

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**BIOSSEGURANÇA  
EM SERVIÇOS PÚBLICOS  
ODONTOLÓGICOS**

**MÁRCIA PERRELLA**  
**Cirurgiã-Dentista**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

**PIRACICABA-SP**  
**2005**



**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**BIOSSEGURANÇA  
EM SERVIÇOS PÚBLICOS  
ODONTOLÓGICOS**

**MÁRCIA PERRELLA**  
**Cirurgiã-Dentista**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano  
Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Franceschini Júnior  
Banca Examinadora:  
Profa. Gláucia Maria Bovi Ambrosano  
Profa. Vanessa Pardi  
Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior  
Prof. Dr. Roberto José Gonçalves

**PIRACICABA-SP**

**2005**

### Ficha Catalográfica

P248b	<p>Perrella, Márcia. Biossegurança em serviços públicos odontológicos. / Márcia Parrella. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2005.</p> <p>Orientadores : Profa. Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Vigilância sanitária. 2. Orientação profissional. 3. Esterilização . I. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi. II. Francesquini Júnior, Luiz. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.</p> <p>(hmc/fop)</p>
-------	--

Palavras-chave em inglês (Keywords): 1. Health surveillance. 2. Professional orientation. 3. Sterilization

Área de concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Odontologia Legal e Deontologia

Banca examinadora: Eduardo Daruge Júnior; Gláucia Maria Bovi Ambrosano;

Vanessa Pardi





## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha mãe Idalina e meu pai Glauco, *in memoriam*.

As minhas irmãs e familiares, pela compreensão da ausência em momentos de pesquisa e estudo.

Em especial Prof<sup>a</sup>. Dra. Febe Evangelista da Costa, amiga constante das horas críticas e decisivas.

Dedico a Deus, que me fortaleceu no desenvolvimento desta dissertação, me sustentou e abriu meus caminhos, me permitindo superar tantas adversidades.



## AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

Ao Prof. Dr. Pedro Luís Rosalem Coordenador dos Programa de Pós Graduação da FOP/Unicamp.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge e Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior , pelos ensinamentos dispensados nesta trajetória.

À orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, minha sincera admiração e agradecimento pelos seus valiosos ensinamentos, estímulos e incentivos.

Ao co-orientador Prof. Dr. Luiz Francesquini Junior, meu sincero carinho pela colaboração, prestatividade, motivação e atenção. Sua dedicação à Odontologia Legal tem produzido inúmeros frutos, que beneficiam a todos.

A todos os Professores do Departamento de Odontologia Legal e Deontologia, pelos ensinamentos e dedicação.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, pela alegria de estarmos juntos nesta jornada.

Aos administradores do Serviço Público em que atuo, meus sinceros agradecimentos pela compreensão no esforço empreendido no desenvolvimento desta dissertação.

A todas as pessoas que participaram, inclusive Célia Regina Manesco e Profa. Eunice Evangelista da Costa Batista, contribuindo para realização deste trabalho, direta ou indiretamente, meu agradecimento.

*”O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”*

Leonardo da Vinci (1452 – 1519)



## SUMÁRIO

LISTAS	01
RESUMO	03
ABSTRACT	05
1 – INTRODUÇÃO	07
2 – REVISTA DA LITERATURA	11
3 – PROPOSIÇÃO	25
4 – MATERIAL E MÉTODOS	27
5 – RESULTADOS	29
6 – DISCUSSÃO	43
7 – CONCLUSÃO	51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	63

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABNT** = Associação Brasileira de Normas Técnicas  
**AIS** = Ações Integradas de Saúde  
**CBVS** = Curso Básico de Vigilância Sanitária  
**CETESB** = Companhia Tecnologia Saneamento Ambiental  
**CNS** = Conferência Nacional de Saúde  
**CNSC** = Conferência Nacional de Saúde do Consumidor  
**CONASEMS** = Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde  
**CTNBio** = Comissão Técnica de Biossegurança  
**CVS** = Centro de Vigilância Sanitária  
**CRO** = Conselho Regional de Odontologia  
**DHST** = Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho  
**DIPAF** = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos  
**DIRs** = Direções Regionais de Saúde  
**DNSB** = Divisão Nacional de Saúde Bucal  
**EPI** = Equipamento de Proteção Individual  
**EPC** = Equipamento de Proteção Coletiva  
**ERSA** = Escritórios Regionais de Saúde  
**FIOCRUZ** = Fundação Institucional Oswaldo Cruz  
**FSESP** = Fundação dos Serviços de Saúde Pública  
**FUNDAP** = Fundação da Administração Pública  
**GEPRO** = Grupo Estadual de Programa de Saúde Bucal  
**GTO** = Grupo Técnico Odontológico  
**IVS** = Informações sobre Vigilância Sanitária  
**MS** = Ministério da Saúde  
**PAIS** = Programa de Ação Integrada da Saúde  
**PLANO DO CONASP** = Plano do Conselho Nacional de Saúde Pública  
**SES** = Secretaria Estadual de Saúde

**SS** = Secretaria de Saúde

**SNAS** = Secretaria Nacional de Assistência a Saúde

**SNVS** = Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária

**SUDS – R** = Sistema Único e Desenvolvimento de Saúde - Regional

**SUDS** = Sistema Único e Desenvolvimento de Saúde

**SUS** = Sistema Único de Saúde

**SVS** = Secretaria de Vigilância Sanitária

**UBS** = Unidade Basica de Saúde

**VISA** = Vigilância Sanitária

**VISA–R** = Vigilância Sanitária Regional

## RESUMO

A preocupação de se evitar a disseminação de doenças e a infecção cruzada levou os profissionais de saúde de serviços públicos em: hospitais, ambulatórios, pronto-socorros e consultórios da rede pública, a se dedicarem a conceitos de higienização com maior atenção nos procedimentos efetuados. A Vigilância Sanitária é o órgão fiscalizador das Unidades públicas e privadas dos consultórios odontológicos, impondo regras e direcionando as redes públicas a tratarem do assunto com a importância e a qualidade devidas e determinadas em padrões de biossegurança. O presente estudo visou por meio de questionários junto aos Cirurgiões-Dentistas que trabalham no serviço público de saúde odontológico da região da grande São Paulo (compreendendo os Municípios de: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá) analisar a situação referente à biossegurança no serviço público destas Unidades Básicas de Saúde, bem como avaliar os parâmetros seguidos por esta mesma rede pública no que tange às condições sanitárias e verificar se está sendo avaliado o protocolo desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária Estadual na mesma. Propôs-se ainda verificar o número de visitas da Vigilância Sanitária aos serviços públicos; quais equipamentos de proteção individual e quais equipamentos de proteção coletiva são fornecidos e utilizados rotineiramente na rede pública de saúde e se os ambulatórios públicos possuem a infra-estrutura adequada para o atendimento dos pacientes. Concluiu-se que os parâmetros adotados pela rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo, no que tange às condições sanitárias estão de acordo com a legislação pertinente e está sendo obedecido o protocolo de biossegurança desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária Estadual na rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo. Há carência no número de visitas da vigilância sanitária aos serviços públicos dos municípios da grande São Paulo. Ressalta-se também que são utilizados rotineiramente os Equipamentos de Proteção Individuais, bem como, Equipamentos de Proteção Coletivos e que grande parte dos ambulatórios públicos possuem a infra-estrutura adequada para o atendimento dos pacientes, destacando-se alguns extremamente modernizados.



## **ABSTRACT**

The worried of if avoid the dissimulation of crusade infection to reach the highest point where reunited the profession of the public health in hospital, medical office, emergency and public service in the medical office, and the both if dedicated the higienic concept with highest attention in the effect procedure. The public service dental health is the inspect organ of the public and private unity of the office dental, impose rule turned up to the public organ where examine the role with the importance and the quality organized in biosecurity pattern. The present study to aim through of the questionnaire near odontologist that worked in the public health service dental in the unity localized in big São Paulo analysed situation relating to biosecurity the respecty city, understood the Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Mauá municipality. They are all available the parameter utilized for public health service all that to health condition and if it's occurring available in the protocol developed too. Propose still to confirm the numbers of visit of the health alert in the public service what individual protection equipment, and collective protection equipment that it's furnish and utilized in rotine public health service and if the adequate infra structure appropriate to the notice the patient. Understood that the parameter utilized for the public health service of the municipality of the big São Paulo city, what for the health condition it's of bond with the vigor legislation where conform developed the protocol of biosecurity for the Public State Dental Health Service in the public health service of the municipality of the big São Paulo city. There is lack in the number of the visit of the alert health in the public service of big São Paulo municipality. Safeguard, all that it's utilize rotine the Individual Protection Equipment, and still , Collective Protection Equipment. Understood that big part of the public medical office utilized a correct infra structure for the notice of the patient, emphasize some exuberant which if refer the modernity.



## **1 – INTRODUÇÃO**

As Instituições público-privadas têm buscado novos parâmetros para a saúde, procurando reformas estruturais com a finalidade de propiciar bem estar à população no que tange ao sanitarismo.

Cabe à saúde pública, representada pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, o cuidado para com as populações marginalizadas, atuando por meio de programas de educação, ao mesmo tempo executando medidas de caráter preventivo e curativo coletivos.

Desta forma, as autoridades tem constantemente enfatizado a necessidade da implantação da reforma sanitária visando suprir modelos ultrapassados com baixa qualidade e pouco desenvolvido no atendimento à saúde da população.

O termo saúde passou a expressar a qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente referenciada após publicação de lei específica. Tal legislação (Lei 6229/99), dispõe sobre a organização do Sistema de Saúde Nacional (SUS) que registrou o surgimento de um novo processo para a área da saúde (Brasil 1999). Tal sistema foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, com a mesma qualidade.

Para que a qualidade final do atendimento fosse a mesma e as condições de fornecimento fossem padronizados, fez-se necessário a criação de um órgão fiscalizador responsável, tal órgão denomina-se Vigilância Sanitária.

A Vigilância Sanitária é o departamento da Secretaria de Saúde do Estado que fiscaliza as redes e ambientes de trabalho da saúde e é responsável entre outras atribuições a manter licenciamentos de funcionamento de estabelecimentos bem como os locais de trabalho, habitações, equipamentos e aparelhos usados na área de saúde em todo o estado de São Paulo, conforme determina a Lei n. 10.083/98, de 23 de setembro de 1998 que dispõe sobre novo código sanitário do Estado de São Paulo (Brasil 1998).

O Serviço de Vigilância Sanitária é o órgão da Secretaria da Saúde que estabelece padrões normatizados para prevenir doenças infecto-contagiosas e proteção na saúde da comunidade, assegurada na Lei 8080/90 (Brasil 1990). Têm como função fiscalizar locais de trabalho, equipamentos, materiais de trabalho, além de prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes dos tratamentos da saúde, tanto no serviço privado ou público.

Como atribuições, este órgão, deve prestar serviços que se relacionam direta ou indiretamente à saúde, no setor público ou privado, visando à defesa da cidadania, eliminando ou minimizando riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários. Deve-se destacar ainda que a Vigilância Sanitária estabelece normas e condutas para prevenir riscos à saúde do indivíduo e da coletividade.

No tocante à Odontologia, existe uma gama de Legislações [Código Civil (CC) (Brasil 2003), Código Penal (CP) (Brasil 1940), Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Brasil 1990), Código de Ética Odontológico (CEO) (Brasil 2003), etc] que norteiam a prestação de serviços zelando sempre pela saúde bucal e geral dos indivíduos, além é claro das legislações emanadas do Conselho de Vigilância Sanitária. Tais normas regem o serviço particular executado em Consultório particular (individual e/ou empresa), as empresas e/ou autarquias prestadoras de serviços odontológicos do serviço público Federal, Estadual e ou Municipal.

O fato de um serviço ser prestado em ambiente público, gera incondicionalmente que as normas internacionais de biossegurança sejam seguidas rigorosamente, pois a promoção da saúde bucal, bem como seu restabelecimento deve ser meta principal.

O Ministério da Saúde ao apresentar uma nova formalização política e organizacional para o re-ordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição de 1988 (Brasil 1988), implantou um novo sistema de saúde o SUS, sistema este, que vem assegurar ao cidadão num atendimento público confiável e com credibilidade, pois, resgata a dignidade da saúde pública com eficácia e resolutividade.

O tratamento odontológico preventivo curativo e resolutivo visa restabelecer a função dos indivíduos, bem como, promover a segurança, proteção e atenção aos mesmos.

Torna-se indispensável, a todas as partes, a obediência ao protocolo fornecido pelo Serviço de Vigilância Sanitária.

O programa de saúde contém os elementos básicos para o cumprimento dos objetivos propostos, estes incluem todas as regras gerais de prevenção de transmissão de doenças infecto contagiosas que possam porventura ocorrer.

A responsabilidade pelo êxito de um programa de saúde odontológico dentro das instituições públicas é indispensável para todas as partes, desde o profissional da odontologia, até o pessoal auxiliar, incluindo até mesmo o departamento encarregado pelo descarte de todos os materiais biológicos contaminados e, inclusive, do paciente.

Tendo em vista os fatos apontados no presente estudo, buscar-se-á avaliar os parâmetros seguidos pela Rede Pública de Saúde, dos municípios da grande São Paulo, no que tange as condições sanitárias, bem como, verificar se o protocolo desenvolvido pelo S.U.S. tem sido obedecido na rede pública de saúde destes municípios.

Pretende-se, também, quantificar o número de visitas que a Vigilância Sanitária faz aos mesmos, se há e quais são os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) e Equipamentos de Proteção Coletivos (EPCs), e se os ambulatórios de atendimento ao público, dos municípios da grande São Paulo, atendem as exigências de infra-estrutura.



## 2 - REVISTA DA LITERATURA

O Decreto-Lei 2.848/40, que corresponde ao Código Penal Brasileiro, no seu artigo 132, destacou que quem expuser a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente tem como consequência pena de detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano, se o fato não constitui crime mais grave. (Brasil 1940).

O Decreto 77052/75 artigo 2º, inciso IV, estabeleceu que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes (BRASIL, 1975).

O Decreto Estadual n. 12.342/78 exigiu que os consultórios possuam compartimento sanitário para os pacientes, de preferência dentro do consultório. (Brasil 1978).

O Decreto Estadual n. 12.479/78 exigiu que os Consultórios Odontológicos somente funcionem após receber o alvará de licenciamento do Serviço de Vigilância Sanitária. (Brasil 1978).

Rossetini (1984) alertou sobre os riscos de contaminação cruzada na prática odontológica, analisando as vias de transmissão potenciais, os problemas peculiares relacionados a biossegurança e estudando as inter-relações etiológicas das contaminações.

Mendes *et al.* (1987) analisaram as condições de trabalho na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FOUERJ), avaliando a produtividade dos alunos em função da distribuição dos equipamentos e elementos de trabalho. Quantificaram o grau de conhecimento teórico e prático dos alunos referentes à aplicação dos princípios ergonômicos, utilização de pessoal auxiliar e sistema de trabalho mais produtivo. Concluíram que a produtividade e as condições de trabalho dos alunos foram prejudicadas, pela localização inadequada do carrinho de materiais, do esterilizador, do amalgamador, da câmara de revelação e do negatoscópio, pelo tipo e localização do motor de baixa rotação, pela fixação do refletor ao solo junto à cadeira operatória que limita as atitudes posicionais, pela existência de um

grande número de tubos e fios que dificultam a movimentação, pelo sistema de armários fixos ou bancadas para a disposição de materiais e instrumental, pela ausência de armários móveis, acarretando uma considerável perda de tempo. Apontaram também que o nível de conhecimento teórico foi considerado satisfatório porém deficiente na parte prática.

Segundo Vianna & Arita (1990), a introdução do princípio de desempenho Lógico em Odontologia está baseada na aplicação de sistemas e métodos de desempenho unido à ergonomia e à informática, conciliando os termos numéricos sistematizados para o campo da saúde bucal. Para tanto utiliza-se representações simbólicas destinadas ao entendimento dos métodos e a obtenção correta dos preceitos, da disposição, da compreensão e da finalidade dos atos. Concluíram que o conhecimento e a aplicação correta destes conceitos oferecem uma cominação de vantagens ou benefícios na prática odontológica.

A Lei Federal 8.078/90 que corresponde ao Código de Defesa do Consumidor (CDC), estabeleceu como direitos básicos do consumidor a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços (BRASIL, 1990).

Guimarães Júnior (1992) relatou que os estabelecimentos de assistência devem possuir os equipamentos básicos, respeitando as características dos procedimentos executados.

Segundo a *World Health Organization* (1992), o local de trabalho é onde o homem concentra uma considerável parte do tempo vivido é onde as condições de trabalho passam a serem fundamentais para o bem-estar físico e mental do trabalhador resultante de uma condição de equilíbrio nas interações entre o homem e o meio ambiente.

Cedros (1993) quantificou que apenas 40% dos profissionais da Odontologia lavam as mãos rotineiramente. Entre as múltiplas causas de infecções cruzadas em consultório, postula que a lavagem de mãos deveria ser considerada um procedimento básico de rotina. Recomendou a retirada de jóias e relógios, o uso de anti-séptico adequado e escova, finalizando com lavagem em água abundante.

De acordo com Lima & Ito (1993), o Cirurgião-Dentista (CD) deve usar equipamentos de proteção e esterilizar os instrumentais. Propuseram o Sistema BEDA de

Controle de Infecção no Consultório Odontológico e afirmaram que a cadeira odontológica deve ser de cor clara, para possibilitar melhor visualização da sujeira, deve ter ainda comando de pé, pois a botoneira é um foco de infecção, a unidade auxiliar deve ser de cor clara e isenta de rugosidades para facilitar a limpeza. Também ressaltaram que a sucção deve ser de alta potência, por bomba a vácuo, pois reduz a névoa produzida pela alta rotação. As canetas de alta rotação devem ser autoclaváveis e conter “push-button”, para que o CD não use o saca broca, sistema de Assepsia Flux, que irá possibilitar ao CD a assepsia da linha de água das canetas e alta rotação após o atendimento a cada indivíduo.

Chinelato (1993) estudou a inalação de microorganismos infectantes afirmando que há produção de aerossóis contaminados por transmissores presentes no sangue e saliva sugerindo uma forma nova de abordar saúde e trabalho na Odontologia.

Pueyo *et al.* (1994) avaliaram a necessidade de se seguir uma série de normas para se evitar riscos físicos e psicológicos na prática odontológica, tais como a utilização de equipamentos bem desenhados (o uso de cadeiras totalmente adaptáveis, bom instrumental, iluminação adequada, vestes e calçados idôneos, temperatura e grau de umidade ideal, seguimento de hábitos ergonômicos para todas as atividades que irão se realizar); evitar ruídos fortes; uso sistemático de luvas e máscaras de melhor qualidade. Concluíram que é fundamental que os CDs adaptem seu ritmo de trabalho à sua própria personalidade, hábitos diários e condições físicas visando obter ao máximo o rendimento pessoal de acordo com as suas próprias características.

Pueyo *et al.* (1994) ressaltaram que o profissional da área de saúde está envolvido com o meio no qual exercem a sua profissão e que, portanto, os riscos aos quais estão expostos são numerosos. Definiram a seguinte classificação: riscos físicos (entre os de maior incidência encontram-se os incêndios, acidentes elétricos, explosões, traumatismos e feridas, radiações ionizantes e não ionizantes); riscos químicos; riscos biológicos, sendo que a hepatite B é a doença infecciosa mais freqüente nesses profissionais e, naqueles serviços e atividades em que existe contato freqüente com o sangue, as doenças mais freqüentes são: tuberculose pulmonar, herpes, e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA); riscos psíquicos e riscos sociais.

A Vigilância Sanitária instituiu a Portaria CVS-11/95 que normatizou os procedimentos de bioproteção necessários ao controle das doenças transmissíveis em consultórios no Estado de São Paulo. Tal portaria determinou que equipamentos, instrumentos, utensílios e inclusive a própria equipe odontológica e os pacientes deverão ser submetidos aos seguintes processos: limpeza, desinfecção, esterilização e antissepsia, ou realizando-se o procedimento nos mesmos ou ensinando e educando os mesmos como proceder (BRASIL, 1995).

A Resolução SS-186/95 estabeleceu condições e critérios referentes às instalações e equipamentos que devem ser observados nos estabelecimentos odontológicos - clínicas e consultórios – desde dimensões, iluminação, ventilação, instalações hidráulicas e revestimento. Estes devem conter, obrigatoriamente, um local para o atendimento, sala de espera, arquivo, armazenagem e acondicionamento de instrumentais e medicamentos, sanitário público (BRASIL, 1995).

No Brasil a biossegurança surgiu enfaticamente depois da promulgação da Lei 8.974/95 de 1995 de 05 de janeiro de 1995, conjuntamente com o Decreto 1.752/95 de 20 de dezembro de 1995 que a regulamentou. Esta legislação criou a CTNBio (Comissão Técnica de Biossegurança), visando normatizar a política nacional de biossegurança em todo o território nacional (Brasil 1995).

A licença para o funcionamento de um consultório odontológico deverá ser solicitada ao Serviço de Vigilância Sanitária, depois de cumpridas todas as exigências previstas na Portaria CVS 10/96. Esta autorização de funcionamento deve ser emitida após a visita física do fiscal ao estabelecimento, na presença do responsável técnico que assinará o Termo de Responsabilidade (Brasil 1996).

Para Gonçalves *et al.* (1996), a Universidade é a responsável pela formação do profissional de Odontologia, cabendo a ela orientar os acadêmicos no sentido da adoção das medidas de biossegurança. Ressaltaram que é função dos cursos de graduação preparar os futuros CDs em relação às condições de trabalho que estes irão encontrar no mercado.

Lorenzi (1997) comentou que os equipamentos de proteção individual (EPIs) devem ser usados por toda equipe de saúde bucal. Afirma que as profissões de saúde, incluindo entre elas a Odontologia apresentam vários riscos para a saúde das equipes

profissionais, em decorrência dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos necessários para a realização dos atendimentos à clientela dos serviços.

Dammenhain (1997) citou que os todos os estabelecimentos odontológicos são caracterizados como de caráter público ou privado e que se destinam à realização de procedimentos de prevenção e tratamento de doenças bucais. Afirmou que a cadeira odontológica deve proporcionar à equipe de saúde bucal um posicionamento correto do paciente, que o equipo odontológico provido de caneta de alta-rotação, caneta de baixa-rotação e/ou micromotor devem ser regulados de forma a evitar nível do ruído elevado, e provido de seringa tríplice. Fez também referências ao refletor odontológico, afirmando que deve permitir um campo visual satisfatório ao trabalho da equipe de saúde bucal. Declarou que o sugador de saliva deve ser provido de ponta descartável, entre outros.

A Lei 6.514/97 em seu art. 166 preconizou que a empresa está obrigada a equipar todos os seus funcionários de forma graciosa. Estes equipamentos de proteção individual são de uso obrigatório por força da Norma Regulamentadora 6.6.7.1. Os funcionários são responsáveis pela correta utilização e conservação destes (Brasil 1997).

