



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE
SERGIPE**

**Manual de Orientação ao
Cirurgião-Dentista**

SUMÁRIO

Mensagem do Presidente	01
Mensagem do Secretário Geral do CFO	01
Comissão organizadora do manual	02
Agradecimentos especiais	02
Diretoria do CRO-SE	03
CRO-SE na internet	05
Endereços úteis	05
Endereços eletrônicos importantes	07
Juramento ético do cirurgião-dentista	08
Conceituação básica	08
Registro e inscrição no CRO-SE	09
Anuncio, publicidade e propaganda irregular	14
Inscrições de outros profissionais	17
Infra-estrutura física do consultório odontológico	19
Gerenciamento de resíduos em serviços odontológicos	31
Requisitos específicos para radiologia odontológica	39
Responsabilidade civil do cirurgião-dentista	47
Prontuário odontológico	61
Classificação Internacional de Doenças de interesse para a Odontologia - C.I.D em Odontologia e estomatologia	96
Cuidados que o consumidor deve ter com os novos planos	98
O que o cirurgião-dentista deve verificar ao credenciar-se junto a uma empresa	99
Requisitos legais para comercialização de planos odontológicos	100
Regulamentação das relações entre operadoras e prestadoras	101
Leituras Recomendadas	102

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Caro(a) Colega:

Com a finalidade de orientar, informar e ajudar a solucionar dúvidas que costumam aparecer no cotidiano exercício de nossas atividades, especialmente aquelas relacionadas à ética, é que o Conselho Regional de Odontologia de Sergipe apresenta a nova edição/2007 do **Manual de Orientação Profissional**.

A pretensão do CRO-SE é contribuir para que os profissionais de odontologia entendam que uma categoria só estará solidamente inserida no contexto político e social quando defender e manter seus postulados éticos, respeitando suas regulamentações, assegurando assim, uma odontologia forte e digna.

Aos membros do Plenário e funcionários do CRO-SE os nossos sinceros agradecimentos, pois foi indispensável a colaboração de todos.

Atenciosamente,

AUGUSTO TADEU RIBEIRO SANTANA, CD
Presidente do CRO-SE

MENSAGEM DO SECRETÁRIO GERAL DO CFO

Caro(a) Colega:

Uma das finalidades dos Conselhos Regionais de Odontologia é orientar seus inscritos esclarecendo o máximo sobre as regras e legislação. Nesse sentido esse **Manual de Orientação Profissional** ora apresentado pelo Conselho Regional de Odontologia de Sergipe à Classe Odontológica Sergipana é um exemplo de dedicação pelos temas que aborda, por isso tenho certeza de que esse Manual servirá de exemplo a ser reproduzido por todos os outros Conselhos do Brasil.

Parabéns a Classe Odontológica e aos que fazem o Conselho Regional de Odontologia de Sergipe.

Atenciosamente,

MARCOS LUIS MACEDO DE SANTANA, CD
Secretário Geral do CFO

COMISSÃO ORGANIZADORA DO MANUAL

Augusto Tadeu Ribeiro Santana, CD – Presidente do CRO-SE

Carlos Hermógenes da Silva Meira, CD

José Augusto Santos da Silva, CD

Allan Ulisses Carvalho de Melo, CD

Mônica Silveira Paixão, CD

Fabio José Andrade Lima, CD

João dos Santos Lima Junior, CD

Vera Lucia dos Santos Soares – Funcionária do CRO-SE

Margareth Barreto Cardoso – Funcionária do CRO-SE

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Miguel Álvaro Santiago Nobre – Presidente do CFO

Marcos Luis Macedo de Santana – Secretário Geral do CFO

Lourdes Beatriz Freitas de Oliveira - Funcionária do CRO-SE

Andréa Santos Alves - Funcionária do CRO-SE

Manoel Alves dos Santos - Funcionário do CRO-SE

Roberto Baldo da Cunha – Procurador Jurídico do CRO-SE

**DIRETORIA DO CONSELHO DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE
BIÊNIO 2007/2009**

EFETIVOS:

Presidente: Augusto Tadeu Ribeiro Santana, CD - **CRO-SE-311**

Secretário: Isaias Ferraz Macêdo, CD – **CRO-SE-421**

Tesoureiro: Carlos Hermógenes da S. Meira, CD – **CRO-SE-426**

Lucema Santana Santos, CD – **CRO-SE-146**

Gustavo Tirado Rodrigues, CD – **CRO-SE-1179**

SUPLENTES:

Allan Ulisses Carvalho de Melo, CD – **CRO-SE-1168**

Ana Márcia Menezes de Oliveira, CD – **CRO-SE-517**

Antônio Fernando de Carvalho, CD – **CRO-SE-311**

João dos Santos Lima Junior, CD – **CRO-SE-1227**

Luciano Pacheco de Almeida, CD – **CRO-SE-860**

COMISSÕES:

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Lucema Santana Santos – Presidente

Isaias Ferraz Macedo

Manuel Nunes Barreto

COMISSÃO DE ÉTICA

Carlos Hermógenes da Silva Meira – Presidente

Ana Márcia Menezes de Oliveira

Gustavo Tirado Rodrigues

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

João dos Santos Lima Júnior, CD - Presidente

Carlos Hermógenes da Silva Meira, CD

Luciano Pacheco de Almeida, CD

Isabela de Avelã Brandão Macedo, CD

COMISSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO

Tânia Maria Vieira Fortes - Presidente

Mônica Silveira Paixão

Luciano Pacheco de Almeida

**COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ESTUDOS DE
DISPONIBILIDADE DE LOCAL, INSTALAÇÕES E
EQUIPAMENTOS PARA CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO**

Carlos Hermógenes da Silva Meira – Presidente

Gustavo Tirado Rodrigues

Antônio Fernando de Carvalho

COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Carlos Augusto Bittencourt de Oliveira– Presidente

João dos Santos Lima Júnior, CD

Vera Lúcia dos Santos Soares – Secretária Executiva do CRO-SE

COMISSÃO EDITORIAL DO JORNAL DO CRO-SE

Augusto Tadeu Ribeiro Santana, CD - Presidente

Carlos Hermógenes da Silva Meira, CD

João dos Santos Lima Júnior, CD

Jose Augusto Santos Lima, CD

Luciano Pacheco de Almeida, CD

Margareth Barreto Cardoso - Funcionária do CRO-SE

**COMISSÃO DE RELACIONAMENTO COM OS
ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA**

Mônica Silveira Paixão, CD – Presidente

Fábio José Andrade Lima, CD

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA

Jose Augusto Santos Silva, CD

Liana Nascimento Freire, CD

CRO-SE NA INTERNET

Acessando o nosso site na Internet você pode utilizar os serviços do Conselho com rapidez e precisão, enviando sua mensagem, tirando dúvidas, efetuando sugestões ou críticas e formulando denúncias.

Home page: <http://www.crose.com.br>

e-mail: crose@infonet.com.br

ENDEREÇOS ÚTEIS

1. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE

Rua Vila Cristina, 589 – São José - CEP 49015-000 – Aracaju - Sergipe
Tel: (79) 3211-7212/3214-6342/3214-3404/ Fax: (79) 3211-7212
<http://www.crose.com.br> / - crose@infonet.com.br

Disk Denuncia: 0800-2846123

Horário de atendimento: das 07:00 às 15:00 h de 2ª a 6ª

2. CIDADE UNIVERSITÁRIA PROF. JOSÉ ALOÍSIO DE CAMPOS - UFS

Av. Marechal Rondon, S/N – Jardim Rosa Elze - CEP 49100-000
São Cristóvão - SE
Tel: (79) 3212-6600/6474 / 3218-1700 / Fax: 3218-2309
<http://www.ufs.br/>

3. UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT

Rua Lagarto, 264 - Centro
CEP 49010-390 – Aracaju-SE
Tel: (79) 3218-2100/2116 / Fax: 3218-2306
<http://www.unit.br/>

4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE – ABO-SE

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 404 - Centro – CEP 49010-410
Aracaju - Sergipe
Tel: (79) 3211-2177 / Fax: (79) 3214-4640
<http://www.abo-se.org.br/> - abo-se@infonet.com.br

5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS - ABCD – SEÇÃO SERGIPE

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 332 – Centro – CEP 49010-410
Aracaju - Sergipe
Tel.: (79) 3043-0108 / 3041-0923
<http://www.abcdsergipe.com.br/> - abcd_se@infonet.com.br

6. SINDICATO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE SERGIPE – SINODONTO-SE

Pç. Tobias Barreto, 510 – Sala 113 – São José - CEP 49015-130
Tel: (79) 3214-0119
sinodonto.se@infonet.com.br

7. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE (Coordenação de Saúde Bucal)

Praça General Valadão, 32 -Centro - CEP 49010-520 - Aracaju- SE
Tel.: (79) 3234-9502 (geral) / 3234-9577/ 3234-9578
<http://www.saude.se.gov.br/>

8. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARACAJU (Coordenação de Saúde Bucal)

Rua Sergipe, nº 1310, Siqueira Campos – 49075-540 -Aracaju/SE
Tel: (79) 3179-1014 (geral) / Fax: 3179-1043 / 21069770
<http://www.aracaju.se.gov.br/saude/>

9. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO - DIVISA

Rua Urquiza Leal, 617 – Salgado Filho- CEP 49020-490 –Aracaju -SE
Tel: (79) 3246-5236 / Fax: (79) 3246-4191

10. VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO - COVISA

Rua Sergipe, 1310 – Siqueira Campos – 49075-540 -Aracaju/SE
Tel: (79) 3179-1001 / Fax: 3179-1074

11. MINISTÉRIO PÚBLICO – PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA

(Promotoria de Defesa do Consumidor e Serviços de Relevância Pública)
Pç. Fausto Cardoso, 327, Ed. Walter Franco – 4º andar - CEP 49014-900 – Aracaju -SE
Tel: (79) 3216-2400
<http://www.mp.se.gov.br/>

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS IMPORTANTES

- **Ministério da Saúde** - <http://www.saude.gov.br>
- **Ministério da Saúde/Saúde Bucal** - <http://www.saude.gov.br/bucal>
- **Departamento de Atenção Básica de Saúde da Família** - <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>
- **Conselho Nacional de Saúde** - <http://www.conselho.saude.gov.br/>
- **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** - <http://www.anvisa.gov.br>
- **CFO - Conselho Federal de Odontologia** - <http://www.cfo.org.br/>
- **ABO - Associação Brasileira de Odontologia – Nacional** - <http://www.abonac.org.br/>
- **Secretaria de Estado da Saúde** - <http://www.saude.se.gov.br>
- **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde** <http://www.conasems.org.br>
- **Legislação E Documentos Referentes À Saúde Coletiva** - <http://www.saude.gov.br/bucal>:

- a) Lei 8.080 de 19/09/1990
- b) Lei 8.141 de 28/12/1990
- c) NOB-SUS 1996
- d) NOAS-SUS 01/2001
- e) NOAS SUS 01/2002
- f) Passos para qualificação de uma Equipe de Saúde Bucal
- g) A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma conquista histórica
- h) Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
- i) Relatórios das I,II e III Conferências Nacionais de Saúde Bucal
- j) Guia do PSF / Partes I e II
- k) Serviços Odontológicos: Prevenção e controle de Riscos
- l) MANUAL DE CONDUTAS: Controle de Infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS. PARTES I, II e III
- m) Falando sobre Câncer de Boca – INCA

OBS: As fontes com os endereços eletrônicos acima foram conferidos em 09 de Julho de 2006, qualquer alteração deve ser conferida diretamente nos sites citados.

JURAMENTO ÉTICO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Juro solenemente fazer dos pacientes a razão e a finalidade principal de minha vida profissional;

Dar-lhes o melhor de mim mesmo, sem distinguir raça, sexo, ideologia, credo religioso, estado civil ou condição social;

Exercer a odontologia com a observância das leis do país, das normas do Conselho Federal e Regional e dos preceitos do Código de Ética Odontológica, acatando-os e reconhecendo-os publicamente como obrigatórios;

Assim procedendo, possa eu merecer o respeito e o melhor juízo dos meus colegas e da comunidade; se não respeitá-los que me suceda o contrário.

É o que prometo.

CONCEITUAÇÃO BÁSICA

O **Conselho Regional de Odontologia de Sergipe**, criado pela Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto n.º 68.704, de 03 de junho de 1971, constitui, com o Conselho Federal e os demais Conselhos Regionais de Odontologia, uma Autarquia Federal, dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

O Conselho Regional de Odontologia de Sergipe responde perante a Administração Pública pelo efetivo atendimento dos objetivos legais de interesse público que determinaram a sua criação.

FINALIDADES PRIMORDIAIS:

- Supervisionar a ética profissional;
- Zelar pelo bom conceito da profissão de cirurgião-dentista e dos profissionais auxiliares em Odontologia;
- Orientar, aperfeiçoar, disciplinar e fiscalizar o exercício da Odontologia, com a promoção e utilização dos meios de maior eficácia presumida;
- Defender o livre exercício da profissão de cirurgião-dentista e dos profissionais auxiliares;
- Julgar, dentro de sua competência, as infrações à lei e à ética profissional;
- Funcionar como órgão consultivo do governo, no que tange ao exercício e aos interesses profissionais do cirurgião-dentista e dos auxiliares em Odontologia;
- Contribuir para o aprimoramento da Odontologia e de seus profissionais.

REGISTRO E INSCRIÇÃO NO CRO-SE

Obrigatório

Estão obrigados ao registro no Conselho Federal e à inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia em cuja jurisdição estejam estabelecidos ou exerçam suas atividades:

- a) Cirurgiões-Dentistas;
- b) Técnicos em Prótese Dentária;
- c) Técnicos em Higiene Dental;
- d) Auxiliar de Consultório Dentário;
- e) Especialistas, desde que anunciem ou assim se intitulem;
- f) Entidades Prestadoras de Assistência Odontológica, as Entidades intermediadoras de serviços odontológicos e as cooperativas odontológicas e, empresas que comercializam e/ou industrializam produtos odontológicos;
- g) Laboratórios de Prótese Dentária;
- h) Os demais Profissionais Auxiliares que vierem a ter suas ocupações regulamentadas;

- i) As atividades que vierem a ser, sob qualquer forma, vinculadas à Odontologia.

Obs.: É vedado o registro e a inscrição em duas ou mais categorias profissionais, nos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia sem a apresentação dos respectivos diplomas ou certificados de conclusão de curso profissionalizante regular.

A INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL PODERÁ SER:

- a) principal;
- b) provisória;
- c) temporária;
- d) secundária; e,
- e) remida.

Obs: A inscrição de pessoa jurídica será sempre principal.

Inscrição Principal

Entende-se por inscrição principal aquela feita no Conselho Regional, sede da principal atividade profissional.

A inscrição principal habilita ao exercício permanente da atividade na área da jurisdição do Conselho Regional respectivo e, no caso de pessoa física, ao exercício eventual ou temporário da atividade em qualquer parte do território nacional.

Considera-se exercício eventual ou temporário da atividade aquele que não exceda o prazo de 90 (noventa) dias consecutivos, exigindo-se, para tal, o visto na carteira de identidade profissional, pelo Conselho da jurisdição.

Documentos exigidos para inscrição principal no CRO-SE Cirurgião-Dentista

- Diploma Original mais Fotocópia
- Fotocópia: Título Eleitoral, CPF, Carteira de Identidade, Certificado de Reservista, taxa de inscrição e carteira e Anuidade Quitada com o CRO

- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2
- Tipologia sanguínea
- Declaração de Doador de órgão

Inscrição Provisória

Por inscrição provisória entende-se aquela a que está obrigado o profissional recém-formado, ainda não possuidor de diploma.

Ao recém-formado, com inscrição provisória, será fornecida cédula provisória, que lhe dará direito ao exercício da profissão pelo prazo improrrogável de 2 (dois) anos, contados da data de sua colação de grau, quando cirurgião-dentista ou da data da formatura para os demais profissionais.

Obs.: A inscrição provisória será solicitada ao Presidente do Conselho Regional, através de requerimento acompanhado do original de declaração da instituição de ensino onde se tenha formado, e da qual consiste expressamente, por extenso: nome, nacionalidade, data e local de nascimento, além da data da colação de grau, quando cirurgião-dentista ou da data da formatura, para os demais profissionais.

Documentos exigidos para inscrição provisória no CRO-SE Cirurgião-Dentista

- Atestado de Colação de Grau Original ou declaração da instituição de ensino
- Fotocópia: Título Eleitoral, CPF, Carteira de Identidade, Certificado de Reservista, taxa de inscrição e carteira e Anuidade Quitada com o CRO
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2
- Tipologia sanguínea
- Declaração de Doador de órgão

Inscrição Temporária

Entende-se por inscrição temporária, aquela que se destina a cirurgião-dentista estrangeiro com "visto temporário" ou "registro provisório", desde que não haja restrição ao exercício profissional no país.

A inscrição temporária será solicitada ao Presidente do Conselho Regional através de requerimento, além de cópia da carteira de identidade.

Inscrição Secundária

Entende-se por inscrição secundária aquela a que está obrigado o profissional para exercer a profissão na jurisdição de outro Conselho Regional, além daquele a que se acha vinculado pela inscrição principal ou provisória, exceto aquele que não exceda o prazo de 90 (noventa) dias consecutivos, exigindo-se, para tal, o visto na carteira de identidade profissional, pelo Conselho da jurisdição.

