...			
Outros exames.....			
Doenças.....			
Tem vontade de corrigir?.....			
Amígdalas.....			
Frequência de cáries...			
Dentisteria.....			
Tônus Muscular.....			
Overjet.....			
Overbite.....			
Dimensão vertical.....			
Linha média.....			

Data, assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista

**Anexo D<sub>1</sub> - Histórico Médico Familiar**Nome: ..... N<sup>o</sup> .....

Data de Nascimento: ..... Peso:.....

Altura:.....

Qual o tipo de amamentação? (leite materno ou artificial):

.....

Quanto tempo? .....

Como se comporta em casa? .....

Faz o que se pede com boa vontade? .....

Altura atual:..... Peso atual: .....

Altura dos Pais (Pai): ..... (Mãe): .....

Altura dos Avós (Paternos):..... (Maternos):.....

Altura /Idade dos irmãos: .....

Quando irromperam os primeiros dentes? .....

Cite qualquer outro dado que queira esclarecer (seus gostos, aptidões,  
etc.):.....

Cite as doenças que foi portador: .....

Já foi operado? ..... De que?.....

Com que idade? ..... Em que hospital? .....

Já esteve internado por outro motivo? ..... Qual? .....

.....

Em que hospital? .....

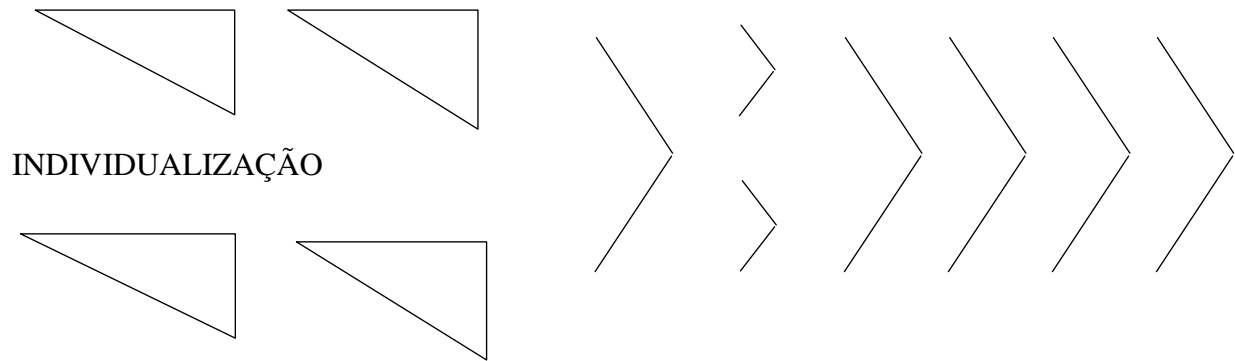
Com que idade? .....

Data, assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista

Anexo D<sub>2</sub> - Relatório de Referência de Paciente

Legenda	Normal					Diagnóstico			
SNA	82					Padrão Esquelético:			
SNB	80								
ANB	2								
SND	76/7					Padrão Dentário:			
1:NA mm	4								
1:NA $\triangleright$	22								
1:NB mm $\triangleright$	4					Crescimento Mandibular:			
1:NB	25					AP : 1			
Po:NB	-					Vert.			
Po:NB (diferença)	-								
1:1	131					Classificação ANGLE:			
Ocl:SN	14								
GoGn:SN	32					Perfil:			
S-LS	0								
S-LI	0					Observações:			
S-L	51								
Eixo Y	59,4					Crescimento			
Ang. Facial	87.8					Ângulo facial			
Ang. Convex.	0								
Ang. H	7/9								
Prop.Faciais	57%								
<b>ARCO INFERIOR</b>	+	-	+	-	ANÁLISE DE TWEED	Normal		Indiv	
Compensação p/ Forma					FMA	25			
Discrepância					FMIA	68			
Recolocação do 1					IMPA	87			
Curva de Spee					Discrepância Dentária				
Recolocação do 6					Discrepância Radiográfica				
Expansão do Arco					Total				
Migração do 6									
Elástico Intermaxilar					$20^{\circ} \leq \text{FMA} \leq 30^{\circ} \rightarrow \text{FMIA} = 68^{\circ}$				
Extrações /Desgastes					$\text{FMA} > 30^{\circ} \rightarrow \text{FMIA} = 65^{\circ}$				
TOTAL					$\text{FMA} < 20^{\circ} \rightarrow \text{IMPA} = 92^{\circ}$				
DIFERENÇA									