Para Saquy *et al.* (1998), os produtos químicos encontrados nos consultórios odontológicos, podem provocar danos à saúde do CD. Citaram como exemplo o mercúrio, que se manipulado inadvertidamente pode causar danos irreparáveis ao organismo humano; a resina epóxi, utilizada para base de dentaduras e outros fins práticos e os líquidos utilizados como agentes endurecedores, que são sensíveis à pele. Ressaltaram que os sabonetes, medicamentos e soluções químicas podem levar à dermatite. O CD está exposto a uma grande variedade de microorganismos veiculados pelo sangue e pela saliva de seus pacientes. Tais microorganismos podem causar um resfriado comum, uma pneumonia, uma tuberculose, uma hepatite B, etc.

Soares *et al.* (1998) avaliaram a atuação das auxiliares odontológicas junto aos CDs que integram o Serviço Público Odontológico de Araçatuba – SP, as condições de trabalho e produtividade, considerando apenas os procedimentos básicos. Verificaram que a produtividade média dos grupos com e sem auxiliar foi de 2,46 e 1,16 procedimentos/hora, respectivamente, sendo a diferença estatisticamente significativa no nível de 5%. O grupo que trabalhava com auxiliar apresentou produtividade 112% maior que o grupo que

trabalhava sem auxiliar. Constataram que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à pontuação dos equipamentos entre os grupos. Concluíram que há necessidade de adoção de métodos adequados no registro dos procedimentos realizados, os quais permitam cálculos mais precisos da produtividade. Ressaltaram que a utilização de pessoal auxiliar contribui para aumentar a produtividade.

Saliba *et al.* (1998) verificaram a aplicação dos princípios de racionalização do trabalho nos serviços público e particular, entrevistaram 81 CDs (do serviço público e particular) quanto à posição ergonômica de trabalho e à utilização de pessoal auxiliar, com respectiva delegação de funções. Concluíram que embora os CDs trabalhem em posição ergonomicamente correta, estes não utilizam adequadamente os serviços prestados pelas suas auxiliares.

A Portaria nº 453/98, aprovou o Regulamento Técnico que estabeleceu as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispondo sobre o uso dos raios X diagnósticos em todo o território nacional e aprovando outras providências. Deve-se destacar nesta portaria a otimização da proteção radiológica, limitações de doses individuais, prevenção de acidentes, notificação à autoridade sanitária condições inseguras de trabalho, entre outras (BRASIL, 1998).

Souza (1998) afirmou que a ventilação do consultório deve ser mecânica sem recirculação do ar, pois o ar viciado retém microrganismos nocivos à saúde dos pacientes e profissionais.

Chen (1999) apresentou sua dissertação à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, concluindo que somente 8,8% dos consultórios da região de governo de Piracicaba-SP, seguiram todas as normas referentes aos requisitos “Esterilização e Área Física”. Afirmou ainda que a cidade de Piracicaba apresentou o maior número de consultórios em condições satisfatórias para todos os itens estudados.

Carvalho (1999) advertiu enfaticamente sobre o alto grau de risco oferecido pelos agentes infecciosos e ainda afirma que vários outros equipamentos de segurança deveriam ser utilizados rotineiramente. Este autor afirmou em seu trabalho que “Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento do trabalho, e quando não estiverem em condições de uso, os

equipamentos, utensílios e móveis deverão obrigatoriamente estar fora da área reservada aos procedimentos odontológicos de rotina”.

Guandalini (1999) afirmou que os compostos que liberam o cloro ativo são utilizados na desinfecção das áreas de consultórios.

Carvalho (1999) recomendou que todos os procedimentos devam ser precedidos de um planejamento de maneira a detectar qualquer intercorrência que possa interferir na sua execução.

Carvalho (1999) declarou que a diluição de hipoclorito em água entre 1:10 a 1:100 é efetivo contra bactérias vegetativas e fungos.

A Resolução SS-16/99 aprovou Norma Técnica referente à instalação de estabelecimentos de prótese odontológica e determinou a necessidade da observação de cuidados que diminuam o risco a que os pacientes possam estar expostos nos estabelecimentos de assistência odontológica. Princípio da habilitação: os estabelecimentos de prótese odontológica deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização das atividades; princípio da categorização: os estabelecimentos de prótese odontológica serão classificados de acordo com a complexidade e tipo das atividades que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento; princípio da qualidade: os estabelecimentos de prótese odontológica deverão organizar seus recursos e atividades de forma a garantir a prestação de serviços de qualidade (BRASIL, 1999).

A Resolução SS-15/99 criada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, aprovou Norma Técnica que estabeleceu condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica. Destaca-se que para definir o perfil dos estabelecimentos de assistência odontológica é definido de acordo com suas características físicas e de funcionamento; necessidade da observação de cuidados que diminuam o risco a que os pacientes podem estar expostos nos estabelecimentos de assistência odontológica, entre outras (BRASIL, 1999).

Poi & Tagliavini (1999) afirmaram que para que o CD consiga organização do trabalho em clínica, alguns fatores são fundamentais. Para os mesmos há a necessidade de uma divisão, desta forma, em uma primeira etapa, realiza-se o exame do paciente,

diagnóstico, planejamento e plano de tratamento e uma segunda etapa onde os conhecimentos de ergonomia, originando posturas adequadas e Odontologia a quatro mãos. Concluíram que a junção de todos esses elementos, além do aumento da produtividade, é responsável pela melhoria na qualidade de vida desses profissionais, prolongando a vida útil dos mesmos.

Castro & Figlioli (1999) analisaram a postura e posições do CD destro e da auxiliar odontológica, bem como a posição da cabeça do indivíduo, para restaurações em amálgama e resina composta usando os princípios ergonômicos no trabalho. Visando atingir o objetivo, todas as restaurações realizadas, foram registradas fotograficamente, bem como, a postura e as posições para o CD destro; a postura e posições para a auxiliar odontológica; o posicionamento da cabeça do paciente e a região de apoio realizado pelo profissional. Concluíram que, as posições ideais para o CD são as de 9 a 11 horas; a posição ideal para a auxiliar atuar diretamente na boca do paciente é a de 3 horas; o posicionamento da cabeça do paciente está diretamente relacionado à região da boca onde está sendo realizada a restauração; a mão direita do CD manteve-se apoiada no polegar esquerdo e a mão esquerda realiza o afastamento de lábios e bochecha.

Carvalho & Papaiz (1999) visaram reduzir e/ou eliminar microorganismos presentes durante as tomadas radiográficas. Destacaram que a prevenção da transmissão de doenças é responsabilidade do operador, assim como manter a assepsia durante todas as tomadas radiográficas e o processamento radiográfico. Concluíram que utilizando-se técnicas apropriadas de esterilização e/ou desinfecção, métodos protetores e medidas protetoras para o operador, pode-se garantir um ambiente seguro para ambos.

Segundo Ghersel *et al.* (1999), a AIDS na infância gera medidas de biossegurança. Relataram um caso de uma criança com 3 anos de idade, que compareceu à clínica odontológica para um tratamento dentário, cuja queixa principal era de dor. No início do tratamento, apresentava gripes repetitivas, otite crônica, febre intermitente, queilite angular, rachaduras peribucais e cárie rompante. Foi encaminhada para tratamento médico, com resposta muito satisfatória para o estado geral. Cerca de 1 ano após, os familiares tiveram ciência de que a criança tinha AIDS. Alertaram os odontopediatras para a AIDS na Odontopediatria e para a importância do respeito às normas de biossegurança.

Galvão (1999) afirmou que o não cumprimento das regras de biossegurança, pode gerar riscos evitáveis de contaminação e conseqüentes repercussões éticas, administrativas, legais e civis. Visando-se evitar estas situações, a equipe deve estar treinada, ser supervisionada, além de utilizar a técnica e os equipamentos adequados de forma correta. Todos os membros da equipe devem conhecer as regras de biossegurança e promover reciclagem destes conhecimentos em cursos e palestras. As rotinas estabelecidas, tais como os ciclos de esterilização e de processamento do lixo contaminado, devem ser padronizadas. Alertaram para o fato que todas as notas fiscais de equipamentos e materiais de consumo voltados para a biossegurança devem ser arquivadas.

Zardetto *et al.* (1999) afirmaram que um dos aspectos de extrema importância na biossegurança diz respeito à esterilização do instrumental clínico. Avaliaram os conhecimentos do CD sobre a esterilização de instrumental clínico e verificaram que o conhecimento dos CDs sobre biossegurança é falho em vários aspectos, quando se consideram os meios de esterilização e desinfecção dos instrumentais clínicos, sugerindo a necessidade de maior conscientização.

Para Ribeiro *et al.* (2000), em Prótese Total, questões relativas a biossegurança de diversos procedimentos precisam ser analisadas para que sejam desenvolvidos instrumentos, técnicas e materiais mais seguros. Destacaram que a godiva, material termoplástico reversível, largamente utilizada para moldar áreas edentadas, especialmente durante as moldagens preliminares ou anatômicas, podem tornar-se infecciosos. Visando eliminar o risco de infecção sugeriram o uso de microondas como método alternativo ao uso de plasticizadores convencionais.

Perrella (2000) advertiu sobre a importância do tema em ambulatórios públicos e em prontos-socorros. Afirmou que os restos de mercúrio devem ser acondicionados em recipientes adequados com tampa rosqueável, com água. O descarte destes resíduos deve ser enviado hermeticamente lacrado para usinas de reciclagem para não causar as temidas contaminações ambientais e saturnismo.

Costa (2000) relatou que “um ambiente organizado e disciplinado favorece a credibilidade da instituição e de todos que lá trabalham”.

Finnkbeiner (2001) afirmou que os CDs deveriam trabalhar com equipamentos ergonomicamente desenhados, visando facilitar uma boa produtividade e redução de estresse. Concluíram que para que a auxiliar e CD exerçam a sua função de uma maneira efetiva visando o sucesso como equipe, precisam trabalhar em um ambiente de trabalho seguro e ergonomicamente desenhado.

Rosa *et al.* (2001) analisaram a utilização do equipamento de proteção individual (EPI) no controle de infecções no atendimento odontológico em clínicas privadas, em 10 bairros do município de João Pessoa – Paraíba, mediante a utilização de um questionário contendo perguntas referentes à utilização de EPI, atendimento a pacientes HIV positivo ou com AIDS e infecção pelo vírus da hepatite, que, em relação ao EPI, 95,8% usavam luvas; 94,9% máscaras; 27,1% gorro; 80,5% óculos; 72,9% avental. Apenas 21,2% dos profissionais utilizavam EPI completo. 15,4% dos profissionais foram acometidos por hepatite. Pacientes com AIDS foram atendidos por 22,4% dos profissionais. Concluíram que é necessário maior conscientização dos CDs sobre a utilização de procedimentos de biossegurança visando prevenir os riscos de infecções na prática odontológica.

Segundo Lara (2001), uma forma eficiente para a inspeção visual das luvas e demarcar a região após tensionado as perfurações maiores tornando-as facilmente visíveis. Para as identificações menores, é necessário promover tensionamento maior do látex, além de realizar a observação a uma distância menor em relação à luva. Concluiu que, para a identificação da presença de possíveis perfurações com pequenas dimensões nas luvas, a inspeção visual deve ser realizada mais acuradamente, e a inspeção visual deve ser realizada próxima à face do profissional e acompanhada de um leve tensionamento do látex no local examinado.

Assunção *et al.* (2001) analisaram como o CD se comporta em relação à contaminação mercurial quando do uso da amálgama de prata e se há diferença entre profissionais que atuam em consultórios privados e os que atuam na rede pública. Na rede pública, foi registrado o uso da forma manual de amalgamação em 23,80% dos CDs pesquisados. Nos consultórios particulares não mais utilizavam este método. Observaram que 85,72% dos consultórios públicos não faziam o polimento das restaurações e nos

consultórios particulares todos realizavam o polimento, com ou sem refrigeração. Concluíram que os CDs ainda se expõem à contaminação mercurial quando do uso do amálgama de prata, entretanto já utilizam alguns meios de biossegurança, o que minimiza esta contaminação e há diferença entre os dois grupos estudados.

Segundo Costa (2002), os “EPIs, são equipamentos de uso estritamente pessoal, utilizados para prevenir e/ou minimizar acidentes. São regulamentados pela Portaria nº 3.214/78 NR 6, do Ministério do Trabalho que prevê a distribuição gratuita desses equipamentos cabendo ao trabalhador usá-los e conservá-los” . Esses equipamentos são o avental não cirúrgico, gorro, máscara, óculos, sapatilhas ou sapato próprio do consultório, luvas, avental cirúrgico, isolamento absoluto e campos para o indivíduo.

De acordo com Costa *et al.* (2002), a biossegurança é um conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe odontológica, o indivíduo e o acompanhante em ambiente clínico. Esse conjunto de medidas preventivas agrupa todos os princípios de controle de infecção, as práticas ergonômicas no desenvolvimento do exercício da profissão e o controle dos riscos físico e químico.

Dias (2002) analisou, por meio de um *software*, as condições ergonômicas de um consultório odontológico, selecionando 40 estabelecimentos divididos em 4 grupos, os quais foram avaliados por meio de 563 requisitos ergonomicamente padronizados e organizados em 9 blocos. A cada requisito atribuiu-se valores que variaram de 0 a 3 e o nível de satisfação ergonômica foi obtido segundo o percentual alcançado: 80% (excelente), 60 a 79% (bom), 40 a 59% (regular), 20 a 39% (ruim) e < 20% (péssimo). O resultado apontou que 3% dos estabelecimentos apresentaram grau de satisfação considerado excelente; 25% (bom); 37% (regular); 35% (ruim) e 0 por % (péssimo). Na comparação dos grupos verificou diferença estatisticamente significativa entre eles, portanto ao realizar a comparação de 2 a 2 grupos, entre os Grupos 3 e 4 essa diferença não foi observada. Concluiu que o consultório privado com instalação adequado (Grupo I) apresentou um nível de satisfação ergonômica melhor que os outros grupos; os Grupos 3 (privado inadequada) e 4 (serviço público) apresentaram condições ergonômicas semelhantes e insatisfatórias e o *software* utilizado mostrou-se eficiente na tabulação e obtenção dos

dados, podendo auxiliar o profissional na avaliação e adequação de seu ambiente de trabalho.

De acordo com Vanrell (2002), o CD poderá avaliar o nexo de causalidade eficiente em casos de doenças do trabalho, verificando as doenças desencadeadas ou adquiridas em função das condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele se relacionam diretamente, tais como doenças profissionais. O CD deverá examinar e verificar a ocorrência de nexo causal entre lesões orais e trabalho; na Higiene do Trabalho, o CD deverá promover ações responsáveis para garantir que o ambiente de trabalho se torne agressivo para o trabalhador. Ao periciar um local de trabalho, poderá identificar agentes capazes de provocar insalubridade, quantificá-los, bem como seus efeitos.

A Lei 10.406/02, que corresponde ao Código Civil Brasileiro, e estabeleceu no seu artigo 951, e nos artigos 948, 949 e 950 os direito à 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.

Segundo Mocellin (2002), biossegurança é um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino e desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Os equipamentos de proteção individual são regulamentados pela Portaria 3214 de 12 de julho de 2002, NR-6 do Ministério do Trabalho (Brasil 2002).

O Código de Ética Odontológica, no seu capítulo I, artigo 2º, afirma que Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto. Um dos direitos fundamentais dos profissionais inscritos, no seu capítulo II, artigo 3º que o CD recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres. No capítulo III, artigo 4º, assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico; zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; promover a saúde coletiva no desempenho de funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a

profissão no setor público ou privado; apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes. Em relação às entidades prestadoras de atenção à saúde bucal, no capítulo X, artigo 23, estabelece que essas entidades ficam obrigadas a propiciar ao profissional, condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos definidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), as quais garantam o seu desempenho pleno e seguro, exceto em condições de emergência ou iminente perigo de vida (Brasil, 2003).

Trindade & Andrade (2003) destacaram que o trabalho traz alegrias, satisfações, condições de sustento e dignidade. Porém, quando é realizado sem medo e em busca somente de resultados rápidos e superação de metas, pode trazer prejuízos sérios para a saúde. Uns desses prejuízos é a Lesão por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Ressaltaram que o CD pode ver-se incapacitado para o trabalho. Concluíram que os fatores de riscos são a má postura, mobiliário e ambiente de trabalho desconfortável, excesso de força em movimentos, vibração, uso de instrumentos inadequados, não utilização de princípios ergonômicos, uso cumulativo do aparelho motor, repouso insuficiente, alto grau de estresse e insatisfação profissional e pessoal, entre outros.

Gobara ao entrevistar Andrade (2003) fez apontamentos sobre instalações físicas, escolha de equipamentos, biossegurança e recordou que o planejamento de uma clínica deve considerar a especialidade da clínica, as necessidades técnicas e administrativas, o investimento pretendido, espaço físico disponível e a proposta de funcionamento. No tocante à pintura recomendou as cores claras, como branco-gelo, para fácil identificação de sujidades. Em relação à iluminação, recomendou o uso de luminárias com lâmpadas fluorescentes de 23W ou 40W porque economizam energia sem dissipação de calor e iluminam o ambiente. Destacou que o equipamento precisa ter, uma saída para alta rotação, uma para o micro-motor e uma seringa tríplice. A cadeira deve ter encosto para a nuca para conforto do paciente e com pedal de comando para evitar infecção cruzada.

Garcia & Zanetti-Ramos (2003) destacaram que a biossegurança, visa promover a manutenção da saúde do trabalhador e da comunidade, e a preservação do meio ambiente,

bem como na questão do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Ressaltaram a necessidade de se realizar medidas severas por considerarem esses resíduos perigosos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução RDC nº 33/2003, visando uniformizar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em nível nacional. Concluíram pela necessidade da tomada de medidas no âmbito da biossegurança, incluindo a educação e o treinamento dos profissionais de saúde e o esclarecimento da população.

De acordo com Andrade (2003), além de funcional e agradável, o consultório odontológico deve ser planejado para evitar riscos de contaminação. Os cuidados com a biossegurança começam pelas vestimentas do próprio profissional. Luvas para atendimento clínico e cirúrgico, avental para proteção, máscaras descartáveis, óculos de proteção, gorro e luvas de látex grossas para lavagem do instrumental são equipamentos de proteção individual imprescindíveis em serviços de saúde. Ressaltou que para a esterilização do instrumental, pode ser utilizada a autoclave (vapor úmido) ou estufa (calor seco), pois os dois métodos são aceitos pela legislação sanitária, desde que respeitadas suas especificidades. Quanto ao material descartável (sugadores, tubetes de anestésicos, mascar, luvas, gazes, algodão) estes devem ser descartados em sacos de lixo com rótulo de “contaminado”. O material perfuro-cortante (agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas) deve ser acondicionado em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado com o símbolo de substância infectante. Os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa acionada por pedal, separados pelo tipo de lixo (comum ou contaminado).

Medeiros *et al* (2003) revisaram as doenças ocupacionais em Odontologia, mostrando que os agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos presentes no consultório dentário privado e de empresas podem causar riscos ocupacionais ao CD, que, em sua maioria, podem ser evitados pelo profissional. Sugeriram que é indispensável que haja uma conscientização dos riscos inerentes à profissão e que se faça uso de métodos simples e eficazes de prevenção, tais como respeito às normas de biossegurança e ergonomia, o uso de EPI e o emprego de técnicas adequadas, tornando seu ambiente de trabalho higiênico e seguro.

### **3 - PROPOSIÇÃO**

O presente estudo tem como objetivos:

3a. avaliar os parâmetros seguidos pela rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo no que tange às condições sanitárias;

3b. verificar a observância do protocolo desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária Estadual na rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo;

3c. quantificar o número de visitas da Vigilância Sanitária aos serviços públicos dos municípios da grande São Paulo;

3d. verificar se os equipamentos de proteção individual e os equipamentos de proteção coletiva são fornecidos e utilizados rotineiramente na rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo;

3e. analisar se os ambulatórios públicos dos municípios da grande São Paulo, possuem a infraestrutura adequada para o atendimento dos pacientes.



#### 4 - MATERIAL E MÉTODOS

##### 4.1 - Critérios de escolha das Unidades Básicas de Saúde:

Para o presente trabalho foram identificadas Unidades Básicas de Saúde distribuídas geograficamente nos municípios da Grande São Paulo, a saber:

-Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais Municipais de Santo André.

-Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais Municipais de São Bernardo do Campo.

-Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais Municipais de São Caetano do Sul.

-Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais Municipais de Diadema.

-Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros e Hospitais Municipais de Mauá.

Nestas unidades Básicas de Saúde encontrou-se 272 cirurgiões- dentistas exercendo atividades, conforme pode-se observar no quadro abaixo.

<i>DISTRIBUIÇÃO</i>	<i>Santo André</i>	<i>São Bernardo do Campo</i>	<i>São Caetano do Sul</i>	<i>Diadema</i>	<i>Mauá</i>	<i>TOTAL</i>
UBS*	21	30	19	15	20	105
Dentistas	52	80	43	56	41	272
Média	2,5	2,7	2,2	3,7	2,1	2,5

\*Unidade Básica de Saúde

Para a presente pesquisa inicialmente submeteu-se o presente projeto junto ao CEP/FOP/UNICAMP, tendo sido o mesmo aprovado.

Foram entregues 272 questionários nos municípios da grande São Paulo, tais questionários foram previamente elaborados contendo questões estruturadas e abertas, sendo possível assinalar mais de uma alternativa em determinadas questões (vide anexo

IX). Foi entregue junto com o questionário o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide anexo VIII).

#### **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para a presente pesquisa foram feitas análise estatística por porcentagem simples e testes estatísticos não paramétricos. Também foi aplicado o teste Exato de Fisher e o teste qui- quadrado e análise das associações entre as variáveis.

## 5. RESULTADOS

Dos 272 questionários entregues obteve-se 176 questionários total e parcialmente respondidos que corresponde a 62% de retorno.

Destes 67% (118) eram indivíduos do gênero feminino e 33% (58) do gênero masculino, conforme gráfico 1.

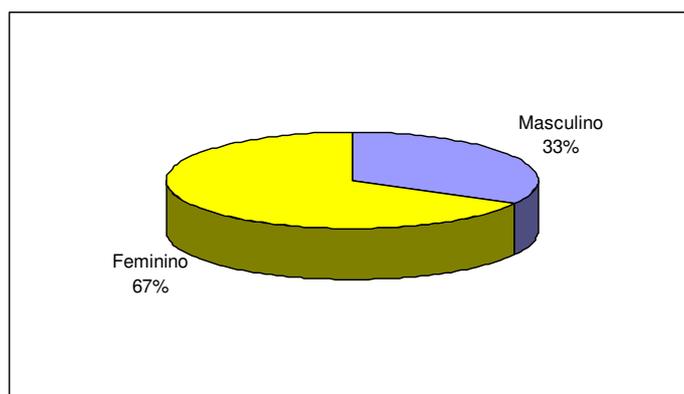


Gráfico 1 Porcentagem da amostra segundo o gênero dos profissionais participantes (n=176).

Verificou –se ainda que 33% (58) dos cirurgiões- dentistas exerciam as suas atividades com até cinco anos, 22% (38) entre 6 a 10 anos e 21% (37) com tempo entre 11 a 15 anos, conforme tabela 1

Tabela 1 Frequência e porcentagem da amostra segundo o início do exercício clínico (n=176).