Documentos exigidos para inscrição secundária no CRO-SE Cirurgião-Dentista

- Carteira do CRO de Origem
- Diploma Original mais Fotocópia
- Fotocópia: Anuidade Quitada com o CRO e taxa de inscrição
- 01 Foto 3 x 4

Inscrição Remida

Entende-se por inscrição remida aquela concedida automaticamente, pelo Conselho Regional, ao profissional com 70 (setenta) anos de idade, que nunca tenha sofrido penalidade por infração ética, independentemente da entrega do certificado.

Para obter inscrição remida, o profissional deverá estar quite com todas as obrigações financeiras perante a Autarquia, ficando liberado do pagamento da anuidade do exercício em que a mesma seja concedida.

Obs: O profissional com inscrição remida fica dispensado do recolhimento das anuidades.

Inscrição por Transferência

Entende-se por transferência a mudança da sede da principal atividade exercida pelo profissional, de modo permanente, para jurisdição de outro Conselho Regional.

A transferência será requerida ao Presidente do Conselho para cuja jurisdição pretenda se transferir o profissional. O requerimento será instruído com o diploma ou certificado, a carteira e a cédula de identidade profissional, que deverão ser restituídas ao Conselho de origem de modo a possibilitar o cancelamento da inscrição.

Documentos exigidos para inscrição por transferência no CRO-SE - Cirurgião-Dentista

- Carteiras de Origem
- Diploma Original e cópia
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2
- Fotocópia: Anuidade Quitada com o CRO e dos pagamentos das carteiras

Suspensão Temporária

Poderá o profissional requerer a suspensão temporária de sua inscrição, quando ficar comprovadamente afastado do exercício de suas atividades profissionais, sem percepção de qualquer vantagem pecuniária delas decorrentes, por motivo de doença ou por ocupar cargo eletivo ou motivo de estudo no exterior.

Obs.: Somente será deferido o pedido de suspensão temporária de profissional quite com todas suas obrigações financeiras para com a Autarquia e que não esteja respondendo a Processo Ético.

Cancelamento de Inscrição

O cancelamento de inscrição será efetuado nos seguintes casos:

- a) mudança de categoria, desde que requerido;
- b) encerramento da atividade profissional;
- c) transferência para outro Conselho;
- d) cassação do direito ao exercício profissional;
- e) falecimento; e,
- f) quando de não quitação dos débitos para com a Autarquia:

No caso de não quitação dos débitos para com a Autarquia, por período de 5 (cinco) ou mais anos, esgotadas todas as providências administrativas cabíveis, o Conselho Regional deverá cancelar a inscrição do devedor, mediante processo específico, "ad referendum" do Conselho Federal, desde que o inadimplente não tenha sido localizado.

Obs.: Fica liberado do pagamento da anuidade do exercício, a pessoa que requerer o cancelamento da inscrição até 31 de março, exceto para efeito de transferência.

ANÚNCIO, PUBLICIDADE E PROPAGANDA REGULAR

De acordo com o Capítulo XIV – Da Comunicação do Código de Ética Odontológica, sugerimos MODELOS DE CONTEÚDO OBRIGATÓRIO segundo simulações, quando do uso de COMUNICAÇÃO e DIVULGAÇÃO dos trabalhos do Cirurgião Dentista, através de Placas, Cartão de Visita, etc.

SIMULAÇÃO 01: CONTEÚDO MÍNIMO OBRIGATÓRIO

PESSOA FÍSICA

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Nome do profissional

Cirurgião Dentista

CRO-SE 9999

PESSOA JURÍDICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA DENTE

Nome do profissional

Responsável Técnico / CRO-SE 001

CNPJ 122.556.658/0001-65

SIMULAÇÃO 02: ANÚNCIO DE ÁREA(S) DE ATUAÇÃO PESSOA FÍSICA (Facultativo)

Entende-se por áreas de atuação todos os procedimentos pertinentes às Especialidades reconhecidas pelo CFO. Além de áreas de atuação é permitido anunciar Procedimentos e Técnicas de tratamento.

Além do conteúdo mínimo da SIMULAÇÃO 01, o Cirurgião Dentista acrescentará:

PESSOA FÍSICA CLÍNICO GERAL

PESSOA FÍSICA ESPECIALISTA

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

CLÍNICO GERAL

Áreas de atuação

ENDODONTIA / PRÓTESE

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

ENDODONTISTA

PROTESISTA

OBSERVAÇÃO 01

Os profissionais que possuem Títulos de especialidades só poderão divulgar os mesmos, após inscrição no CRO-SE.

OBSERVAÇÃO 02

Fica facultado ao Cirurgião Dentista divulgar os seguintes pontos:

- Endereço, Telefone, fax, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios, credenciamentos e atendimento domiciliar.

- Logomarca e/ou Logotipo
- Títulos de formação acadêmica *stricto sensu* e do magistério relativos à profissão.

SIMULAÇÃO 03: ANÚNCIOS DE ÁREA DE ATUAÇÃO POR PARTE DE PESSOA JURÍDICA

Tendo uma clínica e/ou convênios anunciado Áreas de atuação, além de divulgar o conteúdo da SIMULAÇÃO 01, deverão também explicitar se o profissional é CLÍNICO GERAL ou ESPECIALISTA, neste último caso deverá observar se o mesmo é inscrito na especialidade anunciada.

CLÍNICA XXXXXX

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS

1. CD Nome do Profissional - CLÍNICO GERAL / Endodontia CRO-SE (1)
2. CD Nome do Profissional - ENDODONTISTA CRO-SE (222)
3. CD Nome do Profissional - CLÍNICO GERAL / Periodontia CRO-SE (333)

**CONVÊNIO ODONTOLÓGICO XXXXXXXX /
Relação de Profissionais**

1. CD Nome do Profissional / CLÍNICO GERAL / Prótese CRO-SE 666
Rua xxx, Bairro nnnn, Sala 324
2. CD Nome do Profissional / ORTODONTISTA / CRO-SE 555
Rua ssss , 1º. Andar, 543

INSCRIÇÕES DE OUTROS PROFISSIONAIS NO CRO-SE

Documentos exigidos para Inscrição de Técnico em Prótese Dentária

- Certificado ou Diploma Original e cópia
- Fotocópia: CPF, Carteira de Identidade, Certificado de Reservista, Título de Eleitor, Anuidade Quitada com o CRO e comprovante de pagamento de inscrição e carteiras
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2

Documentos exigidos para Transferência de Inscrição de Técnico em Prótese Dentária

- Certificado ou Diploma Original
- Carteira de Origem
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2
- Fotocópia: Anuidade quitada com o CRO e comprovante de pagamento das carteiras

Documentos exigidos para Inscrição de Técnico em Higiene Dental

- Certificado ou Diploma Original
- Fotocópia: CPF, Carteira de Identidade, Certificado de Reservista, Título de Eleitor, Anuidade Quitada com o CRO e comprovante de pagamento de inscrição e carteira
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Fotos 2 X 2

Documentos exigidos para Transferência de Inscrição de Técnico em Higiene Dental

- Certificado ou Diploma Original
- Carteira de Origem
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2
- Fotocópia: Anuidade Quitada com o CRO e comprovante de pagamento das carteiras

Documentos exigidos para Inscrição de Auxiliar de Consultório Dentário

- Certificado de conclusão de curso Auxiliar de Consultório Dentário de no mínimo 300 horas
- Fotocópia: CPF, Carteira de Identidade, Certificado de Reservista, Título de Eleitor, Anuidade Quitada com o CRO e comprovante de pagamento de inscrição e carteira
- 02 Fotos 3 x 4 e 01 Foto 2 X 2

Documentos exigidos para Inscrição de Clínica - com 1 Proprietário

- Fotocópia: Alvará de Localização, CNPJ, Contrato Social e comprovante de pagamento de inscrição
- Declaração do Responsável Técnico
- Declaração do Responsável Administrativo e xerox do CPF e RG
- Declaração com Nomes dos Cirurgiões-dentistas e número do CRO

Documentos exigidos para Inscrição de Clínica - com mais de 1 Proprietário

- Fotocópia: Alvará de Localização, CNPJ, Contrato Social, Anuidade Quitada com o CRO e comprovante de pagamento de inscrição
- Declaração do Responsável Técnico
- Declaração do Responsável Administrativo e fotocópia do CPF e RG
- Declaração com Nomes dos Cirurgiões-dentistas e número do CRO

Documentos exigidos para Inscrição de Laboratório de Prótese - com 1 Proprietário

- Fotocópia: Alvará de Localização, CNPJ, Contrato Social
- Declaração do Responsável Técnico, Anuidade Quitada com o CRO e taxa de inscrição
- Declaração do Responsável Administrativo e fotocópia do CPF e RG

Documentos exigidos para Inscrição de Especialidade

- Certificado e Histórico Original e fotocópia
- Requerimento Próprio (formulário do CROSE)

Documentos exigidos para Inscrição de Planos de Saúde/ Intermediadoras de Serviços Odontológicos/ empresas que comercializam e/ou industrializam produtos odontológicos

- Fotocópia: Alvará de Localização, CNPJ, Contrato Social, Anuidade Quitada com o CRO e taxa de inscrição
- Declaração do Responsável Técnico
- Declaração do Responsável Administrativo e fotocópia do CPF e RG

Documentos para Habilitação a Aplicação de Analgesia Relativa ou Sedação Consciente – Oxido nitroso

- Certificado e Histórico do Curso Original e fotocópia

INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Flávio de Castro Bicalho
Regina Maria Gonçalves Barcellos
Sandro Martins Dolghi

As edificações que abrigam a prestação de serviços odontológicos se caracterizam pela intensa relação mantida entre suas funções e seus ambientes, definindo, assim, a infra-estrutura necessária e adequada ao desenvolvimento de suas atividades.

A infra-estrutura física apóia-se em bases técnicas, assumindo a conjugação entre condutas funcionais e soluções arquitetônicas e de engenharia, de modo a minimizar os riscos ou preveni-los, contribuindo para a qualidade da assistência prestada.

Para a elaboração do projeto físico do serviço odontológico devem ser seguidas as orientações constantes na RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações, e legislação vigente no estado e município de sua localização.

2.1. EXECUÇÃO DO PROJETO

Ao se projetar o ambiente de atendimento odontológico, é fundamental efetuar um estudo do espaço físico, das instalações hidrossanitárias, elétricas, de gases medicinais e a distribuição dos equipamentos odontológicos fixos e móveis. A simplificação obtida com a racionalização do espaço físico constitui um elemento importante na produtividade, à medida que, bem planejada, permite a redução de tempo e movimentos na execução das atividades.

2.2. APROVAÇÃO DO PROJETO

Todo projeto arquitetônico de um serviço odontológico público ou privado deve ser avaliado e aprovado pela vigilância sanitária local previamente à execução da obra, assim como as áreas de estabelecimentos já existentes e dos anteriormente não destinados a serviço odontológico a serem ampliadas e/ou reformadas, que ficam condicionadas ao cumprimento das disposições contidas na RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou a que vier substituí-la.

2.3. DIMENSIONAMENTO

Conforme a RDC/Anvisa n.º 50/02, o consultório odontológico individual deve possuir área mínima de 9 m². Para consultórios coletivos, a área mínima depende do número e da quantidade de equipamentos utilizados, devendo possuir uma distância mínima livre de 0,8 m na cabeceira e de 1 m nas laterais de cada cadeira odontológica. Entre duas cadeiras, a distância mínima deve ser de 2 m, para permitir a circulação dos profissionais e minimizar a contaminação por aerossóis.

Devem dispor de instalações hidráulicas (água fria e esgoto), elétricas (pontos de força e iluminação), iluminação natural ou artificial, ventilação natural ou forçada e, caso necessário, gases medicinais (oxigênio, ar comprimido e vácuo medicinal).

Os consultórios odontológicos devem ainda possuir os seguintes ambientes de apoio:

- a) Sala de espera para pacientes e acompanhantes com área mínima de 1,2 m² por pessoa.
- b) Depósito de material de limpeza (DML) com área mínima de 2 m² e dimensão mínima de 1 m, equipado com tanque.
- c) Sanitário(s) para pacientes e público com área mínima de 1,6 m² e dimensão mínima de 1 m.
- d) Central de material esterilizado (CME) simplificada com dois ambientes contíguos, a saber:

- ambiente sujo - sala de lavagem e descontaminação de materiais com bancada, pia e guichê para a área limpa (sala de esterilização de material), com área mínima de 4,8 m².
- ambiente limpo - sala de preparo/esterilização/estocagem de material, com bancada para equipamentos de esterilização, armários para guarda de material e guichê para distribuição de material, com área mínima de 4,8 m².

Deve ser observado o seguinte fluxo de trabalho em CMEs de serviços odontológicos:

Recebimento de material sujo > separação e lavagem de material > preparo de material > esterilização > armazenamento e distribuição

As atividades de recebimento, limpeza, lavagem e separação de materiais são consideradas “sujas” e, portanto, devem ser realizadas em ambiente(s) próprio(s) e exclusivo(s) e com paramentação adequada, mediante a colocação dos seguintes EPIs: avental plástico, máscara, gorro, calçados fechados, óculos e luvas grossas de borracha (não cirúrgicas). Entretanto, deve-se permitir a passagem direta dos materiais entre esse(s) ambiente(s) e os demais ambientes “limpos” através de guichê ou similar.

São considerados ambientes opcionais:

- a) Sanitários para funcionários com área mínima de 1,6 m² e dimensão mínima de 1m.

- b) Depósito de equipamentos/materiais com área mínima a depender dos tipos de equipamentos e materiais.
- c) Sala administrativa com área mínima de 5,5 m² por pessoa.
- d) Copa com área mínima de 2,6 m² e dimensão mínima de 1,15 m.

Consultórios odontológicos individuais podem dispensar a CME simplificada e possuir, no mesmo ambiente, uma bancada com pia e equipamentos de esterilização, desde que sejam estabelecidas rotinas de assepsia e manuseio de materiais a serem esterilizados (barreira técnica).

Nos consultórios odontológicos individuais instalados em edificações de uso coletivo, como edifícios comerciais, o DML pode ser substituído por um carrinho de limpeza, desde que a edificação possua área específica onde seja realizada a rotina de higienização dos carrinhos e dos materiais utilizados.

2.4. MATERIAL DE ACABAMENTO

Os materiais de acabamento para pisos, paredes e tetos devem obedecer ao preconizado na RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, Capítulo 6, Condições Ambientais de Controle de Infecção, ou a que vier substituí-la.

Os materiais para o revestimento de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes, mesmo após o uso e limpeza frequente.

Os materiais, cerâmicos ou não, quando usados nas áreas críticas, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4%, individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos das áreas críticas.

As tintas elaboradas à base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas podem ser utilizadas, nas áreas críticas, nos pisos, paredes e tetos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também à abrasão e aos impactos.

O uso de divisórias removíveis nas áreas críticas não é permitido. Entretanto, paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que, quando instaladas, tenham acabamento monolítico. Nas áreas semicríticas, as divisórias só podem ser utilizadas se forem, também, resistentes ao uso de desinfetantes e à lavagem com água e sabão. Nas áreas críticas e semicríticas, não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas, em toda sua extensão, por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes.

A execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado são de difícil execução e em nada facilitam o processo de limpeza do local. Especial atenção deve ser dada à união do rodapé com a parede, de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé, que permite o acúmulo de pó.

Os tetos em áreas críticas devem ser contínuos, sendo proibido o uso de forros falsos removíveis, do tipo que interfira na limpeza dos ambientes. Nas demais áreas, pode-se utilizar o forro removível, inclusive por razões ligadas à manutenção, desde que nas áreas semicríticas eles sejam resistentes aos processos de limpeza e desinfecção.

Para proteção contra o sol e redução do acúmulo de poeira, o uso de películas protetoras nos vidros ou brises soleils de fachada é o mais recomendado. A utilização de persianas e cortinas em serviços odontológicos é permitida, porém a limpeza deve ser efetuada com maior rigor e rotineiramente.

2.5. INSTALAÇÃO ELÉTRICA E ILUMINAÇÃO

As instalações elétricas de equipamentos associados à operação e/ou controle de sistemas de climatização, equipamentos odontológicos e as instalações elétricas para os serviços odontológicos devem ser

projetadas, executadas, testadas e mantidas em conformidade com as normas ABNT NBR 5410 – Instalações elétricas de baixa tensão e NBR 13.534 – Instalações elétricas em estabelecimentos assistenciais de saúde – Requisitos de segurança e RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Os serviços odontológicos devem ser providos de sistema de iluminação artificial que possibilite boa visibilidade, sem ofuscamentos ou sombras em todos os ambientes onde os pacientes são atendidos.

Recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes e luminárias dotadas de refletores para melhor distribuição da luz, e aletas que impeçam a iluminação direta excessiva e possuam dispositivos antifuscamento, obtendo-se um nível de iluminação de 15.000 lux, observando-se o disposto na norma ABNT NBR 5413 – Iluminância de interiores. Os circuitos elétricos de iluminação e de alimentação dos pontos de força, bem como seus respectivos dispositivos de proteção e seccionamento, devem ser distintos e dimensionados conforme sua capacidade de condução de corrente elétrica.

Devem ser instalados vários pontos de força, distribuídos ao longo da bancada, em quantidade suficiente para a alimentação elétrica dos diversos equipamentos do consultório, não sendo admitida a utilização de um mesmo ponto para alimentação de diversos equipamentos por meio de extensões, tomadas múltiplas ou benjamins (tês).

Se, no levantamento das cargas instaladas, a carga total for superior a 16 mil watts, deve ser providenciada uma instalação trifásica, devidamente balanceada.

As instalações elétricas devem ser embutidas ou protegidas por material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes, para que não haja depósitos de sujidades em sua extensão.