Continuação do Anexo D<sub>2</sub> - Relatório de Referência de Paciente



0	1	2	3	4	5	6	7	8	6
5	4	3	2	1	0	1	2	17	16
24	23	22	21	20	19	18	17	16	15
3,5	3,5	4	4	4,5	4,5	5	5	5,5	5,5
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

### Anexo D<sub>3</sub>- Análise de Modelos

ER		=	
EA		=	
DM		=	

### DISCREPÂNCIA DE TAMANHO DENTÁRIO (BOLTON)

Sup.	
Inf.	

$$\frac{I12:}{S12:} \times 100 = \quad \text{mm}$$

$$\begin{array}{l} +91.3: - = \text{mm} \quad -91.3: - = \text{mm} \\ I12 \text{ tab. exc.I} \qquad \qquad S12 \text{ tab. exc.S} \end{array}$$

S	I	S	I	S	I
85	77.6	94	85.8	103	94.0
86	78.5	95	86.7	104	95.0
87	79.4	96	87.6	105	95.9
88	80.3	97	88.6	106	96.8
89	81.3	98	89.5	107	97.8
90	82.1	99	90.4	108	98.6
91	83.1	100	91.3	109	99.5
92	84.0	101	92.2	110	100.4
93	84.9	102	93.1		

$$I6: \frac{\quad \times 100 = \quad}{S6:} \text{ mm}$$

$$\begin{array}{c|c} +77.2: - = \text{ mm} & -77.2: - = \text{ mm} \\ I6 \text{ tab. exc.I} & S6 \text{ tab. exc.S} \end{array}$$

S	I	S	I	S	I
40.3	30.9	45.5	35.1	50.5	39.0
40.5	31.3	46.0	35.5	51.0	39.4
41.0	31.7	46.5	35.9	51.5	39.8
41.5	32.0	47.0	36.3	52.0	40.1
42.0	32.4	47.5	36.7	52.5	40.5
42.5	32.8	48.0	37.1	53.0	40.9
43.0	33.2	48.5	37.4	53.5	41.3
43.5	33.6	49.0	37.8	54.0	41.7
44.0	34.0	49.5	38.2	54.5	42.1
44.5	34.4	50.0	38.6	55.0	42.5
45.0	34.7				

ASSIMETRIAS			MODELOS ARTICULADOS			
SUP.	AP		CLAS.:			
	TR		RMD		RCD	
INF.	AP		RME		RCE	
	TR		Overjet		Overbite	
LM.	SUP		MC			
	INF					

Data, assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista

**Anexo D<sub>4</sub> – Plano de Tratamento**

PLANO DE TRATAMENTO	

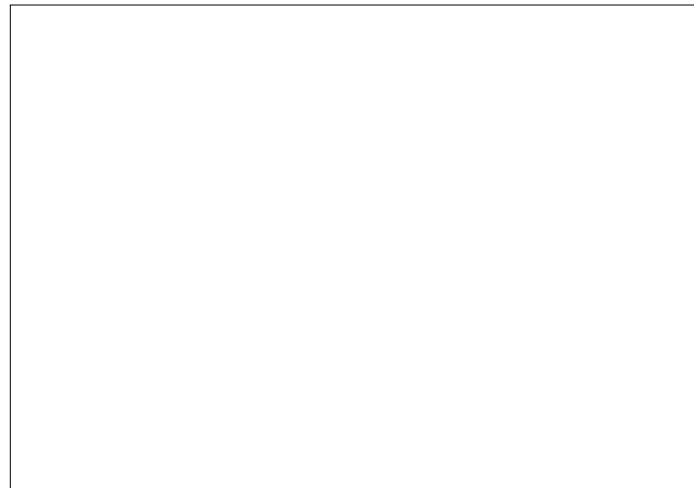
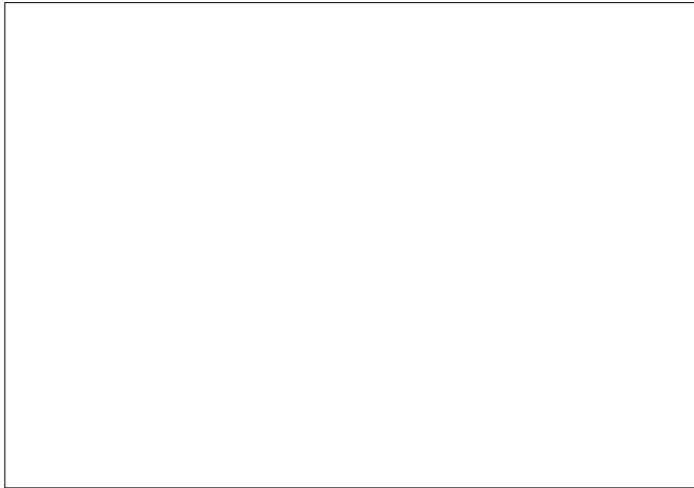
ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO	
DATA	