Tempo de exercício	Número de profissionais	%
1 a 5 anos	58	33
6 a 10 anos	38	22
11 a 15 anos	37	21
16 a 20 anos	28	16
21 a 25 anos	8	5
Acima de 26	7	4

Também constatou-se que 100% dos entrevistados trabalham no setor público. Porém, destes profissionais, 44% da amostra também trabalha em consultório particular e 28% possui outros setores de trabalho (clínicas de terceiros, sindicatos, indústrias, hospitais, etc.).

Verificou-se também que dos entrevistados 19% não participa de cursos, palestras, ambos na área da atuação de cada cirurgião- dentista . Do restante 41% realizou curso, palestras, aula etc., a cada dois anos, conforme pode-se constatar no gráfico 2.

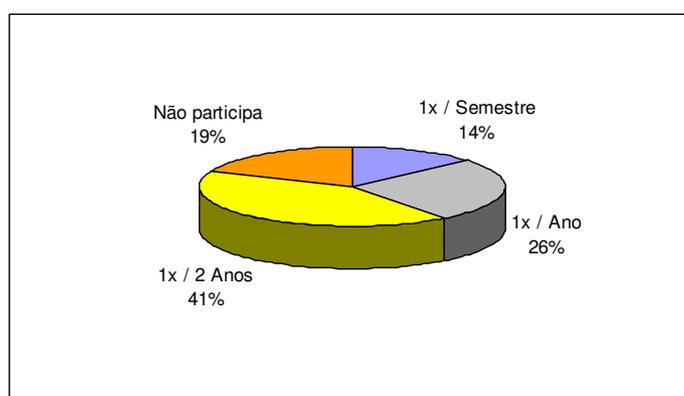


Gráfico n 2 Porcentagem da amostra segundo frequência de participação em cursos, palestras, aulas, etc. da sua área de atuação (n=176).

Ao se questionar se os Cirurgiões-Dentistas entrevistados fizeram ou não Pós-Graduação, verificou-se que 74% não a fez. Já 22% fizeram especialização conforme gráfico n 3.

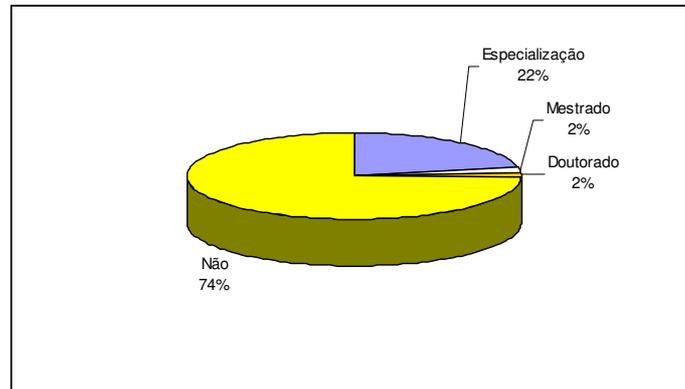


Gráfico 3 Porcentagem da amostra segundo a realização de cursos de pós-graduação (n=176).

Verificou-se também que 93% dos entrevistados possui auxiliar odontológica no local de trabalho e 7% não o possuem.

Quando se questionou se os cirurgiões – dentistas estão bem informados à respeito de biosegurança, 87% afirmaram que não estão bem informados.

Verificou-se que 61% dos cirurgiões – dentistas entrevistados conseguem aquilatar o risco de contaminação cruzada no local de trabalho, conforme pode-se observar no gráfico 4.

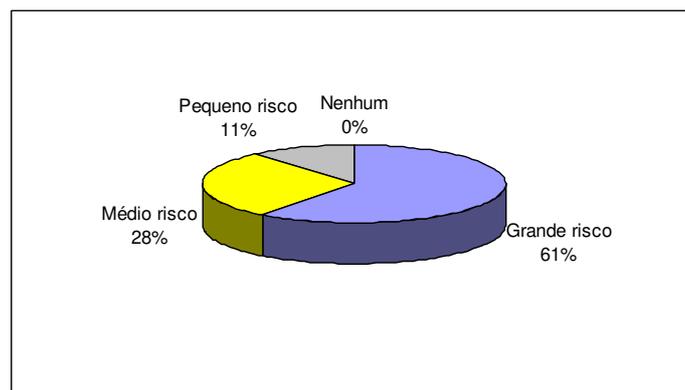


Gráfico 4. Porcentagem da amostra segundo a percepção sobre o risco de contaminação cruzada em seu local de trabalho (n=176).

Os Cirurgiões-Dentistas entrevistados afirmaram que o intervalo de tempo entre as consultas dos seus pacientes para 44% foi bom e para 31% foi muito bom, conforme gráfico 5.

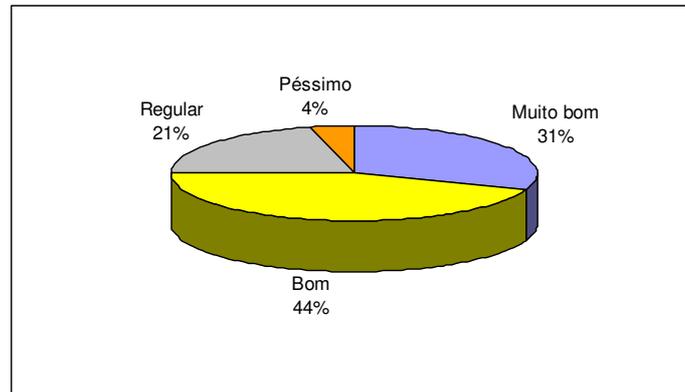


Gráfico 5 Porcentagem da amostra segundo a avaliação do intervalo de tempo entre as consultas dos seus pacientes (n=176).

Observou-se ainda que 97% dos entrevistados afirmaram ter conhecimento de aspectos legais e jurídicos da relação Cirurgião-Dentista/paciente e 3% afirmaram não o ter.

Constatou-se também que 100% dos entrevistados (176 profissionais) relataram ter conhecimento de algum procedimento do serviço de vigilância sanitária. Noventa e cinco por cento dos entrevistados afirmaram já ter recebido a visita da Vigilância Sanitária em seu local de trabalho. Porém quando se questionou a periodicidade desta visita, verificou-se que 44% tiveram uma visita a cada dois meses conforme pode ser observado no gráfico 6.

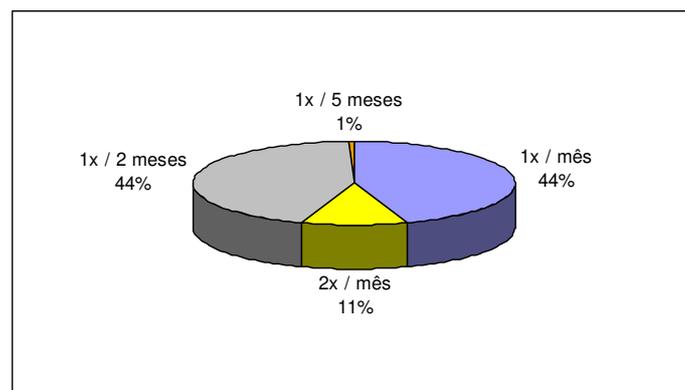


Gráfico 6. Porcentagem da amostra segundo a periodicidade da visita (n=168).

Constatou-se também que a maioria dos entrevistados verificou que a Vigilância Sanitária inspecionou a Higienização, construção, EPI's e proteção contra radiações, conforme pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2 Frequência e porcentagem da amostra segundo os procedimentos executados pela vigilância sanitária (n=176).

Procedimentos	Frequência	%
Higienização	168	95
Construção (revestimentos, ventilação, pisos, etc.)	168	95
Proteção contra radiações	168	95
EPI's	167	95
Esterilização	167	95
Outros	5	3

Dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados, 96% deles, afirmaram que acham útil vídeos e materiais informativos e 4% não o acham.

Dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados, 88% acreditam que a distribuição de folhetos informativos e para 70% a oferta de Cursos, estimularia o controle da contaminação cruzada nos consultórios, conforme tabela 3.

Tabela 3 Frequência e porcentagem da amostra segundo as ações recomendadas ao CRO para estimular o controle da contaminação cruzada (n=176).

Ação do CRO	Frequência	%
Distribuição de folhetos informativos	154	88
Telefonemas	7	4
Cursos	123	70
Outros	1	1

Dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados, 81% utilizaram para esterilização dos instrumentais a autoclave, conforme tabela 4.

Tabela 4. Frequência e porcentagem da amostra segundo o método de esterilização dos instrumentais aplicados em seu local de trabalho (n=176).

Método de esterilização	Frequência	%
Autoclave	142	81
Estufa	47	27
Processo químico líquido	31	18
Processo químico gasoso	7	4

Quando questionados sobre quais processos químicos são utilizados, 3 profissionais responderam Álcool etílico; nenhum respondeu Formaldeído; 3 utilizam Glutaraldeído; 3 responderam Hipoclorito de sódio; e 27 utilizam todos os métodos relatados.

Todos os Cirurgiões-Dentistas pesquisados relataram que a instituição oferece o equipamento de proteção individual (n=176).

Bem como, todos eles indicaram que a instituição fornece todos os equipamentos de proteção citados (Óculos; Avental; Gorro; Luvas; Máscaras).

Entre todos os Cirurgiões-Dentistas pesquisados; 71% afirmaram saber que podem contrair Hepatite B e 75% afirmaram que podem contrair o vírus Influenza no ambiente de trabalho, conforme tabela 5.

Tabela 5. Frequência e porcentagem da amostra segundo o conhecimento de doenças que o dentista/paciente pode contrair em seu ambiente de trabalho (n=176).

Doenças	Frequência	%
Hepatite B	125	71
Vírus influenza	132	75
Pneumonia	19	11
Todas acima	39	22

Quando se questionou aos Cirurgiões-Dentistas se na instituição onde eles trabalham ocorre a vacinação no período correto, verificou-se que apenas um profissional não respondeu esta pergunta. Os outros 175 relataram que sim, a instituição realiza vacinação em tempo adequado para a proteção do profissional. Quanto a limpeza do local de trabalho, se esta é feita regularmente, verificou-se que apenas um profissional não respondeu esta pergunta. Os outros 175 relataram que a limpeza é realizada regularmente. Também se verificou que 83% dos Cirurgiões-Dentistas afirmaram que as lixeiras eram tampadas, 17% afirmaram que estas não eram tampadas.

Observou –se também que 77% afirmaram ser realizada a utilização de sacos de lixo de cor branca e preta para coleta de lixo diferenciado.

Setenta e dois por cento dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados, não respondeu ao questionamento se havia ou não termômetro acessório na estufa. Porém 27% disseram que havia tal termômetro, conforme gráfico 7.

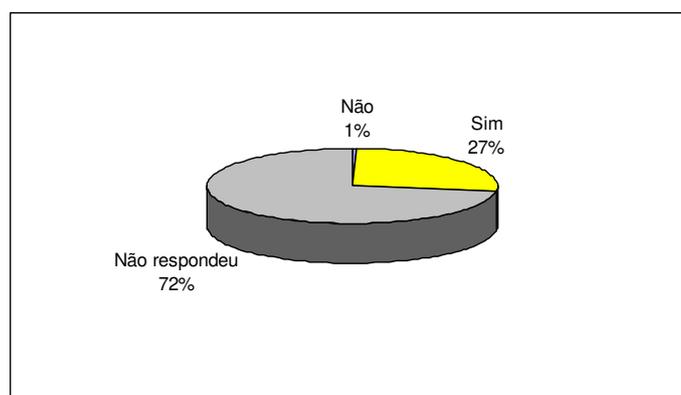


Gráfico 7 Porcentagem da amostra segundo a presença de termômetro acessório para a estufa (n=128).

Constatou –se que 55% dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados afirmaram que havia protetores descartáveis para a seringa tríplice. Porém 45% afirmaram que não havia.

Constatou –se que 68% dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados promoviam a assepsia das peças de mão do equipo com álcool etílico, conforme constatado na tabela 6.

Tabela 6 - Frequência e porcentagem da amostra segundo a medida tomada para assepsia das peças de mão do equipo (n=176).

Assepsia das peças de mão	Frequência	%
Lavagem com hipoclorito de sódio	56	32
Lavagem com álcool etílico	120	68
Filmes de PVC	40	23

Observou-se ainda que 92% dos CDs não tinham como hábito re-encapar a agulha após o uso.

Verificou-se que 98% dos Cirurgiões-Dentistas pesquisados afirmaram haver no local de trabalho recipiente para armazenagem correta dos instrumentais após a esterilização dos mesmos, também 97% afirmaram que havia caixa tida como descartáveis para coleta de agulhas e materiais contaminados.

Quanto a presença de aparelho de Raios X, verificou-se que 53% afirmaram que há este aparelho porém 47% afirmaram que não há.

Constatou por meio de questionário que para 87% dos pesquisados há avental de chumbo e biombo, conforme tabela 7.

Tabela 7 Frequência e porcentagem da amostra segundo a presença de blindagem pela vigilância sanitária contra radiações secundárias (n=92).

Blindagem	Frequência	%
Avental de chumbo	80	87
Biombo	80	87
Não existe	11	12

Dos 92 profissionais que responderam ter aparelho de RX, 91 relatam que o estabelecimento possui a licença exigida para funcionamento do mesmo.

Verificou –se que a instituição fornece avental de chumbo e biombo, conforme tabela 8.

Tabela 8 Freqüência da amostra segundo a blindagem oferecida pela instituição (n=92).

Blindagem oferecida pela instituição	Freqüência
Avental de chumbo	90
Biombo	88

### **Análise das associações entre as variáveis**

A associação das questões foi realizada por meio de testes estatísticos não-paramétricos. Dessa forma, pode-se determinar se há diferenças estatísticas significantes entre os fatores testados, demonstrando a associação entre eles.

Foram feitos os seguintes cruzamentos entre questões:

**Questão 2** “Tempo de exercício profissional clínico” **com a Questão 4** “Com que freqüência participa de cursos, palestras, aulas, etc. da sua área de atuação”;

**Questão 13** “Qual a periodicidade da visita da Vigilância Sanitária” **com:**

- **Questão 19** “A instituição em que trabalha oferece o equipamento de proteção individual?”;

- **Questão 21** “Exceto AIDS, quais outras doenças podem, o dentista/paciente, com mais facilidade contrair em seu ambiente de trabalho?” Neste caso, os cruzamentos foram feitos para cada opção de doença (hepatite B, vírus influenza, pneumonia, todas relacionadas);

- **Questão 22** “A instituição em que trabalha realiza a vacinação em tempo determinado para a proteção do profissional?”;

- **Questão 23** “A limpeza da Unidade em que trabalha é realizada regularmente?”;

- **Questão 24** “As lixeiras são tampadas?”;

- **Questão 25** “Há sacos de lixo diferenciados de cor branca leitosa e preta?”;

- **Questão 26** “Há termômetro acessório para a estufa?”;
- **Questão 27** “Há protetores descartáveis para a seringa tríplice?”;
- **Questão 28** “Quais as medidas tomadas para a assepsia das peças de mão do equipo?” Neste caso, os cruzamentos também foram realizados para cada opção (lavagem com hipoclorito de sódio, com álcool etílico e uso de filmes de PVC);
- **Questão 29** “O profissional costuma reencapar a agulha após o uso?”;
- **Questão 30** “Há em seu local de trabalho recipientes para armazenar corretamente os instrumentais após a esterilização dos mesmos?”;
- **Questão 31** “Há caixas descartáveis para agulhas e materiais contaminados?”;
- **Questão 33** “Se existe, há a blindagem pela vigilância sanitária?” Neste caso, os cruzamentos foram feitos segundo as opções: avental de chumbo, biombo ou não existe.

Foram aplicados o teste Exato de Fisher e o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para testar a hipótese de inexistência de associações entre as variáveis acima citadas, com um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) de erro para a rejeição da hipótese nula ( $H_0$ ). Estes testes são utilizados para dados nominais, ou seja, dados categóricos, e, portanto, sem distribuição normal. Se constituem em uma medida de discrepância entre as frequências observadas e as esperadas no estudo.

A análise estatística demonstrou que os cruzamentos entre as questões (Q): 13x19; 13x21a; 13x21b; 13x21c; 13x21d; 13x23; 13x24; 13x26; 13x28a; 13x28b; 13x28c; 13x30 e 13x31 **não foram estatisticamente significantes ( $p \geq 0,05$ )**.

Já para as questões (Q) 2x4; 13x25; 13x27; 13x29; 13x33a; 13x33b; 13x33c **houve diferenças estatísticas significantes**, ou seja, houve influência estatisticamente significativa de uma variável sobre a outra ( **$p \leq 0,05$** ), conforme pode se constatar na tabela 9,10,11,12,13,14 e 15.

Tabela 9 Tempo de exercício clínico em função da frequência de participação em cursos, palestras, aulas, etc. da sua área de atuação (%) (Porcentagem total na coluna).

Tempo exercício/ Participação em cursos	1x / semestre (%)	1x / ano (%)	1x / 2 anos (%)	Não participa (%)
1 a 5 anos	50 (12)	22 (10)	10 (7)	88 (29)
6 a 10 anos	33 (8)	41 (19)	15 (11)	0 (0)
11 a 15 anos	17 (4)	31 (14)	23 (17)	6 (2)
16 a 20 anos	0 (0)	2 (1)	36 (26)	3 (1)
21 a 21 anos	0 (0)	0 (0)	11 (8)	0 (0)
Acima de 26 anos	0 (0)	4 (2)	5 (4)	3 (1)
Total	100 (24)	100 (46)	100 (73)	100 (33)

(Qui-quadrado /  $p < 0,0001$ ).

Tabela 10 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função da cor do saco de lixo (Porcentagem total na coluna)

Frequência da visita / Cor correta do saco de lixo	Sim % (Frequência)	Não % (Frequência)
Uma vez por mês	52 (63)	21 (8)
Duas vezes por mês	10 (12)	16 (6)
Uma vez a cada dois meses	37 (44)	63 (24)
Uma vez a cada cinco meses	1 (1)	0 (0)
Total	100 (126)	100 (38)

(Fisher /  $p = 0,0026$ ).

Tabela 11 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função da presença de protetores descartáveis para a seringa tríplice (Porcentagem total na coluna)

Freqüência da visita / Presença de protetores para a seringa tríplice	Sim % (Freqüência)	Não % (Freqüência)
Uma vez por mês	56 (50)	32 (25)
Duas vezes por mês	8 (7)	14 (11)
Uma vez a cada dois meses	35 (31)	54 (42)
Uma vez a cada cinco meses	1 (1)	0 (0)
Total	100 (97)	100 (78)

(Fisher /  $p=0,0061$ ).

Tabela 12 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função do costume do profissional em reencapar a agulha após o uso (Porcentagem total na coluna)

Freqüência da visita / Costume de reencapar a agulha	Sim % (Freqüência)	Não % (Freqüência)
Uma vez por mês	83 (10)	41 (64)
Duas vezes por mês	0 (0)	12 (18)
Uma vez a cada dois meses	17 (2)	46 (72)
Uma vez a cada cinco meses	0 (0)	1 (1)
Total	100 (12)	100 (155)

(Fisher /  $p=0,0498$ ).

Tabela 13 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função do tipo de blindagem exigida pela vigilância sanitária (avental de chumbo) (Porcentagem total na coluna)

Freqüência da visita / Tipo de blindagem (avental de chumbo)	Sim % (Freqüência)	Não % (Freqüência)
Uma vez por mês	22 (18)	65 (57)
Duas vezes por mês	9 (7)	12 (11)
Uma vez a cada dois meses	69 (55)	22 (19)
Uma vez a cada cinco meses	0 (0)	1 (1)
Total	100 (80)	100 (88)

(Fisher /  $p < 0,001$ ).

Tabela 14 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função do tipo de blindagem exigida pela vigilância sanitária (biombo) (Porcentagem total na coluna)

Freqüência da visita / Tipo de blindagem (biombo)	Sim % (Freqüência)	Não % (Freqüência)
Uma vez por mês	22 (18)	65 (57)
Duas vezes por mês	9 (7)	12 (11)
Uma vez a cada dois meses	69 (55)	22 (19)
Uma vez a cada cinco meses	0 (0)	1 (1)
Total	100 (80)	100 (88)

(Fisher /  $p < 0,001$ ).

Tabela 15 Porcentagem e frequência da Periodicidade da visita da Vigilância Sanitária em função do tipo de blindagem exigida pela vigilância sanitária (nenhuma) (Porcentagem total na coluna)

Freqüência da visita / Tipo de blindagem (nenhuma)	Sim % (Freqüência)	Não % (Freqüência)
Uma vez por mês	0 (0)	48 (75)
Duas vezes por mês	0 (0)	11 (18)
Uma vez a cada dois meses	100 (11)	40 (63)
Uma vez a cada cinco meses	0 (0)	1 (1)
Total	100 (11)	100 (157)

(Fisher /  $p < 0,001$ ).

## 6 - DISCUSSÃO

A Biossegurança tem sido objeto de vários estudos e pesquisas com reflexos no comportamento cotidiano dos profissionais de saúde. Tais estudos refletem à todas as áreas da saúde, inclusive na Odontologia ( Brasil 1995; Costa *et al.* 2002; Mocellim 2002) .

Os Cirurgiões-Dentistas, ao mesmo tempo em que são hábeis para desenvolver técnicas cada vez mais sofisticadas, têm se preocupado com as várias formas de contaminação em seus consultórios. Essa preocupação também atinge os profissionais que trabalham na Rede Pública (Costa *et al.* 2002).

Os CDs e os auxiliares odontológicos, encontram-se conscientizados quanto a prevenção da contaminação cruzada, prejudicial não somente ao paciente como também ao profissional, que vive exposto diuturnamente nessa situação de risco (Rossetini 1984).

Pode-se constatar na presente pesquisa que essa conscientização tem motivado os profissionais pesquisados a demonstrarem interesse na busca do seu autodesenvolvimento profissional. Observou-se também que os mais experientes, no que tange ao tempo de serviço, buscam novos desafios na carreira, possuem visão acadêmica e aprofundamento profissional. Estes investem na realização de cursos de pós-graduação.

Já os graduados há menos tempo, são mais imediatistas e investem em cursos e palestras de curta duração em busca de novidades do mercado.

Observou-se também que a preocupação com a biossegurança tem promovido o efetivo uso dos diversos tipos de equipamentos de proteção individual (EPIs) e de proteção coletiva (EPC).

Mesmo assim, há uma obrigatoriedade legal, de que sejam olvidados esforços no sentido de que seja cumprida a legislação vigente quanto ao uso dos EPIs e EPCs (Brasil 1940, Brasil 1975, Lorenzi 1997, Brasil 1997, Costa 2002 e Brasil 2002). Tal esforço pode ser traduzido com o termo fiscalização. O Serviço de Vigilância Sanitária (SVS) exerce fiscalização sobre consultórios particulares e também nos Serviços Públicos de Saúde.

A fiscalização detém-se na conferência e/ou existência de todos os itens existentes na Lei 8080/90 (Brasil 1990).

Dentre os profissionais pesquisados, todos conhecem os procedimentos do SVS, sendo que 95% receberam sua visita. Os 5% restantes relatam que não presenciaram, por estarem ausentes em decorrência de férias, intervalo, *coffee-break*, falta, licença ao trabalho ou participando de cursos ou seminários, mas os profissionais da Vigilância foram atendidos por outros profissionais no consultório.

Porém, deve-se destacar que outrora havia muito pouca visita pela fiscalização do SVS, nos Serviços Públicos.