2.6. SISTEMAS DE CLIMATIZAÇÃO

Os serviços odontológicos devem possuir ventilação natural ou forçada, para evitar o acúmulo de fungos (bolores), gases e vapores condensados, sendo que sua eliminação não deve causar danos ou prejuízos às áreas próximas.

Os equipamentos de ar condicionado de janela e minisplits apresentam o inconveniente de não efetuar a renovação do ar necessária para a manutenção de uma boa qualidade do ar ambiente de interiores, conforme preconizado na Portaria GM/MS n.º 3.523, de 28 de agosto de 1998, e RE/Anvisa n.º 9, de 16 de janeiro de 2003, ou as que vierem substituí-las. Esses equipamentos somente podem ser instalados nos serviços odontológicos acompanhados por um sistema de ventilação e/ou exaustão complementar, garantindo, dessa forma, a renovação de ar exterior necessária nesses ambientes.

Caso o estabelecimento de assistência odontológica opte pela instalação de sistema de climatização, deverá seguir as seguintes recomendações:

a) As instalações de climatização para os serviços odontológicos devem ser projetadas, executadas, testadas e mantidas conforme as recomendações das normas ABNT NBR 6401 – Instalações centrais de ar condicionado para conforto – Parâmetros básicos de projeto e NBR 7256 – Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde e da RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002.

b) O sistema de climatização para os serviços odontológicos deve ser adequadamente dimensionado, por profissional especializado, de modo a prover uma vazão mínima de ar exterior de 6 (m³/h)/m² e uma vazão mínima de ar total de 18 (m³/h)/m². A temperatura ambiente deve ser mantida entre 21°C e 24°C, e a umidade relativa do ar entre 40% e 60%. Os equipamentos devem possuir, no mínimo, filtros classe G3 no insuflamento.

c) As tomadas de ar exterior devem ser localizadas de forma a evitar a aspiração de descargas de exaustão de cozinhas, sanitários, laboratórios, lavanderia e também a evitar a proximidade a depósitos de lixo, centrais de gás combustível, grupos geradores, centrais de vácuo, estacionamentos, bem como de outros locais onde haja possibilidade de emanção de agentes poluidores ou gases nocivos, estabelecendo uma distância mínima de oito metros desses locais. As tomadas de ar exterior deverão ser providas, no mínimo, de filtros classe G3 e dotadas de telas de proteção de material resistente à corrosão.

d) Os dutos de ar, quando utilizados, devem ser unidos por meio de juntas flangeadas, à prova de vazamentos. As dobras, conexões e acessórios dos dutos também devem ser estanques. Todo retorno de ar deve ser feito através de dutos, sendo vedado o retorno através do forro (plenum).

e) A instalação e a manutenção de equipamentos de pequeno porte, como aparelhos de janela e minisplits, devem ser efetuadas conforme preconizado nos manuais do fabricante. A manutenção de equipamentos e/ou instalações de capacidade igual ou superior a 5 TRs (15.000 kcal/h = 60.000 Btu/h) deverá ser efetuada sempre sob a supervisão de engenheiro mecânico (responsável técnico) habilitado pelo CREA para tal fim, observando-se os critérios da Portaria GM/MS n.º 3.523, de 28 de agosto de 1998, e RE/Anvisa n.º 9, de 16 de janeiro de 2003.

2.7. ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Os serviços odontológicos devem ser abastecidos com água ligada à rede pública ou possuir abastecimento próprio, com registro da nascente, suficiente em volume ou pressão e sistema de cloração. A água deve possuir grau de potabilidade de acordo com a Portaria MS n.º 518, de 25 de março de 2004, ou a que vier substituí-la. Todos os serviços devem ser providos de reservatórios de água (caixa d'água) com capacidade mínima correspondente ao consumo de dois dias ou mais, em função da confiabilidade do sistema.

Os reservatórios, quando subterrâneos, devem ser protegidos contra infiltrações e qualquer natureza e dispor de tampa para facilitar o acesso à inspeção e limpeza.

Recomenda-se efetuar a limpeza periódica dos reservatórios e a análise da qualidade da água, por firmas idôneas, a cada seis meses.

2.8. INSTALAÇÕES HIDROSSANITÁRIAS

As instalações de água fria para os serviços odontológicos devem ser projetadas, executadas, testadas e mantidas em conformidade com a norma ABNT NBR 5626 – Instalação predial de água fria. Caso utilizadas, as instalações de água quente devem seguir o preconizado na norma ABNT NBR 7198 – Projeto e execução de instalações prediais de água quente.

As instalações sanitárias devem ser providas de, no mínimo, vaso sanitário e lavatório.

Junto aos lavatórios deve existir sempre um recipiente ou equipamento para dispensação de sabão líquido, além de recursos para secagem das mãos (porta papel-toalha) e lixeira com tampa, acionada por pedal.

Devem ser instalados dentro do consultório, no mínimo, um lavatório exclusivo para a lavagem das mãos e uma pia com bancada para a lavagem do instrumental.

Com distância compatível entre elas, ou barreira para que respingos da pia para lavagem do instrumental não contamine a de lavagem de mãos. Nos ambientes que executem procedimentos, os lavatórios devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando da abertura e fechamento da água, e recipiente com anti-séptico para a higienização das mãos.

As instalações para esgoto sanitário devem ser projetadas, executadas, testadas e mantidas em conformidade com a norma ABNT NBR 8160 – Sistemas prediais de esgoto sanitário – Projeto e execução.

Caso a região onde o serviço odontológico estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo o esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc.

Deve ser prevista a instalação de pontos de coleta dos efluentes líquidos para captação de detritos dos equipamentos, lavatórios, pias, torneiras, ralos e pontos de dreno para o sistema de vácuo do serviço odontológico. O sistema de esgoto deve ser projetado com desnível suficiente para escoar todo o volume de detritos apenas pela ação da gravidade, ou seja, diferencial de altura constante em todo o percurso. A tubulação utilizada deve possuir, no mínimo, 40 mm de diâmetro.

2.9. PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

As instalações para as salas de raios X de serviços odontológicos devem ser executadas conforme as recomendações da Portaria SVS/MS n.º 453, de 01 de junho de 1998, ou a que vier substituí-la. Maiores informações estão descritas no capítulo 13 deste manual.

2.10. GASES MEDICINAIS

As instalações de gases medicinais para os serviços odontológicos devem ser executadas conforme as recomendações da RDC/Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e da norma ABNT NBR 12.188 – Sistemas centralizados de oxigênio, ar comprimido, óxido nitroso e vácuo para uso medicinal em estabelecimentos de saúde.

Além disso, devem seguir as seguintes recomendações referentes à utilização de cilindros de gases medicinais:

a) Os cilindros de gases medicinais devem ser armazenados em um local ventilado de forma natural, protegidos, mantidos na posição vertical e devem possuir dispositivos de segurança de forma a evitar quedas ou tombamentos. Os cilindros e as mangueiras devem possuir cores diferenciadas e facilmente identificáveis. As conexões para as linhas dos diferentes tipos de gases não podem ser intercambiáveis, devendo possuir dimensões diferenciadas, de forma a evitar trocas indevidas dos cilindros.

b) Os cilindros de gases medicinais devem ser transportados na posição vertical, em carrinhos específicos utilizados para transporte de cilindros de gases medicinais, equipados com sistemas de suporte e fixação do cilindro, de forma a evitar quedas.

O compressor de ar do equipo odontológico não deve ser instalado no banheiro; deve estar localizado em lugar arejado, de preferência fora do consultório. As boas práticas de projeto recomendam que ele seja instalado em ambiente com tomada externa de ar e que possua proteção para combater a repercussão acústica causada pelo motor. Atualmente, existem compressores de ar silenciosos que podem permanecer dentro da sala clínica e que são providos de filtros de ar coalescentes, com maior capacidade de filtração, fazendo maior purificação do ar comprimido.

Caso seja instalado em ambiente sem captação direta de ar externo, o compressor deverá estar acoplado através de duto à tomada direta de ar externo, caracterizando uma ventilação forçada. A instalação de filtros de ar bactericidas e mais finos no compressor não é recomendada. O equipamento não possui capacidade para vencer a barreira que seria

criada pela instalação dos filtros adequados para garantir as condições da qualidade do ar a ser aspirado nesse ambiente.

2.11. CONTROLE DE AR E ANALGESIA INALATÓRIA

O serviço odontológico que realiza procedimentos sob analgesia inalatória deve possuir sistema de exaustão para diluição de resíduos de gás anestésico, dimensionado por profissional especializado, de modo a prover, no mínimo, 20 trocas de ar por hora. O fluxo de ar deve ser unidirecional, partindo da zona respiratória do paciente ao piso, para, em seguida, ser exaurido ao meio externo.

O ar exaurido deve ser captado por grelhas de exaustão situadas na periferia do recinto, a 20 cm do piso e a 1 m da zona respiratória do paciente, e não deve retornar a outros ambientes do serviço odontológico, sendo expelido ao meio externo.

É essencial também que não haja recirculação do ar ambiente no local onde se realiza o procedimento de analgesia inalatória.

Caso as unidades estejam implantadas em pavimentos térreos, o ar exaurido não deve ser lançado em áreas com fluxo de pessoas, tais como pátios, calçadas e outras áreas públicas. Sempre que possível, o ar de exaustão deve ser descarregado 2 m acima do telhado e com o jato na vertical, evitando-se risco ou incômodo para os edifícios vizinhos ou para o próprio edifício.

O aparelho de exaustão deve ser fixado em alvenaria, evitando-se sua instalação em esquadrias ou outras superfícies passíveis de vibração. A vibração e o nível de ruído gerado não devem exceder 35db. O sistema deve observar os níveis de ruídos estabelecidos pela norma ABNT NBR 6401.

Recomenda-se o insuflamento de ar externo por meio de grelhas localizadas no teto que direcionam o fluxo de ar para baixo, garantindo a mistura correta e diluição do gás anestésico inutilizado.

Poderá ser adotado o controle de temperatura, visando garantir condições mínimas de conforto ao paciente e à equipe odontológica. O insuflamento do ar condicionado no ambiente deve ser projetado de modo a reduzir ao máximo a indução do ar ambiente, possibilitando que

o ar introduzido na parte central do recinto gere o mínimo de turbulência. Não é permitida a instalação de equipamentos que apresentem insuflamento e retorno de ar na mesma unidade, fazendo circular o ar pelo recinto e causando interferências no fluxo unidirecional. No caso de sistema central de ar condicionado, o ar dos consultórios não deve, em qualquer hipótese, retornar ao sistema. Esse sistema deve considerar a carga térmica gerada no processo de exaustão e troca mínima de ar (20 trocas por hora), bem como as características ambientais locais.

Não é permitida a instalação de equipamentos que apresentem insuflamento e retorno de ar na mesma unidade, fazendo circular o ar pelo recinto e causando interferências na direção do fluxo.

BIBLIOGRAFIA

ANVISA. Resolução RDC nº 189 de 18 de julho de 2003. Todos os projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde públicos e privados devem ser avaliados e aprovados pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais previamente ao início da obra a que se referem os projetos. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho de 2003. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>

ANVISA. Resolução RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>

ANVISA. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de março de 2002. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>

ANVISA. Resolução RE nº 9 de 16 de janeiro de 2003. Orientação técnica revisada contendo padrões referenciais de qualidade de ar interior em ambientes de uso público e coletivo, climatizados artificialmente. A Resolução recomenda o índice máximo de poluentes de contaminação biológica e química, além de parâmetros físicos do ar interior. Prevê ainda métodos analíticos e recomendações para controle e correção, caso os padrões de ar forem considerados regulares ou ruins. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de janeiro de 2003.

Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de março de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança no Ambiente Hospitalar, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 3.523 de 28 de agosto de 1998. Aprova Regulamento Técnico contendo medidas básicas referentes aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a Qualidade do Ar de Interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de agosto de 1998.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). Hazard Control 3: Control of Nitrous Oxide in Dental Operatories. Cincinnati, OH: U.S. Publication No. 96-107, 1998.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUO EM SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Luiz Carlos da Fonseca e Silva
Regina Maria Gonçalves Barcellos

A temática acerca dos resíduos de serviços de saúde, em especial os de serviços odontológicos, necessita ampliação e aprofundamento de estudos, devido às controvérsias decorrentes das implicações desses resíduos no que se refere à saúde ambiental. Nela estão contidas questões vinculadas à saúde ocupacional e dos usuários dos serviços odontológicos e ao saneamento ambiental.

O gerenciamento é tido como um processo capaz de minimizar ou até mesmo impedir os efeitos adversos causados pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), do ponto de vista sanitário, ambiental e ocupacional, sempre que realizado racional e adequadamente.

Os resíduos gerados nos serviços odontológicos causam risco à saúde pública e ocupacional equivalente aos resíduos dos demais estabelecimentos de saúde.

Seus responsáveis técnicos devem implantar um plano de gerenciamento de acordo com o estabelecido na RDC/Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004, ou a que vier substituí-la.

Os resíduos gerados nos serviços odontológicos podem ser classificados em biológicos, químicos, perfurocortantes ou escarificantes e comuns.

12.1. RESÍDUOS BIOLÓGICOS

São resíduos com possível presença de agentes biológicos, que por suas características podem apresentar risco de infecção.

Os resíduos biológicos devem ser manejados de diferentes formas, de acordo com sua composição:

A) Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com classe de risco 4, em conformidade com a RDC/Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004, ou que vier substituí-la, por microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causadores de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

MANEJO:

- Devem ser acondicionados em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados conforme o item 1.3.3 da RDC 306/04.
- Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com o Nível III de Inativação Microbiana.

Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

- Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 da RDC 306/04, em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados conforme o item 1.3.3 da mesma RDC.
- Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

B) Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

MANEJO:

- Devem ser acondicionados conforme o item 1.2 da RDC 306/04, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados conforme o item 1.3.3 da mesma RDC.
- Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com o Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV da RDC 306/04) e que desestruture as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D. Caso o tratamento previsto venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e devidamente identificado, conforme o item 1.3.3 da RDC 306/04, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

C) Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (luvas, óculos, máscaras, gaze e outros) e peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

MANEJO:

- Esses resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.
- Devem ser acondicionados em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados conforme o item 1.3.3 da RDC 306/04 .

Os sacos devem estar contidos em recipiente de material lavável, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, e resistente ao tombamento. Devem ser dispostos em local devidamente licenciado para disposição final, e, na ausência deste, as orientações do órgão ambiental competente devem ser observadas.

12.2. RESÍDUOS QUÍMICOS

Os seguintes resíduos contêm substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade:

- a) Produtos antimicrobianos, citostáticos e antineoplásicos; imunossupressores, quando apresentarem prazo de validade vencido ou se tornarem impróprios para o consumo.
- b) Anestésicos.
- c) Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- d) Saneantes e desinfetantes.
- e) Resíduos de amálgama.
- f) Radiografias odontológicas.
- g) Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

As características dos resíduos pertencentes a este grupo são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos – FISPQ (NBR 14.725 da ABNT, de julho de 2001).

Os resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos.

Os resíduos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos – Classe I.

Os resíduos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros.

Quando submetidos a processo de tratamento térmico por incineração, devem seguir as orientações contidas na Resolução Conama nº 316, de 29 de outubro de 2002, ou a que vier substituí-la.

O acondicionamento deve ser feito em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens, de forma a evitar reação química entre os componentes, enfraquecendo-a ou deteriorando-a, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

Os reveladores utilizados em radiologia podem ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9, sendo posteriormente lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam às diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Os fixadores usados em radiologia podem ser submetidos a processo de recuperação da prata ou então ao constante do item 11.16 da RDC 306/04.

O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo chumbo (Pb), cádmio (Cd) e mercúrio (Hg) e seus compostos deve ser feito de acordo com a Resolução Conama nº 257/99, ou a que vier substituí-la.

Os demais resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser encaminhados a aterro de resíduos perigosos – Classe I ou submetidos a

tratamento, de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente, em instalações licenciadas para este fim. O manejo dos resíduos líquidos deste grupo deve seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.

Os resíduos contendo mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

Resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.

Resíduos no estado sólido, quando não submetidos à reutilização, recuperação ou reciclagem devem ser encaminhados para sistemas licenciados de disposição final.

Resíduos no estado líquido podem ser lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam, respectivamente, as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

12.3. RESÍDUOS PERFUROCORTANTES OU ESCARIFICANTES

São todos os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar (bisturis, agulhas, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas e outros).

Devem ser acondicionados em recipientes rígidos, com tampa vedante, estanques, resistentes à ruptura e à punctura.

Devem ser dispostos em local devidamente licenciado para disposição final de RSS, e, na ausência deste, seu manejo deve seguir as orientações do órgão ambiental competente.

Dependendo da concentração e do volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, esses resíduos devem ser submetidos ao mesmo tratamento dado à substância contaminante.

12.4. RESÍDUOS COMUNS

São aqueles resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Para o gerenciamento desses resíduos devem ser seguidas as orientações estabelecidas pelo órgão ambiental competente e pelo serviço de limpeza urbana.

12.5. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS OU SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos.

Contempla os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

O Plano deve ser baseado nas características e no volume dos RSS gerados e deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, ao transporte e à disposição, estabelecidas pelos órgãos responsáveis. Quando exigido pelas autoridades locais de saúde e/ou ambiente, deve ser submetido à aprovação prévia.

Uma cópia do PGRSS deve estar disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

O PGRSS deverá conter os seguintes itens:

- Identificação do gerador: razão social, nome fantasia, endereço, fone, fax, endereço eletrônico, atividades desenvolvidas, horários de

funcionamento, dados dos responsáveis técnicos pelo estabelecimento e pelo plano (nome, RG, profissão e registro profissional).