Data, assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista





**Anexo D<sub>6</sub> – ficha de Consulta Inicial**



**Nome:**  
**ICA 160-**

**Idade:**

**Data:**



**Anexo E – Guia de Referência de Paciente Odontológico****DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**

---

O S A**GUIA DE REFERÊNCIA DE PACIENTE ODONTOLÓGICO**

Para: \_\_\_\_\_

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Posto/Graduação/Função: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

OM do Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

SARAM: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

O paciente acima necessita de atendimento nas seguintes especialidades:

	<b>ELEMENTO</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>
1			
2			
3			
4			
5			

Razões do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segue(m) em anexo o(s) seguinte(s) exame(s):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
d a t a

---

Assinatura com carimbo do Chefe do Serviço Odontológico

**Anexo F – Relatório de Contrarreferência de Paciente****DIRETORIA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**

---

O S A**RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTE**

Para: \_\_\_\_\_

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Posto/Graduação/Função: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

OM do Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

SARAM: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

O paciente acima realizou os seguintes procedimentos:

	<b>ELEMENTO</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>
1			
2			
3			
4			
5			

Segue(m) em anexo o(s) seguinte(s) exame(s):

---

---

---

---

/ /  
d a t a

---

Assinatura com carimbo do Chefe do Serviço Odontológico

## Anexo G - Termo de Orientação e Consentimento Informado

COMANDO DA AERONÁUTICA  
NOME DA OSA

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Ortodontista responsável: \_\_\_\_\_

## Termo de Orientação e Consentimento Informado

Assunto: Instalação de dispositivo(s) temporário(s) de ancoragem

Indicação: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que procurei por livre e espontânea vontade a Clínica de Ortodontia do(a) \_\_\_\_\_ (citar a OSA), para tratamento Ortodôntico e dou consentimento para que seja realizado o seguinte procedimento cirúrgico:

( ) Inserção de \_\_\_\_\_ mini-parafuso(s) ortodôntico(s) na(s) região(ões) descritas abaixo, com o objetivo de facilitar a biomecânica adequada ao tratamento ortodôntico;

( ) Inserção de \_\_\_\_\_ mini-placa(s) de titânio na (s) região(ões) descrita (s) abaixo, com o objetivo de facilitar a biomecânica adequada ao tratamento ortodôntico;

Região de inserção do(s) dispositivo(s) temporário(s) de ancoragem:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fui informado que a instalação destes dispositivos é um procedimento cirúrgico e que isto vai auxiliar no sucesso do meu tratamento ortodôntico.

Desta forma, fui informado pelo Cirurgião-dentista responsável e estou ciente que:

- 1- Há riscos inerentes ao procedimento de inserção e remoção destes dispositivos, dentre os quais: (a) fratura (que exige remoção cirúrgica); (b) injúria radicular dos dentes adjacentes (incluindo próteses ou restaurações) que pode requerer

tratamento endodôntico posterior ou exodontia do elemento dentário envolvido; (c) queda por não aceitação tecidual (o que requer nova instalação); (d) desconforto pós-operatório ou edema; (e) sangramento continuado que pode necessitar de uma segunda intervenção cirúrgica; (f) infecção pós-operatória que pode exigir tratamento cirúrgico e medicamentoso adicional; (g) estiramento da comissura labial com consequente equimose e laceração; (h) restrição de abertura da boca por vários dias ou semanas e (i) comunicação com o seio maxilar, o que também pode exigir cirurgia adicional e terapia medicamentosa.

2- A higiene tanto oral quanto dos dispositivos instalados é primordial. Má higiene afeta diretamente a sua estabilidade, podendo abalar os dispositivos instalados e comprometer o seu uso.