Destaca-se que mesmo neste período a abordagem educativa dos problemas de Saúde Pública sempre mereceu especial atenção dos estudiosos (Vianna & Arita 1990, Chinelato 1993, Gonçalves *et al.* 1996, Soares *et al.* 1998, Saliba *et al.* 1998, Poi & Tagliavini 1999, Castro & Figlioli 1999, Rosa *et al.* 2001 e Dias 2002). Vários métodos foram empregados para conscientização dos profissionais reforçando a idéia do comportamento preventivo de infecções cruzadas.

Mais foi a AIDS que, nestas duas últimas décadas, promoveu uma busca efetiva por parte dos profissionais da saúde no que tange à princípios efetivos de controle da infecção cruzada e nesta fase ocorreu uma maior disseminação de conhecimentos de biossegurança.

A biossegurança então, que pode ser definida como o conjunto de procedimentos utilizados para se controlar, ou, ao menos minimizar a contaminação nos ambientes de prestação de serviços de saúde, passou a ser respeitada pela classe odontológica. O profissional, que ao atuar na área da saúde realiza tais procedimentos, estará praticando um controle das disseminações das doenças (Garcia & Zanetti-Ramos 2003).

O tema “biossegurança” tem sido encontrado em vários currículos escolares, não só na área da saúde. A cadeira de Direito vem se dedicando ao problema com bastante atenção por se tratar de um assunto de fundamental importância na vida de todos os cidadãos. Pois há uma relativa facilidade em se contrair doenças em ambientes de trabalho na área da saúde ou mesmo fora dela e a magnitude deste problema está definida pelo surgimento de novos agentes infecciosos que acarretam enfermidades graves como os da

Imuno insuficiência Adquirida (HIV) e outros Retrovírus, os Antavírus e Acranavírus. Tal fato foi apontado por Medeiros *et al.* 2003.

Simultaneamente, agentes patogênicos têm reaparecido provocando epidemias. A mutação dos microorganismos que leva a diversas cepas de *Mycobacterius*, *mtuberculosis*, *enterobactérias*, estafilococos, pneumococos, gonococos e outros que são resistentes a vários medicamentos está ocorrendo continuamente.

A fármaco resistência está se convertendo no principal impedimento para as infecções extra e intra-hospitalares, não só pela gravidade óbvia, mas também por um grande número de medicamentos alternativos que nem sempre estão ao alcance dos serviços da saúde.

São múltiplos os fatores que intervêm no aparecimento das enfermidades novas, emergentes e re-emergentes, tais como os Sistemas de Vigilância epidemiológica de diagnóstico e de comunicação epidemiológica sanitária defeituosos.

Isto impede o conhecimento oportuno da evolução das enfermidades, que por sua vez dificultam e retardam as medidas necessárias.

Ressalta-se que não se pode esquecer que os recursos financeiros disponíveis e a infra-estrutura sanitária são insuficientes para atender situações de risco e de emergência derivadas em casos de enfermidades infecciosas.

A evolução contínua de microorganismos patogênicos e a incursão de pessoas em zonas não habitadas, bem como as que lá existem, podem encontrar agentes etiológicos potencialmente patogênicos transmitidos pela fauna local, sendo possíveis transmissores de doenças infecto contagiosas nos consultórios dentários.

A equipe auxiliar deve ser adequadamente treinada visando evitar a infecção cruzada, pois assim procedendo irá evitar aqueles riscos a que são expostos o Cirurgião-Dentista, a própria equipe auxiliar e os pacientes (Carvalho 1999, Brasil 1999). Tal preocupação deve ser extensível tanto às áreas de prestação de serviços particulares, quanto às áreas de serviços públicos.

Do Sistema Único de Saúde (SUS) fazem parte os centros e postos de saúde, hoje conhecidos como Unidades Básicas de Saúde (UBS), e hospitais, incluindo os universitários, laboratórios hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisas.

Por intermédio do SUS todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público.

Em 1984 surgiu um programa que articula os governos federal, estadual e municipal a propiciar à população recursos que permitem um atendimento de qualidade e utilidade à sociedade. Este é o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), cuja meta é fornecer os recursos necessários a um novo futuro para a saúde.

Em 1988 foi criado o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), tendo sua atuação desde 1986 através das associações estaduais e posteriormente, como comissão provisória fruto da necessidade de se ter um organismo colegiado nacional representativo junto às autoridades públicas estaduais e federais. O CONASEMS empenhou-se na inclusão de temas fundamentais, hoje inscritos na Constituição Federal como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a aprovação da Lei Orgânica de Saúde nº8.080 de 1990, pelo Congresso Nacional; a confecção de várias Leis Orgânicas Municipais e elaboração e aprovação da Lei nº 8142, de 18.12.90, que complementaria a Lei nº 8080 (Brasil 1990).

Representado por esse órgão, o poder local municipal possui grande capacidade de aglutinação e mobilização. Em 1990 a entidade fortaleceu sua atuação em função da pauta predominante e no conjunto sanitário.

O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse de saúde constitui o Sistema Nacional de Saúde (SNS), organizado e disciplinado nos termos dessa lei, abrangendo as atividades que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao justificar a instituição do Sistema Nacional de Saúde, o governo alega a necessidade de coordenar e harmonizar as diferentes áreas e setores que integram a saúde.

Algumas outras trajetórias visando atingir esse objetivo já vinham sendo trilhadas: do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) à frustrada promessa do PREV-SAÚDE, até chegar ao programa das AIS (Ações Integradas de Saúde), passando pelo plano CONASP, foram alguns dos mais importantes mecanismos implantados.

O AIS (SÃO PAULO, SES-CVS, ROTEIRO PARA MUNICIPALIZAÇÃO, 1989) racionaliza os recursos existentes concebendo um Sistema de Saúde compatível à demanda populacional.

O sistema descentraliza os recursos financeiros e assiste tecnicamente e financeiramente os municípios para a operação dos serviços.

Em 1986, com participação da sociedade, ocorre a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), movimento de âmbito nacional em defesa da saúde, originado pelas críticas ao modelo de política de saúde e na denúncia da situação sanitária vigente da população.

Em 1987, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo cria 64 Escritórios Regionais de Saúde com autonomia orçamentária e financeira propiciando um gerenciamento do setor da saúde transparente aos usuários e serviços. E assim cria-se o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e os Grupos Técnicos de Vigilância Sanitária (VISA), que executa suas funções de competência e procedimentos de maneira descentralizada.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), preocupado com a obrigação dos Cirurgiões-Dentistas em manter o seu ambiente de trabalho dentro das normas universais de biossegurança, como responsabilidade de cada um e dever de todos, assumiu o compromisso de elaborar e divulgar trabalhos sobre o tema. Tais trabalhos foram criados na forma de cartilhas de condutas de biossegurança e estão disponíveis na Internet nos sites do CFO e respectivos CROs (Galvão 1999).

O surgimento das profissões auxiliares gerando, o “trabalho em equipe” proporcionou ganhos na utilização da biossegurança mantendo o controle de infecção nos consultórios (Soares *et al.* 1998, Saliba *et al.* 1998, Poi & Tagliavini 1999 e Castro & Figlioli 1999). Deve-se apontar que saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não é apenas a ausência de enfermidade, mas o estado de completo bem-estar físico e psíquico da pessoa. O paciente procura o profissional da saúde para preservar ou recuperar sua integridade física e psíquica. Para que tal fato seja possível, a cada período de atendimento é promovida a limpeza, evitando-se os riscos de contaminação. A higienização física do local utiliza-se de profissionais especializados em limpeza (faxineiros), que lavam a cadeira com água e sabão, desinfetam a cuspideira, limpam o chão com hipoclorito de sódio a 1%, proporcionando a adequada desinfecção do local de trabalho e promovendo a

assepsia necessária. Tal fato, foi comprovado em nossos resultados, ou seja, os métodos de esterilização vem sendo utilizados nos serviços públicos.

A utilização de autoclave é um sinônimo de evolução e modernização com grande aceitação entre os profissionais. Porém a estufa ainda é utilizada em Unidade Básica de Saúde de municípios ainda não modernizados.

A tendência é migrar para autoclave, pela eficiência e agilidade do processo, que chega a ser reduzido em até 60% em decorrência da sua rapidez e esterilizar todo tipo de material, inclusive plástico, vidros, borrachas e canetas de alta rotação (Lima & Ito 1993, Brasil 1995, Zardetto *et al.* 1999).

Todas as UBSs estudadas possuíam autoclaves de uso odontológico. As unidades de atendimento situadas em hospitais, por sua vez, utilizam-se de autoclave específica. Após a esterilização os instrumentais são acondicionados separadamente em seladoras estéreis, estando assim prontos para o uso.

Os métodos químicos envolvem a esterilização dos instrumentais por processos líquido e gasoso (Guandalini 1999, Carvalho 1999). Este método é utilizado somente em hospitais públicos de grande porte.

Além destas características, também se verifica a área física dos consultórios odontológicos (Brasil 1978, Mendes *et al.* 1987, Guimarães Júnior 1992, World Health Organization 1992, Pueyo *et al.* 1994, Brasil 1995, Dammenhain 1997, Souza 1998, Carvalho 1999, Costa 2000, Finnkebeiner 2001, Trindade & Andrade 2003, Gobara 2003 e Andrade 2003). Desta forma, deve-se destacar que os procedimentos odontológicos são feitos em áreas que permitam a circulação e renovação do ar, com iluminação natural e artificial. O revestimento do piso é de material lavável e impermeável possibilitando assim os procedimentos de limpeza. As paredes, assim como os forros das lajes são de alvenaria clara ou divisórias, também feitas de material lavável, sem a presença de discontinuidades. As Instalações hidráulicas e elétricas são embutidas ou protegidas por calhas externas, evitando assim os depósitos de sujeira em toda a sua extensão. Há o lavatório destinado à lavagem de mãos do Cirurgião-Dentista e pessoal auxiliar. Bem como a lavagem frequente das mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal. Tais dados divergem de Cedros (1993), onde apenas 40% faziam a limpeza das mãos.

Deve-se destacar também que a elevação contínua do número de doenças infecto-contagiosas levou à criação da Portaria CFO-196, de 22 de julho de 1997 (Brasil 1997), esta visava estudar a viabilidade de regulamentar a questão referente ao controle de infecção e à obrigatoriedade de uma central de esterilização nos locais em que se realizam cursos de especialização credenciados pelo CFO, bem como, a criação de uma disciplina específica de Biossegurança, com caráter obrigatório, para todos os cursos de especialização, com carga horária mínima de 15 horas. Gonçalves *et al.* (1996) também referencia a necessidade de se orientar os discentes quanto às questões de medidas de biossegurança.

Não se podia e não se pode admitir o caráter infeccioso e multifatorial das principais doenças que afetam o ser humano e que o profissional de Odontologia seja o único da área da saúde dispensado desse conhecimento, visto que tanto a Enfermagem quanto a Medicina já enfatizam a necessidade do trabalho seguro, evitando-se as infecções cruzadas.

Ressalta-se que o serviço público tem olvidado esforços no sentido de disciplinar o descarte dos resíduos no consultório, visando preservar a saúde, evitar riscos e contaminações, do CD, equipe, paciente e do meio ambiente (Pueyo *et al.* 1994, Saquy *et al.* 1998, Perrella 2000, Assunção *et al.* 2001, Garcia & Zanetti-Ramos 2003 e Andrade 2003).

Constatou-se na presente pesquisa que os parâmetros adotados pela rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo, no que tange às condições sanitárias estão de acordo com a legislação pertinente, bem como, está sendo obedecido o protocolo de biossegurança desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária Estadual na rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo. Tais dados, porém, divergem dos de Chen (1999), que apresentou em sua dissertação à Faculdade de odontologia de Piracicaba, que somente 8,8% dos consultórios seguiram todas as normas referentes aos requisitos “Esterilização e Área Física”.

Deve-se ainda ressaltar que a Biossegurança vem sendo realizada tanto em nível público, quanto em nível privado, porém a efetiva participação de toda a classe odontológica somente irá ser conseguida, quando a mesma se conscientizar da real situação

em que se encontra os indivíduos consumidores de serviços no que tange à doenças infecto-contagiosas. Muitos deles sequer sabem que estão contaminados e são portanto potenciais transmissores destas patologias. Cabe ao CD e equipe o efetivo cumprimento de toda a legislação existente no que tange às normas de biossegurança e cabe às entidades de classe a efetiva propagação, por meio de palestras vídeos, impressos, entre outros, junto ao CD e equipe, de novos e mais efetivos métodos de controle da propagação de doenças infecto-contagiosas. Somente agindo conjuntamente e é claro, fiscalizando-se sempre, visando-se evitar possíveis erros cometidos por profissionais ignorantes da legislação ora pertinente, bem como, ignorantes dos riscos às suas vidas e às vidas de seus pacientes, que poder-se-irá um dia considerar a Odontologia uma profissão que efetivamente promove e obtém saúde a todos ( CD, equipe, pacientes e meio ambiente).

## **7 - CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados obtidos é lícito concluir:

7.a) Os parâmetros adotados pela rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo, no que tange às condições sanitárias estão de acordo com a legislação pertinente;

7.b) Está sendo obedecido o protocolo de biossegurança desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária Estadual na rede pública de saúde dos municípios da grande São Paulo.

7.c) Há carência no número de visitas da vigilância sanitária aos serviços públicos dos municípios da grande São Paulo.

7.d) São utilizados rotineiramente os Equipamentos de Proteção Individuais, bem como, Equipamentos de Proteção Coletivos, transmitindo ao paciente segurança e satisfação em ser assistidos por profissionais devidamente paramentados e prestando o bom atendimento no que tange a saúde dos mesmos.

7.e) Grande parte dos ambulatórios públicos possuem a infra-estrutura adequada para o atendimento dos pacientes, destacando-se alguns extremamente modernizados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>1</sup>

- 1 Andrade M. Como montar o consultório – II. **Rev ABO Nac.** 2003; 11(4): 2002-207.
- 2 Assunção EFP, Silva Neto JM, Moreira PVL, Duarte RM, Sampaio MCC. Contaminação mercurial em consultórios públicos e privados. **Rev Bras Ciênc Saúde.** 2001; 5(1): 65-70.
- 3 Boraks, Silvio. **Diagnóstico Bucal.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- 4 Brasil. Congresso Nacional. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Federal n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1975 Jul 17:87. Seção 1. **Material legal**
- 5 Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução n. 179 de 19 de dezembro de 1998, Rio de Janeiro: CFO; 1998. **Material legal**
- 6 Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO-42/2003, Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-179/91. Rio de Janeiro: CFO; 2003. Disponível em: URL; [http://www. CRO-SE - Código de Ética2003.htm](http://www.CRO-SE - Código de Ética2003.htm) [2004 Ago 03]. **Material legal**
- 7 Brasil. Decreto 77052, artigo 2º, inciso IV, de 19 de janeiro de 1975. Estabelece que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos á saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes. Disponível em: URL: <http://www.dentmail.com.br/arquivo/leisaude/legislacomutt.htm> [2004 Jun 27]. **Material legal**
- 8 Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. **Material legal**
- 9 Brasil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil Brasileiro. **Material legal**

---

<sup>1</sup> De acordo com a norma da FOP/UNICAMP, baseada no modelo Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.

- 10 Brasil. Lei Federal 8.078, de 11 de setembro de 1990. Estabelece direitos básicos do consumidor e a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços. Disponível em: URL: <http://www.sp.gov.br/1b8078.asp> [2002 Jun 27]. **Material legal**
- 11 Brasil. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiências ou com mobilidade reduzida. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br> [2002 Jun 27]. **Material legal**
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a vinculação, competência e composição da CTNBio-Comissão Técnica de Biossegurança, normalizando a política nacional de biossegurança em todo o território nacional. Decreto 1.752/95 de 20 de dezembro de 1995. *Diário Oficial da União* 1995 Dez 20:73 Seção 2. **Material legal**
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre Normas para o Uso das Técnicas de Engenharia Genética e Liberação no Meio Ambiente de Organismos Geneticamente Modificados. Lei 8.974/95 de 1995, de 05 de janeiro de 1995. *Diário Oficial da União* 1995 Jan 06:67 Seção 1. **Material legal**
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Controle de Infecções e a Prática Odontológica em tempos de Aids. Manual de Condutas. DF; 2000. **Material legal**
- 15 Brasil. Ministério do Trabalho. Dispõe sobre a responsabilidade na compra, manutenção, distribuição, higienização e treinamento pelo uso correto dos equipamentos de proteção individual-EPIs e equipamentos de proteção coletiva-EPCs. Portaria n. 17, de 12 de julho de 2002. *Diário Oficial da União* 2002 Jul13:81 Seção 1. **Material legal**
- 16 Brasil. Ministério do Trabalho. Dispõe sobre o cumprimento da norma de segurança e saúde nos trabalhos. Portaria n. 3214, de 12 de julho de 2002. *Diário Oficial da União* 2002 Jul13:80 Seção 1. **Material legal**

- 17 Brasil. Portaria nº 453, de 1 de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios X nos diagnósticos em todo o território nacional e dá outras providências. Disponível em: URL: <http://www.dentmail.com.br/arquivo/leisaude/legislacomutt.htm> [2004 Jun 2]. **Material legal**
- 18 Brasil. Resolução RCD nº 33/2003, uniformiza o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em nível nacional. Disponível em: URL: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003\\_rcd\\_33\\_03\\_rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003_rcd_33_03_rdc.htm) [2004 Ago 02]. **Material legal**
- 19 Brasil. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Portaria CVS-11, de 04 de julho de 1995. Normatiza os procedimentos de bioproteção necessários ao controle das doenças transmissíveis em consultórios odontológicos no Estado de São Paulo. Disponível em: URL: <http://www.sp.gov.br/1b8078.asp> [2002 Jun 27]. **Material legal**
- 20 Brasil. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução Estadual SS-15. Aprova norma técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimento de assistência odontológica e dá providências correlatas. Disponível em: URL: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> [2004 Jun 27]. **Material legal**
- 21 Brasil. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução Estadual SS-16. Aprova norma técnica referente à instalação e funcionamento de estabelecimentos de prótese odontológica e determina providências correlatas. Disponível em: URL: <http://www.cvs.saude.gov.br> [2004 Jun27]. **Material legal**
- 22 Brasil. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-186, de 19 de junho de 1995. Determina condições, instalações e equipamentos que devem ser observados nos estabelecimentos odontológicos. Disponível em: URL: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> [2004 Jun27]. **Material legal**

- 23 Campos, H. **Procedimentos utilizados no controle de infecção em consultórios odontológicos de Belo Horizonte**. Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia de Belo Horizonte; 1994.
- 24 Carvalho de, Paulo Roberto. **Boas Práticas Químicas em Biossegurança**. Rio de Janeiro: Interciência; 1999.
- 25 Carvalho PL, Papaiz EG. Controle de Infecção em Radiologia Odontológica. **Revista da APCD**. 1999; 53(3): 202-204.
- 26 Castro SL, Figlioli MD. Ergonomia aplicada à dentística. Avaliação da postura e posições de trabalho do Cirurgião-Dentista destro e da auxiliar odontológica em procedimentos restauradores. **JBC J Bra Clin Estet Odontol**. 1999; 3(14): 56-62.
- 27 Cedros, Vianna. AIDS–Manual sobre manifestações bucais e controle de infecção. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Bucal**: 1993; 3: 34-54
- 28 Chen M. *A theoretical model for understating Dentist's behavior in trating patients with AIDS*. Washington, **J Dent Education**: 1991; 55(11): 708-716.
- 29 Chen Ya Tem. *Biossegurança em Serviços Privados*. [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2002.
- 30 Chinellato LEM, Scheidt WA. Estudo e avaliação dos meios de biossegurança para o cirurgião-dentista e auxiliares contra doenças infectocontagiosas no consultório odontológico. Bauru, **Rev. F. Odont. Bauru**: 1993; 1: 60-66.
- 31 Coelho, Hamilton. **Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Multimeios Fiocruz; 2000.
- 32 Costa MAD, Costa MFD, Melo NOS. **Biossegurança: Ambientes hospitalares e odontológicos**. São Paulo: Santos; 2000.
- 33 Costa MAD. **Qualidade em biossegurança**. Rio de Janeiro: Quality; 2000.
- 34 Costa, Marco A. F. **Biossegurança: ambientes hospitalares e odontológicos**. São Paulo: Santos; 2000.
- 35 Costa, Marco A. F. **Qualidade em Biossegurança**. São Paulo: Qualitymark; 1998.

- 36 Dammenhain RA, Tem CY, Sales DB, Glina DMR, Satut BTG, Andrade EMOAC. A exposição ocupacional ao mercúrio metálico no módulo odontológico de uma unidade básica de saúde localizada na cidade de São Paulo. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Pública**: 1997; 2: 22-25
- 37 Dias MC. **Avaliação ergonômica informatizada de estabelecimentos de assistência odontológica**. [Dissertação]. Faculdade de Odontologia de Araçatuba: UNESP; 2002.
- 38 Estrela C, Estrela CA. **Controle de Infecção em Odontologia**. São Paulo: Santos; 2003.
- 39 Finnkbeiner BL. Selecting equipment for the ergonomic four-handed dental practice. **J Contemp Dent Pract**. 2001; 2(4): 44-52.
- 40 Galvão MF. Biossegurança e suas repercussões legais. Disponível em: URL: <http://ibemol.com.br> [2004 Agos 02].
- 41 Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cad.saúde pública**. 2004; 20(3): 744-752.
- 42 Ghersel ELA, Rodrigues CRMD, Tannous GS. AIDS em Odontopediatria: uma realidade atual. **Rev Bras Odontol**. 1999; 56(6): 282-287.
- 43 Gobara S. Entrevista concedida a Andrade M. Como montar o consultório – II. **Rev ABO Nac**. 2003; 11(4):2002-207
- 44 Gonçalves ACDS, Travassos DV, Silva MD. Biossegurança do exercício da odontologia. **RPG**. 1996; 3(3): 242-245.
- 45 Guandalini, S.L. **Biossegurança em Odontologia**. 2. ed. Curitiba: Odontex; 1999.
- 46 Guimarães Júnior. Controle de infecção cruzada no consultório odontológico. São Paulo, **Rev. Assoc Paul. Cir. Dent**. 1992; 46: 711-716.
- 47 Guimarães, Jayro. **Biossegurança e Controle da Infecção Cruzada em Consultórios Odontológicos**. São Paulo: Santos; 2001.
- 48 <http://www.anvisa.org.br> Site da **Vigilância Sanitária**
- 49 <http://www.cro.com.br> Site **Conselho Regional de Odontologia de São Paulo**
- 50 José A; Rosa MF. **Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva; 1998.