- Caracterização do resíduo: este deve ser quantificado e classificado segundo a RDC Anvisa n.º 306/04, ou a que vier substituí-la.

- Etapas do manejo: descrever como serão realizadas as etapas de segregação, acondicionamento, transporte interno e externo, armazenamento temporário e externo, coleta, tratamento e disposição final para cada tipo de resíduo gerado. Quando adotada a reciclagem de resíduos, o desenvolvimento e a implantação de práticas devem estar de acordo com as normas dos órgãos ambientais e de limpeza urbana.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá também descrever:

- Medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores.

- Ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes.

- Ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador.

- Etapas de desenvolvimento e implantação de programas de capacitação, abrangendo todos os setores geradores de RSS, os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho (SESMT), a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa), em consonância com as legislações de saúde e ambiental e normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) vigentes.

BIBLIOGRAFIA

ANVISA. Resolução RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/home.php>

SCHNEIDER, V. E. et al. Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde. São Paulo: CLR Balieiro, 2001.

REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

Portaria/MS/SVS nº 453, de 01 de junho de 1998 - D.O.U. 02./06/98

Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

5.1 Em adição aos requisitos gerais aplicáveis, dispostos nos Capítulos 1, 2 e 3, os estabelecimentos que empregam os raios-x em odontologia devem obedecer às exigências definidas neste Capítulo.

DOS AMBIENTES

5.2 O equipamento de radiografia intra-oral deve ser instalado em ambiente (consultório ou sala) com dimensões suficientes para permitir à equipe manter-se à distância de, pelo menos, 2 m do cabeçote e do paciente.

5.3 O equipamento de radiografia extra-oral deve ser instalado em sala específica, atendendo aos mesmos requisitos do radiodiagnóstico médico.

5.4 As salas equipadas com aparelhos de raios-x devem dispor de:

a) Sinalização visível nas portas de acesso, contendo o símbolo internacional da radiação ionizante acompanhado da inscrição: "raios-x, entrada restrita" ou "raios-x, entrada proibida a pessoas não autorizadas";

b) Quadro com as seguintes orientações de proteção radiológica, em lugar visível:

(i) "paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera para sua proteção durante exame radiográfico";

(ii) "não é permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o exame radiológico, salvo quando estritamente necessário";

(iii) "acompanhante, quando houver necessidade de contenção de paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera para sua proteção durante exame radiológico".

5.5 Para cada equipamento de raios-x deve haver uma vestimenta plumbífera que garanta a proteção do tronco dos pacientes, incluindo tireóide e gônadas, com pelo menos o equivalente a 0,25 mm de chumbo.

5.6 O serviço deve possuir instalações adequadas para revelação dos filmes.

a) A câmara escura deve ser construída de modo a prevenir a formação de véu nos filmes; deve ser equipada com lanterna de segurança apropriada ao tipo de filme e possuir um sistema de exaustão adequado.

b) Para radiografias intra-orais, pode ser permitida a utilização de câmaras portáteis de revelação manual, desde que confeccionadas com material opaco.

c) Para revelação manual, deve estar disponível no local um cronômetro, um termômetro e uma tabela de revelação para garantir o processamento nas condições especificadas pelo fabricante.

DOS EQUIPAMENTOS

5.7 Em adição às características gerais aplicáveis, todo equipamento de raios-x para uso odontológico deve atender aos seguintes requisitos:

a) Tensão:

(i) em radiografias intra-orais a tensão no tubo de raios-x deve ser maior ou igual a 50 kVp, preferencialmente maior que 60 kVp;

(ii) equipamentos para radiografias extra-orais não devem possuir tensão inferior a 60 kVp.

b) Filtração total:

(i) equipamentos com tensão de tubo inferior ou igual a 70 kVp devem possuir uma filtração total permanente não inferior ao equivalente a 1,5 mm de alumínio;

(ii) equipamentos com tensão de tubo superior a 70 kVp devem possuir uma filtração total permanente não inferior ao equivalente a 2,5 mm de alumínio.

c) Radiação de fuga:

(i) em radiografias intra-orais, o cabeçote deve estar adequadamente blindado de modo a garantir um nível mínimo de radiação de fuga, limitada a uma taxa de kerma no ar máxima de 0,25 mGy/h a 1 m do ponto focal, quando operado em condições de ensaio de fuga;

(ii) para outros equipamentos emissores de raios-x, os requisitos para radiação de fuga são os mesmos estabelecidos para radiodiagnóstico médico.

d) Colimação:

(i) todo equipamento de raios-x deve possuir um sistema de colimação para limitar o campo de raios-x ao mínimo necessário para cobrir a área em exame;

(ii) para radiografias intra-orais o diâmetro do campo não deve ser superior a 6 cm na extremidade de saída do localizador. Valores entre 4 e 5 cm são permitidas apenas quando houver um sistema de alinhamento e posicionamento do filme;

(iii) em radiografias extra-orais é obrigatório o uso de colimadores retangulares.

e) Distância foco-pele:

(i) equipamentos para radiografias intra-orais devem possuir um localizador de extremidade de saída aberta para posicionar o feixe e limitar a distância foco-pele;

(ii) o localizador deve ser tal que a distância foco-pele seja de, no mínimo, 18 cm para tensão de tubo menor ou igual a 60 kVp, no mínimo de 20 cm para tensão entre 60 e 70 kVp (inclusive) e, no mínimo, 24 cm para tensão maior que 70 kVp;

(iii) o localizador e o diafragma/colimador devem ser construídos de modo que o feixe primário não interaja com a extremidade de saída do localizador.

f) Duração da exposição:

(i) a duração da exposição pode ser indicada em termos de tempo ou em número de pulsos;

(ii) o sistema de controle da duração da exposição deve ser do tipo eletrônico e não deve permitir exposição com duração superior a 5 s;

(iii) deve haver um sistema para garantir que raios-x não sejam emitidos quando o indicador de tempo de exposição se encontrar na posição "zero" e o disparador for pressionado.

g) O botão disparador deve ser instalado em uma cabine de proteção ou disposto de tal forma que o operador que o manuje possa ficar a uma distância de, pelo menos, 2 m do tubo e do paciente durante a exposição.

h) O sistema de suporte do cabeçote deve ser tal que o mesmo permaneça estável durante a exposição.

PROCEDIMENTOS DE TRABALHO

5.8 A fim de reduzir a dose no paciente, devem ser adotados os seguintes procedimentos:

a) Exames radiográficos somente devem ser realizados quando, após exame clínico e cuidadosa consideração das necessidades de saúde geral e dentária do paciente, sejam julgados necessários. Deve-se averiguar a existência de exames radiográficos anteriores que tornem desnecessário um novo exame.

b) O tempo de exposição deve ser o menor possível, consistente com a obtenção de imagem de boa qualidade. Isto inclui o uso de receptor de imagem mais sensível que possa fornecer o nível de contraste e detalhe necessários. No caso de radiografias extra-orais, deve-se utilizar uma combinação de filme e tela intensificadora com o mesmo critério.

c) A repetição de exames deve ser evitada por meio do uso da técnica correta de exposição e de um processamento confiável e consistente.

d) Para radiografias intra-orais deve-se utilizar, preferencialmente:

(i) a técnica do paralelismo com localizadores longos;

(ii) dispositivos de alinhamento (posicionadores);

(iii) prendedores de filme e de "bite-wing" de modo a evitar que o paciente tenha que segurar o filme.

e) A extremidade do localizador deve ser colocada o mais próximo possível da pele do paciente para garantir tamanho de campo mínimo.

f) Em radiografias extra-orais deve-se utilizar tamanho de campo menor ou igual ao tamanho do filme.

g) O operador deve observar e ouvir o paciente durante as exposições.

h) É proibido o uso de sistema de acionamento de disparo com retardo.

i) Uso de vestimenta de proteção individual de modo a proteger a tireóide o tronco e as gônadas dos pacientes durante as exposições. Os aventais plumbíferos devem ser acondicionados de forma a preservar sua integridade, sobre superfície horizontal ou em suporte apropriado.

5.9 Proteção do operador e equipe

a) Equipamentos panorâmicos ou cefalométricos devem ser operados dentro de uma cabine ou biombo fixo de proteção com visor apropriado ou sistema de televisão.

(i) o visor deve ter, pelo menos, a mesma atenuação calculada para a cabine.

(ii) a cabine deve estar posicionada de modo que, durante as exposições, nenhum indivíduo possa entrar na sala sem o conhecimento do operador;

b) Em exames intra-orais em consultórios, o operador deve manter-se a uma distância de, pelo menos, 2 metros do tubo e do paciente durante as exposições. Se a carga de trabalho for superior a 30 mAmin por semana, o operador deve manter-se atrás de uma barreira protetora com uma espessura de, pelo menos, 0,5 mm equivalentes ao chumbo,

c) O operador ou qualquer membro da equipe não deve colocar-se na direção do feixe primário, nem segurar o cabeçote ou o localizador durante as exposições.

d) Nenhum elemento da equipe deve segurar o filme durante a exposição.

5.10 Somente o operador e o paciente podem permanecer na sala de exame durante as exposições.

a) Caso seja necessária a presença de indivíduos para assistirem uma criança ou um paciente debilitado, elas devem fazer uso de avental plumbífero com, pelo menos, o equivalente a 0,25 mm Pb e evitar localizar-se na direção do feixe primário.

b) Nenhum indivíduo deve realizar regularmente esta atividade.

5.11 Proteção do público

a) O titular deve demonstrar através de levantamento radiométrico que os níveis de radiação produzidos atendem aos requisitos de restrição de dose estabelecidos neste Regulamento.

b) O acesso à sala onde exista aparelho de raios-x deve ser limitado durante os exames radiológicos.

c) Uma sala de raios-x não deve ser utilizada simultaneamente para mais que um exame radiológico.

5.12 No processamento do filme:

a) Devem ser seguidas as recomendações do fabricante com respeito à concentração da solução, temperatura e tempo de revelação.

(i) deve ser afixada na parede da câmara uma tabela de tempo e temperatura de revelação;

(ii) deve-se medir a temperatura do revelador antes da revelação.

b) As soluções devem ser regeneradas ou trocadas quando necessário, de acordo com as instruções do fabricante.

c) Não devem ser utilizados filmes ou soluções de processamento com prazo de validade expirado.

d) Não deve ser realizada qualquer inspeção visual do filme durante os processamentos manuais.

e) A câmara escura e as cubas de revelação devem ser mantidas limpas.

5.13 Os filmes devem ser armazenados em local protegido do calor, umidade, radiação e vapores químicos.

CONTROLE DE QUALIDADE

5.14 O controle de qualidade, previsto no programa de garantia de qualidade, deve incluir o seguinte conjunto mínimo de testes de constância, com frequência mínima de dois anos:

a) Camada semi-redutora;

b) Tensão de pico;

c) Tamanho de campo;

d) Reprodutibilidade do tempo de exposição ou reprodutibilidade da taxa de kerma no ar;

e) Linearidade da taxa de kerma no ar com o tempo de exposição;

f) Dose de entrada na pele do paciente;

g) Padrão de imagem radiográfica;

h) Integridade das vestimentas de proteção individual

5.15 Padrões de desempenho

a) Os níveis de radiação de fuga são definidos a 1 m do foco, fora do feixe primário, pelo valor médio sobre áreas de medição de 100 cm², com dimensão linear que não exceda 20 cm.

b) O valor da camada semi-redutora do feixe útil não deve ser menor que o valor mostrado na Tabela II para tensão de tubo máxima de operação, de modo a demonstrar conformidade com os requisitos de filtração mínima. Valores intermediários podem ser obtidos por interpolação.

c) A tensão medida no tubo não deve ser inferior a 50 kVp, com uma tolerância de - 3 kV.

d) O seletor de tempo de exposição deve garantir exposições reprodutíveis de modo que o desvio (diferença entre duas medidas de tempo de exposição) máximo seja menor ou igual a 10% do valor médio, para quatro medidas. Alternativamente, para um dado tempo de exposição, a taxa de kerma no ar deve ser reprodutível em 10%.

e) A taxa de kerma no ar deve ser linear com o tempo de exposição. O desvio (diferença entre duas medidas) máximo não deve ultrapassar $\pm 20\%$ do valor médio, para os tempos comumente utilizados.

f) As doses na entrada na pele dos pacientes em radiografia intra-oral devem ser inferiores ao nível de referência de radiodiagnóstico apresentados no Anexo A.

Tabela II. Valores mínimos de camadas semi-redutoras em função da tensão de tubo máxima de operação

kVp	CSR (mm Al)
51	60
70	71
80	90
1,2	1,3
1,5	2,1
2,3	2,5

Fonte: <http://www.anvisa.gov.br> – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

As alterações deverão ser acompanhadas constantemente pelo site mencionado.

RESPONSABILIDADE CIVIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A Odontologia contemporânea possui muitos problemas de ordem moral. Todavia, Direito e Odontologia sempre andaram juntas, o que demonstra a importância dessas atividades em relação ao ser humano.

Nos dias atuais, torna-se imprescindível que o profissional obtenha conhecimentos relativos à natureza da obrigação assumida no contrato de locação de serviços odontológicos, visto que a lei civil brasileira salvaguarda ao paciente insatisfeito com o tratamento recebido o direito de mover contra o cirurgião-dentista um processo por culpa, podendo chegar a julgamento até os Tribunais Superiores.

É notória a capacidade inteligível dos pacientes que hoje buscam algum ressarcimento monetário nos casos de erros profissionais, baseados nos termos do que dispõe o Código Civil (“a responsabilidade civil destina-se a reparar ou ressarcir o dano causado injustamente a outrem, em qualquer campo de atividade”), procurando na máquina judiciária todo amparo para essa prestação, que muitas vezes é injusta, pois foge ao controle técnico e científico que rege a Odontologia, principalmente para algumas especialidades que já conseguiram ver reconhecida a “imprevisibilidade da resposta biológica”.

O cirurgião-dentista, sendo um prestador de serviços (Código de Defesa do Consumidor), deve documentar-se e manter-se atualizado,

propiciando ao paciente técnicas modernas e eficazes, bem como um plano de tratamento coerente com a devida ciência do paciente.

Por outro lado, se o profissional não atingiu o objetivo desejado, isso, para o Direito, configura a “culpa profissional” em suas três modalidades: Negligência, Imperícia e Imprudência.

Apesar do problema se agravar a cada dia, os profissionais de odontologia, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, não procuram se prevenir da possibilidade de pagamento de indenizações por danos que eventualmente causem a pacientes através de uma atividade profissional.

Torna-se imperioso lembrar que o Código de Ética Odontológica, por ser elaborado “pelos profissionais para os profissionais”, procura descaracterizar a Odontologia como uma profissão voltada para o lucro, condenando posturas mercantilistas ou mesmo excessos das propagandas odontológicas, frisando a “Responsabilidade Civil do Cirurgião-Dentista” através da constante preocupação com a saúde do seu paciente e da coletividade, como princípio fundamental da profissão.

CONCEITOS BÁSICOS:

- **RESPONSABILIDADE:** dever jurídico de responder pelos seus próprios atos e os de outrem, sempre que estes atos violem os direitos de terceiros protegidos pelas leis, assim como o de reparar os danos causados;

- **RESPONSABILIDADE MORAL:** exprime-se na e pela consciência que aprova ou censura a conduta, conforme esta é moralmente boa ou má;
- **RESPONSABILIDADE CIVIL OU LEGAL:** obrigação em que se encontra o agente, de responder por seus atos profissionais e de sofrer suas conseqüências;
- **RESPONSABILIDADE ODONTOLÓGICA:** responsabilidade inerente ao cirurgião-dentista. Pode ser entendida como a obrigação de ordem penal, civil, ética ou administrativa a que estão sujeitos os cirurgiões-dentistas, no exercício profissional, quando de um resultado lesivo ao paciente, por NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA ou IMPERÍCIA.
- **NEGLIGÊNCIA:** é caracterizada pela omissão do agente no desenvolvimento de determinado ato, pela falta de ação, indolência, inércia, passividade, ou seja, é a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. Ex.: Assepsia do campo operatório antes de uma cirurgia;
- **IMPRUDÊNCIA:** ação temerária oriunda de excessiva confiança, tratamento afoito, audácia na conduta e atitudes não justificadas nem reconhecidas pela experiência. Ex.: Intervenção cirúrgica em pacientes diabéticos descompensados;
- **IMPERÍCIA:** corresponde ao desconhecimento de regras técnicas e de princípios científicos que não podiam ser ignorados, falta de habilidade na realização de atos profissionais. Ex.: Um cirurgião-dentista recém graduado realizar implantes dentários, já que tal especialidade ainda não consta no currículo de graduação em odontologia.

"Enquanto na negligência o sujeito deixa de fazer alguma coisa que a prudência impõe, na imprudência ele realiza uma conduta que a cautela indica que não deve ser realizada".

- **CONSUMIDOR:** é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final;
- **FORNECEDOR:** é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestações de serviços;
- **PRODUTO:** é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial;
- **SERVIÇO:** é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

ELEMENTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA:

1. **O Agente:** É necessário que o profissional esteja legalmente habilitado para exercer a odontologia;
2. **O Ato:** É a ocorrência de uma conseqüência ou resultado danoso, constituindo prejuízo para seu paciente;
3. **A Culpa:** Trata-se da culpa profissional, praticada sem intenção de prejudicar, nas condições consagradas juridicamente nas suas três espécies da **negligência, imprudência e imperícia** (erros profissionais);

4. O Dano: É imprescindível que seja constatada a existência do dano (físico ou moral);

5. O Nexó de Causalidade: É a relação entre causa e efeito, a existência de uma ligação entre o dano e o ato profissional.