3- A frequência às consultas agendadas é fundamental, devido a ação das molas, elásticos e outros acessórios que estão ligados diretamente aos dispositivos. Qualquer alteração nestes dispositivos deve ser comunicada imediatamente ao ortodontista responsável.

4- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Finalmente, declaro que informei ao profissional responsável pela cirurgia sobre o meu estado de saúde. Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do profissional para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu autorizo fazer o que for aconselhável e necessário para o meu tratamento odontológico.

Local \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou seu responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião-dentista responsável

**Anexo G<sub>1</sub> - Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Tratamento Odontológico com Implantes Osseointegrados****COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE  
NOME DA OSA**

Nome:	Prontuário:		
Saram:	Tel:	Data:	
Cirurgião-dentista responsável:			

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COM IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS**

Este formulário tem como objetivo informar e conscientizar o paciente que pretende submeter-se ao tratamento com implante dentário. Leia com atenção e solicite maiores esclarecimentos nos itens que não ficarem bem entendidos.

1. Estou informado(a) e entendo no que consiste o procedimento da cirurgia para colocação de implante dentário. Entendo que é necessário a colocação do implante dentro do osso e tecido submucoso, assim como, a utilização eventual de enxertos ósseos e/ou biomateriais. Entendo também que, após o período de osseointegração, existe a necessidade de uma segunda cirurgia para expor o(s) implante(s), para otimizar a estética e/ou melhorar a condição biológica da mucosa.

2. Esclareço que fui cuidadosamente examinado (a) pelo oficial-dentista, que me apresentou alternativas de tratamento convencionais. Dentre as apresentadas, optei pelo(s) implante(s) para a reposição dos elementos dentários perdidos.

3. Estou informado dos possíveis e eventuais riscos e complicações decorrentes da cirurgia. Dentre as complicações possíveis, incluem-se: dor, edema (aumento de volume), infecção, parestesias (dormências do lábio, língua e região mentoniana) e sensação de anestesia dos dentes. A duração exata desta parestesia pode não ser determinável e a recuperação demorada.

4. Estou informado que não existe método exato para predizer seguramente a

capacidade de recuperação da mucosa e restabelecimento ósseo em cada paciente seguido à colocação do implante. Estou ciente, também, que nas áreas consideradas de estética crítica (região anterior), os resultados poderão não reproduzir exatamente a estética dos dentes naturais, por razões óbvias, consequentemente nem sempre atendendo às expectativas pré-existentes.

5. Esclareço que fui informado sobre a possibilidade dos implantes não osseointegrarem (3% segundo a literatura atual) concorrendo para o insucesso do tratamento e a necessidade de remoção cirúrgica do mesmo.

6. Estou ciente de todos os cuidados que devo ter para o sucesso do tratamento, dentre os quais, evitar o fumo e álcool, observar a higiene detalhada, controlar rigorosamente a placa bacteriana, manter a alimentação adequada e observar pós-operatório de quatro a nove meses. A ausência destes fatores pode afetar o processo de cicatrização da mucosa e consequentemente limitar o índice de sucesso do implante.

7. Estou informado da importância do controle periódico para exames regulares em consultório.

8. Em uma das múltiplas etapas do planejamento, respondi a um rigoroso e detalhado questionário de saúde fornecendo dados precisos do meu estado físico e mental, além de qualquer outra condição relacionada à minha saúde.

9. Consinto que sejam realizadas fotografia e filmagem, com finalidade científica ou apenas para cadastramento. Fui informado que serão observados cuidados para que a minha identidade não seja revelada.

10. Estou ciente que poderá ser necessário exame de tomografia computadorizada, com a finalidade de cirurgia para implante, não existindo reembolso para este exame.

11. Autorizo os serviços dentários que me foram indicados, incluindo implantes e quaisquer outros procedimentos cirúrgicos e protéticos. Entendo perfeitamente que durante o procedimento, previamente estudado e amplamente planejado, modificações ou necessidades especiais para o sucesso do tratamento em questão, poderão advir, em consequência de eventuais intercorrências nas diversas fases do tratamento. Estou ciente e aprovo que estas eventuais modificações sejam conduzidas pelo oficial-dentista para um melhor resultado final do tratamento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Oficial Cirurgião-dentista responsável

---

Assinatura do paciente/responsável

## Anexo H – Fluxo de Atendimento Odontológico