- 51 Lara, JCAG. Biossegurança em odontologia: identificação visual de perfurações em luvas de procedimentos. **Rev Odonto Ciên.** 2002; 17(36): 183-186.
- 52 Lehner, Thomas. **Imunologia das doenças da boca.** 3. ed. São Paulo: Santos; 1996.
- 53 Lima, SNM, Ito IY. **Controle de infecções no consultório odontológico.** Manual. Dabi-Atlante; 1993.
- 54 Lorenzi, RL. Biossegurança e risco ocupacional em saúde bucal. São Paulo: Fundap; 1997.
- 55 Mantecca, MAM. Resolução CFO-CFM ajusta controvérsia e atuação hospitalar. São Paulo, **Rev CRO de São Paulo**, 1999; 22 (89): 13-14.
- 56 Medeiros UV, Souza MIC, Bastos LF. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do Cirurgião-Dentista. **RBO.**2003; 60(4): 277-280.
- 57 Mendes ADM, Bijella VT, Moraes N. Produtividade dos alunos na clínica de Odontopediatria do curso de Odontologia da FOUERJ. Levantamento descritivo, topográfico e fotográfico da distribuição dos equipamentos e condições de trabalho (estudo operacional). **Rev Paul Odont.** 1987; 9(4): 18-43.
- 58 Mocellin, Eniara. **Procedimentos de Biossegurança em Laboratório Forense.** [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2002.
- 59 Narvai, PC. **Vigilância sanitária e saúde bucal.** Texto de Apoio ao desenvolvimento de atividades didáticas do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo: USP; 1998.
- 60 Newman G, Nisengard RJ. **Microbiologia Oral e Imunologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 61 Odontologia Hospitalar. São Paulo, **Rev CRO de São Paulo**, 2000;22 (3): 14-15.
- 62 Orenha, ES, Eleutério D. Saliba NA. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. **Rev Odontol UNESP.** 1998; 27(1): 215-224.
- 63 Pereira, LCC. **Odontologia Hospitalar.** São Paulo: Santos; 1994.

- 64 Perrella, Márcia. **Brasil Forense**-Congresso Forense de Odontologia Legal 2000. *XVI Congresso Brasileiro de Medicina Legal. VII Congresso Brasileiro de Ética Médica. V Congresso Brasileiro de Odontologia Legal. I Congresso Brasileiro de Direito Médico*. Biossegurança; Oct 25-28; Pernambuco, Brasil. Recife; 2000.
- 65 Poi WR, Tagliavini RL. Organização do trabalho em clínica integrada. **Rev ABO nac**. 1999; 7(4): 209-212.
- 66 Pueyo VM, Garrido RB, Sanchez SJA. **Odontologia Legal y Forense**. Madrid: Masson; 1994.
- 67 Ribeiro HD, Almeida HCD, Salomão EU, Ferreira JD. Uso do microondas para plasticização de godiva em prótese dentária total. Biossegurança. **Revista da APCD**. 2000; 54(3): 230-233.
- 68 Rosa, MRD, Albuquerque SSL, Viana Júnior AA, Coelho EL. Comportamento dos cirurgiões-dentistas em relação á utilização do equipamento de proteção individual (EPI) no controle de infecções. **Rev Bras Cienc Saúde**. 2001; 5(2): 125-130.
- 69 Rossetini, STO. **Vias Potenciais de Contaminação Cruzada no Consultório Odontológico e Meios Propostos para seu Controle**. [dissertação]. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública; 1984.
- 70 Saliba, TA, Eleutério D. Saliba CA, Moimaz SAS. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. **RPG**. 1998; 4(3); 171-176.
- 71 São Paulo (Estado). Decreto Estadual n. 12.342/78 de 07 de agosto de 1978. Dispõe sobre procedimentos de inspeção e alvará de licenciamento das Unidades de Trabalho. *Diário Oficial do Estado* 1978 Ago 08:47 Seção 2. **Material legal**
- 72 São Paulo (Estado). Decreto Estadual n. 12.479/78 de 15 de setembro de 1978. Dispõe sobre normas técnicas para os estabelecimentos de saúde. *Diário Oficial do Estado* 1978 Set 16:47 Seção 2. **Material legal**
- 73 São Paulo (Estado). Lei Estadual n. 10.083/98 de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o novo Código Sanitário do Estado. *Diário Oficial do Estado* 1978 Set 24:32 Seção 2. **Material legal**

- 74 São Paulo (Estado). Lei n. 6.229/99 de 9 de julho de 1999. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado 1999 Jul 13:26 Seção 1. **Material legal**
- 75 São Paulo. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre condições ideais de trabalho relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica. Portaria CVS n. 11 de 04 de julho de 1995. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, 1995 Jul05: 81 Seção 1. **Material legal**
- 76 Saquy PC, Cruz Filho, AM, Neto SMD, Pécora JD. A Ergonomia e as doenças ocupacionais do Cirurgião-Dentista. Parte III – Agentes químicos e biológicos. **Revista Robrac**. 1998; 7(23): 50-54.
- 77 Silva, Moacyr da. **Compendio de Odontologia Legal**. São Paulo: Medsi; 1984.
- 78 Silvana T, Lisboa TC. **Limpeza e Higiene-Lavanderia Hospitalar**. São Paulo: Atheneu; 1999.
- 79 Souza, M.M. **Biossegurança em Laboratório Clínico**. Rio de Janeiro: Eventos; 1998.
- 80 Teixeira P, Valle S. **Biossegurança: Uma Abordagem Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- 81 Trindade E, Andrade M. LER/DORT. Rotina dolorosa. **Rev ABO Nac**. 2003; 11(2): 72-83.
- 82 Vanrell JP, **Odontologia Legal & Antropologia Forense**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 83 Vianna RBDC, Arita ES. Desempenho Lógico em Odontologia. 2º parte. **RBO**. 1990; XLVII(3): 19-24.
- 84 Vivencia em hospital aprimora conhecimento. São Paulo, **Rev CRO de São Paulo** 2000; 94: 6-8.
- 85 *World Health Organization*. **Our planet on health and environment**. Geneva; 1992.

- 86 Zardetto CGC, Guaré RO, Ciamponi AL. Biossegurança: conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre esterilização do instrumental clínico. **RPG Rev Pós-Grad.** 1999; 6(3): 238-244.



## ANEXOS

### **Anexo 1.**

PUBLICADO EM D.O.E.; SEÇÃO I; SÃO PAULO - 04/07/95

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Portaria CVS-11, de 04-07-95

Dispõe sobre condições ideais de trabalho relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica.

A Diretora Técnica do Centro de Vigilância Sanitária, considerando que :

nos termos da lei 8080, de 19 de setembro de 1990 e da lei complementar 791, de 09 de março de 1995, compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde estabelecer normas para o controle das ações e serviços de saúde;

decreto 77052, de 19 de janeiro de 1976, artigo 2º, item IV estabelece que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes;

é preocupação das autoridades sanitárias a determinação de medidas eficazes para o controle de doenças transmissíveis;

risco de se contrair infecções em estabelecimentos de atendimento odontológico está diretamente ligado à não observância de precauções universais de biossegurança;

a segurança tanto da equipe de saúde bucal como do paciente deve ser preservada da forma mais conveniente;

os estabelecimentos de assistência odontológica são locais onde o controle de doenças transmissíveis deve ser exercido em caráter permanente;

os meios de desinfecção e esterilização são tecnicamente acessíveis aos profissionais dos estabelecimentos de assistência odontológica;

é responsabilidade do Cirurgião-Dentista a orientação da equipe de saúde bucal na manutenção do controle de infecções na prática odontológica;

os componentes da equipe de saúde bucal estão em risco constante de contrair doenças transmissíveis no exercício de suas funções.

Baixa a presente Portaria, para estabelecer procedimentos no controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica do Estado de São Paulo.

## CAPÍTULO I

### DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - Para efeito desta Norma Preconizadora, as expressões técnicas serão assim definidas:

I - Limpeza e/ou descontaminação: remoção mecânica e/ou química da sujidade, visando a remoção de resíduos orgânicos, realizada anteriormente à desinfecção e à esterilização;

II - Desinfecção: processo de destruição de microrganismos em forma vegetativa, mediante a aplicação de agentes químicos e/ou físicos;

III - Esterilização: processo de destruição de todas as formas de vida microbiana, mediante aplicação de agentes físicos e/ou químicos;

IV - Artigos críticos: são aqueles que penetram através da pele e mucosas, atingindo tecidos subepiteliais;

V - Artigos semicríticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras;

VI - Artigos não-críticos: são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente;

VII- Antissepsia: procedimento que visa o controle de infecção a partir do uso de substâncias microbicidas ou microbiostáticas de uso na pele ou mucosa.

## CAPÍTULO II

### DOS PROCEDIMENTOS DE LIMPEZA, DA DESINFECÇÃO E DA ESTERILIZAÇÃO

Artigo 2º - Todos os equipamentos, instrumentais, materiais e utensílios utilizados nos estabelecimentos de assistência odontológica terão, obrigatoriamente, que ser submetidos a processo de esterilização, desinfecção ou limpeza, de acordo com sua finalidade.

Parágrafo Único - Os procedimentos para cumprimento destas exigências são os previstos nos anexos I, II e III, parte integrante desta Portaria.

Artigo 3º - Deve ser realizada limpeza em todos os artigos não-críticos e nas superfícies como pisos, paredes, portas, janelas e móveis, tanto no local de atendimento como no local de recepção de pacientes.

Parágrafo Único - A limpeza deve ser feita com fricção mecânica, utilizando-se água e sabão, conforme indicação.

Artigo 4º - Os estabelecimentos de assistência odontológica que possuir em aparelhos de ar condicionado deverão mantê-los limpos providenciando a troca de filtros periodicamente de forma adequada.

Artigo 5º - O processo de esterilização deve ser utilizado para todos os artigos críticos ou semicríticos em uso no estabelecimento de assistência odontológica.

Parágrafo Único - A realização da esterilização só poderá ser executada por serviços de terceiros especialmente organizados para este fim, desde que o mesmo apresente o respectivo alvará de funcionamento do órgão sanitário competente.

Artigo 6º - Os agentes físicos são o meio mais eficiente, de menor toxicidade e de menor custo de esterilização.

Artigo 7º - O processo de esterilização, através de vapor saturado sob pressão é obtido com o uso da autoclave devendo ser observadas as seguintes relações:

- a) exposição por 30 (trinta) minutos a uma temperatura de 121oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).
- b) exposição por 15 (quinze) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).
- c) exposição por 04 (quatro) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves de alto vácuo;

Parágrafo Único - O acondicionamento do material a ser esterilizado em autoclave deve ser feito em pacotes individuais, envolvidos por papel KRAFT ou campo de tecido de algodão duplo cru.

Artigo 8.º - O processo de esterilização pelo calor seco deve ser realizado através da estufa.

Parágrafo 1º - A estufa deve ter um termostato para manutenção efetiva da temperatura, área mínima para circulação interna do ar produzido e um termômetro de bulbo para controle da temperatura preconizada.

Parágrafo 2º - Os artigos a serem esterilizados em estufa deverão estar acondicionados de forma adequada, observando-se o tempo de 01(uma) hora de exposição a uma temperatura de 170º C.

Artigo 9º - É proibido o uso de equipamento a base de radiação ultravioleta e ebulidores como métodos de esterilização.

Artigo 10º - Os agentes químicos somente poderão ser utilizados como métodos de esterilização nos casos em que o uso dos agentes físicos for inviável tecnicamente.

Artigo 11 - O agente físico-químico é de uso restrito a hospitais de grande porte ou indústrias.

Parágrafo Único - As normas para utilização do óxido de etileno estão estabelecidas na portaria interministerial n.º 4, de 31/07/91, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho.

Artigo 12 - O instrumental necessário para o funcionamento de qualquer estabelecimento de assistência odontológica deve ser compatível com o processo de esterilização adotado e o número de pacientes a serem atendidos.

### CAPÍTULO III

#### DA ESTOCAGEM E DA CONSERVAÇÃO DO MATERIAL ESTERILIZADO

Artigo 13 - O material esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco e de acesso exclusivo dos membros da equipe de saúde bucal.

Artigo 14 - Devem ser anotadas nos pacotes ou caixas a data da esterilização e a data-limite de validade.

### CAPÍTULO IV

#### DOS PROCEDIMENTOS DE ANTISSEPSE

Artigo 15 - A lavagem das mãos é obrigatória para toda a equipe de saúde bucal.

Parágrafo Único - Para secagem das mãos devem ser utilizadas toalhas de papel descartáveis ou compressas estéreis.

### CAPÍTULO V

#### DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Artigo 16 - Toda a equipe de saúde bucal deverá observar a utilização de equipamentos de proteção individual, evitando o risco de infecção ocupacional e de transmissão cruzada, durante o atendimento odontológico.

Parágrafo Único - Os equipamentos de proteção individual são de uso exclusivo ao local de atendimento odontológico, sendo seu uso de acordo com o previsto no anexo IV, parte integrante desta portaria.

Artigo 17 - As luvas devem ser obrigatoriamente usadas sempre que se manipule sangue, saliva, mucosa ou pele de todos os pacientes, devendo ser trocadas após o atendimento de cada paciente.

**Parágrafo 1º** - As luvas para atendimento clínico devem ser de látex, descontaminadas e descartadas após a uso.

**Parágrafo 2º** - As luvas para atendimento cirúrgico devem ser de látex resistente, esterilizadas e descartadas após o uso.

**Artigo 18** - O pessoal da equipe de saúde bucal, responsável pela lavagem e descontaminação prévia de artigos críticos e semicríticos, deve realizar esses procedimentos com luvas de borracha resistentes, utilizadas para esta única finalidade.

**Artigo 19** - É obrigatório o uso de máscaras por todo pessoal da equipe de saúde bucal no atendimento de qualquer paciente, findo o qual, serão descartadas;

Parágrafo Único - A máscara deve permitir respiração adequada, ter bom conforto, não irritar a pele e nunca ficar pendurada no pescoço.

**Artigo 20** - O avental deve ser utilizado por todo pessoal da equipe de saúde bucal no atendimento de qualquer paciente, devendo ser trocado diariamente ou sempre que ocorrer contaminação por fluidos corpóreos.

Parágrafo 1º - O uso de avental deve ser restrito exclusivamente ao local de atendimento.

Parágrafo 2º - Após o uso do avental, o mesmo deve ser colocado em saco plástico para lavagem.

Artigo 21 - Os protetores oculares devem ser usados sempre que houver possibilidade de contato com sangue, saliva ou aerossóis produzidos na cavidade bucal.

Parágrafo Único - Os protetores oculares devem possuir vedamento periférico e boa adaptação ao rosto.

Artigo 22 - É recomendável o uso de gorro para todo pessoal da equipe de saúde bucal.

## CAPÍTULO VI

### DOS CUIDADOS COM MATERIAL DESCARTÁVEL

Artigo 23 - Todas as agulhas utilizadas no atendimento odontológico devem ser obrigatoriamente descartáveis.

Parágrafo Único - A destinação final de todo material perfurocortante, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, deve ser feita em recipientes de paredes rígidas contendo solução desinfetante.

Artigo 24 - Todo o material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gazes, algodão, etc. deve ser desprezado em sacos de lixo com rótulo de "contaminado", visto que é proibida a reutilização ou reprocessamento dos mesmos.

Artigo 25 - O não cumprimento desta portaria constituirá infração sanitária capitulada na legislação vigente.

**Artigo 26** - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

**Artigo 27** - Fica revogada a Portaria CVS n.º 21, de 21/10/93

## **ANEXO – II**

### **Resolução SS-15, de 18-1-99**

Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas

O Secretário de Saúde,

considerando as disposições constitucionais e da Lei Federal 8.080, de 19-9-90, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano; considerando que nos termos da Lei Complementar 791, de 9-3-95, compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde estabelecer normas para o controle das ações e serviços de saúde;

considerando que a Lei Federal 8.078, de 11-9-90 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor), estabelece que um dos direitos básicos do consumidor é a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços.

considerando o Decreto 77052, de 19 de janeiro de 1976, que pelo artigo 2o, inciso IV, estabelece que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes;

considerando a vulnerabilidade do indivíduo ou da coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, em suas relações com os agentes da prestação de serviços de saúde, considerando a necessidade da observação de cuidados que diminuam o risco a que os

pacientes podem estar expostos nos estabelecimentos de assistência odontológica, considerando a Lei 10083, de 23-9-98, Código Sanitário do Estado, que determina a definição e regulamentação em norma técnica de estabelecimentos de assistência à saúde, resolve:

Artigo 1.º - Fica aprovada a Norma Técnica, constante do anexo a esta resolução, que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência

odontológica e dá providências correlatas.

Artigo 2.º - O disposto na Norma Técnica, a que se refere o artigo anterior, aplica-se a pessoas físicas e a pessoas jurídicas. de direito público e privado no Estado de São Paulo.

Artigo 3.º - Os estabelecimentos terão prazo de 180 dias para estarem adequados as exigências da Norma Técnica anexa.

Artigo 4º - O não cumprimento das exigências determinadas pela Norma Técnica , anexa , configurar-se-á em infração sanitária, capitulada em seus artigos, incisos e alíneas, combinados com os demais instrumentos legais pertinentes.

Artigo 5º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Norma Técnica aprovada pela Resolução SS-186, de 19-7-95.

## ANEXO

Norma Técnica Especial referente as condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e determina providências correlatas

### Capítulo I

Dos princípios fundamentais

Artigo 1º - As ações de Vigilância Sanitária em estabelecimentos de assistência odontológica são caracterizadas como ações de saúde, que devem levar a eficiência no controle dos riscos à saúde dos pacientes , profissionais , e circundantes.

Artigo 2º - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização dos procedimentos odontológicos ;

Artigo 3º - Os estabelecimentos serão classificados de acordo com a complexidade e riscos dos procedimentos que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento ;

Artigo 4º- Os profissionais das equipes de saúde bucal , devem estar devidamente informados e atentos aos risco ocupacionais inerentes as atividades desenvolvidas;

Artigo 5º- Nos estabelecimentos de assistência odontológica a prestação de serviços deve ser norteada pela busca da eficácia da assistência ao indivíduo ou à grupos de indivíduos, reservando-se o emprego de quaisquer recursos tecnológicos, isoladamente o u em associação, para aqueles casos onde a evolução positiva da terapia deles dependa, mediante

criteriosa prescrição e/ou indicação odontológica, respeitando-se os limites de atribuições da profissão.

## Capítulo II

### Dos objetivos e definições

Artigo 6º - Esta norma técnica objetiva:

- I) Definir o perfil dos estabelecimentos de assistência odontológica, de acordo com suas características físicas e de funcionamento ;
- II) Instrumentalizar as equipes técnicas em nível loco-regional para atuação em vigilância sanitária dos estabelecimentos de assistência odontológica ;
- III) Contribuir para a melhoria das condições de atendimento nos estabelecimentos de assistência odontológica.

Artigo 7º - Para os efeitos desta Norma Técnica , define-se como:

- I ) Procedimento em odontologia: é qualquer atividade fornecida ao indivíduo ou à grupos de indivíduos, diretamente por profissional cirurgião dentista, legalmente habilitado , bem como as atividades fornecidas por outros profissionais da área de odontologia sob prescrição, indicação, orientação, coordenação e supervisão do cirurgião dentista.
- II ) São atos pertinentes à Odontologia, os relativos as áreas de : cirurgia buco maxilo facial, dentística , endodontia, odontologia legal, odontologia em saúde coletiva, odontopediatria, ortodontia, patologia bucal, periodontia, prótese buco maxilo facial, prótese odontológica, radiologia, e estomatologia.
- III) Anestesia odontológica : são todos os procedimentos relativos à aplicação de anestesia local ou troncular executados por profissional Cirurgião Dentista.
- IV) Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
- V) Droga: substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa
- VI) Droga sob controle especial: substância ou especialidade farmacêutica capaz de produzir modificações nas funções nervosas superiores ou que exige efetiva orientação profissional continuada devido à possibilidade de induzir efeitos colaterais indesejáveis.
- VII) Correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou

coletiva, ou a fins diagnósticos e analíticos agrupados em:

- a) equipamentos de diagnóstico
- b) equipamentos de terapia;
- c) equipamentos de apoio odontológico;
- d) materiais e artigos descartáveis;
- e) materiais e artigos implantáveis;
- f) materiais e artigos de apoio odontológico;
- g) equipamentos;
- h) instrumentais odontológicos.

VIII) Paciente: cliente ou usuário de estabelecimentos de assistência odontológica , privados ou públicos, em pleno gozo de suas faculdades mentais que, a seu juízo, ou, quando for o caso, mediante autorização de seu representante legal, aceita a indicação, a proposição e/ou a ponderação odontológica e se submete a tratamento, a acompanhamento e/ou realiza as atividades e acata as orientações indicadas ou propostas por profissional cirurgião dentista, ou sob a supervisão deste, que envolvam os procedimentos em odontologia .

IX) Publicidade enganosa: é 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 indivíduo ou a coletividade de pessoas a respeito da natureza, finalidade, característica, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre serviços ou produtos, bem como deixar de informar sobre dado essencial dos serviços ou produtos.

X ) Laboratório ou oficina de prótese odontológica : local aonde são confeccionados peças protéticas de uso odontológico

XI) Limpeza e/ou descontaminação: remoção mecânica e/ou química da sujidade, visando a remoção de resíduos orgânicos, realizada anteriormente à desinfecção e à esterilização;

XII) Desinfecção: processo de destruição de microrganismos em forma vegetativa, mediante a aplicação de agentes químicos e/ou físicos;

XIII ) Esterilização: processo de destruição de todas as formas de vida microbiana, mediante aplicação de agentes físicos e/ou químicos;

- XIV ) Artigos críticos: são aqueles que penetram através da pele e mucosas, atingindo tecidos sub epiteliais;
- XV ) Artigos semi críticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras;
- XVI ) Artigos não-críticos: são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente;
- XVII ) Antissepsia: procedimento que visa o controle de infecção a partir do uso de substâncias microbidas ou microbiostáticas de uso na pele ou mucosa.
- XVII) Atividades ligadas ao ensino odontológico: são as atividades ligadas a docência a nível de graduação, pós graduação, aperfeiçoamento, ou pesquisa
- XVIII) Pesquisa: classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável, que consiste em teorias, relações ou princípios ou o acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.
- XIX) Pesquisa envolvendo seres humanos: pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
- XX) Pesquisador responsável: pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem estar dos sujeitos da pesquisa

### Capítulo III

Da caracterização e classificação dos estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 8º - Estabelecimento de assistência odontológica são caracterizados como todos os estabelecimentos que destinam-se à realização de procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, e do sistema estomatognático , de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, instalados em áreas autônomas, e/ou no interior de escolas, hospitais, ou outros espaços sociais.

Artigo 9º - Os estabelecimentos de assistência odontológica classificam-se em:

I) Consultório odontológico tipo I : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico.

- II) Consultório odontológico tipo II : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, e que mantém anexo , laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico
- III) Clínica odontológica tipo I : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico
- IV) Clínica odontológica tipo II : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, e que mantém anexo, laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico
- V) Clínica modular é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado pelo atendimento em um único espaço com área mínima condicionada ao número e disposição dos equipamentos odontológicos, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico conforme disposto nesta NT.
- VI) Instituto de Radiologia Odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por realizar apenas tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante.
- VII) Instituto de Documentação Odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por realizar tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante , além de realizar moldagens da cavidade bucal , fotografias intra e extra bucais , e outros exames complementares ;
- VIII) Policlínica odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por um conjunto de mais de 03 consultórios odontológicos, independentes entre si , podendo inclusive manter no seu interior, clínicas modulares , laboratórios de prótese odontológica, instituto de radiologia ou documentação odontológica.
- XIX) Policlínica de ensino odontológico: é a policlínica caracterizada por desenvolver

atividades voltadas ao ensino odontológico ou pesquisa.