“O Código de Defesa do Consumidor enquadra o profissional da Odontologia como Fornecedor de Serviços e seu paciente como Consumidor, portanto deve o cirurgião-dentista fornecer o Orçamento inicial conforme preconiza o texto legal, em linguagem acessível, sem estar técnica demais, em letras legíveis, de forma escrita. Este documento será o registro da opção feita pelo paciente”.

Convém lembrar que um documento escrito, que registre manifestação da vontade ou da existência do negócio jurídico, representa confissão de dívida em caso de não pagamento pelo paciente ao profissional por trabalho realizado.

A prestação de serviços odontológicos constitui-se numa obrigação contratual, podendo caracterizar-se como “de meios” ou “de resultado”. “O contrato, e todo o conteúdo da manifestação de vontade que lhe é pertinente, encontram seus limites mais próximos na lei, mas deve respeitar também os demais princípios que integram o direito como um todo, de modo a apresentar-se como instrumento apto a seus fins ideais”. E, segundo o Código Civil Brasileiro, no seu artigo 422: “Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios da probidade e boa-fé”.

"A obrigação contratual do cirurgião-dentista, portanto, compreende o dever de executar o serviço convencionado obedecendo à adequação técnica e científica".

Assim, a obrigação contratual do cirurgião-dentista compreende, fundamentalmente, a realização do serviço convencionado e será considerada cumprida, em determinados casos, se o profissional agiu com zelo e diligência (obrigação de meio) e em outros, somente o resultado desobrigará o profissional (obrigação de resultado).

Cabe aqui a visão da doutrina do Direito sobre o que sejam “obrigações de meios” e “obrigações de resultado”. Assim, pode-se afirmar que as obrigações de resultado são aquelas em que, além do esforço necessário, o devedor se obriga a atingir determinado resultado útil de sua atividade.

As obrigações de meio, por sua vez, são aquelas em que o devedor se obriga a utilizar-se de suas habilidade técnicas e capacidade pessoal para a realização de determinado fim, não estando, contudo, sua obrigação vinculada ao resultado final desta atividade. "Na obrigação de meio o cirurgião-dentista se obriga a "prestar serviço", devendo agir com diligência e cuidado no sentido de atingir a finalidade do tratamento proposto. Não se obriga ao resultado. A prestação consiste somente no "fazer", com técnica recomendada, atenção e conhecimento dos avanços científicos, através de constante atualização. Deve, ainda, expor ao paciente os riscos e possíveis intercorrências do procedimento".

Ilustre-se o que foi exposto com a avaliação da prestação de um serviço em prótese dentária, encarada pela doutrina e jurisprudência pátrias como obrigação de resultado, na relação contratual que se estabelece entre o profissional e o seu paciente na área da Odontologia. Se mal executado, como numa situação em que seja utilizado pelo profissional algum material de qualidade inferior, isto implicará na devolução do valor cobrado, ou seja, ressarcimento dos danos materiais, podendo caracterizar-se, inclusive, a necessidade da indenização por danos morais.

A realidade atual nos tribunais brasileiros, dedução extraída da análise da doutrina e da jurisprudência brasileiras, faz sobressair deste contexto uma tendência dos tribunais de, no caso concreto, em situações jurídicas da postulação de ressarcimento de prejuízos causados por cirurgião-dentista ao paciente, analisarem as circunstâncias peculiares de cada tratamento odontológico, para só assim optar entre considerar a obrigação, no que se refere àquela pela qual o cirurgião-dentista se comprometeu com o seu paciente, como sendo de meios ou de resultado. Este parece ser o entendimento jurisprudencial e doutrinário.

Em certas especialidades, portanto, os tribunais brasileiros despegam-se da interpretação de que a obrigação do cirurgião-dentista seja de meios e aceitam tratar, em termos jurídicos, e dentro do processo judicial, que a mesma seja uma obrigação de resultado, com a evidente implicação legal, no campo processual, de ocasionar o que é ditado pela doutrina pátria: a inversão do ônus da prova. Em conseqüência desta inversão do ônus de fazer prova no processo, passa a ser atribuição, quando em

juízo, do cirurgião-dentista eximir-se, através do devido conjunto probatório, de ter atuado com negligência, imprudência ou imperícia, comprovando nos autos que o eventual insucesso no tratamento odontológico, se existente, deveu-se ao caso fortuito, força maior, ou mesmo culpa exclusiva do paciente.

Consegue-se, entretanto, identificar quais especialidades da Odontologia são aceitas, como tendo por objeto contratual, via de regra, uma obrigação de resultado. Para isto, considera-se a listagem oficial de especialidades expressa na Resolução CFO nº63/2005, que no artigo 39 faz saber que as especialidades integrantes do exercício profissional da Odontologia são: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Dentística Restauradora, Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Oro-Facial, Endodontia, Estomatologia, Radiologia Odontológica e Imaginologia, Implantodontia, Odontologia Legal, Odontologia do Trabalho, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Odontogeriatrics, Odontopediatrics, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Patologia Bucal, Periodontia, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Prótese Dentária e Saúde Coletiva.

As especialidades de Implantodontia e Prótese Dentária estão entre aquelas que se apresentam como obrigação de resultado, ainda que não se exclua a aleatoriedade nestes tratamentos, mesmo que numa pequena proporção, portanto, sendo aceita a possibilidade de não se obter ao final do tratamento o objetivo terapêutico perseguido pelo cirurgião-dentista, e esperado pelo paciente. A aleatoriedade, sempre, vai ter a possibilidade de se inserir na evolução dos tratamentos

odontológicos, é devida à possível imprevisibilidade dos fenômenos biológicos das estruturas orgânicas, que são o campo de atuação do cirurgião-dentista.

Além destas especialidades descritas como tendo uma obrigação de resultado, com as devidas ressalvas feitas, pode-se acrescentar a Dentística Restauradora, Odontologia em Saúde Coletiva, Odontologia Legal, Patologia Bucal, e Radiologia.

As especialidades que têm como objeto contratual, preferencialmente uma obrigação de meios são: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Endodontia, Odontopediatria, Periodontia, Ortodontia, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Estomatologia, Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Oro-Facial, Odontologia do Trabalho, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Odontogeriatrics e Ortopedia Funcional dos Maxilares.

Artigos dos Códigos Jurídicos Brasileiros de Interesse para o Cirurgião-Dentista:

CÓDIGO PENAL - Decreto – Lei 2.848, de 07/12/1940:

Exercício Ilegal da Medicina, Arte Dentária ou Farmacêutica

Art. 282. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também a multa.

Charlatanismo

Art. 283. Inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível:

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

Curandeirismo

Art. 284. Exercer o curandeirismo:

I – prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II – usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III – fazendo diagnósticos:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito à multa.

Falsidade Ideológica

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

CÓDIGO CIVIL Lei 10.406, de 10/01/2002:

Dos Atos Ilícitos

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Da Responsabilidade Civil

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, é obrigado a repará-lo.

Art. 929. Se a pessoa lesada, ou dono da coisa, não forem culpados do perigo, assistir-lhe-á direito à indenização do prejuízo que sofreram.

Art. 935. A responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência do fato, ou sobre quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no juízo criminal.

Da Indenização

Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.

Parágrafo único. Se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, eqüitativamente, a indenização.

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I – no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II – na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

Art. 951. O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Dos Prazos da Prescrição

Art. 206. Prescreve:

§ 3º. Em três anos:

V – a pretensão de reparação civil;

§ 5º. Em cinco anos:

II – a pretensão dos profissionais liberais em geral, procuradores judiciais, curadores e professores pelos seus honorários, contado o prazo da conclusão dos serviços, da cessação dos respectivos contratos ou mandato.

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR Lei 8.078, de 11/09/90:

Da Responsabilidade pelo Fato do Produto e do Serviço

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência da culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 4º. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Da Decadência e da Prescrição

Art. 27. Prescreve em 5 (cinco) anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.

Da Publicidade

Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§ 1º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

REFERÊNCIAS:

PAIXÃO, Mônica Silveira. **O Código de Ética Odontológica**. Jornal **CINFORM**, 14 de junho de 2004, Aracaju/SE. (Cirurgiã-dentista, <http://bioetica.zip.net>)

RESPONSABILIDADE CIVIL DO PROFISSIONAL LIBERAL NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Belo Horizonte: Del Rey, 1997, p.136.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO DENTISTA, in: COMPÊNDIO DE ODONTOLOGIA LEGAL. Moacyr da Silva (Coordenador), Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 1997, p.402-03

RESPONSABILIDADE CIVIL ODONTOLÓGICA. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p.71-72.

RESPONSABILIDADE JURÍDICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA. Porto Alegre: Edições Renascença, 1998, p.19.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. do livro: RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO MÉDICO. 2ª ed. Editora LZN, Campinas – SP, 2006. Site: lzn.com.br (Advogado e Médico E-mail: resp@via-rs.netAutor)

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO – “Uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica”

RIO DE JANEIRO 2004 Relatório final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, de 24 de julho de 2002.2

CASIMIRO ABREU POSSANTE DE ALMEIDA
ROGÉRIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN
JOAQUIM GUILHERME VILANOVA CERVEIRA
FRANCISCO SORIANO NUNES JULIVALDO

1 – INTRODUÇÃO

ALMEIDA (1984), em artigo intitulado O Prontuário Odontológico e seus aspectos éticos e legais, publicado pelo Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas do Estado do Rio de Janeiro em 1997, tece as seguintes considerações: “Em meio à atribulada rotina clínica a que são submetidos os cirurgiões-dentistas, a manutenção de toda documentação referente ao atendimento executado nos pacientes reveste-se de aspectos éticos e legais, cujo conhecimento é obrigatório por todos os que exercem a Odontologia e cuja importância vem sendo de longa data destacada por inúmeros autores como Morache, que já em 1913 publicou, no periódico L’Odontologie, um artigo especificamente dedicado ao tema.

Ressalte-se, ainda, a indiscutível importância de tais registros, por constituírem prova documental diante de pacientes insatisfeitos, que não hesitam em recorrer aos Conselhos Regionais de Odontologia, ou até mesmo à justiça, merecendo destaque a conscientização que a sociedade brasileira vem desenvolvendo sobre seus direitos, devido à intensa atuação da mídia, que tem dedicado grande espaço ao chamado “erro médico” e ao advento do Código de Defesa do Consumidor, que se caracteriza por exacerbado protecionismo, pois parte do pressuposto que uma das partes das relações de consumo, o consumidor – no nosso caso o paciente – é naturalmente mais frágil, porque não possui o grau de conhecimento sobre os produtos e serviços de maneira idêntica à do prestador de serviços, que aqui vem a ser o Cirurgião-Dentista.

Essa modificação no comportamento da sociedade, que pode resultar para o Cirurgião-Dentista em sanções ético-administrativas ou judiciais, de natureza penal e cível, tem, portanto, de ser acompanhada das necessárias medidas de salvaguarda, destacando-se a documentação clínica como uma das mais efetivas para proteger o profissional contra reclamações que podem ser infundadas, e algumas vezes até fantasiosas.”

O Conselho Federal de Odontologia sempre atento às dificuldades da categoria criou a Comissão Especial composta pelos Cirurgiões-Dentistas Casimiro Abreu Possante de Almeida – Presidente, Rogério Dubosselard Zimmermann – Relator, Joaquim Guilherme Vilanova Cerveira e Francisco Soriano Nunes Julivaldo – Membros, com a atribuição de rever o livreto “Prontuário Odontológico - Uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica”.

A Comissão reuniu-se inicialmente em Porto Alegre e decidiu ouvir os vários segmentos representativos da categoria para tornar o instrumento final o mais próximo possível das diversas realidades encontradas no país, através de um documento enviado pelo Conselho Federal de Odontologia, solicitando sugestões aos professores das áreas de Ética Profissional, Odontologia Legal, Estomatologia, Diagnóstico ou Semiologia, Coordenadores de Cursos de Graduação e Especialização, bem como às Entidades representativas da classe odontológica.

De posse do material recebido e do extenso e rico levantamento bibliográfico efetuado, deliberou a Comissão que cada um dos membros deveria apresentar uma monografia sobre o tema proposto para, finalmente, os trabalhos serem sistematizados e elaborado um relatório final.

A complexidade do tema impediu que as atividades fossem concluídas no prazo inicialmente previsto, devido à necessidade de serem aprofundados alguns debates sobre questões consideradas relevantes. Frente ao exposto o objetivo do presente trabalho é apresentar o relatório final dos trabalhos desenvolvidos pela mencionada Comissão.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

Preliminarmente é importante que se faça uma revisão conceitual sobre o termo prontuário. Segundo ensina o mestre Aurélio, em seu Dicionário da Língua Portuguesa:

Prontuário: I - é o lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se pode necessitar a qualquer instante. II - Ficha (médica, policial, etc...) com os dados referentes a uma pessoa. Ainda com o objetivo de esclarecer, usando-se o mesmo autor para definir alguns outros termos por ele utilizados na conceituação acima:

Ficha – Folha solta ou cartão com anotações para ulterior classificação ou pesquisa; informações, em caráter confidencial, sobre alguém ou alguma coisa.

Dado – elemento ou base para a formação de um juízo; princípio em que se assenta uma discussão.

Arquivo – conjunto de documentos manuscritos, gráficos, fotográficos, etc... Recebidos ou produzidos oficialmente por uma entidade, por seus funcionários e destinados a permanecer sob a custódia dessa entidade ou funcionários; lugar onde se recolhem, guardam esses documentos.

Na literatura específica encontra-se também uma dualidade conceitual quanto ao termo prontuário, senão veja-se as citações a seguir:

“...é necessário um exame sistemático, ordenado e completo, através de um prontuário bem elaborado,[...]cada profissional ou instituição utiliza um prontuário ou ficha clínica que julgar conveniente, não sendo obrigatória uma padronização...” (Tommasi, 1989)

“...o prontuário odontológico faz parte hoje, de forma irrefutável, do arsenal diagnóstico dos dentistas, enfatizando que fotografias, modelos, radiografias e outros elementos, também devem compor esse prontuário.” (Genovese, 1992)

Feitas essas considerações, salienta-se que a Comissão adotou neste trabalho o conceito de prontuário conforme o entendimento de Genovese, 1992, acima exposto. Isto é prontuário como sinônimo de arquivo.

FRIEDENTHAL (1955) afirma que a ficha clínica deve preencher os seguintes requisitos: ser fácil de manusear e de conservar, ter espaço suficiente para o registro dos dados necessários à identificação, bem como para as anotações correspondentes ao futuro atendimento do

mesmo paciente, ou seja, ser sintética, clara e adequada às necessidades do profissional.

Para LEAL; ZIMMERMANN (2002) a Ficha Clínica é o documento onde o Cirurgião-Dentista anota os dados referente identificação do paciente (nome, endereço, estado civil, identidade, etc.), sua história médica e odontológica (atuais e progressas), as informações colhidas no exame clínico que nortearão seu diagnóstico e plano de tratamento, e finalmente a descrição da seqüência minuciosa dos procedimentos clínicocirúrgicos realizados.

Segundo GUIMARÃES; CARIELLO; ALMEIDA (1994) para a correta identificação do paciente os seguintes dados devem ser anotados: nome completo, naturalidade, estado civil, sexo, local e data do nascimento, profissão, endereço residencial e profissional completos, ressaltando ainda que se o paciente for menor ou incapaz, deverão constar também os dados do responsável.

SCHUWZ; NER (1982) acreditam que para ser útil a ficha clínica deve ser completa, precisa e legível, [...] para ter validade legal, todas as anotações, inclusive os acréscimos subseqüentes, devem ser escritos à tinta e datados. Ensinam ainda que enquanto as leis não forem bem definidas, deve-se conservar todas as fichas, ainda que unicamente para proteção pessoal.

SALIBA et al (1997) afirmam que os Cirurgiões-Dentistas não desconhecem a existência de diversos modelos de fichas clínicas odontológicas, pois, desde a faculdade, preenchem fichas em várias disciplinas. Comentam ainda que mesmo em atendimentos ocasionais de pessoas da família ou amigas não se pode dispensar o uso da ficha, pois ela é um documento clínico, cirúrgico, odontolegal e de saúde pública que contém registros sobre as condições bucais encontradas, planejamento das atividades, tratamentos realizados, entre outras informações, portanto, um instrumento imprescindível para a prática odontológica.

Tendo em vista as implicações civis e criminais da ficha clínica, CALVIELLI; SILVA (1988) recomendam que ela deve conter o estado bucal do paciente antes do início do tratamento e as anotações completas dos trabalhos realizados. Acrescentam que mesmo para os

especialistas as anotações devem ser realizadas para resguardá-los de eventuais problemas, e ensinam que as mesmas devem conter a assinatura do paciente concordando com o plano de tratamento proposto e as condições para sua realização.

SILVA (1997) ressalta a importância da identificação humana pelo dentista em casos onde os meios convencionais, como a datiloscopia, não são possíveis de serem empregados. Nestes casos esclarece que os registros das condições dentárias do paciente, anotados adequadamente na ficha odontológica, são fundamentais.

ROMANO et al (2000) relatam que ao chegar ao consultório o paciente traz um histórico de saúde desconhecido pelo Cirurgião-Dentista. Informa que através da anamnese se pode identificar as doenças crônicas que requererão cuidados específicos as quais poderão interferir na condução do tratamento odontológico.

BITTENCOURT (2003) afirma que quando bem conduzida a anamnese é responsável por 85% do diagnóstico na clínica médica. Informa que as perguntas podem ser divididas em três grupos: abertas, focadas e fechadas. As abertas permitem maior liberdade ao paciente. As focadas assemelham-se as abertas sendo, no entanto dirigidas pelo profissional para determinados pontos que este acredita devam ser esclarecidos. Já as fechadas servirão de complemento devendo ser com questões diretas de interesse específico.

Segundo ZIMMERMANN (2003), a anamnese deve ser dirigida, ou seja, o profissional deve conduzir as questões deixando que o paciente relate livre e espontaneamente suas queixas ao profissional.

De acordo com SILVA (1999) mesmo em um consultório em que o movimento é intenso, não poderá o profissional descuidar da anamnese, devendo nestes casos adotar um questionário que será preenchido pelo paciente e, quando ocorrer o contato com o profissional este procederá ao aprofundamento necessário sobre as questões relativas à saúde do paciente. Ensina ainda que tais informações deverão ser assinadas pelo paciente como forma de o Cirurgião-Dentista se resguardar de problemas quanto à veracidade das mesmas.

NEDER (1974) defende que a clareza das perguntas elaboradas ao paciente durante a anamnese é fundamental, uma vez que a veracidade das respostas obtidas é diretamente proporcional ao entendimento dos questionamentos, devendo assim ser evitados os termos técnicos.

CARDOZO; CALVIELLI (1988) destacam a necessidade de o profissional averiguar os hábitos do paciente para que os efeitos do medicamento sejam alcançados.

Exemplificam que a prescrição do “uso após as refeições” pode ser inadequada visto que o número de refeições varia de pessoa para pessoa. Lembram também que o conhecimento científico do profissional sobre as indicações e contra-indicações das drogas deve ser objeto de constante atualização por parte dos profissionais.

Segundo RUBIRA; RODRIGUES (1988) o odontograma é um diagrama gráfico onde estão representados os dentes permanentes e decíduos, possuindo um código de preenchimento pré-estabelecido, seguindo um tipo de notação dental. Para esses autores o odontograma foi idealizado para atender as necessidades dos profissionais da Odontologia, tanto no sentido de facilitar a anotação, como também para melhor visualização do plano de tratamento e sua evolução.

BRIÑO (1982) ao tratar do odontograma como recurso utilizado para a identificação de pessoas, afirmou que a ficha dentária é a representação gráfica e detalhada das características anatômicas normais, de particularidades patológicas, protéticas, anomalias profissionais, hábitos e trabalhos realizados pelo profissional para restaurar as perdas dentárias, o que, em última análise, facilita a identificação de um indivíduo em relação a outro.

BULLEN C. ,SIERRA (1997) demonstram que com as modificações conceituais da Odontologia preventiva e conservadora, surge a necessidade de aprimoramento das representações gráficas quanto ao registro de lesões incipientes e suas variações morfológicas, e defendem que tais registros sejam compreendidos universalmente.

Defendem ser o odontograma um recurso insubstituível no registro das condições existentes na cavidade bucal dos pacientes. Todavia, ressaltam que no momento de se registrar uma cárie oclusal, por

exemplo, pintando toda a superfície perde-se valiosa informação auxiliar para a eleição de um tratamento preventivo, podendo dificultar a escolha por uma restauração convencional ou um selante invasivo.

ALMEIDA (1997) indica que seja utilizado o modelo de odontograma proposto pela INTERPOL, por apresentar as cinco faces coronárias e permitir, segundo o autor, a visualização integral das restaurações. Recomenda que no seu preenchimento deverão ser anotadas, e sempre que possível registrada no odontograma, as patologias existentes, ausência de elementos dentários, próteses, tratamentos endodônticos, tipos de oclusão e outros dados a critério do Cirurgião-Dentista, sendo adotado para a identificação dos elementos dentários o sistema decimal da Federação Dentária Internacional.

MACHEN (1989) informa que um registro do tratamento (histórico clínico) bem elaborado e detalhado, além de permitir que se avalie o progresso do caso clínico, evidencia que o profissional é cuidadoso e organizado. Para GOMES; CANDELÁRIA; SILVA (1997) todos os planos de tratamento devem ser apresentados ao paciente para que este escolha o que melhor lhe convier, acrescentando ser importante à guarda do prontuário, que deve conter ainda as cópias carbonadas das receitas e atestados cedidos ao paciente.

BARROS (1998), assevera que o plano de tratamento deve ser feito em linguagem simples, evitando-se termos científicos desnecessários. Enfatiza que o paciente deve escolher entre todas as opções de tratamento possíveis aquela que lhe for mais conveniente após a minuciosa explicação das vantagens e desvantagens, ressaltando, por derradeiro, que a assinatura do paciente é necessária para respaldar o profissional de futuros problemas éticos e legais.

Segundo GUERRA (1997) a ocorrência progressiva de processos contra cirurgiões-dentistas é devida à influência do que vem ocorrendo nos países de primeiro mundo, como os Estados Unidos da América e em decorrência da valorização e despertar da cidadania.[...] Registra ainda que os atestados e declarações devem deixar claro o fim a que se destinam, e que o prontuário deve ser assinado pelo profissional e pelo paciente ou seu responsável, concordando com a forma de tratamento proposto.

Para PÊGO (1999) na grande maioria dos processos éticos instaurados nos Conselhos de Odontologia os profissionais não cometeram erros técnicos, mas sim de informação. Deixaram de esclarecer adequadamente os riscos e alternativas dos tratamentos propostos.

GALVÃO (1999) informa que a posse do prontuário é do paciente e sua guarda deve ficar a cargo do profissional, sendo este último o encarregado de produzir tais documentos. Registra também que para atender aos aspectos administrativos, clínicos e legais a documentação deve ser completa, incluindo radiografias, modelos, fotografias, atestados, prescrições, pedidos de pareceres, encaminhamentos, entre outros, deve conter ainda a identificação do paciente e, quanto ao profissional, conforme preconizado no Código de Ética Odontológica; deve ser manuscrita, datilografada ou digitada e sempre assinada pelo paciente.[...] Recomenda, ainda, que o plano de tratamento, onde surgem as maiores dúvidas e os piores litígios, deve ser detalhado, com a opção recomendada e eventualmente alternativa(s), seguindo integralmente o que preconiza o Código de Defesa do Consumidor.

JERGE; ORLOWSKI (1985) afirmam que o material do paciente deve ser estruturado de forma a permitir, a qualquer tempo, avaliar o diagnóstico, o plano de tratamento, as etapas seguintes dos tratamentos, efetivamente, realizadas.

GUERRA (1997) informa que as radiografias devem ser arquivadas junto ao prontuário do paciente, pois caso os trabalhos executados no paciente sejam refeitos por outro profissional, as películas permitirão o esclarecimento da questão. Ressalta ainda a importância de que estes exames mantenham uma boa qualidade para que sirvam ao fim exemplificado.

SILVA (1997) ensina que a documentação odontológica apresenta três aspectos a serem considerados em sua elaboração: clínico, administrativo e legal. Clinicamente, acredita o autor que a formação profissional e a vasta literatura são suficientes para a correta confecção da documentação, porém quanto aos aspectos administrativos e legais torna-se necessário um registro completo de todas as fases de atuação do profissional.

ZIMMERMANN (2003) afirma que os artigos 26 e 27 do Código de Defesa do Consumidor definem o tempo de guarda do prontuário odontológico estende-se por toda a vida do profissional ou do paciente, quando estatui que a alegação de eventual vício oculto, ou defeito de difícil constatação, torna o início da contagem do prazo decadencial o momento de conhecimento do defeito.

SILVA; LEBRÃO; BLACKMAN (2001) verificaram a qualidade dos registros dos hospitais do setor público da cidade de São Paulo e constataram que os Cirurgiões-Dentistas, responsáveis pelos atendimentos hospitalares, estão relegando ao segundo plano o preenchimento dos prontuários, ao mesmo tempo em que enfatizam ser o diagnóstico completo e detalhado, com as causas externas das lesões descritas, uma retaguarda fundamental para assegurar as pessoas atendidas o direito à cidadania.

ZIMMERMANN et al (1998) em pesquisa realizada na cidade de Recife, constataram que os Cirurgiões-Dentistas de Recife arquivam seus prontuários por cinco anos. Verificaram também que os profissionais não solicitam aos seus pacientes que assinem aquele documento, ressaltando que o tempo de formado não influencia significativamente na realização do registro da evolução do tratamento com as respectivas faltas ao mesmo e registro dos planos de tratamento com o necessário consentimento do paciente.

GALVÃO (1999) leciona que a prescrição medicamentosa deve ser clara, conter o nome genérico da droga, bem como a sua apresentação, dose e posologia. Além de estar dentro da técnica propedêutica correta, para que a receita tenha valor legal, deve possuir o nome completo do paciente, a data, assinatura do profissional, não esquecendo que todo o espaço em branco deve ser anulado para evitar alterações.

Segundo ZIMMERMANN (2000) os atestado podem ser oficiosos ou clínicos, administrativos e judiciários, contendo em qualquer um destas espécies, obrigatoriamente, os seguintes elementos: o profissional capacitado para atestar, o paciente devidamente qualificado, o fato odontológico e suas conseqüências. Ressalta ainda não concordar com a expressão “a pedido do interessado”, conforme recomendam alguns autores quando o atestado é solicitado pelo paciente para abono de faltas, pois entende que o atestado só deve ser fornecido quando existe

algum evento de natureza clínico-cirúrgica que justifique a sua emissão, e ressalta que só admite a expressão supramencionada quando o atestado é específico de sanidade buco-dentária.

3 – PROPOSIÇÃO

Elaborar um modelo de Prontuário Odontológico que atenda as exigências éticas e legais da prática odontológica na clínica geral.

4 – METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO:

O presente trabalho constituiu-se de um estudo descritivo, onde se combinaram técnicas de compilação documental e pesquisa bibliográfica.

OBJETOS DO ESTUDO:

Legislação específica sobre o tema; Material encaminhado pelas entidades representativas da classe, professores e coordenadores de cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia e cirurgiões-dentistas em geral; Literatura científica sobre o tema.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A pesquisa documental constou da análise de dados restritos a documentos (leis, decretos, pareceres, resoluções) que tratam sobre documentação, inclusive aqueles que possuem caráter histórico, supletivo, complementar ou de atualização aos textos legais, bem como da sistematização do material enviado pelas entidades representativas da classe, professores e coordenadores de cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia e cirurgiões-dentistas em geral; Para a pesquisa bibliográfica foi efetuado um levantamento da literatura sobre o assunto em livros, revistas, monografias, teses ou mesmo em publicações avulsas constantes do acervo das bibliotecas situadas no território nacional, utilizando-se os sistemas de acesso à informação existente entre as mesmas, e da biblioteca do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco e acervo pessoal dos membros da comissão.

Os resultados que, em face de suas características e da limitação de espaço, em vista da finalidade do presente trabalho, foram apresentados e discutidos simultaneamente.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das contribuições encaminhadas pelas entidades representativas da classe, dos coordenadores de curso de graduação e pós-graduação, bem como da breve revista da literatura, a comissão verificou que em face da heterogeneidade do exercício da Odontologia no Brasil e os constantes avanços da ciência odontológica é extremamente difícil produzir um documento definitivo e estático.

Por outro lado, visando de forma semelhante à coexistência pacífica que ocorre entre procedimentos reabilitadores odontológicos de elevada complexidade e o nível de assistência odontológica prestado pela rede pública de saúde, observa-se a necessidade de erigir um documento que atenda a tão distintos segmentos, merecendo destaque também as características de algumas especialidades, cujas peculiaridades não constituem regra geral no exercício da clínica geral odontológica, que constitui o contingente mais expressivo de profissionais clinicamente ativos.

Ainda, em face dos avanços tecnológicos, estamos apresentando, em título a parte, considerações sobre os arquivos digitais. Desta forma, o modelo proposto visa atender a vontade detectada no site do Conselho Federal de Odontologia onde 97% dos profissionais participantes manifestaram o desejo de receber um modelo de prontuário que possa, desde que corretamente preenchido, resguardar os profissionais da Odontologia em questões éticas e legais.

Frente ao exposto e amparada na sistematização do trabalho desenvolvido a comissão entende que a terminologia Prontuário Odontológico é aquela que melhor atende, nos dias atuais, a designação do conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados odontológicos prestados ao paciente Guimarães; Cariello; Almeida (1994); Silva (1997); e Leal; Zimmermann (2002).

Da definição e do objetivo a que nos propusemos depreende-se a necessidade de serem listados quais são e como devem ser elaborados esses documentos, os quais a comissão dividiu, didaticamente em **Documentos Fundamentais** e **Documentos Suplementares**. São documentos fundamentais aqueles que deverão ser preenchidos em todo

e qualquer atendimento ao paciente, sendo constituído da Ficha Clínica e seus anexos (Anexo 1).

1 – FICHA CLÍNICA

A Ficha Clínica é o documento mais completo e complexo a ser produzido no atendimento do paciente. Esse documento deve conter as seguintes partes:

I – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL – De acordo com o artigo 33, do Código de Ética Odontológica – CEO/2003 - é obrigatório constar em todos os impressos o nome do profissional, o nome da profissão, **que é Cirurgião-Dentista**, e o número de inscrição no Conselho Regional. Salientamos ainda que poderão constar outras informações, ao critério do profissional, respeitando-se as disposições do CEO.

II – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE – A comissão entende que para suprir as necessidades legais com relação à correta identificação do paciente são imprescindíveis as seguintes informações: nome completo, número do Registro Geral (identidade civil), número do cadastro individual de contribuinte (CIC), data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, estado civil, sexo e endereços residencial e profissional completos. Deve-se registrar ainda a forma como o paciente chegou até o profissional (indicação). Necessário se faz quando o atendimento dispensado for a paciente menor de 18 anos ou incapaz absoluto sejam registrados os dados relativos ao responsável legal e seu cônjuge. Por oportuno é interessante que, para os pacientes atendidos sob a forma de convênio e credenciamentos, sejam anotados os dados relativos a empresa mantenedora e o número de identificação do segurado. Anote-se também o nome do profissional ou profissionais que atenderam o paciente anteriormente e, se possível, a data e o local do atendimento.

III – ANAMNESE

Do grego, “anamneses” significa recordação, reminiscências, ou seja, o conjunto de informações que faz parte da história clínica do paciente até o momento do exame Genovese (1992). Em vista do exposto sugerimos que nesta parte devam constar:

III.1 – Queixa principal ou motivo da consulta atual - sendo recomendado que sejam essas informações registradas com os termos utilizados pelo paciente.

III.2 – Evolução da Doença Atual – O profissional deve nortear as perguntas de forma obter o maior número de informações possíveis, visando ao estabelecimento do correto diagnóstico, prognóstico e planejamento terapêutico.

III.3 – História Médica e Odontológica – Constar das informações acerca do estado geral do paciente passado e presente, onde deverá ser apresentado um questionário de saúde elaborado com as informações a critério do profissional. Ressalte-se a necessidade de o paciente ou seu responsável legal assinar o questionário de saúde ratificando a veracidade das informações obtidas, bem como ser fundamental que este questionário seja apresentado sempre que o paciente retornar para tratamentos futuros.

Registre-se ainda que o modelo apresentado servirá apenas de orientação, visto que existem muitos outros questionamentos que podem e devem ser feitos de acordo com a especialidade desenvolvida. Oportuno salientar, ainda, que em muitos estados e municípios existe norma específica dos serviços de vigilância sanitária a respeito da matéria. Recomenda-se, portanto, que o colega, antes de elaborar seu modelo de anamnese, busque conhecer a normatização existente no lugar onde trabalha.

IV – EXAME CLÍNICO

Em Odontologia o exame clínico divide-se em extra-oral e intra-oral, deve permitir o reconhecimento dos sinais e sintomas objetivos das alterações encontradas no campo bucomaxilo-facial e, ao mesmo tempo, deve conduzir o examinador à obtenção das informações gerais da saúde do paciente.

Com relação ao exame intra-oral, que consiste do exame das estruturas dentais e das para-dentais, está consagrada a utilização do odontograma-representação gráfica dos elementos dentários - sendo preconizada a utilização de dois odontogramas, um antes e outro depois do tratamento (Guerra, 1997; Silva, 2001). Por seu turno Leal;

Zimmermann (2002), defendem que a descrição dente a dente é aquela que melhor se adapta as necessidades éticas e legais e justificam que esse registro em conjunto com as anotações completas, precisas e por extenso da evolução do tratamento e as intervenções clínico-cirúrgicas realizadas pelo profissional são suficientes para um registro fidedigno que atenda as exigências clínicas, administrativas e legais, ficando o odontograma, no entender dos autores citados, destinado à visualização do plano de tratamento a ser executado.

Vários são os modelos de odontograma propostos e encontrados na literatura, todavia entendeu a comissão que deve ser adotado um registro gráfico que facilmente seja utilizado tanto em impressos como em computação gráfica. Em vista disso sugerimos a adoção do odontograma de Santos modificado por Ivo Bem.

V – PLANO DE TRATAMENTO

Tendo em vista a necessidade de ser apresentado ao paciente as várias possibilidades de tratamento, inclusive aquelas que o profissional não tem condições técnicas de executar, mas que poderiam ser realizadas por outros especialistas, recomendase explicá-las e descrevê-las detalhadamente, registrando os procedimentos propostos com descrição minuciosa dos materiais a serem utilizados e os elementos dentários e as regiões bucais envolvidas, ressaltando ainda a necessidade do consentimento livre e informado do paciente ou seu representante legal, conforme o modelo proposto.