#### Capítulo IV

##### Das modalidades de atendimento

Artigo 10 - Os procedimentos odontológicos poderão ser executados nas seguintes modalidades:

- I) Intra estabelecimento: são aqueles realizados dentro da área física do estabelecimento
- II) Extra estabelecimento: são aqueles realizados fora da área física do estabelecimento com o uso das seguintes unidades:
  - a) Unidade transportável: instalada em locais previamente estruturados e com permanência provisória, devendo, para tanto, apresentar equipamento adaptado e adequado ao atendimento odontológico ;
  - b) Unidade móvel : caracterizada por ser instalada sobre um veículo automotor, ou por ele tracionado ;
  - c) Unidade de atendimento portátil: caracterizada pelo atendimento de pacientes com equipamentos portáteis voltadas principalmente nos casos de impossibilidade de locomoção do paciente, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

Artigo 11 - Para realizar procedimentos odontológicos nas modalidades extra estabelecimento é necessário comunicar ao órgão sanitário competente sobre o tipo de procedimentos realizados, endereço, e nome dos pacientes.

#### Capítulo V

##### Do Funcionamento dos estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 12 - Os estabelecimentos de assistência odontológica, somente poderão funcionar depois de licenciados pelo órgão sanitário competente, na presença física de um Responsável Técnico, com Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente.

Artigo 13 - A Licença de Funcionamento deverá ser solicitada ao órgão sanitário competente, uma vez cumpridas as demais exigências previstas na Portaria CVS 10/96, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la

Artigo 14 - O Responsável Técnico pelo estabelecimento de assistência odontológica deverá ser Cirurgião Dentista, com inscrição no Conselho Regional de Odontologia de São

Paulo;

Artigo 15 - Este Responsável Técnico deverá possuir Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente;

Artigo 16 - O Responsável Técnico deverá estar presente durante todo o período de atendimento realizado no estabelecimento;

Artigo 17 - O Responsável Técnico deverá indicar Responsável Técnico Substituto, caso não esteja presente durante todo o período de atendimento no estabelecimento;

I) Poderão ser indicados tantos responsáveis substitutos quanto o necessário para atender os horários e dias de atendimento do estabelecimentos

Artigo 18 - O Responsável Técnico Substituto deverá ter um Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente.

#### Capítulo VI

##### Dos recursos humanos e pessoal auxiliar

Artigo 19 - Os estabelecimentos de assistência odontológica poderão contar com recursos humanos para trabalho em recepção , limpeza, administração, manutenção e gerência, além de pessoal auxiliar

Artigo 20 - O pessoal auxiliar está configurado pelo Atendente de Consultório Dentário (ACD) , Técnico em Higiene Dental (THD) , Técnico em Prótese Dental (TPD) e Auxiliar de Prótese Dental (APD) , que devem estar devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, compondo a equipe de saúde bucal.

Artigo 21 - Quando um estabelecimento empregar Cirurgião Dentista , é necessário contrato de trabalho ou de prestação de serviços, devidamente registrado nos órgãos competentes.

#### Capítulo VII

##### Das áreas Físicas dos estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 22 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem apresentar, além das demais obrigatoriedades determinadas pela legislação municipal de edificações vigente, as seguintes condições referentes à área na qual serão realizados procedimentos odontológicos:

I) Iluminação que possibilite boa visibilidade, sem ofuscamentos ou sombras;

- II) Ventilação que possibilite circulação e renovação de ar;
- III) Revestimentos de pisos com material lavável e impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e/ou limpeza , sem a presença de trincas, ou descontinuidades;
- IV) Paredes de alvenaria ou divisórias de cor clara, revestidas de material lavável e impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e/ou limpeza , sem a presença de mofo ou descontinuidades;
- V) Forros de cor clara, sem presença de infiltrações, rachaduras ou mofo;
- VI) Instalações hidráulicas e elétricas embutidas ou protegidas por calhas ou canaletas externas, para que não haja depósitos de sujidades em sua extensão.

Artigo 23 - Todo o estabelecimento de assistência odontológica deve ter lavatório com água corrente, de uso exclusivo para lavagem de mãos dos membros da equipe de saúde bucal.

I) A lavagem de mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal

II) O lavatório deve contar com :

- a) dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira ou do registro quando do fechamento da água;
- b) toalhas de papel descartável ou compressas estéreis
- c) sabonete líquido

II ) A limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem de mãos.

Artigo 24 - As clínicas e as clínicas modulares, devem contar com equipamento para esterilização obrigatoriamente fora da área de atendimento.

I) Nas policlínicas , os equipamentos de esterilização devem ser instalados em salas com no mínimo duas áreas distintas com ventilação independente, direta ao exterior e separadas até o teto, com guiche de passagem, sem cruzamento de fluxo, sendo uma área dotada de ponto de água, cuba e bancada para recepção de material contaminado, expurgo e lavagem, e outra para preparo, esterilização, guarda e distribuição do material

Artigo 25 - Nas modalidades de unidades transportáveis e unidades móveis deverão apresentar:

I) abastecimento de água potável em quantidade suficiente ao fim a que se destina, com

reservatório de água potável construído em material que :

- a) não contamine a água;
- b) com superfície lisa, resistente e impermeável;
- c) permita fácil acesso, inspeção e limpeza;
- d) possibilite seu esgotamento total;

II) reservatório para coleta dos fluidos provenientes do processo de trabalho desenvolvido na unidade, com as seguintes características:

- a) construído em material resistente;
- b) com superfície lisa e impermeável;
- c) que permita fácil acesso inspeção e limpeza;
- d) que possibilite seu esgotamento total na rede pública de esgoto ou outro dispositivo aprovado pelas normas técnicas da ABNT, sendo obrigatória sua limpeza e desinfecção periódicas.

Artigo 26 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir área de espera para os pacientes , com as seguintes características:

- I ) Proporcionar condições para que os pacientes aguardem ao atendimento sentados
- II) Possuir ventilação, natural e/ou artificial que possibilite circulação e renovação de ar

Artigo 27 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão respeitar os seguintes limites mínimos para as áreas físicas aonde serão realizados procedimentos odontológicos e áreas de espera:

Tipo de Estabelecimento área de atendimento clínico área de espera

Consultório odontológico tipos I e II 6 metros quadrados Compatível com o número de pacientes atendidos

Clínica odontológica tipos I e II e policlínica 6 metros quadrados por consultório instalado  
Mínimo de 10 metros quadrados

Clínica Modular e policlínica de ensino 6 metros quadrados por cadeira odontológica  
Mínimo de 10 metros quadrados

Instituto de Radiologia Odontológica 6 metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado, obedecendo a proporção de um aparelho por sala Mínimo de 10 metros quadrados

Instituto de Documentação odontológica 6 metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado , obedecendo a proporção de um aparelho por sala, e 6 metros quadrados por consultório instalado para realização das demais atividades Mínimo de 10 metros quadrados

Artigo 28 - Todos os estabelecimentos de assistência odontológica devem ser providos , além das áreas para os procedimentos odontológicos e para espera de pacientes

I) local para arquivo;

II) local para armazenagem e acondicionamento de instrumentais e medicamentos.

Artigo 29 - Na modalidade de atendimento extra estabelecimento deverá haver área física suficiente para instalação dos seus equipamentos proporcionando condições favoráveis de trabalho à equipe de saúde bucal.

Artigo 30 - Nas modalidades de atendimento extra estabelecimento não existe a necessidade de área específica para espera de pacientes, entretanto recomenda-se que a eleição do espaço para a realização destas modalidades observe proximidades com espaço abrigado para espera.

Artigo 31 - Os estabelecimentos de assistência odontológica do tipo consultório odontológico, deverão dispor de compartimento sanitário para o público, não necessariamente na área física delimitada pelo estabelecimento, mas respeitada uma proximidade a esta .

Artigo 32 - As clínicas odontológicas , clínicas modulares, policlínicas odontológicas, institutos de radiologia e institutos de documentação odontológica deverão prever compartimento sanitário para:

a) Funcionários da equipe de saúde bucal ;

b) Público do estabelecimento .

## Capítulo VIII

Dos equipamentos e aparelhos necessários

Artigo 33 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem obrigatoriamente contar com aparelhos para esterilização de instrumentais, conforme o disposto na Resolução SS 374 de 15/12/96, em local reservado para este fim.

Artigo 34 - No caso da esterilização ser realizada por terceiros, deverá apresentar contrato

com a empresa prestadora dos serviços , e contar com local adequado para armazenamento do instrumental.

Artigo 35 - As unidades móveis odontológicas, as unidades odontológicas transportáveis e as unidades de atendimento portátil devem ter o instrumental previamente esterilizado, não podendo apresentar aparelho para esterilização na área de atendimento.

I) Devem apresentar local próprio para esterilização ou apresentar contrato de empresa específica para este fim ;

II) Devem apresentar local específico para armazenamento deste instrumental;

Parágrafo Único ; Na impossibilidade de realização da esterilização previamente, as unidades odontológicas transportáveis poderão realizar este procedimento em local especialmente reservada para este fim, no local onde estiverem instaladas.

Artigo 36 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos de proteção individual:

I) Luvas para atendimento clínico e cirúrgico , que devem ser descartadas a cada paciente

II) Avental para proteção;

III) Máscaras descartáveis;

IV) Óculos de proteção;

V) Gorro.

Artigo 37 - Os equipamentos de proteção individual devem ser em quantidades suficientes para toda a equipe de saúde bucal

Artigo 38 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos básicos, respeitando-se as características dos procedimentos executados :

I ) cadeira odontológica que proporcione à equipe de saúde bucal um posicionamento correto do paciente;

II ) equipo odontológico provido de caneta de alta-rotação e/ou caneta de baixa-rotação e/ou micromotor regulados de forma a evitar nível do ruído elevado, e provido de seringa tríplice ;

III ) refletor odontológico que permita um campo visual satisfatório ao trabalho da equipe de saúde bucal ;

IV) sugador de saliva provido de ponta descartável, ou boquilha que permita o uso de

aspirador cirúrgico de metal , podendo ser seu resíduo final disposto direto ao esgoto ou em reservatório próprio devidamente higienizado

V) amalgamador elétrico ;

VI) mocho odontológico que proporcione à equipe de saúde bucal equilíbrio para desenvolvimento de trabalho de forma ergonomicamente correta ;

VII) compressor de ar comprimido que deve ser instalado fora da sala de atendimento ou com proteção acústica eficiente;

Artigo 39( Os estabelecimentos de assistência odontológica podem, ainda, ser providos de outros equipamentos:

I) mesa auxiliar;

II) unidade auxiliar ou cuspeira;

III) equipamentos complementares como, aparelho de fotopolimerização, ultra-som, bisturi elétrico e outros que a tecnologia venha a introduzir , desde que respeitadas as normas técnicas e as legislações específicas.

Artigo 40 - Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento do trabalho.

Artigo 41 - Quando não estiverem em condições de uso, os equipamentos, utensílios e móveis deverão obrigatoriamente estar fora da área reservada aos procedimentos odontológicos.

## Capítulo IX

### Dos Instrumentais

Artigo 42 - O instrumental necessário para o funcionamento de qualquer estabelecimento de assistência odontológica deve ser compatível com :

I) o processo de esterilização adotado;

II) o número de pacientes a serem atendidos;

III) o tipo de procedimento realizado.

Artigo 43 - O instrumental esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco.

Artigo 44 - Devem ser anotadas nos pacotes ou caixas metálicas a data da esterilização e a data limite de validade, de 7 dias , de acordo com a Resolução SS 374 de 15/12/96 .

## Capítulo X

Das rotinas e cuidados com os instrumentais e aparelhos

Artigo 45 - Por serem manobras de fundamental importância, todos os instrumentais devem passar pelo processo de descontaminação e lavagem antes de serem esterilizados .

Artigo 46 - O processo de esterilização deve ser utilizado para todos os artigos críticos ou semi críticos em uso no estabelecimento de assistência odontológica

Artigo 47 - Aparelhos que entrarem em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo odontológico (caneta de alta rotação, micro motor , e seringa tríplice) , deverão ser recobertas por barreira de proteção de uso único e descartável, e passar pelos processos de descontaminação , lavagem e secagem.

Artigo 48 . - O processo de esterilização, através de vapor saturado sob pressão é obtido com o uso da autoclave devendo ser observadas as seguintes condições:

I) exposição por 30 (trinta) minutos a uma temperatura de 121oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).

II) exposição por 15 (quinze) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).

III) exposição por 04 (quatro) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves de alto vácuo;

IV) O acondicionamento do material a ser esterilizado em autoclave deve ser feito em pacotes individuais, envolvidos por papel de gramatura , porosidade, e resistência compatíveis com o processo , campo de tecido de algodão duplo cru, ou outro material d esde que comprovadamente eficaz

Artigo 49 - O processo de esterilização pelo calor seco deve ser realizado através da estufa.

I) A estufa deve ter um termostato para manutenção efetiva da temperatura, área mínima para circulação interna do ar produzido e um termômetro para controle da temperatura preconizada.

II) Os artigos a serem esterilizados em estufa deverão estar acondicionados de forma adequada, em bandejas ou caixas metálicas, observando-se o tempo de 01 (uma) hora de exposição a uma temperatura de 170 C, ou 160 C por 02 (duas) horas .

Artigo 50 - É necessário avaliar a eficácia do método de esterilização adotado , através do

uso de indicadores , com frequência no mínimo semanal, de acordo com a Resolução SS 374 de 15/12/96.

Artigo 51 - É proibido o uso de equipamento a base de radiação ultravioleta e ebulidores de água como métodos de esterilização

#### Capítulo XI

##### Dos Equipamentos Emissores de Radiação Ionizante

Artigo 52 - Os estabelecimentos de assistência odontológica somente poderão utilizar equipamentos emissores de radiação ionizante desde que cumpram as exigências previstas no Decreto 12.660, de 10/novembro/78 e na Norma Técnica aprovada pela Resolução SS 625, de 14/dezembro/94, ou instrumentos legais que venham a substituí-los.

I ) As clínicas modulares não poderão apresentar equipamento emissor de radiação ionizante em sua área de atendimento clínico , devendo eleger área especialmente reservada para este fim, desde que cumpram as exigências previstas em lei.

II ) As policlínicas deverão apresentar área específica para instalação de aparelhos de radiação ionizante

Artigo 53 - As unidades odontológicas transportáveis, unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento portátil não poderão apresentar equipamento emissor de radiação ionizante na área de atendimento .

#### Capítulo XII

##### Da organização

Artigo 54 - Todos os pacientes atendidos devem ser registrados , com seu respectivo nome, endereço e tratamento realizado, através de livro de registro, fichas clínicas, ou através de meios informatizados.

Artigo 55 - As unidades odontológicas transportáveis, as unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento odontológico portátil deverão ter local de referência para informação à vigilância sanitária sobre endereço dos atendimentos realizados di ariamente.

Artigo 56 - A Licença de Funcionamento, e as demais documentações emitidas e exigidas pela Legislação Sanitária deverão estar no estabelecimento para consulta durante o ato das inspeções sanitárias .

#### Capítulo XIV

Da propaganda enganosa e relação com os pacientes

Artigo 58 - Os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos de que trata esta Norma Técnica, que, diretamente ou através de terceiros, fizerem veicular peças publicitárias, por qualquer forma ou meio de comunicação, que venham a tipificar os fatos da publicidade enganosa e da utilização de métodos desleais de informação, estarão infringindo a Lei Federal N 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor).

Artigo 59 - As autoridades sanitárias competentes, no âmbito de suas jurisdições, sempre que tomarem conhecimento das práticas de publicidade enganosa, da utilização de métodos desleais de informação, deverão adotar as providências que forem pertinentes ao seu campo de competência legal e, concomitantemente, oficializar os fatos ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

I) Em casos de manifesta gravidade, com risco eminente à saúde coletiva, deverá ser oficiado, também o Ministério Público

#### Capítulo XV

Das responsabilidades

Artigo 60 - A indicação do procedimento odontológico é de responsabilidade do cirurgião dentista executante.

Artigo 61 - Toda a investigação para diagnóstico da condição pré procedimento do paciente, é de responsabilidade do cirurgião dentista ou da equipe odontológica executante, e quando for o caso, esta documentação deverá ficar arquivada no prontuário do paciente.

Artigo 62 - Deverão fazer parte do prontuário do paciente os seguintes documentos:

I) Termo de Autorização do Tratamento Odontológico preconizado, assinado pelo paciente ou responsável legal, conforme modelo do Anexo I;

II) Orientações, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós procedimentos necessários e complicações possíveis.

Artigo 63 - O cirurgião dentista é responsável pelos materiais odontológicos empregados nos procedimentos realizados em relação à:

I) prazo de validade;

II) Origem do produto

III) Estocagem e conservação dos materiais dentro do estabelecimento

#### Capítulo XVI

Do Regulamento interno

Artigo 64 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir Regulamento Interno que disciplina o seu funcionamento

Artigo 65 - O Regulamento Interno deverá minimamente:

I) Descrever os cuidados relativos aos aspectos de Biosegurança

II) Estabelecer as rotinas de procedimentos no controle de doenças transmissíveis

III) Manter registro das ocorrências relativas a doença de notificação compulsória,

Artigo 66 - As instituições públicas ou privadas que mantiverem uma rede de estabelecimentos de assistência odontológica, poderão redigir um Regulamento Interno único, desde que respeitadas a classificação de cada tipo de estabelecimento.

Artigo 67 - Em estabelecimentos de assistência odontológica com mais de 6 (seis) profissionais exercendo atividades clínicas, deverá ser instituída uma comissão interna de biossegurança

Artigo 68 - Cabe a comissão interna de biossegurança fazer cumprir o que determina o regulamento interno

Parágrafo Único: O regulamento interno deverá ser mantido no estabelecimento, e apresentado ao órgão sanitário competente, quando solicitado.

#### Capítulo XVII

Dos resíduos

Artigo 69 - Todo o material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gazes, algodão, etc. deve ser desprezado em sacos de lixo com rótulo de "contaminado".

Artigo 70 - A destinação final de todo material perfuro cortante, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, deve ser feita em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia de substância infectante.

Artigo 71 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão estar cadastrados junto aos serviços coleta diferenciada para Serviços de Saúde, quando o município oferecer este tipo de serviço

Artigo 72 - No interior dos estabelecimentos de assistência odontológica, os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa, acionada por pedal, separados em lixo comum, e lixo contaminado

Artigo 73 - O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações.

Artigo 74 - Os restos mercuriais deverão ser mantidos em recipientes rígido, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior.

Artigo 75 - Os resíduos mercuriais devem ser enviados para usinas de reciclagem, visto que sua destinação final comum podem causar contaminações ao meio ambiente

#### Capítulo XVIII

Das policlínicas de ensino odontológico

Artigo 76 - Os estabelecimentos destinados as atividades de ensino odontológico, deverão observar, além das demais exigências desta norma:

- I) Possuir instalações condizentes com as atividades propostas;
- II) Atendimento clínico voltado primordialmente para fins de ensino;
- III) Apresentar relação dos profissionais responsáveis por cada disciplina que tenha atividade clínica;
- IV) Contar, sempre que as características do estabelecimento permitir, com membros representantes dos alunos e dos usuários nas Comissão de Biossegurança.

#### Capítulo XIX

Das inspeções sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 77 - As inspeções em estabelecimentos de assistência odontológica devem ser feitas sempre com o uso do Roteiro Básico , conforme anexo II

Artigo 78 - o Preenchimento do Roteiro é de responsabilidade do inspetor

Artigo 79 - O não atendimento aos itens considerados como indispensáveis, indeferem de imediato o Licenciamento do Estabelecimento.

Artigo 80 - O não atendimento aos itens considerados como necessários , implicam na imposição de auto de infração.

Artigo 81 - De acordo com a classificação do estabelecimento recomenda-se os seguintes

procedimentos mínimos:

I) Alto risco: mínimo de 2 inspeções/ano

II) Baixo Risco ; mínimo de 1 inspeções/ano

## Capítulo XX

Das Legislações de referência e materiais de apoio

Artigo 82 - A elaboração desta norma técnica teve por base os seguintes instrumentos legais e materiais de apoio:

1 Lei 8080/90

2 Portaria 1565/94

3 Lei 8078/90

4 Lei 8042/90

5 Resolução SS 374/96

6 Resolução SS 625/94

7 Portaria CVS 11/95

8 Resolução SS 169/96

9 Manual de HEPATITES , AIDS e HERPES na Prática Odontológica - MS 1996

10 Lei 5081/66

11 Lei 6437/77

12 Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde - MS 1994

13 Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde : Planejamento e Dimensionamento - MS 1994

14 Segurança no ambiente Hospitalar - MS - 1995

15 Resolução CONAMA 05/93

16 Código de Ética Odontológica - CFO - 1992

17 Portaria 2116 1998.



## **ANEXO – III**

### **Resolução SS - 16, de 18-1-99**

Aprova Norma Técnica referente à instalação e funcionamento de estabelecimentos de prótese odontológica e determina providências correlatas

O Secretário de Estado de Saúde,

considerando as disposições constitucionais e da Lei Federal 8.080, de 19-9-90, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

considerando que nos termos da Lei Complementar 791, de 9-3-95, compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde estabelecer normas para o controle das ações e serviços de saúde;

considerando o Decreto 77052, de 19-1-76, que pelo artigo 2o, inciso IV, estabelece que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes;

considerando as condições de risco à saúde ocupacional presentes nos estabelecimentos de prótese odontológica;

considerando a necessidade da observação de cuidados que diminuam as condições de risco presentes nos estabelecimentos de prótese odontológica;

considerando a Lei 10083, de 23-9-98, Código Sanitário do Estado, que determina a definição e regulamentação, em norma técnica, de estabelecimentos de interesse à saúde, resolve:

Artigo 1.º - Fica aprovada a Norma Técnica, constante do anexo a esta resolução, que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de prótese odontológica e dá providências correlatas.

Artigo 2.º - O disposto na Norma Técnica, a que se refere o artigo anterior, aplica-se a pessoas físicas e a pessoas jurídicas, de direito público e privado no Estado de São Paulo.

Artigo 3.º - Os estabelecimentos terão prazo de 180 dias para estarem adequados as exigências da Norma Técnica anexa.

Artigo 4.º - O não cumprimento das exigências determinadas pela Norma Técnica, anexa configurar-se-á em infração sanitária, capitulada em seus artigos, incisos e alíneas, combinados com os demais instrumentos legais pertinentes.

Artigo 5.º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

## ANEXO

Norma Técnica Especial que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de prótese odontológica, e determina providências correlatas

### Capítulo I

Dos princípios gerais

Artigo 1.º - Os princípios que devem nortear o funcionamento dos estabelecimentos de prótese odontológica são:

- I) princípio da habilitação: os estabelecimentos de prótese odontológica deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização das atividades;
- II) princípio da categorização: os estabelecimentos de prótese odontológica serão classificados de acordo com a complexidade e tipo das atividades que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento;
- III) princípio da qualidade: os estabelecimentos de prótese odontológica deverão organizar seus recursos e atividades de forma a garantir a prestação de serviços de qualidade.