VI - EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS DO TRATAMENTO

Nesta parte do documento deverão ser anotados, por extenso, todos os passos do tratamento executado com a descrição precisa dos elementos dentários e faces coronárias ou regiões envolvidas e os materiais utilizados, evitando-se o emprego de códigos, as comunicações sobre as intercorrências observadas no decorrer de sua execução, bem como as alterações do planejamento inicial, as faltas às consultas, e as orientações adicionais, sempre com a solicitação da assinatura do paciente ou seu representante legal.

Na segunda parte dos documentos que compõem o prontuário odontológico estão listados aqueles que poderão ser elaborados no

atendimento do paciente nas situações especiais que o caso requerer, ou seja, os documentos suplementares. Entre estes podemos enumerar:

2 – RECEITAS

As receitas devem ser feitas no papel receituário, impresso de acordo com as normas do disposto no CEO 2003, e formuladas em consonância com determinações legais (Lei nº 5.991/73 e Decreto-lei 793/93).

3 – ATESTADOS

O atestado é o documento odonto-legal mais produzido pelo Cirurgião-Dentista. Está constituído pelos seguintes elementos: o profissional competente para atestar, o paciente, ambos devidamente identificados, o fato odontológico e as conseqüências desse fato, sendo redigido, geralmente, no bloco de receituário. Assim, a comissão entende ser difícil propor modelos prontos e acabados para todas as situações que se apresentam, visto que cada caso é um caso e, conseqüentemente, exigem redações específicas. Resta-nos apenas chamar a atenção para a necessidade de ser o mais específico possível e para a importância de que este documento seja a expressão da verdade. Encontram-se no anexo, alguns modelos de atestado, apenas como forma ilustrativa.

4 - CONTRATO DE LOCAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

O Código Civil Brasileiro, Lei 10.406, de 10 de Janeiro de 2002, estatui em seu artigo 594 – “Toda espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição”. Do artigo transcrito pode-se inferir que o contrato de prestação de serviços odontológicos não é obrigatório. Embora não seja uma prática corriqueira a elaboração de contratos de prestação de serviços odontológicos (Anexo 2) acreditam os membros desta comissão, que é de bom alvitre, em face do aumento do número de processos contra cirurgiões-dentistas, que se estabeleça o contrato como forma de proteger tanto os pacientes como os profissionais.

Cabe salientar que os contratos poderão ter duração de no máximo quatro anos; expirado esse prazo deverão ser novamente firmados, de acordo com o Artigo 598 do Código Civil Brasileiro.

5 - EXAMES COMPLEMENTARES

Entre os exames complementares mais realizados pelo Cirurgião-Dentista encontram-se as radiografias. Em processos ético-administrativos ou judiciais, as radiografias são, via de regra, os meios de prova mais importantes para a comprovação da qualidade dos tratamentos realizados. Para que possa, todavia, produzir os efeitos legais desejados é fundamental que sejam processadas, rotuladas, identificadas e arquivadas corretamente.

Embora solicitados em situações específicas, os exames laboratoriais devem ser arquivados e, de preferência, seus achados registrados na parte relativa a evolução do tratamento, para consultas sempre que necessário.

Os modelos de estudo e de trabalho, muito em uso em determinadas especialidades, também deverão ser arquivados para, se necessário, comprovar o diagnóstico e correção do plano de tratamento e sua execução.

As fotografias são excelentes recursos na comprovação de questões relativas ao tratamento, razão pela qual, devem também ser rotuladas, identificadas e arquivadas.

Todos os documentos enfim, que sejam produzidos no atendimento do paciente devem ser guardados em arquivo próprio, conforme preceitua o Código de Ética Odontológica em seu artigo 5º, inciso VIII.

Por derradeiro, recomendamos que todos os documentos sejam arquivados em pastas ou em envelopes tipo saco de papel madeira individuais, salientando também que a documentação pertence ao paciente e, portanto, quando por este solicitada deverá ser entregue.

Ressalte-se, todavia, a necessidade de se relacionar todos os documentos que estão sendo entregues em dupla via para que o paciente assine e esta seja retida como comprovante pelo profissional.

6 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRONTUÁRIO DIGITAL

I - HISTÓRICO:

A partir da década de 80 quando os primeiros Computadores Pessoais surgiram no Brasil, reduzindo o porte e os custos dos equipamentos anteriores, somado ao desenvolvimento dos Sistemas Operacionais Gráficos, a informática foi gradativamente passando a fazer parte do dia a dia do Cirurgião-Dentista em seu ambiente de trabalho.

Programas específicos para Odontologia foram se desenvolvendo. Assim, o aprimoramento dos sistemas de gerenciamento digital em Odontologia, vem proporcionando a migração da documentação escrita para os meios eletrônicos, onde são armazenados em mídia magnética, os documentos, fichas clínicas e imagens dos pacientes.

Gilberto Paiva de Carvalho disse em seu trabalho sobre “Prontuários Clínicos Digitais em Odontologia” que: “a informática é a mais importante tecnologia introduzida na prática diária odontológica.” Ainda conforme o autor acima as vantagens dos bancos de dados magnético comparados aos prontuários convencionais em papel são: localização imediata dos dados e das informações, transmissão e acesso instantâneo em rede, maior possibilidade de pesquisa, relatórios estatísticos, laudos de interpretação automatizados e possibilidade de trabalhar com “Inteligência Artificial” e, ainda, no caso das Radiografias digitais, uma importante redução do tempo de exposição.

Entretanto, considerando a natureza dos equipamentos e programas para computador, sabe-se que pelos métodos digitais os documentos também podem ser manipulados, uma vez que um caractere pode ser modificado. Então essa possibilidade de manipulação deixa um documento odontológico totalmente desprotegido quanto a sua validade jurídica. Neste ponto reside a grande dificuldade para o reconhecimento legal da documentação digital. Se um documento manuscrito pode ter sua veracidade comprovada pelos métodos grafológicos ou se uma fotografia encontra no filme negativo sua comprovação legal, um documento digital deixa a desejar. Além disso, a regulamentação vigente do exercício profissional determina que o documento seja manuscrito, ou de “existência real”.

Todavia, como essa nova tendência parece ser irreversível, vem exigindo dos pesquisadores e legisladores, mudanças que tornem reconhecido juridicamente esse sistema, sem a possibilidade de adulterações nem perda do sigilo profissional.

Na realidade não importa a forma de elaboração do prontuário, se manuscrito ou informatizado, isso fica a critério de cada um. O importante é fazer saber ao Cirurgião-Dentista que se optar pelo sistema eletrônico devem ser supridas igualmente todas as exigências e necessidades de informação, dentro de um padrão de autenticidade.

II - O ICP-BRASIL

Em 24 de Agosto de 2001, o governo brasileiro com a Medida Provisória 2.200-2 e seus decretos complementares, instituiu a ICP-BRASIL – Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira com poderes para formar a cadeia de certificação digital, destinada, conforme o texto da Lei, a “garantir a autenticidade, a integridade e a validade jurídica de documentos em forma eletrônica, das aplicações de suporte e das aplicações habilitadas que utilizem certificados digitais, bem como a realização de transações seguras” (BRASIL, 2002). Ainda segundo Pereira, C. (2003) se antes a regulamentação profissional não reconhecia os meios digitais, agora por força de lei o sistema eletrônico foi reconhecido como legal.

Trata-se de um método para reconhecimento da autenticidade de um documento digital (Certificado Digital) semelhante a um “reconhecimento de firma” de um cartório notário. Após identificação e cadastramento do usuário por uma entidade oficial Brasileira chamada de AR (Autoridade Certificadora), lhe é fornecido uma “chave” (chamada de Token ou cartão tipo smart-card) uma espécie de carteira de identidade. Tecnicamente, um dispositivo externo, que conectado ao computador libera através de uma senha, um texto que é incorporado ao documento que se deseja autenticar.

Uma espécie de “carimbo eletrônico” que atesta sua autenticidade. Esta assinatura é arquivada ou impressa junto ao documento e pode ser enviada com ele ao destinatário. Mas se por algum motivo houver a alteração de um caráter que seja, o certificado é excluído, desaparecendo o registro de autenticação e cancelando o

reconhecimento. Desta forma o documento está protegido contra adulteração. O certificado Digital, por si só já é válido para dar autenticidade a um documento, mas deve-se ainda enviar via Internet uma cópia do documento autenticado, a um dos Cartórios Notários do sistema ICP, para registro e autenticação, o que lhe confere com fé pública.

Equipara-se para fins de certificação de documentos, imagens fotográficas ou radiográficas e bancos de dados, ou seja, qualquer informação digital integrante do prontuário.

III – CONCLUSÕES

1. Não existem mais impedimentos legais para que sejam utilizados os meios eletrônicos, desde que a ausência do documento em papel, do filme radiográfico ou do negativo fotográfico seja suprida necessariamente pela certificação digital que lhes confere a mesma fé pública.

2. Entretanto estamos em um período de transição onde algumas dificuldades precisam ainda ser contornadas e que toda atenção e cuidado devem ser tomados. Não estão disponíveis ainda, programas odontológicos específicos para trabalhar com a Certificação Digital.

3. A migração para os meios digitais é apenas uma conversão dos meios físicos em papel para os meios magnéticos o que não dispensa o cumprimento das normas estabelecidas e legislações que regem o exercício da profissão, no que diz respeito a documentação do prontuário.

4. O método de Certificação Digital, instituído pelas Chaves Públicas do Brasil, é o ICPBRASIL, e, portanto o sistema mais seguro e aceito nos meios jurídicos para reconhecimento da autenticidade de um documento digital, sendo que os demais métodos podem ser contestados.

5. O Certificado Digital, por si só, já é válido para dar autenticidade a um documento mas deve-se ainda enviar via Internet uma cópia autenticada do documento, a um dos Cartórios integrante do sistema ICP, para registro e autenticação, o que lhe confere fé pública.

6. Os contratos de prestação de serviço, autorização para tratamento (menores ou incapazes), questionários de anamnese e demais documentos que necessitem da assinatura do paciente devem ser impressos e assinados em papel, a não ser que o paciente ou seu responsável também tenha a sua assinatura digital.

7. Todas as digitalizações de fichas clínicas em papel e/ou imagens convencionais (radiografias ou fotografias) devem ser escaneadas, certificadas e registradas em cartório pelos sistema ICP-BRASIL.

8. O profissional deve estar atento quanto ao estabelecido pelo Código do Consumidor vigente e demais legislações pertinentes quanto à posse, guarda, tempo de guarda, sigilo profissional, manutenção dos arquivos e programas e entrega do prontuário ao paciente, pois permanecem os mesmos princípios básicos e obrigações legais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C. A. P. O Prontuário Odontológico e Seus Aspectos Éticos e Legais CRO-NOTÍCIAS. p.3, mar, 1984.
2. BARROS, O.B. Como o Cirurgião Dentista deve organizar-se para evitar processos. São Paulo: Raízes, 1998.
3. BITTENCOURT, A. Semiologia – Anamnese (parte 1) Disponível em: <http://members.tripod.com/themedpage/semioi-anam1.htm>. Acesso em 10 de dezembro de 2003.
4. BRIÑO, E.N. Odontologia Legal y Práctica Forense. Buenos Aires: ed. Purinzon S.A. 1982. Cap. 9, p. 261-272: La ficha dentaria como médio de identificacion.
5. BULLEN C, M. E.; SIERRA, E. Odontogma para tratamientos preventives y conservadores en restauradora dental. Rev. Fola/Oral. Ano III, n.10, Out/1997.
6. CALVIELLI, I.; SILVA, M da. Aspectos Éticos e Legais do Exercício da Odontologia. In: PAIVA, J.G.de; ANTONIAZZI, J.H. Endodontia: Bases para a prática clínica. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988. Cap. 16, p.365-376.
7. CARDOZO, H. F.; CALVIELLI, I. T. P. Considerações sobre as Receitas Odontológicas. Rev. Odontólogo Moderno. N.15, v.8, set. 1988.
8. FRIEDENTHAL, M. Economia Dental Buenos Aires: Progental. 1955. Cap.12, p18-195: Fichaje del paciente.
9. GALVÃO, M. Prontuário Odontológico: Consultoria responsabilidade odontológica. Disponível em: <http://www.cro.com.br/prontuario/default.htm>. Acesso em 24 de março de 1999.
10. GENOVESE, W. J. Metodologia do Exame Clínico em Odontologia. 2ed. São Paulo: Pancast, 1992. Cap. 14, p. 356-357: Prontuário Odontológico.
11. _____, _____ Metodologia do Exame Clínico em Odontologia. 2ed. São Paulo: Pancast, 1992. Cap. 15, p. 369-371: Documentação.
12. GOMES, M. A.; CANDELÁRIA, L. F. de A.; SILVA, M. da. Aspectos Legais da Prevenção das Doenças Bucais em Relação à Documentação Profissional. Revista. Paulista de Odontologia. n.1, p18-28, jan/fev.1997.

13. GUERRA, R. C. Importância da Documentação Odonto-legal na Prática Clínica. CRONOTÍCIAS, Rio de Janeiro, 1997.
14. GUIMARÃES, E; CARIELLO, A.; ALMEIDA, C. A. P. de. Prontuário Odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VI do art. 4º do Código de Ética Odontológica. Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, 1994, 20p.
15. JERGE, C. R.; ORLOWSKY, R. M. Quality Assurance and the Dental Record. Symposium of Quality Assurance. Dent. Clin. North Amer. V.29, n.3, p.483-496, 1985
16. LEAL, M. C. C.; ZIMMERMANN, R. D.; Processos Odontológicos de Identificação. In: Campos, M. S. et al. Compêndio de Medicina Legal Aplicada. Recife-PE, 1ª ed. EDUPE, 2000, Cap.2. p.54-68.
17. LUNTZ, L. L. Handbook for dental identification. New York, J.B. Lippincott, 1973
18. MACHEN, D. E. Current Concepts in Orthodontic Informed Consent. Am. J. Orthod. Dento-fac. Orthop. St.Louis, v.96, n.1, p88-89, jul/1989.
19. NEDER, A. C. Ficha Clínica: amplia segurança e êxito do tratamento e evita complicações iatrogênicas. Rev. Odontólogo Moderno. p.39-53, mar/abr 1974.
20. PÊGO, C. A. S. Relacionamento com o paciente. Disponível em <http://www.cfo.org.br>. Acesso em 27 de outubro de 1999.
21. PEREIRA, C. B. Legalidade dos Arquivos Digitais na Odontologia. Disponível em: <http://www.cleber.com.br/legalid4.html>. Acesso em 28 de março de 2004.
22. ROMANI, N. F. Semiologia: Exame do Paciente. In: LASKALA, N.T. Atualização na Clínica Odontológica São Paulo: Pnacast, 1982. Cap. 12, p.73-84.
23. ROMANO, E. et al. Sinais de Alerta. Jornal do CROSP, SãoPaulo, n.94, p.3-5, dez/2000.
24. RUBIRA, I. R. F.; RODRIGUES, C. B. F. Odontograma e Notação Dental: Considerações Gerais. Rev. Odont. USP. São Paulo, n.2, v.2, p.104-108, abr/jun, 1988.
25. SALIBA, C. A. et al. A utilização de fichas clínicas e sua importância na clínica odontológica. Revista da Associação Paulista dois Cirurgiões-Dentistas. V.51, n.5, p.440-445, set/out, 1997.
26. SCHUWZ, J.; NER, H. S. Fichas e Responsabilidades. In: COHEN, S; BURNS, R. C. Caminhos da Polpa. Rio de Janeiro. 2ed. Guanabara-Koogan, 1982. Cap. 9, p.187-195.
27. SILVA, M. da. Compêndio de Odontologia Legal. 1ed. Rio de Janeiro: Medsi, c.20, 1997, p.327-344: Documentação Odontológica.
28. _____. Documentação em Odontologia e sua Importância Jurídica. Odontologia e Sociedade. São Paulo, v.1/2, p.1-4, 1999.
29. SILVA, O. M. P. da; LEBRÃO, M.L.; BLACKMAN, I.T. A qualidade dos registros odontológicos dos hospitais do setor governamental do município de São Paulo. Rev Odontol. UNESP. São Paulo, n.30, v.1, p.67-74, 2001.
30. TOMMASI, A. F. Diagnóstico em Patologia Bucal. 2 ed. São PAULO: Pancast, 1989. Cap.3, p.15-33: Exame Clínico.
31. ZIMMERMANN, R. D. et al. A importância do Prontuário Odontológico. Revista do CRO/PE. Recife, n.1, v.1, p.7-12, abr/1998.
32. ZIMMERMANN, R. D. Documentos Odonto-legais. Recife, 2000. Material Didático mimeografado.
33. _____. Documentação Odontológica. Recife, 2003. mimeografado.

ANEXO 1

FICHA CLÍNICA

(Identificação do Profissional)

NOME DO PROFISSIONAL
CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL
CRO-(UF) N° _____
Endereço completo

(Identificação do Paciente e do Responsável pelo Tratamento)

Prontuário n° _____.