### Capítulo II

Dos objetivos

Artigo 2.º - A presente Norma Técnica tem por objetivos:

- I) Estabelecer diretrizes para o funcionamento de estabelecimentos de prótese odontológica no Estado de São Paulo.
- II) Estabelecer a classificação dos Estabelecimentos de prótese odontológica, segundo a complexidade e riscos das atividades desenvolvidas.
- III) Instrumentalizar as equipes técnica em nível loco-regional para atuação em vigilância sanitária dos estabelecimentos de prótese odontológica.

IV) Contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços realizados nestes estabelecimentos.

### Capítulo III

#### Das definições

Artigo 3º - Para efeito desta Norma Técnica, considera-se:

- a) estabelecimento de prótese odontológica são todos os estabelecimentos que se destinam à confecção de aparelhos de prótese ou órtese na área odontológica ou buco maxilar, de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos;
- b) atividades protéticas: são as atividades realizadas para a confecção de aparelhos protéticos;
- c) materiais de uso em prótese: são todos os materiais de consumo que são utilizados para a confecção de aparelhos protéticos, independente do tipo de prótese construída;
- d) equipamentos de prótese dental: são todos os equipamentos que são utilizados para a confecção de aparelhos protéticos, independente do tipo de prótese construída.

### Capítulo IV

#### Da classificação dos Estabelecimentos de Prótese Odontológica

Artigo 3º - A classificação dos estabelecimentos de prótese odontológica será feito por área de atuação, a saber:

- I) Área de Resina: consiste no estabelecimento de prótese odontológica que confecciona qualquer tipo de aparelho protético, inclusive aparelhos removíveis de ortodontia empregando para tanto resinas auto polimerizáveis, termo polimerizáveis ou foto polimerizáveis.
- II) Área de Metal: consiste no estabelecimento de prótese odontológica que confecciona qualquer tipo de aparelho protético de uso fixo ou removível, utilizando metais nobres ou não nobres através de processos de fundição;
- III) Área de Cerâmica: consiste no estabelecimento de prótese odontológica que confecciona qualquer tipo de aparelho protético utilizando cerâmica ou porcelana dental;
- IV) Área de prótese buco maxilo facial: consiste no estabelecimento de prótese odontológica que confecciona qualquer tipo de aparelho protético destinado a área de reconstrução buco maxilo facial.

Artigo 4º - Um estabelecimento de prótese odontológica poderá exercer atividades em mais de uma área de atuação, desde que respeitadas as demais condições desta norma técnica.

#### Capítulo V

##### Das localizações

Artigo 5º - Os estabelecimentos de prótese odontológica poderão ser localizados:

I) Anexos a estabelecimentos de assistência odontológica;

II) Em área física independente

#### Capítulo VI

##### Do funcionamento

Artigo 6º - Todos os estabelecimentos de prótese odontológico devem obrigatoriamente ser licenciados junto ao órgão sanitário competente;

Artigo 7º - Todos os estabelecimentos de prótese odontológica devem obrigatoriamente funcionar na presença física de um Cirurgião Dentista ou de Técnico em Prótese Dental, inscrito junto ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, que assume o papel de Responsável Técnico pelo estabelecimento.

Artigo 8º - O Responsável Técnico deverá possuir Termo de Responsabilidade assinado junto ao órgão sanitário competente.

Artigo 9º - É exigida a indicação de um Responsável Técnico Substituto, uma vez satisfeitas as demais exigências referidas nos artigos 7º e 8º da presente norma técnica, para casos de impedimentos do titular.

#### Capítulo VII

##### Dos recursos humanos e pessoal auxiliar

Artigo 10º - Os estabelecimentos de prótese odontológica poderão contar com recursos humanos destinados a serviços de limpeza, recepção, e entrega de serviços.

Artigo 11 - Os estabelecimentos de prótese odontológica poderão contar com pessoal auxiliar, configurados como técnicos em prótese dental, ou auxiliar de prótese dental, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, compondo a equipe de trabalho.

Artigo 12 - A composição da equipe de trabalho deverá ser compatível com as áreas de atuação do estabelecimento.

## Capítulo VIII

### Das áreas físicas

Artigo 13 - Todos os estabelecimentos de prótese odontológica devem obrigatoriamente apresentar condições de iluminação, insolação e ventilação, pé direito, e instalações hidráulicas conforme legislação vigente;

Artigo 14 - O piso deve ser de material liso, resistente, impermeável, que possibilite a execução dos procedimentos de desinfecção e limpeza adequados, sem descontinuidades, tais como rachaduras ou fendas que possam abrigar sujidades;

Artigo 15 - As paredes devem ser de cor clara, de material leve ou de alvenaria, delimitando a área de atendimento, fechada até o teto, revestidas por tinta ou material liso, impermeável, que possibilite a execução dos procedimentos de desinfecção e limpeza;

Artigo 16 - A área de trabalho não pode ser instalada em corredores de acesso exclusivos para outras dependências;

Artigo 17 - Quando um estabelecimento de assistência odontológica for anexo a um estabelecimento de assistência odontológica, a área deverá ser obrigatoriamente separada por parede ou divisória até o teto, e com porta que impeça a comunicação direta entre ambos;

Artigo 18 - As paredes não podem apresentar fendas, trincas, sinais de umidade ou mofo;

Artigo 19 - O forro deve ser de cor clara, pintado ou revestido por material que possibilite a execução dos procedimentos de desinfecção e limpeza;

Artigo 20 - O forro não pode apresentar sinais de rachaduras, fendas, umidade ou mofo;

Artigo 21 - Os estabelecimentos de prótese odontológica devem ter área mínima de 10 m<sup>2</sup>.

I) A área física deverá ser suficiente para instalação dos equipamentos necessários e dar condições favoráveis de trabalho para a equipe;

Artigo 22 - Todos os estabelecimentos de prótese odontológica deverão dispor de lavatório com água corrente.

## Capítulo IX

### Da distribuição das áreas físicas e instalações sanitárias

Artigo 23 - Todo estabelecimento de prótese odontológica deve ser provido de, no mínimo:

a) bancada de trabalho;

b) local para arquivo de requisições de serviços.

c) local para armazenagem e acondicionamento de instrumentais e materiais.

c) bancada para instalação de equipamentos

Artigo 24 - Os estabelecimentos de prótese odontológica deverão dispor de compartimento sanitário para a equipe de trabalho, não necessariamente na área física delimitada pelo estabelecimento. Estes locais deverão apresentar boas condições de limpeza

## Capítulo X

Dos equipamentos necessários

Artigo 25 - Todos os estabelecimentos de prótese odontológica deverão possuir os equipamentos condizentes com sua (s) área (s) de atuação.

Artigo 26 - A relação dos equipamentos dos estabelecimentos de prótese odontológica, assim como as demais documentações exigidas pela Portaria CVS 10/96, deverão ser entregues junto ao órgão sanitário competente, quando da solicitação da Licença de Funcionamento

Artigo 27 - Não é permitido manter no interior dos estabelecimentos de prótese odontológica, equipamentos de uso exclusivamente odontológico tais como cadeira odontológica, refletor, cuspeira, e canetas de alta rotação.

Artigo 28 - Equipamentos de gases combustíveis devem, ser mantidos afastados de fontes de calor, e as tubulações devem seguir a legislação específica, preconizada pela ABNT

Artigo 29 - Os estabelecimentos de prótese odontológica que realizam fundições - Área de metal - deverão possuir sistema de exaustão de gases.

Artigo 30 - O compressor de ar comprimido deve ser colocado fora da área de trabalho ou com cobertura acústica.

Artigo 31 - Quando não estiverem em boas condições de uso, os equipamentos e demais utensílios, deverão ser retirados da área de trabalho.

## Capítulo XI

Dos equipamentos de proteção individual

Artigo 32 - Os estabelecimentos de prótese odontológica deverá possuir equipamentos de proteção individual de acordo com sua área de atuação

Artigo 33 - Os equipamentos de proteção individual consistem em:

I - luvas com proteção anti térmica :

II - óculos

III - máscara com filtro para vapores

IV - avental ou jaleco

## Capítulo XII

Do registro dos serviços executados e de profissionais requisitantes

Artigo 34 - Os estabelecimentos de prótese odontológica deverão dispor de livro ou fichas de registros para todos os serviços executados.

I - Nestes registros deverão constar o nome do Cirurgião Dentista requisitante do serviço, nome do paciente, descrição do(s) serviço(s), materiais utilizados, data de entrada e de saída

II - Nos registros dos Cirurgiões Dentistas requisitantes dos serviços deverão constar:

a) Nome completo

b) Endereço

c) Inscrição no Conselho Regional de Odontologia

## Capítulo XIII

Das responsabilidades

Artigo 35 - O responsável técnico é o responsável pelo cumprimento das exigências desta norma técnica.

Artigo 36 - O responsável técnico é responsável pelo acondicionamento e observação do prazo de validade dos materiais utilizados no estabelecimento de prótese odontológica.

## Capítulo XIV

Da inspeções sanitárias em estabelecimentos de prótese odontológica

Artigo 37 - As inspeções sanitárias em estabelecimentos de prótese odontológica, devem ser feitas com o uso do roteiro básico de inspeção, conforme anexo I.

Artigo 38 - O preenchimento do roteiro é de responsabilidade do inspetor

Artigo 39 - Em estabelecimentos aonde forem constatados indícios de exercício ilegal da Odontologia, além das medidas de sua área de abrangência, deverá haver comunicação formal ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo.

Anexo 1

## ROTEIRO BÁSICO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

Para uso da Vigilância Sanitária

DIR \_\_\_\_ NRS \_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Licença \_\_\_\_\_

Nome do Estabelecimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Inscrição no CROSP: \_\_\_\_\_

Descrição

SIM

NÃO

1. Apresenta área física compatível

As áreas físicas tem revestimentos de pisos e paredes que permitam a realização dos processos de descontaminação e limpeza

2. Possui equipamentos de proteção para realização dos serviços

3. Faz descontaminação dos moldes

4. Faz registro dos serviços executados

5. Possui pessoal auxiliar em número compatível com a área de atuação

6. Equipamentos de gases combustíveis longe de áreas de calor

7. Realiza atividades na área de resina

8. Realiza atividades na área de metal

9. Realiza atividades na área de cerâmica ou porcelana

10. O estabelecimento é anexo a estabelecimento odontológico

11. As instalações de equipamentos estão dentro de padrões de segurança para impedir queda ou outro tipo de acidente

12. A relação de equipamentos entregues coincide com a inspeção

Parecer técnico complementar (preencher se necessário)

\_\_\_\_\_ À vista

da inspeção, o estabelecimento está

Apto para funcionamento

Não apto para funcionamento

Data da inspeção: \_\_\_\_\_

Nome do Inspetor: \_\_\_\_\_

Credencial: \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## **ANEXO - IV**

### **NR 6 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (206.000-0/I0)**

**6.1** Para os fins de aplicação desta Norma Regulamentadora – NR, considera-se Equipamento de Proteção Individual – EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

**6.1.1** Entende-se como Equipamento Conjugado de Proteção Individual, todo aquele composto por vários dispositivos, que o fabricante tenha associado contra um ou mais riscos que possam ocorrer simultaneamente e que sejam suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

**6.2** O equipamento de proteção individual, de fabricação nacional ou importado, só poderá ser posto à venda ou utilizado com a indicação do Certificado de Aprovação – CA, expedido pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. (206.001-9 /I3)

**6.3** A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias:

- a) sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes do trabalho ou de doenças profissionais e do trabalho; (206.002-7/I4)
- b) enquanto as medidas de proteção coletiva estiverem sendo implantadas; e, (206.003-5 /I4)
- c) para atender a situações de emergência. (206.004-3 /I4)

**6.4** Atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional, e observado o disposto no item 6.3, o empregador deve fornecer aos trabalhadores os EPI adequados, de acordo com o disposto no ANEXO I desta NR.

**6.4.1** As solicitações para que os produtos que não estejam relacionados no ANEXO I, desta NR, sejam considerados como EPI, bem como as propostas para reexame daqueles ora elencados, deverão ser avaliadas por comissão tripartite a ser constituída pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, após ouvida a CTPP,

sendo as conclusões submetidas àquele órgão do Ministério do Trabalho e Emprego para aprovação.

**6.5** Compete ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT, ou a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, nas empresas desobrigadas de manter o SESMT, recomendar ao empregador o EPI adequado ao risco existente em determinada atividade.

**6.5.1** Nas empresas desobrigadas de constituir CIPA, cabe ao designado, mediante orientação de profissional tecnicamente habilitado, recomendar o EPI adequado à proteção do trabalhador.

**6.6** Cabe ao empregador

**6.6.1** Cabe ao empregador quanto ao EPI :

- a) adquirir o adequado ao risco de cada atividade; (206.005-1 /I3)
- b) exigir seu uso; (206.006-0 /I3)
- c) fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho; (206.007-8/I3)
- d) orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação; (206.008-6 /I3)
- e) substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado; (206.009-4 /I3)
- f) responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica; e, (206.010-8 /I1)
- g) comunicar ao MTE qualquer irregularidade observada. (206.011-6 /I1)

**6.7** Cabe ao empregado

**6.7.1** Cabe ao empregado quanto ao EPI:

- a) usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- b) responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- c) comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso; e,
- d) cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.

**6.8** Cabe ao fabricante e ao importador

**6.8.1** O fabricante nacional ou o importador deverá:

- a) cadastrar-se, segundo o ANEXO II, junto ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho; (206.012-4 /I1)

- b) solicitar a emissão do CA, conforme o ANEXO II; (206.013-2 /I1)
- c) solicitar a renovação do CA, conforme o ANEXO II, quando vencido o prazo de validade estipulado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde do trabalho; (206.014-0 /I1)
- d) requerer novo CA, de acordo com o ANEXO II, quando houver alteração das especificações do equipamento aprovado; (206.015-9 /I1)
- e) responsabilizar-se pela manutenção da qualidade do EPI que deu origem ao Certificado de Aprovação - CA; (206.016-7 /I2)
- f) comercializar ou colocar à venda somente o EPI, portador de CA; (206.017-5 /I3)
- g) comunicar ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho quaisquer alterações dos dados cadastrais fornecidos; (206.0118-3 /I1)
- h) comercializar o EPI com instruções técnicas no idioma nacional, orientando sua utilização, manutenção, restrição e demais referências ao seu uso; (206.019-1 /I1)
- i) fazer constar do EPI o número do lote de fabricação; e, (206.020-5 /I1)
- j) providenciar a avaliação da conformidade do EPI no âmbito do SINMETRO, quando for o caso. (206.021-3 /I1)

## **6.9 Certificado de Aprovação – CA**

### **6.9.1** Para fins de comercialização o CA concedido aos EPI terá validade:

- a) de 5 (cinco) anos, para aqueles equipamentos com laudos de ensaio que não tenham sua conformidade avaliada no âmbito do SINMETRO;
- b) do prazo vinculado à avaliação da conformidade no âmbito do SINMETRO, quando for o caso;
- c) de 2 (dois) anos, para os EPI desenvolvidos até a data da publicação desta Norma, quando não existirem normas técnicas nacionais ou internacionais, oficialmente reconhecidas, ou laboratório capacitado para realização dos ensaios, sendo que nesses casos os EPI terão sua aprovação pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, mediante apresentação e análise do Termo de Responsabilidade Técnica e da especificação técnica de fabricação, podendo ser renovado até 2006, quando se expirarão os prazos concedidos; e,

d) de 2 (dois) anos, renováveis por igual período, para os EPI desenvolvidos após a data da publicação desta NR, quando não existirem normas técnicas nacionais ou internacionais, oficialmente reconhecidas, ou laboratório capacitado para realização dos ensaios, caso em que os EPI serão aprovados pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, mediante apresentação e análise do Termo de Responsabilidade Técnica e da especificação técnica de fabricação.

**6.9.2** O órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, quando necessário e mediante justificativa, poderá estabelecer prazos diversos daqueles dispostos no subitem 6.9.1.

**6.9.3** Todo EPI deverá apresentar em caracteres indelévels e bem visíveis, o nome comercial da empresa fabricante, o lote de fabricação e o número do CA, ou, no caso de EPI importado, o nome do importador, o lote de fabricação e o número do CA. (206.022-1/11)

**6.9.3.1** Na impossibilidade de cumprir o determinado no item 6.9.3, o órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho poderá autorizar forma alternativa de gravação, a ser proposta pelo fabricante ou importador, devendo esta constar do CA.

**6.10** Restauração, lavagem e higienização de EPI

**6.10.1** Os EPI passíveis de restauração, lavagem e higienização, serão definidos pela comissão tripartite constituída, na forma do disposto no item 6.4.1, desta NR, devendo manter as características de proteção original.

**6.11** Da competência do Ministério do Trabalho e Emprego / MTE

**6.11.1** Cabe ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho:

- a) cadastrar o fabricante ou importador de EPI;
- b) receber e examinar a documentação para emitir ou renovar o CA de EPI;
- c) estabelecer, quando necessário, os regulamentos técnicos para ensaios de EPI;
- d) emitir ou renovar o CA e o cadastro de fabricante ou importador;
- e) fiscalizar a qualidade do EPI;
- f) suspender o cadastramento da empresa fabricante ou importadora; e,
- g) cancelar o CA.

**6.11.1.1** Sempre que julgar necessário o órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, poderá requisitar amostras de EPI, identificadas com o nome do fabricante e o número de referência, além de outros requisitos.

**6.11.2** Cabe ao órgão regional do MTE:

a) fiscalizar e orientar quanto ao uso adequado e a qualidade do EPI;

b) recolher amostras de EPI; e,

c) aplicar, na sua esfera de competência, as penalidades cabíveis pelo descumprimento desta NR.

**6.12** Fiscalização para verificação do cumprimento das exigências legais relativas ao EPI.

**6.12.1** Por ocasião da fiscalização poderão ser recolhidas amostras de EPI, no fabricante ou importador e seus distribuidores ou revendedores, ou ainda, junto à empresa utilizadora, em número mínimo a ser estabelecido nas normas técnicas de ensaio, as quais serão encaminhadas, mediante ofício da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, a um laboratório credenciado junto ao MTE ou ao SINMETRO, capaz de realizar os respectivos laudos de ensaios, ensejando comunicação posterior ao órgão nacional competente.

**6.12.2** O laboratório credenciado junto ao MTE ou ao SINMETRO, deverá elaborar laudo técnico, no prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento das amostras, ressalvados os casos em que o laboratório justificar a necessidade de dilatação deste prazo, e encaminhá-lo ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, ficando reservado a parte interessada acompanhar a realização dos ensaios.

**6.12.2.1** Se o laudo de ensaio concluir que o EPI analisado não atende aos requisitos mínimos especificados em normas técnicas, o órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho expedirá ato suspendendo a comercialização e a utilização do lote do equipamento referenciado, publicando a decisão no Diário Oficial da União – DOU.

**6.12.2.2** A Secretaria de Inspeção do Trabalho – SIT, quando julgar necessário, poderá requisitar para analisar, outros lotes do EPI, antes de proferir a decisão final.

**6.12.2.3** Após a suspensão de que trata o subitem 6.12.2.1, a empresa terá o prazo de 10 (dez) dias para apresentar defesa escrita ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho.

**6.12.2.4** Esgotado o prazo de apresentação de defesa escrita, a autoridade competente do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho – DSST, analisará o processo e proferirá sua decisão, publicando-a no DOU.

**6.12.2.5** Da decisão da autoridade responsável pelo DSST, caberá recurso, em última instância, ao Secretário de Inspeção do Trabalho, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da publicação da decisão recorrida.

**6.12.2.6** Mantida a decisão recorrida, o Secretário de Inspeção do Trabalho poderá determinar o recolhimento do(s) lote(s), com a conseqüente proibição de sua comercialização ou ainda o cancelamento do CA.

**6.12.3** Nos casos de reincidência de cancelamento do CA, ficará a critério da autoridade competente em matéria de segurança e saúde no trabalho a decisão pela concessão, ou não, de um novo CA

**6.12.4** As demais situações em que ocorra suspeição de irregularidade, ensejarão comunicação imediata às empresas fabricantes ou importadoras, podendo a autoridade competente em matéria de segurança e saúde no trabalho suspender a validade dos Certificados de Aprovação de EPI emitidos em favor das mesmas, adotando as providências cabíveis.

## **ANEXO V**

### **LISTA DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

#### **A - EPI PARA PROTEÇÃO DA CABEÇA**

##### **A.1 – Capacete**

- a) capacete de segurança para proteção contra impactos de objetos sobre o crânio;
- b) capacete de segurança para proteção contra choques elétricos;
- c) capacete de segurança para proteção do crânio e face contra riscos provenientes de fontes geradoras de calor nos trabalhos de combate a incêndio.

##### **A.2 – Capuz**

- a) capuz de segurança para proteção do crânio e pescoço contra riscos de origem térmica;
- b) capuz de segurança para proteção do crânio e pescoço contra respingos de produtos químicos;
- c) capuz de segurança para proteção do crânio em trabalhos onde haja risco de contato com partes giratórias ou móveis de máquinas.

#### **B – EPI PARA PROTEÇÃO DOS OLHOS E FACE**

##### **B.1 - Óculos**

- a) óculos de segurança para proteção dos olhos contra impactos de partículas volantes;
- b) óculos de segurança para proteção dos olhos contra luminosidade intensa;
- c) óculos de segurança para proteção dos olhos contra radiação ultra-violeta;
- d) óculos de segurança para proteção dos olhos contra radiação infra-vermelha;
- e) óculos de segurança para proteção dos olhos contra respingos de produtos químicos.

##### **B.2 – Protetor facial**

- a) protetor facial de segurança para proteção da face contra impactos de partículas volantes;
- b) protetor facial de segurança para proteção da face contra respingos de produtos químicos;
- c) protetor facial de segurança para proteção da face contra radiação infra-vermelha;
- d) protetor facial de segurança para proteção dos olhos contra luminosidade intensa.

##### **B.3 – Máscara de Solda**

- a) máscara de solda de segurança para proteção dos olhos e face contra impactos de partículas volantes;
- b) máscara de solda de segurança para proteção dos olhos e face contra radiação ultravioleta;
- c) máscara de solda de segurança para proteção dos olhos e face contra radiação infravermelha;
- d) máscara de solda de segurança para proteção dos olhos e face contra luminosidade intensa.

## **C – EPI PARA PROTEÇÃO AUDITIVA**

### **C.1 – Protetor auditivo**

- a) protetor auditivo circum-auricular para proteção do sistema auditivo contra níveis de pressão sonora superiores ao estabelecido na NR – 15, Anexos I e II;
- b) protetor auditivo de inserção para proteção do sistema auditivo contra níveis de pressão sonora superiores ao estabelecido na NR – 15, Anexos I e II;
- c) protetor auditivo semi-auricular para proteção do sistema auditivo contra níveis de pressão sonora superiores ao estabelecido na NR – 15, Anexos I e II.

## **D – EPI PARA PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA**

### **D.1 – Respirador purificador de ar**

- a) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra poeiras e névoas;
- b) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas e fumos;
- c) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas, fumos e radionuclídeos;
- d) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra vapores orgânicos ou gases ácidos em ambientes com concentração inferior a 50 ppm (parte por milhão);
- e) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra gases emanados de produtos químicos;
- f) respirador purificador de ar para proteção das vias respiratórias contra partículas e gases emanados de produtos químicos;

g) respirador purificador de ar motorizado para proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas, fumos e radionuclídeos.