Nome: _____
 RG. n°. _____ Órgão Expedidor _____ CPF
 n°._____/_____
 Data de Nascimento ____/____/____ Sexo _____
 Naturalidade _____ Nacionalidade _____
 Estado Civil _____ Profissão _____
 Endereço Residencial _____

 Endereço Profissional _____

Indicado por _____
 Convênio _____ N° de Inscrição _____
 CD. anterior _____ Atendido em ____/____/____
RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO
 Nome _____
 RG. n°. _____ Órgão Expedidor _____ CPF n°._____/_____
 Estado Civil: _____ Cônjuge _____
 RG. n°. _____ Órgão Expedidor _____ CPF
 n°._____/_____

FICHA DE ANAMNESE

Queixa Principal e Evolução da Doença Atual _____

Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença: () Sim () Não - Qual(is) _____

Está em tratamento médico atualmente? () Sim () Não. Gravidez: Sim () Não ()

Está fazendo uso de alguma Medicação? () Sim () Não - Qual(is) _____

Nome do Médico Assistente/telefone: _____

Teve alergia? () Sim () Não -Qual(is) _____

Já foi operado? () Sim () Não -Qual(is) _____

Teve problemas com a cicatrização? Sim () Não ()

Teve problemas com a anestesia? Sim () Não ()

Teve problemas de Hemorragia? Sim () Não ()

Sofre de alguma das seguintes doenças ?

Febre Reumática: Sim () Não (); Problemas Cardíacos: Sim () Não ()

Problemas Renais: Sim () Não (); Problemas Gástricos: Sim () Não ()

Problemas Respiratórios: Sim () Não (); Problemas Alérgicos: Sim () Não ()

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim () Não (); Diabetes: Sim () Não ()

Hipertensão Arterial: Sim () Não (); Hábitos: _____

Antecedentes Familiares: _____

Outras observações importantes: _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Local, Data
Responsável Legal

Assinatura do Paciente ou seu

EXAME FÍSICO

GERAL: _____

EXTRA-ORAL: _____

INTRA-ORAL: _____

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A – DENTE

18 _____

17 _____

16 _____

15 _____

(55) _____

14 _____

(54) _____

13 _____

(53) _____

12 _____

(52) _____

11 _____

(51) _____

21 _____

(61) _____

22 _____

(62) _____

23 _____

(63) _____

ANEXO – 2**FICHA CLÍNICA SIMPLIFICADA**

Nome: _____ Nasc.: ___ / ___ / ___

Sexo: F M

End. Res.: _____ Fone: _____

End. Prof.: _____ Profissão: _____

Fone: _____

Identidade Nº. _____ Órgão emissor: _____ CPF _____

Consulta: urgência tratamento manutenção

Queixa Principal/Motivo da Consulta: _____

INQUÉRITO DE SAÚDEEstá em tratamento médico ? não sim: _____Está usando medicação ? não sim: _____Alergia : não não sei sim: _____

Anemia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Hepatite	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Sífilis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
HIV	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Tuberculose	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Asma	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Fumante	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Hormônios	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Alcoolista	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Tatuagens	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Herpes/Aftas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Gravidez	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Desmaios	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Febre Reumática	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Epilepsia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Cicatrização ruim	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Distúrbios Psico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Endocardite Bact	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Problema Hepático	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Problema Renal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Tensão Arterial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Tumor	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Internação Hospital	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Febre Reumática	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

Você possui alguma doença / problema significativo não mencionado? _____

INQUÉRITO ODONTOLÓGICOData do último atendimento: ___/___/___ completo incompleto

Experiência negativa no tratamento odontológico ? Qual ? _____

HÁBITOSroer unhas respirar pela boca tomar chimarrão chupar bico/dedomorder caneta / lápis ranger os dentes dia / à noite outros**HIGIENE BUCAL (utiliza)**fio / fita dental interdental escova macia / média / duraunitufo / bitufo palito creme dental:**FLÚOR:** gel creme dental bochecho água fluoretada**DIETA**Ingere alimentos / bebidas entre as refeições ? não sim:**TECIDOS MOLES:**

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS BEM COMO AUTORIZO O(S) PROFISSIONAI(S) A REALIZAR(EM) TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O MEU TRATAMENTO.

(Cidade), _____, de _____, de 20 ____

Responsável pelo Inquérito: _____

Nome do Paciente _____

Assinatura do Paciente/Responsável _____

ANEXO 3 – ATESTADOS

ATESTADO PARA ABONO DE FALTAS ESCOLARES

ATESTADO

Atesto, junto ao colégio Nóbrega, para fins de abono de faltas, que o Antônio Marques Filho, cujo responsável é o senhor Antônio Marques RG n° 1.666.999-SDS/PE, necessita de 02 (dois) dias de afastamento de suas atividades escolares, a partir desta data. CID: K.04.6

Local e data.

Assinatura e carimbo com o n.º CRO

ATESTADO GENÉRICO PARA ABONO DE FALTA AO TRABALHO

Atesto, junto a Marmoraria Brasil, que o Sr. Roberto Leão, portador do RG n° 1.682.311- SDS/PE, esteve sob meus cuidados profissionais no dia de hoje, no horário das 08:00 às 09:00 horas e necessita de 2 (dois) dias de afastamento de suas atividades profissionais a partir desta data. CID: K.04.6

Local e data.

Assinatura e carimbo com o n.º do CRO

ATESTADO DE SANIDADE PARA FINS DE INGRESSOS EM EMPRESAS

ATESTADO

Atesto, para fins de comprovação, junto a Confecções Brasil Ltda., que o Sr. Manoel Moraes, RG n.º1.655.388 – SSP - PE, esteve nesta data em meu consultório, tendo se submetido a exame odontológico, que permite atestar ser o mesmo portador de condições buco-dentais satisfatórias ao desempenho de suas atividades laborativas.

Local, e data.

Assinatura e carimbo com n.º do CRO

OBS.: Somente colocar o CID a pedido do paciente e registrar no próprio atestado a solicitação.

ANEXO 4

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços odontológicos, os contratantes, de um lado

_____, RG _____,

CRO-UF _____, **com consultório à** _____,

_____,
doravante denominado simplesmente Cirurgião-Dentista e, do outro lado

_____,
RG _____, **CPF** _____, **residente a** _____

_____,
doravante denominado simplesmente de paciente ou responsável pelo paciente

_____,
têm entre si justo e contratado, na melhor forma do direito as seguintes condições:

Cláusula Primeira – Do Objetivo

O objetivo do presente contrato constitui-se na prestação de serviços odontológicos, pelo Cirurgião-Dentista ao paciente, no endereço do seu consultório acima grafado ou em outro local indicado pelo profissional desde que previamente notificado o paciente, de acordo com o plano de tratamento aprovado e constante do prontuário odontológico do paciente, que passa a fazer parte deste contrato como anexo seu.

Cláusula Segunda – Do Valor e Do Pagamento dos Honorários

O valor total dos honorários profissionais, relativos aos serviços odontológicos prestados é de R\$ _____ (_____) e seu pagamento deverá ser realizado nas datas indicadas no orçamento apresentado e aprovado que passa a fazer parte deste contrato como anexo seu.

§ 1º – O valor dos honorários, ora estipulado, poderá sofrer alteração, caso seja necessário modificar o plano de tratamento inicialmente aprovado, em face da constatação de questões técnicas ou outras intercorrências que inviabilizem sua execução, sendo necessário que as partes acordem, formalmente, os novos valores ajustados;

§ 2º – Os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos previstos, estarão sujeitos a atualização monetária e a multa de mora de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

Cláusula Terceira – Das Garantias

O paciente foi devidamente informado sobre propósitos, riscos e alternativas de tratamento, bem como que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do paciente e da própria limitação da ciência.

Cláusula Quarta – Das Obrigações do Cirurgião-Dentista

O Cirurgião-Dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento aprovado, assumir a responsabilidade pelos serviços prestados, resguardar a privacidade do paciente e o necessário sigilo, bem como zelar pela sua saúde e dignidade.

Cláusula Quinta – Das Obrigações do Paciente ou seu Responsável

O paciente ou seu responsável se compromete a seguir rigorosamente as orientações do Cirurgião-Dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, comparecer pontualmente as consultas marcadas, justificando as faltas com antecedência mínima de _____ horas.

Parágrafo Único – As faltas não justificadas, conforme preceitua a cláusula quinta, serão cobradas no valor correspondente a uma consulta;

Cláusula Sexta

O presente contrato tem duração pelo período necessário para realização do tratamento, conforme informado no plano de tratamento aprovado, desde que o paciente compareça às consultas previamente agendadas.

Cláusula Sétima – Da Rescisão

Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, sendo neste caso cobrados os valores relativos aos trabalhos efetivamente realizados, mesmo que não totalmente concluídos.

§ 1º - Será caracterizado o abandono do tratamento quando o paciente faltar a três consultas consecutivas, ou se ausentar, sem justificativa do consultório, por mais de quarenta e cinco dias, sendo neste caso considerado o contrato rescindido por iniciativa do paciente;

§ 2º - o paciente desde já se declara ciente de que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à sua saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não sendo necessário a rechamada do paciente para que o abandono fique caracterizado.

Cláusula Oitava - Para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente contrato fica eleito o foro da Cidade de _____, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo com as condições acima descritas, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Local e data.

**Assinatura do Paciente
ou seu Responsável**

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Testemunha 1 _____ Testemunha 2 _____

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS DE INTERESSE PARA A ODONTOLOGIA - C.I.D EM ODONTOLOGIA E ESTOMATOLOGIA (CID-OE)

- C00 Neoplasia maligna do lábio
- C01 Neoplasia maligna da base da língua
- C02 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua
- C03 Neoplasia maligna da gengiva
- C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca
- C05 Neoplasia maligna do palato
- C06 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca
- C07 Neoplasia maligna da glândula parótida
- C08 Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
- C09 Neoplasia maligna da amígdala
- C10 Neoplasia maligna da orofaringe
- C11 Neoplasia maligna da nasofaringe
- C12 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas do lábio, cavidade oral e faringe
- C30 Neoplasia maligna da cavidade nasal e do ouvido médio
- C31 Neoplasia maligna dos seios da face
- C41 Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas
- D10 Neoplasia benigna da boca e da faringe
- D11 Neoplasia benigna de glândulas salivares maiores
- D16 Neoplasia benigna de osso e de cartilagem articular
- D18 Hemangioma e linfangioma de qualquer localização
- G50 Transtornos do nervo trigêmeo
- G51 Transtornos do nervo facial
- G52 Transtornos de outros nervos cranianos
- J01 Sinusite aguda
- J32 Sinusite crônica
- L02 Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo
- L03 Celulite
- L04 Linfadenite aguda

L10 Pênfigo (Manifestações orais)
L12 Penfigóide (Manifestações orais)
L40 Psoríase (Manifestações orais)
L43 Líquen plano (Manifestações orais)
L51 Eritema polimorfo (Manifestações orais)
L56 Outras alterações agudas da pele devido a radiação ultravioleta (queilite actínica)
M35 Outras afecções sistêmicas do tecido conjuntivo (síndrome de sjögren)
K00 Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes
K01 Dentes inclusos e impactados
K02 Cárie Dentária
K03 Outras doenças dos tecidos dentários duros
K04 Doenças da polpa e dos tecidos periapicais
K05 Gengivite e doenças periodontais
K06 Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K07 Anomalias dento faciais (inclusive a maloclusão)
K08 Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de
K09 Cistos da região bucal, não classificados em outra parte
K10 Outras doenças dos maxilares
K11 Doenças das glândulas salivares
K12 Estomatite e lesões correlatas
K13 Outras doenças do lábio e da mucosa oral
K14 Doenças da língua
Q35 Fenda palatina
Q36 Fenda labial
Q37 Fenda labial com fenda palatina
Q38 Outras malformações congênicas da língua, da boca e da orofaringe
F45.8 Bruxismo (NO MEU CID ESTE CÓDIGO É DE Transtornos somatoformes)
R06 Anormalidades da respiração
R06.5 Respiração pela boca
R19 Outros sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome
R19.6 Halitose
R22 tumefação, massa ou tumoração localizados na pele ou tecido subcutâneo

R43 Distúrbios do olfato e do paladar
R51 Cefaléia
R59 Aumento de volume dos gânglios linfáticos
R68 Outros sintomas e sinais gerais
R68.2 Boca seca, não especificada
S00.5 Traumatismo superficial dos lábios e da cavidade oral
S01 Ferimento da cabeça
S01.4 Ferimento da bochecha e da região temporomandibular
S01.5 Ferimento do lábio e cavidade oral
S02 Fratura do crânio e dos ossos da face (inclui assoalho orbital, malares, maxilares, mandíbula e dentes)
S03 Luxação, entorses ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça (inclui dentária e maxilar - ATM)
S04 Traumatismo dos nervos cranianos (inclui trigêmio, facial e outros)
T18 Corpo estranho no aparelho digestivo
T18.0 Corpo estranho na boca
T20 Queimadura e corrosão da cabeça e do pescoço (inclui lábio)
T28 Queimadura e corrosão de outros órgãos internos
T28.0 Queimadura da boca e da faringe
T81.5 Corpo estranho deixado acidentalmente em cavidade corporal ou em ferida operatória subsequente a procedimento (inclui tatuagem por amálgama)
T84 Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos
Z54.0 Convalescença após cirurgia
Z76.3 Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente

CUIDADOS QUE O CONSUMIDOR DEVE TER COM OS NOVOS PLANOS

VERIFICAR:

- Condições de admissão;
- Início da vigência;
- Períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

- Eventos cobertos e excluídos;
- Condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado;
- Área geográfica de abrangência do plano ou seguro de saúde;
- Critérios de reajuste e revisão de mensalidades;
- Número do certificado do registro da operadora emitido pela ANS (Agência Nacional de Saúde).

O QUE O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE VERIFICAR AO CREDENCIAR-SE JUNTO A UMA EMPRESA:

- Inscrição da empresa no CRO no caso de planos privados de saúde (Lei 9.656/98 – art. 8º). As empresas seguradoras não têm necessidade de inscrição no CRO.
- Buscar informação de colegas credenciados da empresa, com referência à atuação no mercado e relacionamento com os profissionais.
- Levar em consideração eventuais reclamações de consumidores, através da mídia e órgãos competentes.

QUANTO AOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

- Tabela de honorários e procedimentos clínicos cobertos pelo plano.
- Definições quanto à possibilidade da atuação no plano. Há planos que restringem a atuação de acordo com a especialidade do credenciado, o que impossibilita a execução de alguns procedimentos.
- Informações quanto à conduta a adotar quando houver necessidade de procedimentos não cobertos pelo plano.
- Existência de eventuais restrições ou prazos de carência para repetições de procedimentos.

- Responsabilidade profissional quando algum procedimento necessita de substituição dentro do prazo de carência. Há convênios que estabelecem um “ prazo de garantia”.
- Sistema de auditoria previsto, que pode incluir auditorias administrativas e técnicas, com avaliações iniciais, intermediárias, finais e pós-tratamentos, fornecimentos das radiografias inicial e final, etc.
- Prazos para execução das auditorias previstas para controle. Responsabilidades dos usuários quanto à observação dos prazos para comparecer à auditoria. Frequentemente os pagamentos são processados após a auditoria final.
- Critérios para pagamentos, incluindo prazo e fornecimento de extratos.
- Critérios para a execução de eventuais glosas de serviços executados.
- Procedimentos a serem adotados quando ocorre falta de colaboração do paciente ou abandono de tratamento.
- Como agir, quando credenciado, para solicitar revisão de glosas ou recusas de tratamento pela empresa.

REQUISITOS LEGAIS PARA COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS

- ✓ Comprovar seu registro no Conselho Regional de Odontologia de Sergipe (empresas);
- ✓ Registro da empresa na ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE);
- ✓ Registro dos tipos de planos no Ministério de Saúde;
- ✓ Descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

- ✓ Rol mínimo de procedimentos cobertos, que exclui apenas procedimentos de ortodontia, ortopedia funcional, implantes, próteses e traumatologia;
- ✓ Descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação dos serviços ofertados;
- ✓ Especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
- ✓ Demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
- ✓ Demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos, através de cálculos atuariais;
- ✓ Especificação da área geográfica coberta pelo plano odontológico;
- ✓ Ofertas de garantias suficientes para cobertura de seus compromissos, por meio de bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguro de garantia de solvência.

REGULAMENTAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OPERADORAS E PRESTADORAS

- Normatizar sobre o desligamento do cirurgião-dentista vinculado à Operadora de Plano de Saúde com o objetivo de garantir ao usuário a não interrupção do tratamento e ao cirurgião-dentista o direito de defesa (Resolução CFO-19/2001, publicada no Diário Oficial da União – Seção 1, de 09.08.2001, pg. 27).
- Normatizar sobre perícias e auditorias odontológicas com o objetivo de observar impropriedades ou irregularidades na execução dos serviços prestados ao usuário, bem

como analisar e dirimir sobre possíveis dúvidas vinculadas à glosa (Resolução CFO-20/2001 publicada no Diário Oficial da União – Seção 1, de 27.09.2001, pgs. 144 e 145).

- Observar as normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas (Resolução CFO-22/2001 publicada no Diário Oficial da União – Seção 1, de 25.01.2002, pgs. 269, 270, 271 e 272).
- Elaborar por parte das operadoras um “extrato” mensal que expresse os valores de honorários recebidos bem como as possíveis glosas existentes.

LEITURAS RECOMENDADAS

1. CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA
2. LEIS REFERENTES À ODONTOLOGIA:
 - 2.1 Lei nº. 3.999, de 15 de dezembro de 1961 (Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas);
 - 2.2 Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 (Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia);
 - 2.3 Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 (Regula o Exercício da Odontologia);
 - 2.4 Lei nº 6.215, de 30 de junho de 1975 (Altera a Lei nº 5.081, no art. 6º).

Obs.: Todos esses documentos estão disponíveis nos sites do CRO-SE: www.crose.com.br e CFO: www.cfo.org.br.

APOIO: Conselho Federal de Odontologia – CFO