#### **D.2 – Respirador de adução de ar**

a) respirador de adução de ar tipo linha de ar comprimido para proteção das vias respiratórias em atmosferas com concentração Imediatamente Perigosa à Vida e à Saúde e em ambientes confinados;

b) máscara autônoma de circuito aberto ou fechado para proteção das vias respiratórias em atmosferas com concentração Imediatamente Perigosa à Vida e à Saúde e em ambientes confinados;

#### **D.3 – Respirador de fuga**

a) respirador de fuga para proteção das vias respiratórias contra agentes químicos em condições de escape de atmosferas Imediatamente Perigosa à Vida e à Saúde ou com concentração de oxigênio menor que 18 % em volume.

### **E – EPI PARA PROTEÇÃO DO TRONCO**

**E.1 –** Vestimentas de segurança que ofereçam proteção ao tronco contra riscos de origem térmica, mecânica, química, radioativa e meteorológica e umidade proveniente de operações com uso de água.

### **F – EPI PARA PROTEÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES**

#### **F.1 – Luva**

a) luva de segurança para proteção das mãos contra agentes abrasivos e escoriantes;

b) luva de segurança para proteção das mãos contra agentes cortantes e perfurantes;

c) luva de segurança para proteção das mãos contra choques elétricos;

d) luva de segurança para proteção das mãos contra agentes térmicos;

e) luva de segurança para proteção das mãos contra agentes biológicos;

f) luva de segurança para proteção das mãos contra agentes químicos;

g) luva de segurança para proteção das mãos contra vibrações;

h) luva de segurança para proteção das mãos contra radiações ionizantes.

#### **F.2 – Creme protetor**

a) creme protetor de segurança para proteção dos membros superiores contra agentes químicos, de acordo com a Portaria SSST nº 26, de 29/12/1994.

### **F.3 – Manga**

- a) manga de segurança para proteção do braço e do antebraço contra choques elétricos;
- b) manga de segurança para proteção do braço e do antebraço contra agentes abrasivos e escoriantes;
- c) manga de segurança para proteção do braço e do antebraço contra agentes cortantes e perfurantes;
- d) manga de segurança para proteção do braço e do antebraço contra umidade proveniente de operações com uso de água;
- e) manga de segurança para proteção do braço e do antebraço contra agentes térmicos.

### **F.4 – Braçadeira**

- a) braçadeira de segurança para proteção do antebraço contra agentes cortantes.

### **F.5 – Dedeira**

- a) dedeira de segurança para proteção dos dedos contra agentes abrasivos e escoriantes.

## **G – EPI PARA PROTEÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES**

### **G.1 – Calçado**

- a) calçado de segurança para proteção contra impactos de quedas de objetos sobre os artelhos;
- b) calçado de segurança para proteção dos pés contra choques elétricos;
- c) calçado de segurança para proteção dos pés contra agentes térmicos;
- d) calçado de segurança para proteção dos pés contra agentes cortantes e escoriantes;
- e) calçado de segurança para proteção dos pés e pernas contra umidade proveniente de operações com uso de água;
- f) calçado de segurança para proteção dos pés e pernas contra respingos de produtos químicos.

### **G.2 – Meia**

- a) meia de segurança para proteção dos pés contra baixas temperaturas.

### **G.3 – Perneira**

- a) perneira de segurança para proteção da perna contra agentes abrasivos e escoriantes;
- b) perneira de segurança para proteção da perna contra agentes térmicos;
- c) perneira de segurança para proteção da perna contra respingos de produtos químicos;

- d) perneira de segurança para proteção da perna contra agentes cortantes e perfurantes;
- e) perneira de segurança para proteção da perna contra umidade proveniente de operações com uso de água.

#### **G.4 – Calça**

- a) calça de segurança para proteção das pernas contra agentes abrasivos e escoriantes;
- b) calça de segurança para proteção das pernas contra respingos de produtos químicos;
- c) calça de segurança para proteção das pernas contra agentes térmicos;
- d) calça de segurança para proteção das pernas contra umidade proveniente de operações com uso de água.

### **H – EPI PARA PROTEÇÃO DO CORPO INTEIRO**

#### **H.1 – Macacão**

- a) macacão de segurança para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra chamas;
- b) macacão de segurança para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra agentes térmicos;
- c) macacão de segurança para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra respingos de produtos químicos;
- d) macacão de segurança para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra umidade proveniente de operações com uso de água.

#### **H.2 – Conjunto**

- a) conjunto de segurança, formado por calça e blusão ou jaqueta ou paletó, para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra agentes térmicos;
- b) conjunto de segurança, formado por calça e blusão ou jaqueta ou paletó, para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra respingos de produtos químicos;
- c) conjunto de segurança, formado por calça e blusão ou jaqueta ou paletó, para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra umidade proveniente de operações com uso de água;
- d) conjunto de segurança, formado por calça e blusão ou jaqueta ou paletó, para proteção do tronco e membros superiores e inferiores contra chamas.

#### **H.3 – Vestimenta de corpo inteiro**

- a) vestimenta de segurança para proteção de todo o corpo contra respingos de produtos químicos;
- b) vestimenta de segurança para proteção de todo o corpo contra umidade proveniente de operações com água.

## **I – EPI PARA PROTEÇÃO CONTRA QUEDAS COM DIFERENÇA DE NÍVEL**

### **I.1 – Dispositivo trava-queda**

- a) dispositivo trava-queda de segurança para proteção do usuário contra quedas em operações com movimentação vertical ou horizontal, quando utilizado com cinturão de segurança para proteção contra quedas.

### **I.2 – Cinturão**

- a) cinturão de segurança para proteção do usuário contra riscos de queda em trabalhos em altura;
- b) cinturão de segurança para proteção do usuário contra riscos de queda no posicionamento em trabalhos em altura.

**Nota:** O presente Anexo poderá ser alterado por portaria específica a ser expedida pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, após observado o disposto no subitem 6.4.1.

## **ANEXO II**

1.1 – O cadastramento das empresas fabricantes ou importadoras, será feito mediante a apresentação de formulário único, conforme o modelo disposto no ANEXO III, desta NR, devidamente preenchido e acompanhado de requerimento dirigido ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho.

1.2 – Para obter o CA, o fabricante nacional ou o importador, deverá requerer junto ao órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho a aprovação do EPI.

1.3 – O requerimento para aprovação do EPI de fabricação nacional ou importado deverá ser formulado, solicitando a emissão ou renovação do CA e instruído com os seguintes documentos:

- a) memorial descritivo do EPI, incluindo o correspondente enquadramento no ANEXO I desta NR, suas características técnicas, materiais empregados na sua fabricação, uso a que se destina e suas restrições;
- b) cópia autenticada do relatório de ensaio, emitido por laboratório credenciado pelo órgão competente em matéria de segurança e saúde no trabalho ou do documento que comprove que o produto teve sua conformidade avaliada no âmbito do SINMETRO, ou, ainda, no caso de não haver laboratório credenciado capaz de elaborar o relatório de ensaio, do Termo de Responsabilidade Técnica, assinado pelo fabricante ou importador, e por um técnico registrado em Conselho Regional da Categoria;
- c) cópia autenticada e atualizada do comprovante de localização do estabelecimento, e,
- d) cópia autenticada do certificado de origem e declaração do fabricante estrangeiro autorizando o importador ou o fabricante nacional a comercializar o produto no Brasil, quando se tratar de EPI importado.



**ANEXO VI**

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**

**SECRETARIA DE INSPEÇÃO DO TRABALHO**

**DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO**

**FORMULÁRIO ÚNICO PARA CADASTRAMENTO DE EMPRESA FABRICANTE OU IMPORTADORA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

– Identificação do fabricante ou importador de EPI:

Fabricante: Importador: Fabricante e Importador:

Razão Social:

Nome Fantasia: CNPJ/MF:

Inscrição Estadual – IE: Inscrição Municipal – IM:

Endereço: Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Telefone: Fax:

E-Mail: Ramo de Atividade:

CNAE (Fabricante): CCI da SRF/MF (Importador):

2 – Responsável perante o DSST / SIT:

a) Diretores:

Nome N.º da Identidade Cargo na Empresa

1

2

3

b) Departamento Técnico:

Nome N.º do Registro Prof. Conselho Prof./Estado

1

2

3 – Lista de EPI fabricados:

4 – Observações:

a) Este formulário único deverá ser preenchido e atualizado, sempre que houver alteração, acompanhado de requerimento ao DSST / SIT / MTE;

b) Cópia autenticada do Contrato Social onde conste dentre os objetivos sociais da empresa, a fabricação e/ou importação de EPI.

**Nota:** As declarações anteriormente prestadas são de inteira responsabilidade do fabricante ou importador, passíveis de verificação e eventuais penalidades, facultadas em Lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor ou Representante Legal

## **ANEXO - VII**

### **NR 17 - Ergonomia (117.000-7)**

17.1. Esta Norma Regulamentadora visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

17.1.1. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho.

17.1.2. Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho, conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora.

17.2. Levantamento, transporte e descarga individual de materiais.

17.2.1. Para efeito desta Norma Regulamentadora:

17.2.1.1. Transporte manual de cargas designa todo transporte no qual o peso da carga é suportado inteiramente por um só trabalhador, compreendendo o levantamento e a deposição da carga.

17.2.1.2. Transporte manual regular de cargas designa toda atividade realizada de maneira contínua ou que inclua, mesmo de forma descontínua, o transporte manual de cargas.

17.2.1.3. Trabalhador jovem designa todo trabalhador com idade inferior a 18 (dezoito) anos e maior de 14 (quatorze) anos.

17.2.2. Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança.

(117.001-5 / I1)

17.2.3. Todo trabalhador designado para o transporte manual regular de cargas, que não as leves, deve receber treinamento ou instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho

que deverá utilizar, com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes. (117.002-3 / I2)

17.2.4. Com vistas a limitar ou facilitar o transporte manual de cargas, deverão ser usados meios técnicos apropriados.

17.2.5. Quando mulheres e trabalhadores jovens forem designados para o transporte manual de cargas, o peso máximo destas cargas deverá ser nitidamente inferior àquele admitido para os homens, para não comprometer a sua saúde ou a sua segurança. (117.003-1 / I1)

17.2.6. O transporte e a descarga de materiais feitos por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou qualquer outro aparelho mecânico deverão ser executados de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança. (117.004-0 / I1)

17.2.7. O trabalho de levantamento de material feito com equipamento mecânico de ação manual deverá ser executado de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança. (117.005-8 / I1)

17.3. Mobiliário dos postos de trabalho.

17.3.1. Sempre que o trabalho puder ser executado na posição sentada, o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para esta posição. (117.006-6 / I1)

17.3.2. Para trabalho manual sentado ou que tenha de ser feito em pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação e devem atender aos seguintes requisitos mínimos:

a) ter altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com a distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com a altura do assento;

(117.007-4 / I2)

b) ter área de trabalho de fácil alcance e visualização pelo trabalhador; (117.008-2 / I2)

c) ter características dimensionais que possibilitem posicionamento e movimentação adequados dos segmentos corporais. (117.009-0 / I2)

17.3.2.1. Para trabalho que necessite também da utilização dos pés, além dos requisitos estabelecidos no subitem 17.3.2, os pedais e demais comandos para acionamento pelos pés devem ter posicionamento e dimensões que possibilitem fácil alcance, bem como ângulos

adequados entre as diversas partes do corpo do trabalhador, em função das características e peculiaridades do trabalho a ser executado. (117.010-4 / I2)

17.3.3. Os assentos utilizados nos postos de trabalho devem atender aos seguintes requisitos mínimos de conforto:

a) altura ajustável à estatura do trabalhador e à natureza da função exercida; (117.011-2 / I1)

b) características de pouca ou nenhuma conformação na base do assento; (117.012-0 / I1)

c) borda frontal arredondada; (117.013-9 / I1)

d) encosto com forma levemente adaptada ao corpo para proteção da região lombar.

(117.014-7 / I1)

17.3.4. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados sentados, a partir da análise ergonômica do trabalho, poderá ser exigido suporte para os pés, que se adapte ao comprimento da perna do trabalhador. (117.015-5 / I1)

17.3.5. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante as pausas. (117.016-3 / I2)

17.4. Equipamentos dos postos de trabalho.

17.4.1. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.4.2. Nas atividades que envolvam leitura de documentos para digitação, datilografia ou mecanografia deve:

a) ser fornecido suporte adequado para documentos que possa ser ajustado proporcionando boa postura, visualização e operação, evitando movimentação freqüente do pescoço e fadiga visual; (117.017-1 / I1)

b) ser utilizado documento de fácil legibilidade sempre que possível, sendo vedada a utilização do papel brilhante, ou de qualquer outro tipo que provoque ofuscamento.

(117.018-0 / I1)

17.4.3. Os equipamentos utilizados no processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo devem observar o seguinte:

- a) condições de mobilidade suficientes para permitir o ajuste da tela do equipamento à iluminação do ambiente, protegendo-a contra reflexos, e proporcionar corretos ângulos de visibilidade ao trabalhador; (117.019-8 / I2)
- b) o teclado deve ser independente e ter mobilidade, permitindo ao trabalhador ajustá-lo de acordo com as tarefas a serem executadas; (117.020-1 / I2)
- c) a tela, o teclado e o suporte para documentos devem ser colocados de maneira que as distâncias olho-tela, olhoteclado e olho-documento sejam aproximadamente iguais; (117.021-0 / I2)
- d) serem posicionados em superfícies de trabalho com altura ajustável. (117.022-8 / I2)

17.4.3.1. Quando os equipamentos de processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo forem utilizados eventualmente poderão ser dispensadas as exigências previstas no subitem 17.4.3, observada a natureza das tarefas executadas e levando-se em conta a análise ergonômica do trabalho.

#### 17.5. Condições ambientais de trabalho.

17.5.1. As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

- a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO; (117.023-6 / I2)
- b) índice de temperatura efetiva entre 20oC (vinte) e 23oC (vinte e três graus centígrados); (117.024-4 / I2)
- c) velocidade do ar não superior a 0,75m/s; (117.025-2 / I2)
- d) umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento. (117.026-0 / I2)

17.5.2.1. Para as atividades que possuam as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB (A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60 dB.

17.5.2.2. Os parâmetros previstos no subitem 17.5.2 devem ser medidos nos postos de trabalho, sendo os níveis de ruído determinados próximos à zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

17.5.3. Em todos os locais de trabalho deve haver iluminação adequada, natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade.

17.5.3.1. A iluminação geral deve ser uniformemente distribuída e difusa.

17.5.3.2. A iluminação geral ou suplementar deve ser projetada e instalada de forma a evitar ofuscamento, reflexos incômodos, sombras e contrastes excessivos.

17.5.3.3. Os níveis mínimos de iluminamento a serem observados nos locais de trabalho são os valores de iluminâncias estabelecidos na NBR 5413, norma brasileira registrada no INMETRO. (117.027-9 / I2)

17.5.3.4. A medição dos níveis de iluminamento previstos no subitem 17.5.3.3 deve ser feita no campo de trabalho onde se realiza a tarefa visual, utilizando-se de luxímetro com fotocélula corrigida para a sensibilidade do olho humano e em função do ângulo de incidência. (117.028-7 / I2)

17.5.3.5. Quando não puder ser definido o campo de trabalho previsto no subitem 17.5.3.4, este será um plano horizontal a 0,75m (setenta e cinco centímetros) do piso.

17.6. Organização do trabalho.

17.6.1. A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2. A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- a) as normas de produção;
- b) o modo operatório;
- c) a exigência de tempo;
- d) a determinação do conteúdo de tempo; e) o ritmo de trabalho;
- f) o conteúdo das tarefas.

17.6.3. Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; (117.029-5 / I3)

b) devem ser incluídas pausas para descanso; (117.030-9 / I3)

c) quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento. (117.031-7 / I3)

17.6.4. Nas atividades de processamento eletrônico de dados, deve-se, salvo o disposto em convenções e acordos coletivos de trabalho, observar o seguinte:

a) o empregador não deve promover qualquer sistema de avaliação dos trabalhadores envolvidos nas atividades de digitação, baseado no número individual de toques sobre o teclado, inclusive o automatizado, para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie; (117.032-5)

b) o número máximo de toques reais exigidos pelo empregador não deve ser superior a 8 (oito) mil por hora trabalhada, sendo considerado toque real, para efeito desta NR, cada movimento de pressão sobre o teclado; (117.033-3 / I3)

c) o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 (cinco) horas, sendo que, no período de tempo restante da jornada, o trabalhador poderá exercer outras atividades, observado o disposto no art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho, desde que não exijam movimentos repetitivos, nem esforço visual; (117.034-1 / I3)

d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinquenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho; (117.035-0 / I3)

e) quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção em relação ao número de toques deverá ser iniciado em níveis inferiores do máximo estabelecido na alínea "b" e ser ampliada progressivamente. (117.036-8 / I3)

## **Anexo VIII**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, declaro que:

Concordei total e plenamente em responder ao questionário , de livre e espontânea vontade;

Fui devidamente esclarecido sobre a justificativa, o objetivo, os procedimentos e metodologia do trabalho em questão;

É do meu conhecimento que o questionário não conterá qualquer indicador de identidade do participante , ficando plenamente garantido o sigilo quanto a minha privacidade ;

É do meu inteiro conhecimento que a CD Márcia Perrella solicitou-me que preenchesse o questionário para utilizar em trabalho de pesquisa científica denominada: **“Biossegurança em Serviços Públicos”** ;

Não houve qualquer tipo de constrangimento ou coação para o preenchimento do questionário , tendo me dada total liberdade de recusar a participar do grupo de pesquisa a qualquer tempo.

Qualquer dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP, no endereço: Av.Limeira,901,Vila Areião, Piracicaba-SP.

Nestes termos, dou meu pleno consentimento, livre e esclarecido, para a utilização do questionário, especificamente para a pesquisa que será desenvolvida pela CD Márcia Perrella, denominada **“Biossegurança em Serviços em Públicos”**.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
CRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura



## **ANEXO IX**

### **QUESTIONÁRIO APLICADO AO CIRURGIÃO-DENTISTA**

1.Sexo:

Feminino

Masculino

2.Tempo de exercício profissional clínico:

01 a 05 anos       26 a 30 anos

06 a 10 anos       31 a 35 anos

11 a 15 anos       36 a 40 anos

16 a 20 anos       41 a 45 anos

21 a 25 anos       46 a 50 anos

3.Setor de trabalho:

no serviço público SUS

em consultório particular

em clínica de terceiros ( sindicatos, indústrias, hospitais, etc.)

outros

4.Com que frequência participa de cursos, palestras, aulas, etc. de interesse da sua área de atuação;

no mínimo, uma vez por semestre.

no mínimo, uma vez por ano.

no mínimo, uma vez cada dois anos.

5.Fez ou está fazendo curso de pós-graduação? Nível?

Sim       Não

6.No Local em que trabalha, você tem profissionais auxiliares?

Sim       Não

7.Você acha que os cirurgiões dentistas estão bem informados a respeito de Biossegurança?

Sim       Não

8. Qual sua percepção sobre o risco de contaminação cruzada em seu local de trabalho?

nenhum    pequeno    médio    grande

9. Como você avalia o intervalo de tempo entre as consultas dos seus pacientes?  
( ) Péssimo ( ) regular ( ) bom ( ) muito bom
10. Você tem conhecimento de aspectos legais e jurídicos da relação dentista/paciente?  
( ) Sim ( ) Não
11. Você tem conhecimento de algum procedimento do Serviço de Vigilância Sanitária?  
( ) Sim ( ) Não
12. Você já recebeu a visita da Vigilância Sanitária em seu local de trabalho?  
( ) Sim ( ) Não
13. Se a visita ocorre, qual a periodicidade desta visita?
14. Se você respondeu afirmativamente a à pergunta 12, quais foram os procedimentos executados pelo serviço de Vigilância Sanitária?
15. Vídeos e outros materiais informativos sobre Biossegurança teriam alguma utilidade para você?
16. Que tipo de ação você recomendaria que fosse feita pelo CRO para estimular o controle da contaminação cruzada nos consultórios?
17. Qual o método de esterilização dos instrumentais aplicados em seu local de trabalho?  
( ) Autoclave ( ) Processo químico  
( ) Estufa ( ) Processo físico químico
18. Se, processo químico, quais destes são utilizados?  
( ) Álcool etílico ( ) Formaldeído ( ) todos acima relacionados  
( ) Glutaraldeído ( ) Hipoclorito de sódio
19. A Instituição em que trabalha oferece o equipamento de proteção individual?  
( ) Sim ( ) Não
20. Se oferece, quais são esses equipamentos?
21. Além da AIDS, quais outras o dentista/paciente pode com mais facilidade contrair em seu ambiente de trabalho?  
( ) Hepatite B ( ) Pneumonia  
( ) Vírus *influenza* ( ) Todas relacionadas acima
22. A Instituição em que trabalha realiza a vacinação em tempo determinado para a proteção do profissional? ( ) Sim ( ) Não

23. A limpeza na Unidade em que trabalha é realizada regularmente?  
 Sim       Não
24. As lixeiras são tampadas?  
 Sim       Não
25. Há sacos de lixo diferenciados de cor branca leitosa e preta?  
 Sim       Não
26. Há termômetro acessório para a estufa?  
 Sim       Não
27. Há os protetores descartáveis para a seringa tríplice?  
       Não
28. Quais as medidas tomadas para a assepsia das peças de mão do equipo?
29. O profissional costuma re-encapar a agulha após o uso?  
 Sim       Não
30. Há em seu local de trabalho recipientes para armazenar corretamente os instrumentais após a esterelização dos mesmos?  
 Sim       Não
31. Há as caixas descartáveis para agulhas e materiais contaminados?  
 Sim       Não
32. Existe aparelho de RX em sua Instituição?  
 Sim       Não
33. Se existe, há a blindagem exigida pela Vigilância Sanitária?  
 Sim       Não
34. Se existe, há a licença exigida para o funcionamento do mesmo?  
 Sim       Não
35. A Instituição fornece equipamento de proteção de raio x?  
 Sim       Não.



 **UNICAMP**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
**CERTIFICADO**



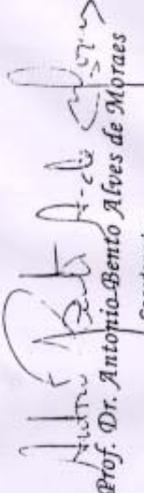
Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Biossegurança nos serviços públicos", sob o protocolo nº 046/2003, da Pesquisadora **Márcia Perrella**, sob a responsabilidade dos Profs. Drs. **Gláucia Maria Bovi Ambrosano** e **Luis Franceschini Júnior**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 18 de Junho de 2003

We certify that the research project with title "**BIOSECURITY IN CIVIL SERVICES**", protocol nº 046/2003, by Researcher **Márcia Perrella**, responsibility by Prof. Dr. **Gláucia Maria Bovi Ambrosano** and **Luis Franceschini Júnior**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, June 18 2003

  
Prof. Dr. **Pedro Luiz Rosalen**  
Secretário  
CEP/FOP/UNICAMP

  
Prof. Dr. **Antonio-Bento Alves de Moraes**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP



