

Maria do Carmo Freitas da Costa

AS CONDIÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS FISCALIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: *UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA.*

Faculdade de Medicina  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2002

Maria do Carmo Freitas da Costa

AS CONDIÇÕES DE CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS INFECÇÃO  
DOS ODONTOLÓGICOS FISCALIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE: *UMA ABORDAGEM  
EPIDEMIOLÓGICA.*

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Pública, nível mestrado da  
Faculdade de Medicina da UFMG  
como requisito parcial para  
obtenção do grau de mestre.

Área de concentração:  
Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Waleska  
Teixeira Caiaffa.

Co-orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Isabela  
Almeida Pordeus.

C837c

Costa. Maria do Carmo Freitas da  
As condições de controle de infecção dos estabelecimentos  
Odontológicos fiscalizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo  
Horizonte: uma abordagem epidemiológica/  
Maria do Carmo Freitas da Costa.  
Belo Horizonte. 2002.

202 p. ilustr.

Dissertação. (Mestrado). Saúde Pública. Faculdade de Medicina  
da UFMG.

1. Controle de infecções dentárias 2. Infecção hospitalar/prevenção e  
controle 3. Odontologia em saúde pública 4. Vigilância epidemiológica 5.  
Vigilância sanitária I. Título

NLM: WU 100

COU: 616.314: 614.4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS****Reitora:**

Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia Almeida Gazzola

**Vice-Reitor:**

Prof. Marcos Borato Viana

**Pró-Reitora de Pós-Graduação:**

Prof<sup>a</sup>. Maria Sueli de Oliveira Pires

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

**Vice- Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Joel Alves Lamounier

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Prof. Francisco José Penna

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em saúde Pública:**

Prof. Waleska Teixeira Caiaffa

**Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública:**

Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa

Prof<sup>a</sup>. Ada Ávila Assunção Prof. Antônio Leite Alves

Prof<sup>a</sup>. Elizabeth Barbosa França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco Eduardo Campos

Prof. José Otávio Penido Fonseca

Prof<sup>a</sup>. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Rosiene Maria de Freitas -Representante discente

Maria Angélica de Salles Dias - Suplente

Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Agosto 2002

**Para:**

*a vida;*

*quem veio antes e me fez chegar até aqui, meus pais;*

*quem está indo adiante, Brenda e Brunno, meus filhos;*

*meu Companheiro Gigante, Cacá;*

*você, que sabe sua grande importância nesta conquista; que, quando mando  
um beijo no coração, sente e sabe a sua contribuição nesse processo.*

*Obrigada!*

## **Agradecimentos**

A Deus,

Começo e fim de todo conhecimento. Obrigada por mais essa conquista: aumentar minha responsabilidade social; permitindo-me conhecer um pouco mais para ajudar aqueles que não tiveram essa oportunidade.

Ao Mestre dos mestres,

Jesus, a grande lição é a Sua Vida: a serviço do Amor!

Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Waleska Teixeira Caiaffa,

Seu estímulo constante me incentivou a superar as minhas limitações. Aprecio o seu rigor para com a ciência. A sua orientação teve enorme contribuição para a minha formação.

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Isabela Almeida Pordeus,

Pela sua dedicação ao processo ensino-aprendizagem.

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Suzana L. Souza,

Ensinando-nos a empregar a palavra certa da maneira correta.

Prot. Dr. Renato Camargos Couto,

Pela sua opção de vida de se colocar a serviço da ciência e da promoção humana num ritmo inigualável. Devo-lhe a descoberta e a paixão pela Epidemiologia.

Dr. João Batista e equipe da VISA\SMSA

Pela acolhida, ao abrir as portas para o desenvolvimento do meu trabalho em campo;

Dr. Mário Lúcio da SMSA,

Pela permissão de continuidade à minha pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FM/UFMG,

Pela competência e seriedade.

Dr. Prof. Arnaldo Garrocho,

Pelo apoio e confiança no meu trabalho.

Dr<sup>a</sup> Divane L. Matos,

Pelo acompanhamento.

Aos grandes professores que tive,

Por terem sido simples, éticos, transparentes e pequenos; ao ponto de me deixarem ver através deles a imperfeição; e, ao extremo de doarem suas vidas, lutando por combatê-la.

Aos meus amigos (as),

pelo carinho e por me sustentarem no caminho;

Às minhas secretárias,

por fazerem as tarefas domésticas por mim;

Aos meus alunos

todos os faróis de esperança, seus olhos, iluminam minha trajetória, fazendo-me buscar o crescimento, acreditar, continuar, e sempre desejar mais.

Obrigada a todos vocês que me ajudaram a chegar até aqui!

*"Se consegui enxergar um pouco além, foi devido ao esforço que tive que fazer para ver acima dos ombros dos gigantes que estavam ao meu lado."*

*Issac Newton*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAS** - Alvará de Autorização Sanitária
- ABNT**- Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ACD** - Auxiliar de Consultório Dentário
- ADA** - *American Dental Association*
- ADAA** - *American Dental Assistants Association*
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APIC** - *Association for Practitioners in Infection Control*
- BIH** – Belo Horizonte
- CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CCIO** - Comissão de Controle de Infecção Odontológica
- CD** - Cirurgião Dentista
- COC** - *Centers of Diseases Control*, de Atlanta, EUA
- CDTN** - Centro de Desenvolvimento Tecnológico Nacional
- CFO** - Conselho Federal de Odontologia
- CME** - Central de Material e Esterilização
- CNEN**- Comissão Nacional de Energia Nuclear
- DML** - Divisão de Material e Limpeza
- EO** - Estabelecimento Odontológico
- EUA** - Estados Unidos da América
- HCV** - Vírus da hepatite tipo C
- IH** - Infecção Hospitalar
- ISO** - Organização Internacional para a normatização

**IO** - Infecção Odontológica

**JCAH** - *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*

**MS** - Ministério da Saúde.

**OHSAS** - Grupo de Contribuição para a Segurança e Saúde Ocupacional

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**PCIH** - Programa de Controle de Infecção Hospitalar

**PNCIH** - Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar

**RT** - Responsável Técnico

**RX** - Raios X

**SCIO** - Serviço de Controle de Infecção Odontológica

**SENIC** - *Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*

**SES** - Secretaria Estadual de Saúde

**SHEA** - *Society of Hospital Epidemiologists of America*

**SMSA** - Secretaria Municipal de Saúde

**SO** - Serviço Odontológico

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**THD** - Técnico em Higiene Dental

**TPD** - Técnico em Prótese Dentária

**UCISA** - Unidade de Controle de Infecção em Serviços de Saúde

**VE** - Vigilância Epidemiológica

**VISA** - Vigilância Sanitária

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao tipo de estabelecimento odontológico.	<b>56</b>
<b>TABELA 2</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao caráter do estabelecimento.	<b>57</b>
<b>TABELA 3</b>	- Distribuição de freqüências das Fiscalização relacionadas à apresentação dos documentos necessários para o funcionamento do estabelecimento odontológico.	<b>57</b>
<b>TABELA 4</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à existência de aparelhos de RX.	<b>59</b>
<b>TABELA 5</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização em relação ao motivo da inspeção.	<b>59</b>
<b>TABELA 6</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à área física dos estabelecimentos odontológicos.	<b>61</b>
<b>TABELA 7</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas às unidades transportáveis e móveis.	<b>65</b>
<b>TABELA 8</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos equipamentos e aparelhos necessários aos estabelecimentos.	<b>67</b>
<b>TABELA 9</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto às pontas de trabalho do equipo odontológico.	<b>69</b>
<b>TABELA 10</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos instrumentais odontológicos	<b>70</b>
<b>TABELA 11</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos Equipamentos de Proteção Individual(EPI).	<b>71</b>
<b>TABELA 12</b>	- Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto à desinfecção prévia dos artigos odontológicos.	<b>72</b>

<b>TABELA 13</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto à desinfecção do equipamento.	<b>73</b>
<b>TABELA 14</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao processo de esterilização.	<b>74</b>
<b>TABELA 15</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao armazenamento dos instrumentais VISA-SMS/BH, 2000 - 07/2002.	<b>77</b>
<b>TABELA 16</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos materiais de consumo odontológico.	<b>78</b>
<b>TABELA 17</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao sistema de anotação dos dados dos pacientes.	<b>79</b>
<b>TABELA 18</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao regulamento interno.	<b>79</b>
<b>TABELA 19</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao tratamento e destino de resíduos e moldes para laboratório.	<b>81</b>
<b>TABELA 20</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao emprego da radiação ionizante - RX.	<b>82</b>
<b>TABELA 21</b> - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao pessoal auxiliar encontrar-se devidamente registrado no CRO/MG.	<b>83</b>
<b>TABELA 22</b> - Distribuição de freqüências das notas em relação ao critério Aprovação.	<b>85</b>
<b>TABELA 23</b> - Distribuição de freqüências de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimentos odontológicos com "nota" até 55%.	<b>86</b>
<b>TABELA 24</b> - Distribuição de freqüências de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimentos odontológicos com "nota" de 55% a 72%.	<b>87</b>
<b>TABELA 25</b> - Distribuição de freqüências de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimentos odontológicos com "nota" acima de 84%.	<b>88</b>

<b>TABELA 26</b> - Distribuição de freqüências da pontuação obtida ("nota") dos estabelecimentos odontológicos após a 1ª fiscalização sanitária.	<b>152</b>
<b>TABELA 27</b> - Distribuição de freqüências do tempo de processo do Alvará Sanitário.	<b>155</b>
<b>TABELA 28</b> - Distribuição de freqüências das ocorrências do processo de fiscalização.	<b>156</b>
<b>TABELA 29</b> - Distribuição de freqüências do número de fiscalização sanitária por estabelecimento odontológico e por processo.	<b>157</b>
<b>TABELA 30</b> - Distribuição de freqüências do número de Responsável Técnico - RT por estabelecimento odontológico e por processo.	<b>157</b>

**LISTAS DE QUADROS**

<b>QUADRO 1</b> -	Recomendações do Ministério da Saúde quanto às normas de biossegurança na clínica Odontológica.	<b>12</b>
<b>QUADRO 2</b> -	Regulamentação vigente na cidade de Belo Horizonte sobre controle de infecção na odontologia	<b>21</b>
<b>QUADRO 3</b> -	Legislação vigente no Brasil sobre controle de infecção hospitalar.	<b>23</b>
<b>QUADRO 4</b> -	Grupos de fatores de risco que constituem objeto das ações de Vigilância Sanitária.	<b>28</b>
<b>QUADRO 5</b> -	Descrição dos aspectos a serem considerados na fase de planejamento da área física dos estabelecimentos odontológicos.	<b>160</b>
<b>QUADRO 6</b> -	Classificação do tipo de estabelecimento odontológico segundo critérios da VISA-SMS-SUS/BH.	<b>161</b>
<b>QUADRO 7</b> -	Equipamentos que realizam esterilização mais freqüentemente empregados na Odontologia.	<b>165</b>
<b>QUADRO 8</b> -	Desinfetantes freqüentemente empregados para desinfecção das pontas do equipo odontológico.	<b>166</b>
<b>QUADRO 9</b> -	Desinfetantes de alto nível de atividade microbicida indicados para emprego na Odontologia.	<b>173</b>
<b>QUADRO 10</b> -	Soluções desinfetantes empregadas rotineiramente para a desinfecção ambiental na Odontologia.	<b>175</b>
<b>QUADRO 11</b> -	Recomendações preconizadas para a seleção de métodos de desinfecção relacionados à prótese odontológica.	<b>176</b>

**LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1</b> - Critérios para Acreditação dos hospitais da América Latina e Caribe.	<b>17</b>
<b>FIGURA 2</b> - Fluxograma dos setores odontológicos.	<b>163</b>
<b>FIGURA 3</b> - Fluxograma da prestação de serviços da VISA-SMSA-SUS/BH.	<b>41</b>
<b>FIGURA 4</b> - Fórmula utilizada para cálculo da pontuação no Roteiro de Vistoria.	<b>44</b>
<b>FIGURA 5</b> - Fluxograma de obtenção da amostra da pesquisa.	<b>51</b>
<b>FIGURA 6</b> - Distribuição dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados pela VISA-SMSA-SUS/BH para obtenção do AAS no período de 12/06/2000 a 15/07/2002 .	<b>54</b>

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 1 -</b>	Freqüência e distribuição dos estabelecimentos odontológicos cadastrados na VISA-SMSA-SUS/BH durante o período de JUN/2000 a JUL/2002.	<b>50</b>
<b>GRÁFICO 2 -</b>	Freqüência e distribuição do sexo dos Responsáveis Técnicos dos estabelecimentos odontológicos junto a VISA-SMSA-SUS/BH no período de JUN/2000 a JUL/2002.	<b>55</b>
<b>GRÁFICO 3 -</b>	Freqüência e distribuição do número de fiscalizações, por Fiscal Sanitário da VISA-SMSA/BH, no período de JUN/2000 a JUL/2002	<b>60</b>
<b>GRÁFICO 4 -</b>	Freqüência de lavatórios exclusivos para lavagem das mãos dos profissionais nos consultórios odontológicos no período de JUN/2000 a JUL/2002.	<b>64</b>
<b>GRÁFICO 5 -</b>	Freqüência de utilização de sabonete líquido nos estabelecimentos odontológicos no período de JUN/2000 a JUL/2002	<b>64</b>
<b>GRÁFICO 6 -</b>	Freqüência dos estabelecimentos fiscalizados que realizam a esterilização dos instrumentais no período de JUN/2000 a JUL/2002.	<b>76</b>
<b>GRÁFICO 7 -</b>	Freqüência da observância do tempo/temperatura preconizados para esterilização dos artigos odontológicos pelos profissionais fiscalizados no período de JUN/2000 a JUL/2002	<b>76</b>

## RESUMO

Pesquisar o risco sanitário envolvido na prática odontológica constitui-se matéria relevante para a saúde pública. Diante da obrigatoriedade do cumprimento de exigências técnicas e da fragilidade na indicação das mesmas, pelos organismos oficiais, dada a falta de parâmetros institucionais e de indicadores epidemiológicos que sustentariam as recomendações do Controle de Infecção para a odontologia, abre-se um hiato que instigou a pesquisa em tomo deste tema. O objetivo principal deste estudo foi descrever as condições de controle de infecção apresentadas pelos serviços odontológicos fiscalizados pela Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Belo Horizonte – VISA, Estado de Minas Gerais; a partir da implantação da Portaria VISA-SMSA-SUS/BH N° 026 em 12 de junho de 2000, que tornou obrigatória a liberação do Alvará de Autorização Sanitária - AAS para o funcionamento dos estabelecimentos odontológicos. O critério de inclusão foi: ter sido fiscalizado e ter o Processo em vias de arquivamento. O número de estabelecimentos que tiveram seus processos investigados foi de 619. Trata-se de um estudo transversal, exploratório com componente descritivo. O estudo concluiu que: a) apenas três estabelecimentos obtiveram a pontuação total; b) a maioria dos estabelecimentos odontológicos cadastrados na VIS-SMSA-SUS/BH, 616(99,5%), não cumprem todas as exigências do Roteiro de Vistoria Fiscal; c) 560(93,2%) dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados receberam algum tipo de ocorrência, significando não conformidade com as exigências da Lei; d) o critério de pontuação atribuído aos estabelecimentos odontológicos de 55% para obtenção do AAS permite transgressões quanto às medidas de controle de infecção, expondo riscos à saúde dos pacientes; e) a educação continuada deve ser um investimento constante visando o aprimoramento e formação da equipe de Fiscais Sanitários e os profissionais da saúde bucal, e; f) o critério de pontuação para liberação do Alvará de Autorização Sanitária e do Selo de Certificação devem ser melhor estudados.

**SUMÁRIO**

<b>RESUMO</b>	<b>XV</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>4</b>
2.1 - As Infecções Odontológicas	<b>6</b>
2.2 - O Controle de Infecções na Odontologia	<b>10</b>
2.3 - As Tendências do Controle de Infecção	<b>15</b>
2.4 - A Regulamentação Vigente	<b>20</b>
<b>3 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b>	<b>24</b>
3.1 - Relações Consumo & Segurança	<b>25</b>
3.2 - O Conceito de Risco Sanitário	<b>26</b>
3.3 - Objetivos da Vigilância Sanitária	<b>29</b>
3.4 - O Poder de Polícia	<b>31</b>
3.5 - A Vigilância Sanitária no Município de Belo Horizonte	<b>31</b>
3.6 - Ações Programáticas da VISA-SMS-SUS/BH para o ano de 2003	<b>34</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
4.1 - Objetivo Geral	<b>38</b>
4.2 - Objetivos Específicos	<b>38</b>
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>39</b>
5.1 - Desenho de Estudo	<b>40</b>
5.2 – Local	<b>40</b>

5.3 - Área de Abrangência	42
5.4 – Período	42
5.5 - População e Critérios de Elegibilidade	42
5.6 - Definição do Objeto de Estudo	43
5.7 - Variáveis do Estudo	44
5.8 - Dinâmica da Pesquisa	47
5.9 - Aspectos Éticos da Pesquisa	48
5.10 - Banco de Dados e <i>Softwares</i> de Análise	48
5.11 - Análise Estatística	48
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>49</b>
6.1 - Dados Gerais	50
6.2 - Dados referentes aos Estabelecimentos Vistoriados	60
6.2.1- Área Física dos estabelecimentos Odontológicos	60
6.2.2- Unidades transportáveis e Móveis	65
6.2.3- Equipamentos e aparelhos	66
6.2.4- Pontas	66
6.2.5- Instrumentais	70
6.2.6- Equipamento de Proteção Individual	70
6.2.7- Desinfecção Prévia dos Artigos	72
6.2.8- Desinfecção do Equipamento	73
6.2.9- Esterilização	77
6.2.10- Armazenamento dos Instrumentais	77
6.2.11- Materiais de Consumo	78
6.2.12- Sistemas de Anotação	78
6.2.13-Regulamento Interno	79
6.2.14- Tratamento e Destino de resíduos e Moldes para Laboratórios	80

6.2.15- Radiação Ionizante - RX	80
6.2.16- Pessoal Auxiliar	80
6.3 - Análise da Pontuação Obtida	83
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>89</b>
7.1 - Os Resultados Obtidos	90
7.1.1 - Os Serviços Cadastrados na VISA-SMS-SUS/BH	90
7.1.2 - Os Serviços que Interromperam o Acompanhamento	91
7.1.3 - O Cumprimento da Regulamentação Vigente	91
7.1.3.1 – Identificação	91
7.1.3.2- Área Física dos estabelecimentos Odontológicos	92
7.1.3.3- Unidades transportáveis e Móveis	92
7.1.3.4- Equipamentos e aparelhos	93
7.1.3.5- Pontas	93
7.1.3.6- Instrumentais	93
7.1.3.7- Equipamento de Proteção Individual	94
7.1.3.8- Desinfecção Prévia dos Artigos	94
7.1.3.9- Desinfecção do Equipamento	94
7.1.3.10- Esterilização	95
7.1.3.11- Armazenamento dos Instrumentais	96
7.1.3.12- Materiais de Consumo	97
7.1.3.13- Sistemas de Anotação	97
7.1.3.14-Regulamento Interno	97
7.1.3.15- Tratamento e Destino de resíduos e Moldes para Laboratórios	98
7.1.3.16- Radiação Ionizante - RX	99
7.1.3.17- Pessoal Auxiliar	100

7.1.4 - A Pontuação	101
7.2 - Diferenças Conceituais entre Controle de Infecção e Biossegurança	103
7.3 - Aspectos Metodológicos/Limitações	104
7.3.1 - O Desenho do Estudo	104
7.3.2 - Os Dados da Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (VISA–SMSA-SUS/BH)	104
7.3.3 - A Coleta de Dados nos Processos	104
7.3.4 - A Liberação do Alvará de Autorização Sanitária	105
<b>8 CONCLUSÃO</b>	<b>106</b>
<b>9 RECOMENDAÇÕES À VISA- SMSA-SUS/BH</b>	<b>109</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>111</b>
<b>10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO A - Portaria VISA-SMSA-SUS/BH N° 026 de 12/06/2000</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO B - Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO C - Carta de Solicitação de Autorização para Pesquisa</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO D - Autorização para Pesquisa</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO E - Mapa do Município de Belo Horizonte</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO F - Mapas de Distribuição dos Dentistas e Clínicas - BH/MG</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO G - Carta de Solicitação para Discussão da Pesquisa</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO H – Tabelas</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO I - Aspectos Práticos do Controle de Infecção na Odontologia a serem observados</b>	<b>158</b>

**1 INTRODUÇÃO**

---

A Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – VISA-SMSA-SUS/BH, Estado de Minas Gerais, tem a função de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços. Com a proposta de municipalização do SUS, houve a reestruturação deste Serviço, visando atender aos objetivos que lhe foram propostos. Houve: a) a complementação da regulamentação, com a publicação da Portaria VISA-SMSA-SUS/BH Nº 026 de 12/06/2000 (ANEXO A); b) a pactuação deste Serviço com as Entidades de Classe Odontológicas sobre as condições sanitárias mínimas a serem exigidas para o funcionamento dos estabelecimentos odontológicos; c) a criação de um Roteiro de Fiscalização que verificasse o cumprimento da regulamentação (ANEXO B); d) o compromisso de uma abordagem educativa; e, e) a obrigatoriedade da liberação do Alvará Sanitário para qualquer tipo de prestação de assistência odontológica a partir da data de publicação da referida Lei (SOUZA, 2002).

Os riscos de infecção cruzada em odontologia são evidenciados por condições específicas do trabalho odontológico, sendo elas; o estreito contato profissional/paciente, a alta rotatividade de pacientes, a realização do trabalho na cavidade bucal, o alto índice de sangramento durante os procedimentos e a produção constante de aerossóis pelo uso de instrumentos rotatórios, sob pressão e ultrassônicos (ROSSETINI, 1984).

A equipe odontológica está sob constante risco de se contaminar com agentes infecciosos e de transmiti-los de um paciente a outro. Apesar de sempre ter existido este risco, foi o aparecimento da AIDS que aumentou o interesse pelo Controle de Infecção/Biossegurança (DISCACCIATI & PORDEUS, 1997).

Conhecer a frequência e a distribuição do cumprimento da legislação relativa ao controle de infecção na odontologia, em Belo Horizonte, mostrou-se importante:

a) porque a criação de um banco de dados constitui-se passo primordial para conhecimento, avaliação e ajustes em relação às medidas preconizadas para o Controle de Infecção na Odontologia; proporcionando condições de instrumentalizar propostas, definir normas, estabelecer pontos de corte e explicitar as rotinas de trabalho;

b) a apresentação de um perfil que caracterize as condições encontradas quando da fiscalização, permitirá uma análise posterior mais aprimorada, no sentido de buscar fatores causais para a informação obtida e avaliar o impacto da implantação;

c) a Epidemiologia do Controle de Infecção precisa ser consolidada para fornecer informações que possibilitem a tomada de decisões relativas às questões de saúde pública.

d) porque na VISA-SMSA-SUS/BH, devido a demanda de trabalho, essas ocorrências ainda não haviam sido mensuradas; e

e) estas informações são fundamentais para a interlocução do Serviço com as Entidades de Classe em busca de parâmetros, métodos e indicadores;

A proposta deste trabalho foi a de fazer um levantamento das condições sanitárias encontradas nos estabelecimentos odontológicos, no momento da primeira fiscalização, realizada pelos Fiscais Sanitários da VISA-SMSA-SUS/BH, com vistas à verificar o cumprimento dos requisitos regulamentados na Portaria VISA-SMSA- SUS/BH N° 026 de 12/06/2000. Os documentos básicos que foram utilizados foram a referida legislação (ANEXO A) e o Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária padronizado pelo Serviço (ANEXO B); buscou-se conhecer a ocorrência e a distribuição em relação ao cumprimento das exigências descritas nestes documentos.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

FERNANDES (2000), relata que a incorporação de novos equipamentos na prática odontológica, trouxe paradoxalmente um maior risco de transmissão de infecções. A introdução de canetas com motor mecânico na década de 20 em substituição das acionadas por pedal, aumentou a produção de aerossóis. Em 1931, a incidência de infecções transmitidas por via aérea era maior nos dentistas do que em outros profissionais. As canetas com motor de alta rotação, introduzidas na década de 50, aumentaram ainda mais a aerossolização. Estudos de 1962, utilizando a *Serratia marcescens* como marcador, demonstraram a dispersão deste microrganismo numa distância de até seis metros. Este autor afirma que: a) muitos microrganismos responsáveis por infecções do trato respiratório têm sido isolado nos aerossóis produzidos durante o atendimento odontológico; b) existe também uma correlação positiva entre epidemias de infecções das vias aéreas superiores nos pacientes e nos odontólogos que os atendem; c) os estudantes de Odontologia têm mais infecções que seus colegas de medicina ou farmácia, e; d) na Inglaterra a positividade ao teste tuberculínico era de 5% nos calouros, e de 33% nos formandos do curso de graduação em odontologia.

A Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH (2000), relata que, nos Estados Unidos os dentistas têm um risco de exposição a hepatite B três vezes maior do que o da população geral e os cirurgiões excedem em seis vezes os índices encontrados na comunidade. Há citação de dentistas e cirurgiões-dentistas que transmitiram o HBV para seus pacientes. Um dos casos mais clássicos foi o de um dentista da Pensilvânia, que não tinha história clínica de hepatite, e transmitiu o subtipo do vírus de que era portador para 55 de seus pacientes. Ele não utilizava luvas em sua prática profissional. Após fazer uso deste Equipamento de Proteção Individual - EPI, tratou mais de 4.500 pacientes apenas com dois novos casos, demonstrando assim, a eficácia desta barreira.

Um inquérito realizado em *New York* demonstrou que um dentista tem risco de tornar-se soropositivo para a Hepatite C - HCV, 13 vezes maior do que um

indivíduo da população geral e que o cirurgião-dentista ultrapassa 10,5 vezes o risco de seu colega clínico (APECIH, 2000).

SARAMARANAYAKE, SCHEUTZ, COTTONE (1993), relatam um surto herpético provocado por um higienista dental que trabalhava sem luvas. Ele transferiu gengivoestomatite herpética aguda - GEHA, para 20 de 46 pacientes atendidos em quatro dias. O surto foi interrompido pelo uso rotineiro de luvas.

ROSSETINI (1985), apresenta uma revisão da literatura com vários casos confirmados de infecções transmitidas durante a prática odontológica. Embasada nestes, sugere que a Odontologia volte a utilizar dos conhecimentos médicos para obter uma visão integrada do ser humano sob o ponto de vista da saúde, e isso inclui as moléstias infecto-contagiosas.

Estes estudos demonstram a existência do risco de infecção cruzada durante o atendimento odontológico.

## **2.1 As Infecções Odontológicas**

A singularidade do atendimento odontológico é a aerolização ocasionada pelos aparelhos ultrassônicos e pelos equipamentos rotatórios (300.000 rotações por minuto - RPM ) impulsionados por ar comprimido na ordem de 3-5 kgf/cm<sup>2</sup> e associados com a emissão de água. Seu uso aumenta as chances de aspensão e inalação dos microrganismos em suspensão no ar, tais como *estafilococos*, *estreptococos*, *pneumococos*, *gonococos*, bacilo da tuberculose, vírus causadores de herpes, influenza, entre outros (MOLINARI, 1996).

O atendimento odontológico possui, potencialmente, todas as condições necessárias à transmissão de infecções, ha produção de aerossóis e a proximidade física entre pacientes e equipe. O contato com as secreções orais, como respingos e aerossóis aumenta a exposição aos organismos infecciosos. A

transmissão de infecções pode ocorrer entre o paciente e profissional, e entre os membros da equipe odontológica (MERCHANT, 1991).

Enquanto a partícula biológica dispersa no ar for da microbiota que normalmente habita a boca - que é lábil no meio ambiente - não há preocupações maiores. O mesmo não ocorre frente a cepas patogênicas, por exemplo, a tuberculose, que volta a ser uma preocupação mundial, especialmente devido ao seu caráter multirresistente, para a qual o CDC recomenda o máximo de rigor no isolamento e na proteção. Outra particularidade no atendimento odontológico, é o uso rotineiro de instrumentos perfurocortantes, num campo de visualização restrita o que aumenta o risco de lesões percutâneas.

FERNANDES (2000), relata que a cavidade bucal apresenta grande densidade microbiana, sendo o sulco gengival o local mais densamente colonizado. A microbiota é diversa e abundante. São espécies encontradas: protozoários, fungos e, principalmente, bactérias (HAMORY, 1996; ELLNER & HAROLD, 1992; LOESCHE, 1992).

SIQUEIRA (2000), classifica os procedimentos odontológicos em cruentos e incruentos. Como nos procedimentos médicos, fica implícito que atos cruentos produzem solução de continuidade dos tecidos vascularizados, fato que tem implicações e que coloca estes profissionais sob regras próprias da atividade cirúrgica.

Esse autor cita a classificação e os conceitos emitidos pelo Ministério da Saúde do Brasil sobre as cirurgias odontológicas. *Cirurgias contaminadas* são as realizadas em regiões com microbiota indígena abundante, como a cavidade bucal em condição normal não patogênica: Isso possibilita uma segurança e uma previsibilidade do risco nos diversos procedimentos realizados, respeita a condição clínica geral de cada paciente.

Não se pode confundi-la com a *cirurgia infectada*, situação em que há infecção. Neste caso, há um desequilíbrio microbiano decorrente de infecção oral crônica (periodontopatias) ou aguda (abscessos buco-dentais em geral). Na cirurgia infectada da cavidade oral, independentemente do tecido manipulado, há um aumento do risco de contaminação microbiana nas cercanias e à distância, em comparação com a cirurgia contaminada.

SIQUEIRA & SPALDING (1999), asseguram que o grau de invasibilidade de um procedimento odontológico não depende exclusivamente da profundidade física do ato operatório em si, mas também do risco de bacteremia transitória (cirurgias contaminadas e infectadas) e do tipo de infecção oral existente (cirurgia infectada).

Segundo os autores, os riscos de complicações pós-operatórias, incluindo as infecções secundárias, giram em torno de 34% e são dependentes: da extensão, da profundidade, da duração da cirurgia, da quebra de assepsia cirúrgica que favorece a contaminação cruzada; e da condição *clínica* do paciente. Eles afirmam constituir-se um mito a atitude profissional do dentista que justifica a não adoção de medidas preventivas em cirurgias "conceitualmente" asséptica - na boca - devido à sua microbiota natural, mesmo na presença de infecção crônica (ex. periodontopatias, raízes residuais, entre outras). Não se pode desprezar ou subestimar a importância de atos como a anti-sepsia da cavidade oral pré-operatória, pois ela elimina os detritos alimentares e limpa reentrâncias e superfícies dentárias, além de reduzir os microrganismos e a possibilidade de bacteremia transitória.

GRAZIANO & GRAZIANO (2000), afirmam que em procedimentos de grande invasibilidade, como cirurgias traumatológicas buco-maxilo-faciais, ortognáticas, implantes dentários, periodontais e orais menores, o preparo do campo operatório deve ser rigoroso para impedir a transmigração dos microrganismos da microbiota oral para sítios estéreis profundos.

COSTA & FUNARI (1997), observando os procedimentos em uma consulta de rotina odontológica, constataram a facilidade com que manobras do cirurgião- dentista podem causar pequenos sangramentos dos tecidos moles da boca e chamam a atenção para o sangramento espontâneo que podem ocorrer em processos patológicos. Salientam que o cirurgião-dentista trabalha em uma cavidade que oferece naturalmente um risco de contaminação muito grande, e é da mesma magnitude a possibilidade de transporte accidental do substrato infeccioso para outros lugares.

LEITÃO citando WEINSTEIN (1992) e WEY (1997), relatam que a cavidade bucal apresenta contigüidade com a nasofaringe e orofaringe e proximidade com importantes estruturas oculares e intracranianas. Processos infecciosos da boca podem estender-se para as vias respiratórias, tubo digestivo, sistema nervoso central e olhos. Como os tecidos da cavidade oral são muito vascularizados, a presença de infecções locais e a manipulação por meio de procedimentos odontológicos ou cirúrgicos podem levar à disseminação bacteriana na corrente sanguínea e o desenvolvimento de focos infecciosos metastáticos à distância, especialmente em imunodeprimidos e portadores de próteses.

MACHADO (2001), relata vários estudos científicos, a correlação de doenças infecciosas bucais com diversas doenças sistêmicas. Problemas gengivais, periodontais e de cárie que envolve o canal do dente podem levar a diversos problemas sistêmicos, como abscesso cerebral, acidente vascular cerebral, endocardite subaguda, miocardite, infarto agudo do miocárdio, abscesso pulmonar, pneumonia de aspiração e risco de nascimento de bebês prematuros e de baixo peso.

BEZERRA (1997), demonstra a existência de uma ligação muito estreita e grave entre agentes etiológicos das doenças bucais e enfermidades gerais.

SANTOS (2000), relata como outras fontes potenciais de microrganismos patogênicos em estabelecimentos de assistência odontológica, a água que abastece todo o equipamento (*Legionella sp*, vírus da hepatite A, entre outros) e o ar comprimido utilizado para o funcionamento dos instrumentos rotatórios, especialmente em procedimentos cirúrgicos.

Os estudos citados, demonstram a existência do risco inerente à prática Odontológica. Portanto, a prestação da assistência, deverá ser acompanhada de todos os cuidados e recomendações preconizadas pela literatura científica em relação ao controle de infecção, no sentido de diminuir o seu potencial iatrogênico.

## **2.2 Controle de Infecções na Odontologia**

Na Década de 80, com o surgimento da AIDS, o controle de infecção na clínica odontológica passou a ser foco de atenções. Em 1986, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta - EUA, publicou o guia de controle de infecção em odontologia que recomendava a vacinação dos profissionais contra hepatite B; os cuidados com a lavagem das mãos durante a manipulação de instrumentos cortantes e agulhas; o uso de equipamentos de proteção individual; os métodos de esterilização e desinfecção de instrumentais; a desinfecção de superfícies clínicas e do laboratório dental; a conexão de barreiras nas entradas de ar e água; o uso de instrumentais descartáveis; o descarte do lixo dentre outros (CDC, 1986).

Posteriormente, o CDC publicou recomendações práticas sobre o controle de infecção para a odontologia: sobre a transmissão de HIV e HBV; recomendações sobre imunização para a equipe odontológica; cuidado e tratamento das mãos; uso e cuidados relativos aos artigos odontológicos; desinfecção e esterilização dos instrumentais; lavagem e desinfecção ambiental e de superfícies; desinfecção ligada à prótese/laboratório; uso de peças de mão, válvulas antiretratoras, linhas de ar e água e outros equipamentos odontológicos; artigos de uso único; encaminhamento de

material à serviços externos; disposição e armazenamento de materiais odontológicos (CDC,1993).

O aspecto técnico do controle de infecção na odontologia, do ponto de vista operacional, apresenta-se bem consolidado. No âmbito global existem recomendações feitas por vários organismos internacionais como a *American Dental Association - ADA, Office Sterelization and Asepsis Procedures Research Foudation - OSAP, Centers for Disease Control and Preventíon - CDC, American Dental Higienists Association - ADHA, American Dental Assistants Association - ADAA*, entre outros já seguidas em várias partes do mundo (MILLER, 1994).

Protocolos de Controle de Infecção são recomendados por organismos nacionais como o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Odontologia (CFO,1986; BRASIL, 2000).

Regulamentações específicas para o controle de infecção na odontologia já existem em alguns estados como Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro e Pernambuco (ANVISA, 2001).

O Ministério da Saúde publicou *um Manual de condutas para o controle de infecções na odontologia* com os quatro princípios básicos que devem ser obedecidos na prática odontológica, quais sejam: 1) os profissionais devem tomar medidas para proteger a sua saúde e a da sua equipe; 2) os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica; 3) os profissionais devem limitar a propagação de microrganismos; e 4) os profissionais devem tornar seguro o uso de artigos - que são os instrumentais odontológicos - peças anatômicas e superfícies (QUADRO 1). As medidas de precaução-padrão são preconizadas. São elas um conjunto de medidas de controle de infecção a serem adotadas universalmente, como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde ( BRASIL, 2000).

Incluem: no *princípio* 1 a necessidade de imunização e tratamento das *mãos*; o *princípio* 2 diz respeito ao uso de barreiras protetoras: luvas, máscaras, protetores oculares, avental e gorro; o *princípio* 3 está relacionado à preparação do ambiente: superfícies, equipamentos, roupas e dejetos; no *princípio* 4 estão incluídos os cuidados com o instrumental: limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento; as superfícies tocadas pelas mãos do profissional durante o ato operatório; e os cuidados com os moldes, modelos e peças anatômicas ou exames encaminhados à serviços externos.

As precauções-padrão auxiliam os profissionais nas condutas técnicas adequadas, por enfatizarem a necessidade de tratar todos os pacientes em condições biologicamente seguras; ao mesmo tempo que indicam, de forma precisa, o uso do Equipamento de Proteção Individual- EPI, gerando a melhoria da qualidade da assistência e redução de custos.

<b>PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS NO INÍCIO DO TRATAMENTO</b>	
1.	Lavar as mãos
2.	Colocar gorro, máscaras, óculos de proteção e jaleco
3.	Limpar e desinfetar as pontas de alta e baixa rotação, seringa tríplice, pontas do aparelho fotopolimerizador, bem como todas as partes do equipo de toque freqüente
4.	Colocar a caneta em movimento, por 30 segundos
5.	Enrolar as pontas e as áreas de toque freqüentes com coberturas descartáveis
6.	Colocar um saco plástico individual no porta-detrimento
7.	Colocar instrumentos estéreis na bandeja esterilizada
8.	Colocar instrumentos termo-sensíveis em solução esterilizante - deixar por tempo estabelecido pelo fabricante, e enxaguar com álcool ou soro fisiológico estéreis
9.	Instrumentos esterilizados devem ser mantidos em caixas fechadas, até serem usados
10.	Lavar novamente as mãos
11.	Colocar luvas de látex descartáveis ou estéreis, escolhidas de acordo com o procedimento a ser realizado
12.	Durante o atendimento, evitar tocar outras superfícies com a luva contaminada. Caso haja necessidade, usar sobreluvas de plástico descartáveis

QUADRO 1- Recomendações do Ministério da Saúde quanto as normas de biossegurança na clínica odontológica.

FONTE: Ministério da Saúde (2000).

<b>PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS ENTRE PACIENTES</b>
1.Retirar e descartar as luvas
2.Lavar as mãos
3.Colocar as luvas de limpeza
4.Colocar as canetas de alta rotação em movimento, por 15 segundos
5.Retirar as coberturas descartáveis
6.Retirar o saquinho de lixo do porta-detrítos
7.Remover os instrumentos cortantes e colocá-los em um recipiente próprio
8.Limpar e desinfetar a cuspeira- retirar o sugador e colocar substância desinfetante no sistema de sucção
9.Desinfetar as superfícies - lavar e secar os instrumentos estéreis
10.Lavar as mãos e colocar um novo ar de luvas

QUADRO 1 (Continuação) - Recomendações do Ministério da Saúde quanto as normas de biossegurança na clínica Odontológica ( BRASIL, 2000).  
 FONTE: Ministério da Saúde (2000).

<b>PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS AO FINAL DO DIA</b>
1.Repetir os procedimentos da etapa "entre pacientes"
2.Colocar a caneta de alta rotação em movimento, por 30 segundos
3.Desinfetar as pontas
4.Lavar as bandejas e instrumentais - colocar ara esterilizar
5.Desinfetar cuspeira e sugador
6.Retirar o avental
7.Retirar as luvas e descarta-las sempre e logo após o procedimento
8.Lavar as mãos
9.Não preencher fichas, abrir portas ou tocar em qualquer superfície contaminada estando de luvas
10.Lembrar que a máscara também está contaminada, após o atendimento. Não tocar na parte frontal da máscara com as mãos desprotegidas, nem deixá-la pendurada no pescoço o após o atendimento ou no final do dia
11.Colocar luvas grossas de borracha antes de iniciar os procedimentos de limpeza e desinfecção

QUADRO 1 (Continuação) - Recomendações do Ministério da Saúde quanto as normas de biossegurança na clínica Odontológica ( BRASIL, 2000).  
 FONTE: Ministério da Saúde (2000).

Foi criada uma Comissão Especial pela Portaria do Conselho Federal de Odontologia nº 196, de 22 de julho de 1997 que resolveu: a) criar uma disciplina específica de Biossegurança, com caráter obrigatório, para todos os cursos de especialização, com carga horária mínima de 15 horas, antes que o aluno inicie as atividades clínicas e / ou laboratoriais, e; b) exigir a obrigatoriedade de uma central de esterilização nos locais onde serão realizados os cursos de especialização credenciados pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 1999).

Segundo GRAZIANO & GRAZIANO (2000), os profissionais da área odontológica apresentam peculiaridades na sua atuação que diferem de outros da área da saúde. Basicamente o atendimento é ambulatorial, o dentista não dispõe da infraestrutura encontrada nas instituições hospitalares que dispõem de profissionais especializados para execução de limpeza, desinfecção e esterilização de material e equipamentos, lavanderia e higiene ambiental.

Assim, cabe aos próprios Cirurgiões Dentistas estabelecerem e usarem as rotinas de controle de infecção. Quase nunca existe uma vigilância sistematizada para validação dos métodos de controle anti-infecciosos. Além do mais, o odontólogo quase sempre trabalha isoladamente, distante, muitas vezes das inovações tecnológicas na área da limpeza, descontaminação, desinfecção, esterilização e anti-sepsia que contribuem para diminuir o risco de transmissão de infecções, tanto de ordem ocupacional quanto aos seus clientes (GRAZIANO *et al.*, 2000).

GONÇALVES, TRAVASSOS, SILVA (1996), avaliaram o cumprimento da Legislação que normaliza os procedimentos de bioproteção, necessários ao controle das doenças transmissíveis em consultórios odontológicos. Concluíram que os Serviços analisados estão despreparados para o cumprimento dos protocolos propostos. Saliaram que tais medidas demandam tempo, acarretam um custo adicional ao cirurgião-dentista e demanda pessoal auxiliar, fatores esses que dificultam a aplicação prática das disposições impostas pela Lei.

ALVAREZ (1996), pesquisando a conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada, concluiu que nenhum dos profissionais estudados seguiam as recomendações de Biossegurança, quando avaliados sobre a adequação de Equipamento de Proteção Individual - EPI, e os métodos de esterilização e de proteção indireta (imunização).

GONÇALVES (1996), estudando o controle de infecção cruzada na prática odontológica por periodontistas de Belo Horizonte, afirmou que as condições e práticas estavam aquém das necessárias e desejáveis. Propôs a divulgação dos riscos e das medidas e ações adequadas para o controle de infecção.

Resultado semelhante foi encontrado por REZENDE & LORENZATO (2000), ao traçarem o perfil do odontólogo frente às medidas de prevenção dos riscos biológicos, com ênfase na exposição a material biológico contaminado e na aquisição de agravos infecciosos. Constataram que as medidas de Biossegurança não estavam sendo aplicadas por um número expressivo dos profissionais interrogados.

Revedo a literatura científica pode-se constatar que as medidas de controle de infecção e biossegurança, antes e, além de serem providências técnicas, constituem-se e caracterizam-se como uma atitude ética a ser observada na relação profissional/paciente.

### **2.3 As Tendências do Controle de Infecção**

CARDO (2000), alerta que os profissionais do controle de infecção podem prever um cenário para suas atividades onde terão que lidar com a questão da resistência antimicrobiana, as infecções emergentes e o uso e reuso de equipamentos e artigos. Ela aponta a magnitude dessa problemática, do ponto

de vista ético e filosófico, e propõe sua discussão junto às categorias profissionais envolvidas e o desenvolvimento de pesquisas em busca de soluções para os problemas decorrentes.

Essa autora aponta que a tendência dos estudos é focar grupos de pacientes e não mais a instituição.

MIRSHAWKA (1994), relata outros meios de avaliar resultado ou eficiência, com base em readmissões, no número de reclamações e nas reoperações que foram devidas às intervenções assistenciais; propõe a superação da visão limitada à área física (estrutura) incluindo os métodos de trabalho (processos) com base nos indicadores gerados (os resultados).

NOVAES & PAGANINI (1992), na apresentação dos critérios propostos para solicitação da Acreditação pelos serviços de saúde da América Latina e Caribe, esclarecem ser um dos itens obrigatórios o controle das infecções. A proposta permite classificar a instituição em quatro níveis diferentes, varia o grau de complexidade e elaboração na organização do controle de infecção, o que implica em nível crescente de atenção, pontuação e proporcionalmente qualidade na prestação da assistência. (FIG.1).

Os Sistemas Internacionais de Certificação - ISO e os de Acreditação, perpassam todas as Instituições de Saúde; e, como tal, a odontologia está sujeita a buscar padrões de qualidade que lhe confirmem competitividade, numa perspectiva de mercado sem fronteiras. ISO é uma sigla da entidade denominada *Organização Internacional para a Normatização*, tendo o Brasil como um dos fundadores. A entidade nacional de normalização, no Brasil, é a ABNT - *Associação Brasileira de Normas Técnicas*. As normas ISO, são de aplicação voluntária e estão cada vez sendo mais empregadas em acordos internacionais, destinados a disciplinar o comércio mundial, eliminando as barreiras técnicas que sejam nele introduzidas por normas e/ou regulamentos técnicos nacionais.

O controle de Infecção e a biossegurança possuem íntima relação com a busca da excelência clínica, e nesta perspectiva, com a qualidade organizacional. Qualidade do produto ou do serviço (ISO 9000), controle ambiental (ISO 14000) e saúde e segurança no trabalho (OSHAS 1800); são os três grandes focos de atenção de qualquer empresa que busque sua sobrevivência no longo prazo. O hospital, ou qualquer outra empresa prestadora de serviço, no caso a clínica odontológica, não estão isentos deste processo.

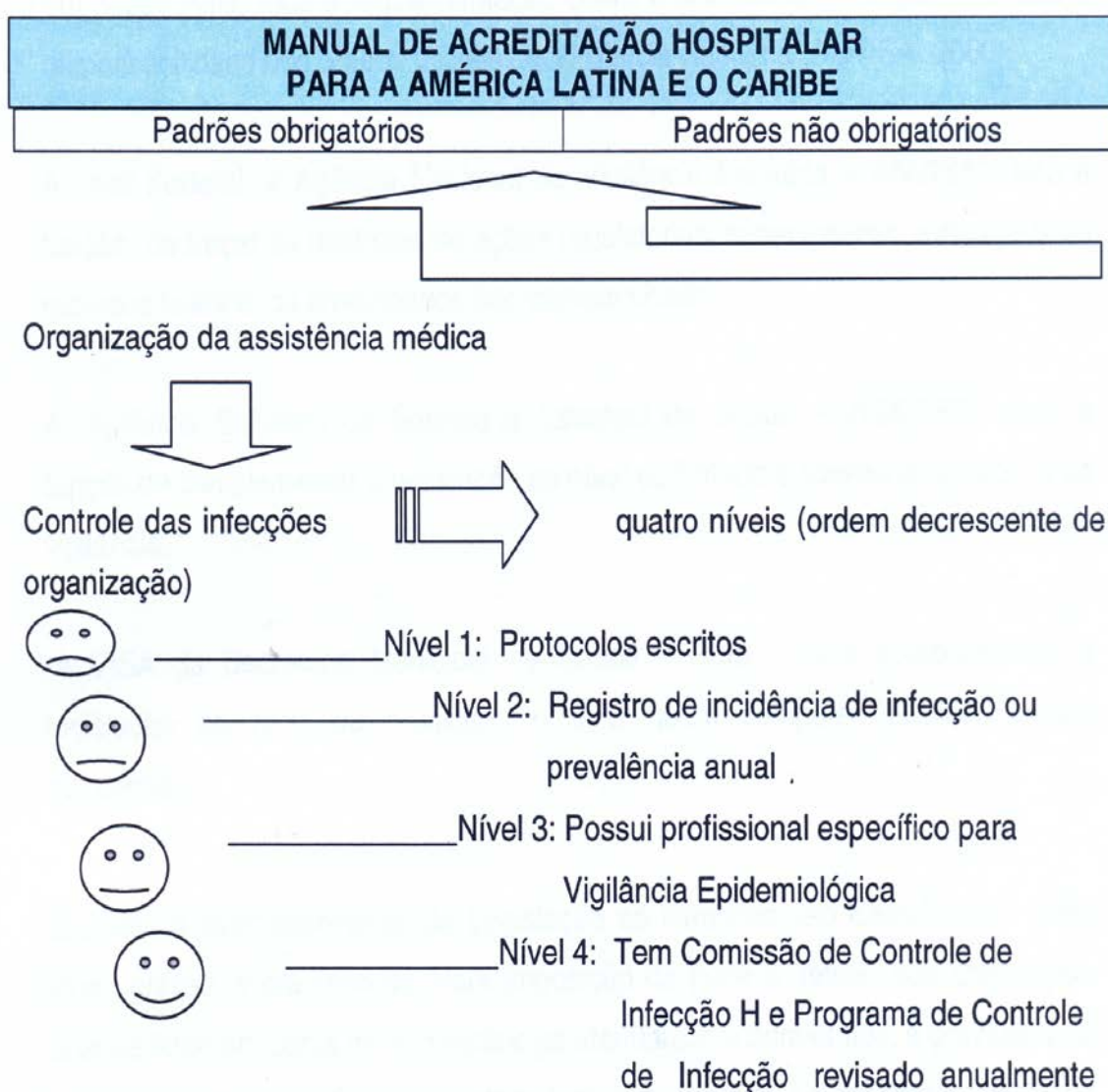


FIGURA 1 - Critérios para Acreditação dos hospitais da América Latina e Caribe.  
FONTE: PAGANINI (1992).

CARDO (2000), recomenda que o profissional do controle de infecção deve ficar próximo, em termos organizacionais da questão da qualidade, da gestão e da administração hospitalar.

Outro aspecto que deve ser considerado e fundamentar todas as recomendações do controle de infecção e a biossegurança é a ciência Epidemiológica.

LAST (2001), afirma que Epidemiologia é o *estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou eventos em populações específicas* e que sua aplicação visa *controlar* os problemas de saúde. *Estudos* incluem vigilância, observação, teste de hipótese, pesquisa analítica e experimental. *Distribuição* refere-se à análise do tempo, lugar e classes de pessoas afetadas. *Determinantes* são todas as características físicas, biológicas, social, cultural e fatores comportamentais que influenciam a saúde. *Estados de saúde e eventos* incluem doenças, causas de morte, comportamentos como o uso de tabaco, reações para regimes preventivos e disponibilidade e uso de serviços de saúde. *Populações específicas* são aquelas com características identificáveis como um número meticulosamente definido. Aplicação para *controle* explicita o objetivo da Epidemiologia que é promover, proteger e restaurar a saúde.

GORDIS (1996), cita como objetivo da Epidemiologia: a) identificar a etiologia ou causa da doença e seus fatores de risco; b) determinar a extensão da doença na comunidade; c) estudar a história natural da doença e o prognósticos da doença; d) avaliar novas medidas preventivas e terapêuticas e novos modos de cuidado à saúde, e ; e) fornecer informações básicas para o desenvolvimento de políticas públicas e para a tomada de decisões sobre os problemas de saúde pública e ambientais.

Ele afirma que o principal papel da Epidemiologia é monitorar as mudanças nos problemas de saúde da comunidade, identificando subgrupos de população de alto risco, para tentar modificar os fatores de risco e direcionar os esforços para prevenção da doença na população.

BARRETO (1999), relata que nas últimas décadas, a Epidemiologia vem repensando suas bases teóricas e metodológicas, direcionando seus esforços no sentido de entender e contribuir na redução das desigualdades em saúde, na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das populações e na seleção de tecnologias de saúde, evitando a exposição indiscriminada dos indivíduos e das populações a intervenções com baixa efetividade ou que introduzam novas doenças ou novos sofrimentos.

LOPES *et al.* (1999), referem-se que o evento ou desfecho principal - a Infecção Hospitalar - geralmente não está associada a um único agente de risco causal, mas a uma complexa interação de fatores relacionados ao hospedeiro, ao agente e ao ambiente hospitalar. Por isso, os estudos epidemiológicos na área nosocomial, têm aumentado em frequência e em grau de sofisticação, esta, para atender a análise dos múltiplos fatores causais em suas associações a co-fatores. Relatam que a tendência tem sido o uso de metodologias mais complexas que permitem incorporar vários fatores causais, possibilitando inferências mais próximas da multicausalidade das doenças.

BEAGLEHOLE, BONITA & KJELLSTRÓN (1996), defendem o uso sistemático dos princípios e métodos epidemiológicos para: a) o planejamento e avaliação dos serviços de saúde; b) o desenvolvimento de um processo racional para a escolha de prioridades e alocação dos escassos recursos financeiros disponíveis, e; c) tomadas de decisões levando em consideração a relevância, efetividade, eficiência, eficácia e impacto das ações em relação aos objetivos desejados.

LAST (2001), afirma que a vigilância é um aspecto essencial na prática epidemiológica para planejamento, implementação e evolução das práticas de saúde pública. O destino final é a aplicação de seus dados para a prevenção e o controle das doenças ou eventos (LOPES *et al.*, 1999).

O controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que, atuando

sobre um dos elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão, sejam capazes de vir a interrompê-la. Entretanto, a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores desconhecidos ou que podem ter se modificado no momento em que se desencadeia a ação. Assim sendo, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas (terapêuticas, fisiopatogênicas ou epidemiológicas), seja pela observação sistemática do comportamento dos procedimentos de prevenção e controle estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do seu aprimoramento. A conceitualização de vigilância epidemiológica e a evolução de sua prática devem ser entendidas neste contexto (BRASIL, 1998).

A Epidemiologia, pelo descrito, é a ciência que poderá auxiliar o controle de infecção e a biossegurança na Odontologia constituindo-se no instrumental capaz de promover o desvelamento de mitos que ainda perpassam essas questões, capacitando-a a inferir sobre fatos cientificamente comprováveis; decidir sobre frações do risco atribuível e tomar decisões fundamentadas em critérios objetivos para a saúde pública.

#### **2.4 A regulamentação vigente**

Em nosso País, toda a regulamentação sobre o controle de infecção está sob a responsabilidade dos órgãos oficiais da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2000).

A nível Federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - tem a função de traçar as diretrizes de ações regulatórias, supervisionar e repassar os recursos financeiros arrecadados aos demais níveis.

A Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde - VISA/SES MG - tem a função de complementar a legislação ao nível do Estado e coordenar as ações de vigilância.

A VISA da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA - deve complementar a legislação ao nível do município e é a quem compete fiscalizar o seu cumprimento.

Quando há descumprimento da Legislação as infrações são classificadas como *leves, graves, e gravíssimas*. Para imposição da pena e definir sua graduação, deve-se levar em conta as circunstâncias atenuantes e agravantes, a gravidade do fato para a saúde pública e os antecedentes do infrator. As sanções podem ser: advertência, multa, apreensão do produto e inutilização do produto. As multas variam: leves de R\$2.000,00 a R\$10.000,00; graves de R\$10.000,00 a R\$20.000,00 e gravíssimas de R\$ 20.000,00 a R\$80.000,00 acrescido do coeficiente de atualização monetária (QUADRO 2 e 3).

<b>NÍVEL FEDERAL</b>	<b>NÍVEL ESTADUAL</b>	<b>NÍVEL MUNICIPAL</b>
AUSÊNCIA DE REGULAMENTAÇÃO	RESOLUÇÃO Nº 534 DE 14/08/1993	PORTARIA Nº 026 DE 12/06/2000
LEI 6.437 DE 29/08/1977 CONFIGURA AS INFRAÇÕES E ESTABELECE AS SANÇÕES	CÓDIGO SANITÁRIO LEI Nº 13.317 DE 24/09/99 DETERMINA AS PENALIDADES E MULTAS	LEI MUNICIPAL Nº 7.031 DE 12/01/1996 MULTAS E DEMAIS PENALIDADES

QUADRO 2 - Regulamentação vigente na cidade de Belo Horizonte sobre o controle de infecção na odontologia.

A legislação Federal Brasileira, relativa ao controle de infecção, emprega a palavra "hospitalar" e não cita a odontologia. Considerando todos os cidadãos como pacientes potenciais da odontologia e a existência do risco sanitário inerente à prática odontológica, faz-se necessário defender e garantir o direito à saúde dos pacientes que utilizam os serviços odontológicos. Percebe-se uma preocupação

geral; de ações pontuais realizadas em alguns centros de excelência, esboçam-se políticas em níveis de Estados e Municípios. Ilustra este esforço a mudança ocorrida na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS, instituição responsável pela Coordenação do Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar - PNCIH - ao nível Federal. A necessidade de divulgar a ampliação de seu campo de atuação, gerou a troca do nome do setor que cuidava deste tema para Unidade de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - UCISA. Isto significa a possibilidade de inclusão da Odontologia, Fisioterapia, Análises Clínicas e de outras profissões e serviços de saúde como parceiros na luta pelo controle de infecções.

Cabe aos profissionais a articulação de sua classe, o desenvolvimento de pesquisas científicas que atendam suas demandas e a busca de interlocução com a UCISA-ANVISA/MS para os devidos encaminhamentos e/ou definição de diretrizes.

ANO	LEGISLAÇÃO	CONTEUDO	FONTE
1983	Portaria nº 196	Obriga a instituição de CCIH nos hospitais e normaliza itens relacionados a IH, como VE e medidas de controle	(BRASIL, 1983)
1987		Criação da Comissão Nacional de Controle de IH, com representações de vários Estados	(BRASIL,1987)
1988	Portaria nº 232/88	Instituiu o Programa Nacional de Controle de IH	(BRASIL,1988)
1992	Portaria nº 930	Revogou a Portaria nº 196. e determinou que todos os hospitais deveriam manter um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), independente da natureza da entidade mantenedora. Define a CCIH como um órgão de assessoria à direção hospitalar e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH - como órgão de serviço. Define, ainda, a composição profissional da CCIH (não cita fisioterapeutas e odontólogos). Em seu anexo IV define as taxas a serem usadas, como Indicadores epidemiológicos: as Taxas de Doentes com IH; a Taxa de IH e a Estrutura Percentual de IH por Localização Topográfica; além de sugerir outras taxas	(BRASIL,1992)
1997	Lei Federal nº 9.431	Institui a obrigatoriedade da existência da CCIH e do PCIH, possui doze artigos, sete dos quais foram vetados. Um dos itens não vetados impede que os serviços públicos sejam fiscalizados e penalizados por organismos estaduais	(BRASIL. 1997)
1998	Portaria nº 2616	Revoga a Portaria 930, traça diretrizes e normas para a prevenção e o controle de IH; define as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IH que compõem o PCIH; possibilita as SES e as SMS adequarem as normas; invoca o uso da Lei 6.437 de 20/08m em caso de inobservância ou descumprimento; e exige o seu cumprimento em todo o território nacional pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado, envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde. Possui cinco anexos. Em seu anexo trata da Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares	(BRASIL,1998)
2000	Resolução RDC nº 48	Institui o Roteiro de Inspeção do PNCH	(BRASIL,2000)

QUADRO 3 – Legislação vigente no Brasil sobre controle de infecção hospitalar

### 3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.

A partir de 1930, quatro Constituições brasileiras descreveram a saúde como direito dos que trabalhavam no mercado formal. A responsabilidade do Estado, a assistência à saúde - como um componente essencial do direito à saúde - teve que esperar uma elaboração constitucional distinta, graças a ampla representação da sociedade e do povo para pactuar uma nova ordem jurídica que reconhece a saúde um direito social, destacando as ações de Vigilância e de defesa do consumidor como obrigação do Estado (DALLARI, 1994).

A Constituição Federal de 1988 proclamou o direito à saúde, como direito fundamental do ser humano, atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, considerando de relevância pública as ações e serviços de saúde. Incorporou conceito abrangente de saúde e consagrou no Artigo 196 o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Em combinação com o de número 200, destacou a vigilância Sanitária como obrigação do estado, por meio da enunciação das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja maioria compõe-se, exatamente, por ações do campo da abrangência da Vigilância Sanitária:

*Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

*I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos;*

*II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*

*III- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento e tecnológico;*

*V- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;*

*VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle do seu nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;*

*VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*

*VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).*

O período que se seguiu à proclamação da Constituição foi de intensa atividade regulatória. Várias reorganizações administrativas tiveram lugar nos anos 90, no curso da reforma do aparelho do Estado, buscando as adaptações necessárias ao cumprimento da nova ordem jurídica (COSTA, 1999).

O processo de construção de um Sistema de Vigilância Sanitária, está em curso no Brasil. Há uma trama regulamentadora, bem articulada, que o invoca; por outro lado, assim como existem imensos desafios para a implantação do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Vigilância Sanitária carrega todo arsenal de dificuldades que essas conquistas sociais determinam. Daí, seu estado incipiente, porém bem definido e determinado.

### **3.1 A RELAÇÃO CONSUMO & SEGURANÇA**

Segundo SOUZA (2002), o nível tecnológico da Indústria atingiu uma complexidade tal que exige da sociedade a formação de técnicos em Vigilância sanitária que saibam identificar os riscos inerentes aos processos produtivos, entendê-los, e traduzi-los para a comunidade de forma a permitir que se decida, à luz do interesse coletivo, aquilo que é benefício ou prejuízo. Em caso contrário, o consumidor poderá ficar vulnerável a uma série de riscos à saúde, não apenas pela má qualidade dos produtos, serviços, procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, e também pelas fraudes e adulterações.

O direito do consumidor quanto à saúde passa, necessariamente, por quatro pontos fundamentais: o primeiro, o direito de consumir produtos e serviços suficientes para manter sua sobrevivência; o segundo, o direito de consumir produtos e serviços com boa qualidade sanitária; o terceiro, o direito à informação sobre a qualidade dos produtos e serviços e quarto, o direito de acesso aos serviços públicos que atuam na defesa e proteção da saúde do consumidor.

Segundo a Organização Mundial de Saúde o direito do consumidor é um dos direitos humanos. A Vigilância Sanitária deve ser um instrumento a serviço da população, repassando informações acessíveis para que a comunidade possa escolher criteriosamente seus itens de consumo e exigir os seus direitos, exercendo um comportamento complementar à ação do Estado. Cabe à Vigilância Sanitária alertar a população de que não é suficiente apenas o consumo de produtos e serviços, mas que estes sejam de qualidade para que não representem risco à saúde.

### **3.2 O CONCEITO DE RISCO SANITÁRIO**

O termo *risco* é usado em várias acepções da linguagem comum; há igual complexidade de significações diversas, no campo jurídico, área onde encontra-se embasadas as ações de vigilância. Segundo COSTA (1999), as práticas de Vigilância Sanitária se estabeleceram com base na noção de risco, entendido como perigo virtual ou ameaça de agravo, relacionado com determinados elementos que o homem aprendeu a identificar na experiência cotidiana. As ações de controle sanitário foram construídas originadas no conjunto de medidas que as sociedades, no decorrer do tempo, estabeleceram buscando impedir ou diminuir riscos e danos à saúde da coletividade. Neste sentido, as ações de controle sanitário se põem, desde a origem, na lógica da racional idade de ordenação normativa do que ameaça a vida em sociedade e, desse modo, adquirem características de controle da vida social.

SOUZA (2002), cita como exemplos de riscos sanitários: a) logurte com quantidades excessivas de amido; b) um paciente que se interna e padece ou falece de infecção hospitalar; c) paciente que recebe sangue transfusional contaminado e adquire Sífilis, Hepatite, Doença de Chagas ou AIDS; d) medicamentos ou associações medicamentosas ineficazes ou contraditórias comercializadas livremente; e) xampus infantis analisados pelo INCQS (Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde) que podem causar inflamação ocular ou mesmo a cegueira; f) produtos saneantes de uso hospitalar que, em 1988 o INCQS reprovou 70% deles; g) acidentes de trabalho; h) o acidente de Goiânia que demonstrou a falta de controle dos insumos radioterápicos pelo Poder Público; entre outros. Pelo desafio de cada situação exposta demonstra-se a urgência do desenvolvimento de uma sólida política de Vigilância Sanitária em nosso meio.

Percebe-se, em documentos mais recentes, a tentativa de aproximação do conceito de risco no sentido epidemiológico - a probabilidade, estatisticamente verificável, de um evento adverso à saúde relacionado com determinado fator. A aplicação do conceito de risco epidemiológico vem sendo tentada em propostas recentes de normas sobre produtos, quando a noção de risco começa a ser admitida de forma operacional nas classificações de produtos para efeito de registro, a exemplo da classificação de cosméticos e produtos de higiene segundo o "grau de risco a que estão sujeitos", ou da classificação de correlatos por *grau de risco*, segundo o potencial de risco que representam à saúde do usuário, paciente ou operador e da classificação de saneantes domissanitários nos grupos de risco I e II, segundo "a probabilidade de apresentarem um efeito indesejável para a saúde" (COSTA,1999).

O conceito de risco em epidemiologia equivale ao conceito de probabilidade na estatística. Segundo SOUZA (2002), no caso da Vigilância Sanitária, os fatores de risco são entendidos como componentes críticos dos acontecimentos, fatos ou coisas que colocam ou possam vir a colocar em risco a saúde dos indivíduos da coletividade. Estes fatores de risco acarretam demanda dos serviços de saúde, mortes, sofrimento, baixa produtividade e prejuízos econômicos. Hoje

identificam - se 70 fenômenos que contêm componentes críticos que se constituem em fatores de risco à saúde e que são monitorados na rotina da Vigilância Sanitária (QUADRO 4).

<b>GRUPOS DE RISCO</b>	<b>CONDIÇÕES</b>	<b>FENOMENOS</b>
1°	Relaciona-se com a ambiência interna como moradia, local de trabalho, local de lazer (saunas, boates, hotéis...)	Ruído, temperatura ambiente, iluminação, comodidade de, espaço físico, umidade, entre outros.
2°	Produtos alimentícios, terapêuticos, cosméticos, saneantes, agrotóxicos, inseticidas, medicamentos, entre outros	Embalagem, processos de fabricação, conservação, transporte, armazenamento, comercialização e uso
3°	Elementos; Lixo, lixo séptico, ionizantes, resíduos hospitalares, água, ar, entre outros	Características físico- químicas e circunstâncias relacionadas ao processamento, utilização, procedimento e de posição
4°	Serviços: Bancos de sangue, hotéis, creches, hospitais, laboratórios ópticos, de prótese, funerário, entre outros	Capacitação profissional, condições técnicas e físicas para a prestação dos serviços e uso dos procedimentos
5°	Transportes: produtos perigosos	Todas as operações previstas neste tipo de transporte
6°	Ambiência Meios: Poços artesianos, fossas sanitárias, veículos de comunicação social, entre outros	Fenômenos: relacionados com os meios usados
7°	Origens: Produtos vindos do exterior, estado de saúde de imigrantes, exportação de produtos nacionais, entre outros.	Entradas e saídas do país

QUADRO 4 - Grupos de fatores de risco que constituem objeto das ações de Vigilância Sanitária.

Fonte: VISA-SMS-SUS/BH, 2002.

### 3.3 OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a medicamentos e correlatos, cosméticos, alimentos, saneantes, equipamentos e serviços de assistência à saúde, bem como quaisquer outras substâncias, materiais, serviços ou situações que possam, mesmo potencialmente, imprimir risco à saúde coletiva.

Assim sendo, a Vigilância Sanitária é uma atividade multidisciplinar que normatiza e controla as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública. Ela usa instrumentos legais punitivos para coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população.

Outra definição proposta para Vigilância Sanitária é: um conjunto de ações dirigidas à defesa e à proteção da saúde coletiva cuja função é identificar e controlar permanentemente os fatores de risco à saúde individual ou coletiva, através de ações desenvolvidas sobre condições, produtos, serviços, elementos, transporte, meios e origem que direta ou indiretamente possam produzir agravos à saúde.

O objetivo da Vigilância Sanitária é proteger a saúde e evitar a ocorrência de agravos à saúde através do acompanhamento do cumprimento de padrões adequados aos grupos de fatores de risco mencionados no QUADRO 4.

Assim sendo, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica constituem-se nos dois pilares de proteção à saúde coletiva. A Vigilância Epidemiológica identifica e age a partir da identificação dos agravos à saúde. A Vigilância Sanitária age sobre os fatores de risco, prevenindo o aparecimento dos agravos.

As ações de Vigilância Sanitária contemplam todas as ações de saúde, desde a promoção, passando pela proteção, recuperação e reabilitação da saúde, sendo agrupadas em três áreas: 1) ações de normatização e controle da prestação de serviços e atividades que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde; 2) ações de normatização e controle da industrialização, transporte, comercialização e uso de produtos de interesse sanitário, e ; 3) ações de normatização e controle sobre o meio ambiente e as condições de trabalho.

As infrações sanitárias são previstas na malha densa da legislação sanitária e podem ser punidas com as penalidades abaixo, aplicadas isolada ou cumulativamente sem prejuízo das sanções penais ou civis cabíveis:

1. Advertência;
2. Multa;
3. Apreensão do produto;
4. Inutilização do produto;
5. Interdição do produto;
6. Suspensão de venda do produto;
7. Suspensão da fabricação do produto;
8. Cancelamento do registro do produto;
9. Proibição de propaganda;
10. Cancelamento da autorização de funcionamento da empresa;
11. Imposição de contrapropaganda;
12. Interdição total ou parcial do estabelecimento.

SOUZA (2002), afirma que a produção de conhecimento no campo da Vigilância Sanitária é pequena no Brasil. A isto, se alia a falta de estudos estatísticos para que os profissionais de saúde se sintam norteados nas estratégias de intervenção. Ele considera fundamental o apoio da Epidemiologia, da Estatística, da Informática e da Comunicação Social para que a Vigilância Sanitária se articule de maneira eficaz com os demais serviços em interface.

O Decreto Federal nº 77.052/76, que dispõe sobre a fiscalização das profissões e ocupações técnicas e auxiliares em saúde, atribui à Vigilância Sanitária a verificação dos procedimentos de saúde quanto a sua comprovação científica e a aplicação de medidas de controle contra aqueles que infringem a legislação

### **3.4 O PODER DE POLÍCIA**

O consumidor, quando vai ao comércio buscar produtos e serviços que necessita, não questiona se o que compra está em conformidade com as normas sanitárias, pois existe o pressuposto que o Poder Público tem estruturas de controle voltadas à saúde coletiva. Cabe ao Estado zelar pelos interesses coletivos, intervindo nas atividades particulares quando se mostrarem contrárias, nocivas ou conflitantes com aqueles interesses. Os agentes do Poder Público (Autoridades Fiscais Sanitárias) direcionam e restringem as liberdades individuais em favor do poder público. É o chamado poder de polícia sanitária administrativo, inerente à administração pública, de defesa do interesse social e fundamentado na supremacia do estado sobre pessoas, bens e atividades em seu território. Os limites do poder de polícia são demarcados, de um lado, pelo interesse social; pelo outro, pelos direitos e garantias individuais também apoiados em dispositivos constitucionais. Com o advento do Sistema Único de Saúde, o poder de polícia sanitária está repartido entre a União, os Estados e o Município que regulamentam concorrentemente sobre as questões sanitárias (COSTA, 1999).

### **3.5 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

A Vigilância Sanitária de Belo Horizonte, por atender ao que dispõe a NOB/96 e a Lei 8.142/92, avançou da gestão básica e semi-plena para a gestão plena,

condição esta que permitiu ao Sistema Único de Saúde - SUS/BH praticar todo o rol de atividades fiscalizatórias.

Desde janeiro de 1996, quando a Lei Municipal nº 7.031 foi sancionada, o município de Belo Horizonte passou a ter competência legal para Iniciar o processo de municipalização de todas as ações de fiscalização e vigilância sanitária, cumprindo as disposições neste sentido previstas na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O início efetivo deste processo de municipalização se deu a partir de julho de 1998, quando iniciou-se a fiscalização sanitária de toda cadeia de medicamentos. A situação deste setor era extremamente delicada à época, com um grande volume de medicamentos falsificados sendo despejados no mercado da cidade. No período compreendido entre julho a dezembro de 1998, 8.766(oito mil, setecentos e sessenta e seis) medicamentos falsificados e 91.490(noventa e um mil, quatrocentos e noventa) medicamentos com data de validade vencida, e à venda, foram apreendidos. A regulamentação desta atividade se deu através da Portaria SMSA-SUS/BH nº 026, de 08 de setembro de 1998, que foi construída num processo consensual entre a Vigilância Sanitária e as entidades representativas deste segmento, entre elas o Conselho Regional de Farmácia.

Nesta mesma linha, e sempre com a participação da sociedade, foram editadas as Portarias SMSA-SUS/BH nº 017, de 03 de março de 1999, 024 de 24 de março de 1999 e 038 de 06 de julho de 1999, que permitiram um completo controle dos laboratórios de análises clínicas, hospitais e laboratórios de anatomia patológica sediados no município.

Paralelamente a este processo de municipalização, foi revitalizada a fiscalização na área de alimentos, com a edição das Portarias SMSA-SUS/BH nº 031, de 30 de setembro de 1998, 035, de 09 de novembro de 1998 e 041, de 22 de dezembro de 1998. A primeira efetivou a Vigilância Sanitária de Veículos de Transporte de

Alimentos para o Consumo Humano, a segunda criou um Roteiro de Vistoria Fiscal de Alimentos e a terceira a obrigatoriedade de todos os estabelecimentos possuírem um Responsável Técnico para a área de alimentos.

Em 16 de julho de 1999, foi sancionada a Lei Municipal nº 7.774, que procedeu uma reestruturação da Vigilância Sanitária na Secretaria Municipal de Saúde, de forma a adequa-la com as obrigações que assumiu, de forma eficaz e eficiente. Ressalta-se a estruturação das Juntas de Julgamento e de Recursos Fiscais Sanitários de 1ª e 2ª Instâncias, instâncias democráticas que respeitam o legítimo direito de defesa dos cidadãos, criadas pelo art. 128 da Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte, instituídas legalmente pela Lei Municipal nº 7.031, de 12 de janeiro de 1996, e reestruturadas pela Lei Municipal nº 7.774, de 16 de julho de 1999.

Recentemente foi editada a Portaria SMSA-SUS/BH nº 052, de 15 de dezembro de 2000, que instituiu a fiscalização nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Visando controlar o risco sanitário inerente a prática odontológica, foi publicada a Portaria SMSA-SUS/BH N° 026 de 12 de junho de 2000 que regulamenta sobre as condições mínimas de higiene e proteção à saúde que devem ser seguidas pelos cirurgiões dentistas quando na implantação dos serviços de assistência à saúde. A partir da sua publicação, ficou instituída a obrigatoriedade de obtenção do Alvará de Autorização Sanitária a ser expedido pela Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde. A requisição deste documento deve se dar até o dia 31 de março de cada ano em questão. O prazo de validade expira em doze (12) meses à partir de sua expedição e deverá ser renovado anualmente.

Cabe ainda à Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Vigilância Sanitária Municipal, o planejamento e coordenação da fiscalização e vigilância sanitária de todo o município, inclusive a coordenação das atividades das

Gerências Distritais de Vigilância Sanitária dos Distritos Sanitários, neste caso, em consonância com as Gerências de Distrito Sanitário de cada Regional, além de outras atividades afetas à consecução de seus objetivos.

A Vigilância Sanitária é o somatório dos órgãos locais ( Município e Estado) que interagem com o órgão central (Federal), cada qual com suas atribuições específicas. E tudo isto com entendimento, apoio e participação das comunidades.

Um desafio posto para a Vigilância sanitária é o desenvolvimento de uma metodologia que leve em conta variáveis não usuais nos modelos tradicionais de planejamento e estudo, como a avaliação das influências político-partidárias da região em questão; a satisfação dos usuários; a motivação das equipes de trabalho; a condição cultural das populações; o grau de conhecimento da realidade e das causas dos problemas levantados pelas comunidades; as inter- relações econômicas e outros fatores de difícil mensuração pelos parâmetros de medidas usuais. Não há tal metodologia disponível até o momento.

### **3.6 AÇÕES PROGRAMÁTICAS DA VISA - SMSA/BH PARA O ANO 2003**

Há um projeto disponível no endereço eletrônico da VISA municipal que tem por objetivo reorganizar as ações da Vigilância Sanitária em Belo Horizonte por prioridades programáticas, além de atender denúncias e reclamações. A proposta é desenvolver um planejamento por programas pontuais que deverão ser desenvolvidos e pautados nos princípios de justificação; definição de objetivos claros, estabelecimento de metas e funções; conhecimento do risco e da legislação pertinente; competência legal para a fiscalização; competência técnica, avaliações de risco e organização da estrutura fiscal sanitária.

Para a avaliação dos consultórios odontológicos será preciso conhecimento geral e específico dos equipamentos e procedimentos em odontologia; de esterilização de materiais; de medicamentos; de radiação ionizante; de segurança do trabalho; dos cuidados com resíduos sólidos e meio ambiente, entre outros. Há uma disposição para superar uma "Vigilância Sanitária apenas de piso, paredes e teto". Os enfoques de estrutura, processo e resultado; de avaliação da qualidade técnica dos procedimentos e dos transtornos e riscos epidemiológicos, devem orientar a forma básica de atuação das equipes de Vigilância Sanitária.

A VISA/SMSA-BH está propondo para o período 2001/2004 a implantação do "Selo de Qualidade para a área de Assistência à Saúde", uma conjugação do Manual de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde e da Legislação Sanitária Municipal. Desta forma, serão descritas as ações programáticas de vigilância por tipo de setor hospitalar ou por especialidades médicas/odontológicas, de acordo com o grau de risco que representam, afixando um "Selo de Qualidade" no estabelecimento.

Os estabelecimentos serão vistoriados através de Roteiros de Vistoria Fiscal Sanitária específicos para cada área vistoriada, onde cada item terá uma pontuação que variará de 2 pontos, quando a situação encontrada for recomendável, 3 pontos quando for necessária e obrigatória e 5 pontos quando for obrigatória e imprescindível.

Tanto os Alvarás de Autorização Sanitária - AAS quanto os Selos de Conformidade serão avaliados conjuntamente segundo os seguintes critérios: a) até 55% de pontos (ou de respostas SIM), o estabelecimento será reprovado, não tendo o AAS liberado, e terá afixado um Selo de Qualidade "Regular"; b) de 56% a 84% de pontos (ou de respostas SIM), o estabelecimento será aprovado provisoriamente, com um AAS expressando esta condição e um Selo de Qualidade "BOM", e; c) de 84% a 100% de pontos, o estabelecimento será aprovado definitivamente por um (01) ano, com Selo de Qualidade "MUITO BOM".

Há um programa de vigilância sanitária de estabelecimentos ambulatoriais, que em última instância, busca precisar a qualidade da assistência médica/odontológica prestada. Ele pretende avaliar a estrutura, os processos de trabalho e os resultados obtidos.

Maiores detalhes e critérios utilizados para as categorias profissionais que serão avaliadas nestes projetos podem ser acessados através do site [www.visahh.cjh.nct](http://www.visahh.cjh.nct)

**4 OBJETIVOS**

---

#### **4.1 Objetivo Geral**

- Descrever as condições de controle de infecção existentes nos estabelecimentos odontológicos fiscalizados pela Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Belo Horizonte a partir da implantação da Portaria SMSA - SUS/BH N° 026 de 12/06/2000.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o cumprimento das exigências regulamentadas na Portaria VISA-SMSA-SUS/BH N° 026 de 12/06/2000 pelos estabelecimentos odontológicos fiscalizados no município de Belo Horizonte.
- Relatar as intercorrências apresentadas durante o processo de liberação do Alvará Sanitário pela VISA-SMS-SUS/BH aos estabelecimentos odontológicos.
- Avaliar a pontuação obtida após a primeira Fiscalização Sanitária, em relação ao cumprimento dos quesitos da Portaria VISA-SMSA-SUS/BH N° 026 de 12/06/2000.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

---

## 5.1 DESENHO DE ESTUDO

O estudo é do tipo seccional, exploratório, baseado em fonte de dados secundária - Processos de requisição de Alvará Sanitário VISA-SMSA-SUS/BH, com componente descritivo. Os dados da VISA-SMSA-SUS/BH foram utilizados para descrever o perfil dos estabelecimentos odontológicos em relação ao controle de infecção.

## 5.2 LOCAL

O estudo foi realizado na Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Belo Horizonte - VISA-SMSA-SUS/BH, Estado de Minas Gerais. Trata-se de um serviço público de referência para obtenção do Alvará de Autorização Sanitária, um documento obrigatório para funcionamento dos estabelecimentos odontológicos. A VISA-SMSA-SUS/BH oferece aos munícipes, a Vigilância Sanitária de produtos e serviços e, para consecução de seus objetivos, ela oferece atendimento de livre demanda para aqueles que desejam cumprir a legislação; atendimento de rotina, buscando uma vigilância aleatória, e; atender denúncias de cidadãos e do Ministério Público.

A FIG. 3 ilustra o fluxo da demanda de atendimento que a Vigilância Sanitária do Município presta aos cidadãos de Belo Horizonte.

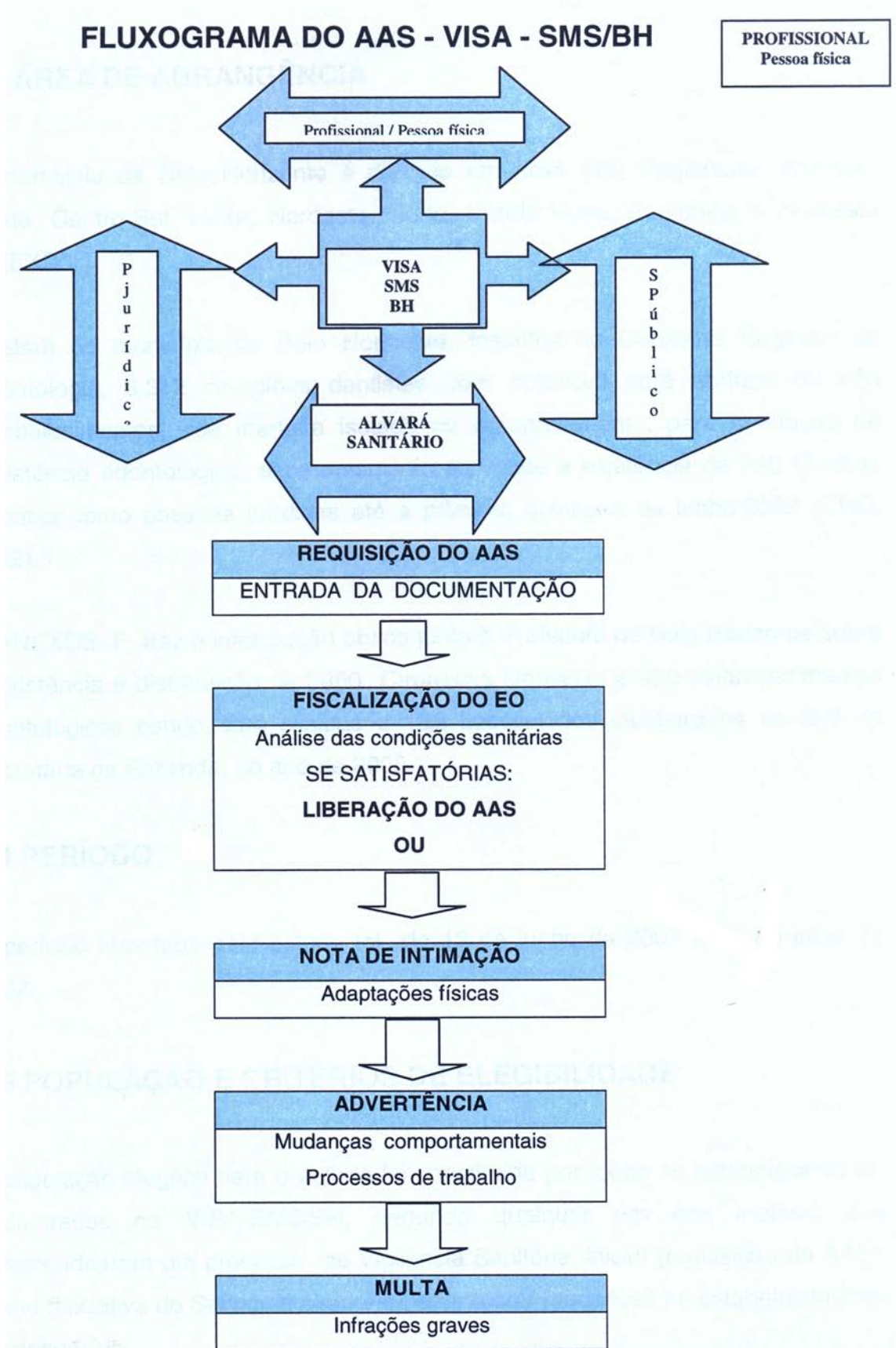


FIGURA 3 – Fluxograma da prestação de serviços da VISA-SMSA-SUS/BH

### **5.3 ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

O município de Belo Horizonte é dividido em nove (09) Regionais: Barreiro, Oeste, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Venda Nova, Pampulha e Noroeste (ANEXO E).

Existem no município de Belo Horizonte, inscritos no Conselho Regional de Odontologia, 6.312 cirurgiões dentistas com potencial para abrirem ou não estabelecimentos, de maneira isolada ou agrupadamente, para prestação de assistência odontológica; essa mesma fonte, relata a existência de 240 Clínicas inscritas como pessoas jurídicas até a primeira quinzena de junho/2002 (CRO, 2002).

O ANEXO F traz a informação obtida junto à Prefeitura de Belo Horizonte sobre a existência e distribuição de 3960 Cirurgiões Dentistas e 420 estabelecimentos odontológicos sendo, 284 clínicas e 136 Laboratórios cadastrados no ISS da Secretaria da Fazenda, no ano de 2000.

### **5.4 PERÍODO**

O período abordado pelo estudo foi de 12 de junho de 2000 a 15 de julho de 2002.

### **5.5 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

A população elegível para o estudo foi constituída por todos os estabelecimentos cadastrados na VISA-SMSA-SUS/BH, segundo qualquer um dos motivos que desencadearam um processo de Vigilância Sanitária: inicial (requisição de AAS), rotina (iniciativa do Serviço e aleatória), alteração (mudanças no estabelecimento) ou denúncias.

Foram critérios de inclusão: ter sofrido a fiscalização inicial do Fiscal Sanitário e ter o processo arquivado ou em vias de arquivamento. Foram excluídos da amostra os processos que estavam abertos, porém que não possuíam o Roteiro de Vistoria Fiscal preenchido devido a não ter sido realizada ainda nenhuma fiscalização, até o momento do término da investigação: 15 de julho de 2002.

## **5.6 DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

O processo inicia-se com o preenchimento do Requerimento de Alvará de Autorização Sanitária, pelo Responsável Técnico - RT do estabelecimento. São prestadas informações profissionais do RT; descrição dos equipamentos; declaração dos funcionários; anexados documentos de identificação e solicitada a Fiscalização Sanitária. Existem situações de denúncia e de rotina onde o Fiscal Sanitário precede com sua ação fiscalizatória, preterindo a papelada característica do Processo convencional.

À seguir, um Cirurgião Dentista, Fiscal Sanitário da VISA-SMSA-SUS/BH, realiza uma visita técnica ao estabelecimento em questão, utilizando um questionário que se chama Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária para Estabelecimentos Odontológicos Este roteiro será o instrumento de análise deste estudo (ANEXO B).

O seu preenchimento culminará com a liberação do Alvará Sanitário, desde que hajam respostas assertivas em, pelo menos, 55% (cinquenta e cinco por cento) dos pontos previstos no Roteiro de Vistoria Fiscal e o cumprimento das ocorrências determinadas pelo Fiscal Sanitário, que podem ser Advertência ou Termo de Intimação.

Há uma pontuação ("nota") final, atribuída ao estabelecimento odontológico de acordo com o cumprimento dos quesitos constantes no Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária para Estabelecimentos Odontológicos . A fórmula empregada para cálculo desta pontuação está ilustrada na FIG.4.

$$\text{NOTA} = \frac{\text{TOTAL DE RESPOSTAS TIPO SIM (OBRIGATÓRIOS E RECOMENDÁVEIS)} \times 100}{109 - \sum \text{DOS ITENS NÃO SE APLICA}}$$

FIGURA 4 - Fórmula utilizada para cálculo da pontuação no Roteiro de Vistoria

## 5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As seguintes variáveis presentes na ficha do Roteiro de Vistoria Fiscal serão utilizadas neste estudo:

a) Variáveis sócio-demográficas: sexo do RT pelo estabelecimento, local do estabelecimento, tipo de estabelecimento, e caráter da instituição.

b) Variáveis técnico-operacionais:

- IDENTIFICAÇÃO: ano de entrada da documentação, existência de atendimento extra estabelecimento, caráter do serviço, existência e quantidade de aparelhos de RX, motivo da inspeção, data da vistoria, Fiscal responsável, se já possuía AS e Alvará de Localização;

ÁREA FÍSICA: descrição das paredes/divisórias, piso, forro, instalações hidráulicas, iluminação, ventilação, lavatório exclusivo para lavagem das mãos, pia para lavagem de instrumentais odontológicos, sala de esterilização, torneiras sem contato direto com as mãos dos profissionais, presença de sabonete líquido, toalhas de papel descartáveis, área mínima de 6,0 m<sup>2</sup> por cadeira, área mínima

de recepção, instalações sanitárias condizentes, local específico para arquivo, armazenagem e acondicionamento de medicamentos.

- UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E UNIDADES MÓVEIS: quando for o caso, presença de reservatório de água potável e coleta de fluidos em reservatórios apropriados.

- EQUIPAMENTOS E APARELHOS NECESSÁRIOS: estado da cadeira odontológica, do mocho, do refletor, da presença de barreiras físicas na alça do foco, funcionamento do equipo, da cuspeira, conexão do sugador de saliva à rede de esgoto, ponta do sugador descartável, compressor de ar fora da área de atendimento, equipado com filtro bacteriológico, organização na disposição do consultório e sem depósitos de objetos em desuso.

- PONTAS DE TRABALHO DO EQUIPO ODONTOLÓGICO: limpeza da caneta de alta rotação, da caneta de baixa rotação, do micromotor e da seringa de ar e água; e, presença de barreira de proteção nas pontas.

- INSTRUMENTAIS: nº suficiente de instrumentais cirúrgicos, clínicos e brocas em quantidade compatível com o atendimento.

- EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (para toda a equipe odontológica) : luvas e se são descartadas; avental; máscaras; protetores oculares e gorro; e, quanto a existência de luvas descartáveis ou de borracha para a lavagem de instrumental.

- DESINFECÇÃO PRÉVIA: execução com desinfectante adequado; obediência ao tempo de imersão e observância ao prazo de validade da solução.

- DESINFECÇÃO DO EQUIPAMENTO: execução deste processo e observância ao prazo de validade dos produtos empregados para este fim.
- ESTERILIZAÇÃO: execução deste processo para artigos críticos, para as pontas do equipo, existência de equipamentos de esterilização aprovados pelo MS, presença de autoclave, estufa, de termômetro para estufa, obediência aos parâmetros de esterilização, terceirização deste tipo de serviço, uso de indicadores de esterilização e frequência deste processo.
- ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS: armazenagem observância ao prazo de validade de esterilização e presença do responsável pelo processo.
- MATERIAIS DE CONSUMO ODONTOLÓGICO: prazo de validade respeitado e com registro no MS.
- SISTEMAS DE ANOTAÇÕES DOS PACIENTES: preenchimento e arquivamento correto das fichas clínicas.
- REGULAMENTO INTERNO: existência de um Regulamento Interno e, quando for o caso, comissão de Controle de Infecção em Odontologia.
- TRATAMENTO E DESTINO DE RESÍDUOS E MOLDES PARA LABORATÓRIO: recolhimento de dejetos de acordo com as normas da ABNT, coleta seletiva, pérfuro-cortante em recipientes apropriados, lixeira com tampa, desinfecção de prótese, acondicionamento apropriado para o amálgama e encaminhamento correto dos restos mercuriais.
- RADIAÇÃO IONIZANTE: registro do aparelho no MS, afastamento adequado do operador, sem uso de sistema de retardo, instalações devidamente projetadas, presença de avental de chumbo, protetor de tireóide e área específica para este exame.

- PESSOAL AUXILIAR: Pessoal inscrito no CRO/MG.

c) Variáveis relacionadas ao encaminhamento do processo;

PONTUAÇÃO FINAL OBTIDA: nota atribuída pelo Fiscal Sanitário que se relaciona à conformidade de acordo com as exigências da Lei.

- TEMPO DO PROCESSO: tempo transcorrido da requisição inicial à liberação do AAS.

- RESOLUÇÃO DO PROCESSO: Se obteve o AAS ou se o RT recorreu quanto ao tempo ou outro motivo, se houve Termo de Intimação, Advertência ou Multa e quantas e quais os tipos de infrações cometidas.

## **5.8 DINÂMICA DA PESQUISA**

Primeiramente foi levantado o volume de processos existentes na VISA-SMSA-SUS/BH que preenchiam os critérios estabelecidos. Uma pequena amostra desses foram verificados para testar a sua aplicabilidade ao estudo. Cada um dos processos elencados foram minuciosamente analisado e suas informações foram transferidas para um banco de dados. Apenas a pesquisadora responsável, transferiu essas informações para a via magnética, realizando todo o processo de digitação. Houve discussão com os Fiscais Sanitários e a Gerência daquele Setor sobre a montagem dos Processos e a rotina de trabalho. Houve solicitação e autorização formal das partes envolvidas para desenvolvimento da pesquisa (ANEXOS C e D).

## **5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

O Estudo não envolveu seres humanos; não identificou pessoas ou nomes dos estabelecimentos odontológicos. Cada processo recebeu um número de controle para manipulação no banco de dados com suas respectivas variáveis. Todos os preceitos éticos foram observados por todos os envolvidos na pesquisa.

## **5.10 BANCO DE DADOS E SOFTWARES DE ANÁLISE**

Os dados obtidos através da pesquisa foram analisados utilizando-se o *software* MINITAB®. Para análise descritiva, utilizou-se o EPIINFO®. Para análise univariada utilizou-se o *software* MINITAB®. Para o georreferenciamento utilizou-se o MAPIINFO®.

## **5.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Inicialmente foi feita uma análise descritiva de todos os itens dos Processos. Em seguida foram determinadas as distribuições de frequência das variáveis categóricas e as medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão) das variáveis contínuas, e; a proporção (número de eventos/número de processos).

Utilizou-se alguns testes estatísticos para verificar associações e diferenças entre médias. Para todas as análises realizadas, o nível de significância considerado foi de 0,05.

Realizou-se a distribuição dos logradouros dos estabelecimentos odontológicos que foram fiscalizados dentro dos Distritos Sanitários com o objetivo de georreferenciar espacialmente e obter um mapa para comparações

## 6 RESULTADOS

---

## 6.1 DADOS GERAIS

Entre 12 de junho de 2000 e 15 de julho de 2002, aproximadamente 2.500 processos foram constituídos na VISA-SMSA-SUS/BH. Deste total, 747 (30%) processos foram, ou estavam em vias de arquivamento, significando algum tipo de desfecho. Para estes 747, foi feita uma primeira investigação dos dados. Nesta leitura, 128 (17,13%) Processos foram excluídos da pesquisa por não preencherem os critérios de inclusão, devido aos seguintes motivos: não ter o processo disponível durante o período de digitação do banco de dados, já que o mesmo se encontrava no arquivo ativo (consulta) e/ou em tramitação interna; não possuir o Roteiro de Fiscalização em seu interior; estarem desconfigurados, não caracterizando um Processo, e/ou; estarem sob guarda dos Fiscais Sanitários para realização de visita técnica (FIG 5).

O número de estabelecimentos odontológicos que tiveram seus processos analisados nesta pesquisa foi de 619. Destes, 47(7,6%) tiveram encerramento e/ou mudança de endereço antes da obtenção do AAS, 31 (65,9%) dos quais por terem suas atividades encerradas no estabelecimento em questão, fecharam as portas.

Em relação ao ano de abertura dos Processos, 264 (42,6%) iniciaram no ano de 2000, 285 (46%) no ano de 2001 e 70 (11,4%) no ano de 2002 (GRAF.1) .

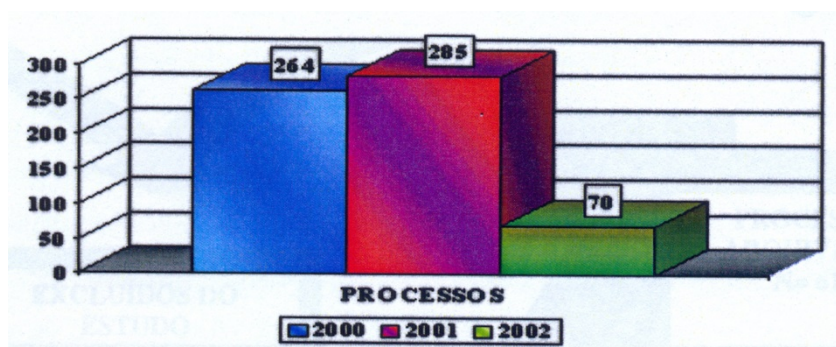


GRÁFICO 1- Frequência e distribuição dos estabelecimentos odontológicos cadastrados na VISA-SMSA SUS/BH durante o período de JUN/2000 a JUL/2002.

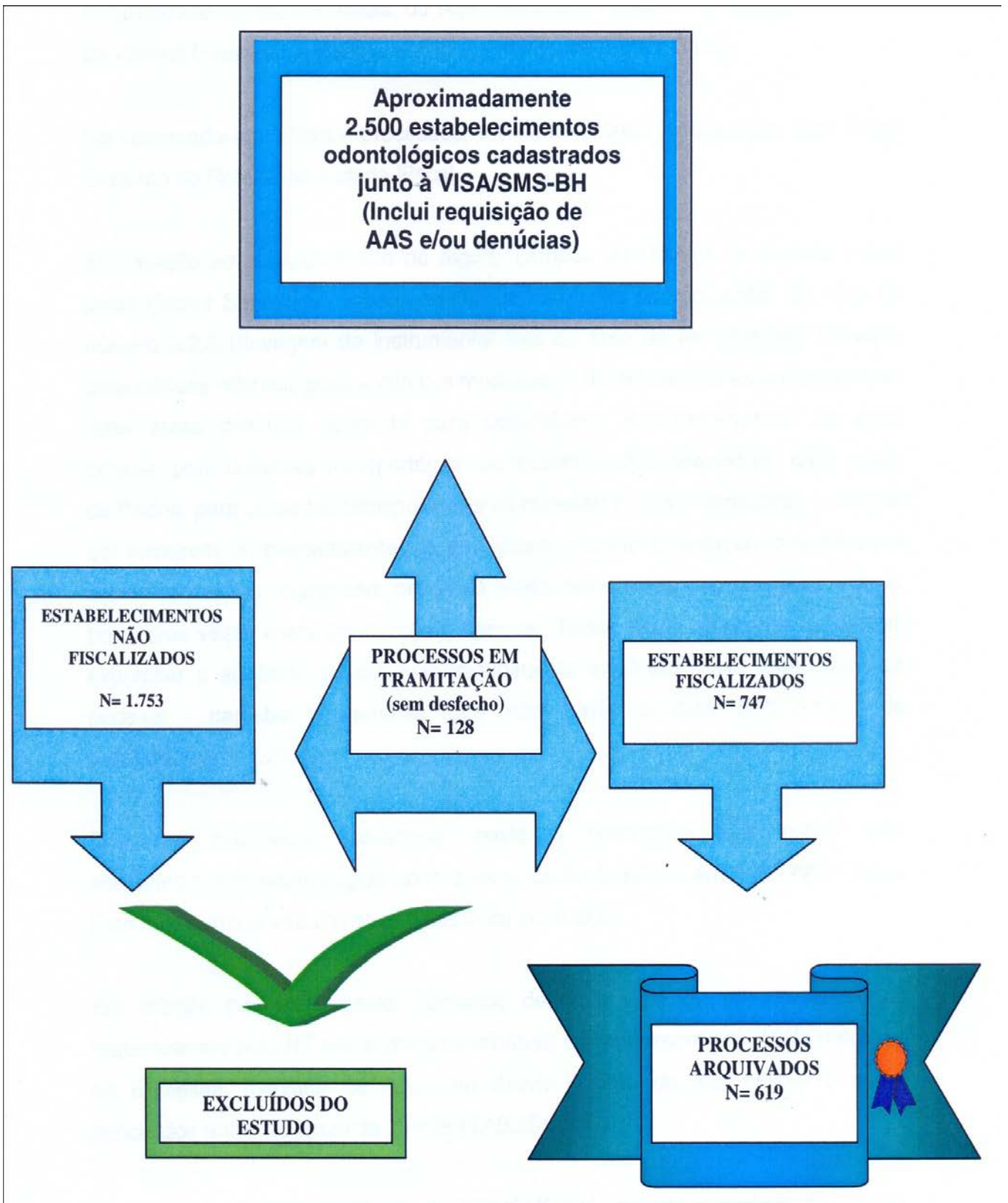


FIGURA 5 - Fluxograma de obtenção da amostra da pesquisa

A quantidade de não respostas, ou seja, não preenchimento de campos do roteiro de Vistoria Fiscal pelos Fiscais Sanitários, variou de 2,3% a 33%.

Foi observado em 37(6%) processos, o preenchimento, feito à lápis, pelo Fiscal Sanitário do Roteiro de Vistoria Fiscal.

Em relação ao preenchimento de alguns campos do Roteiro de Vistoria Fiscal pelos Fiscais Sanitários, observou-se que não havia padronização. Os itens de número 11.2.8.1 (lavagem de instrumental fora da área de atendimento, somente para clínicas odontológicas e clínicas modulares), 11.2.8.2 sala de esterilização com duas áreas distintas, somente para policlínicas); 11.3.1 (reservatório de água potável, para unidades transportáveis ou móveis); 11.3.2 (reservatório para coleta de fluidos, para unidades transportáveis ou móveis); 11.10.4(esterilização realizada por terceiros), e; integralmente, os que dizem respeito à radiação ionizante, ora eram assinalados como não, ora eram preenchidos como não se aplica (NA) e, por outras vezes eram deixados em brancos. Todas essas respostas desejavam expressar a ausência do cumprimento daquela exigência. Para estes quesitos pôde-se perceber claramente que não havia conduta padronizada de preenchimento.

Dos 619 processos analisados, havia a pontuação final obtida pelo estabelecimento odontológico após a fiscalização Sanitária em 445 (72%) deles. Este foi o número trabalhado na análise da pontuação.

Em relação ao tempo gasto, contando desde a data de preenchimento do requerimento pelo RT até o dia da assinatura de recebimento do AAS, a média foi de 6 meses, mediana de 4,5, com desvio padrão de 5,6. Houve 6 casos concluídos antes do prazo de 1 mês (TAB.25).

O quadro de Fiscais Sanitários da VISA-SMSA-SUS/BH, durante o período de estudo, variou de 4 a 8 Fiscais.

Quanto às ocorrências, preenchidas após a 1ª Fiscalização Sanitária, o número de Termo de Intimação variou de nenhuma a 11 por processo; o número de advertências de 0 a 32 por processo e o de multa ocorreu uma vez por processo em 21 estabelecimentos.

O número de Fiscalizações Sanitárias, por estabelecimento odontológico, variou de 1 a 4 vezes (TAB. 27).

O número de Responsável Técnico - RT, por estabelecimento odontológico, variou de 1 a 15 (TAB 28).

Com os dados relativos ao endereço do estabelecimento odontológico, foi retirada apenas a informação sobre o Bairro onde o mesmo funcionava, que serviu ao georreferenciamento ilustrado na FIG. 6. O mapa criado, informa a distribuição e concentração dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados pela VISA/SMS-SH pelo município de Belo Horizonte.

A informação obtida junto à Prefeitura de Belo Horizonte sobre a existência e distribuição de 3960 Cirurgiões Dentistas e 420 estabelecimentos odontológicos (ANEXO 6 e 7), possibilitou a visualização da distribuição espacial pelo município de Belo Horizonte e serviu de comparação ao georreferenciamento dos dados obtidos com a pesquisa.

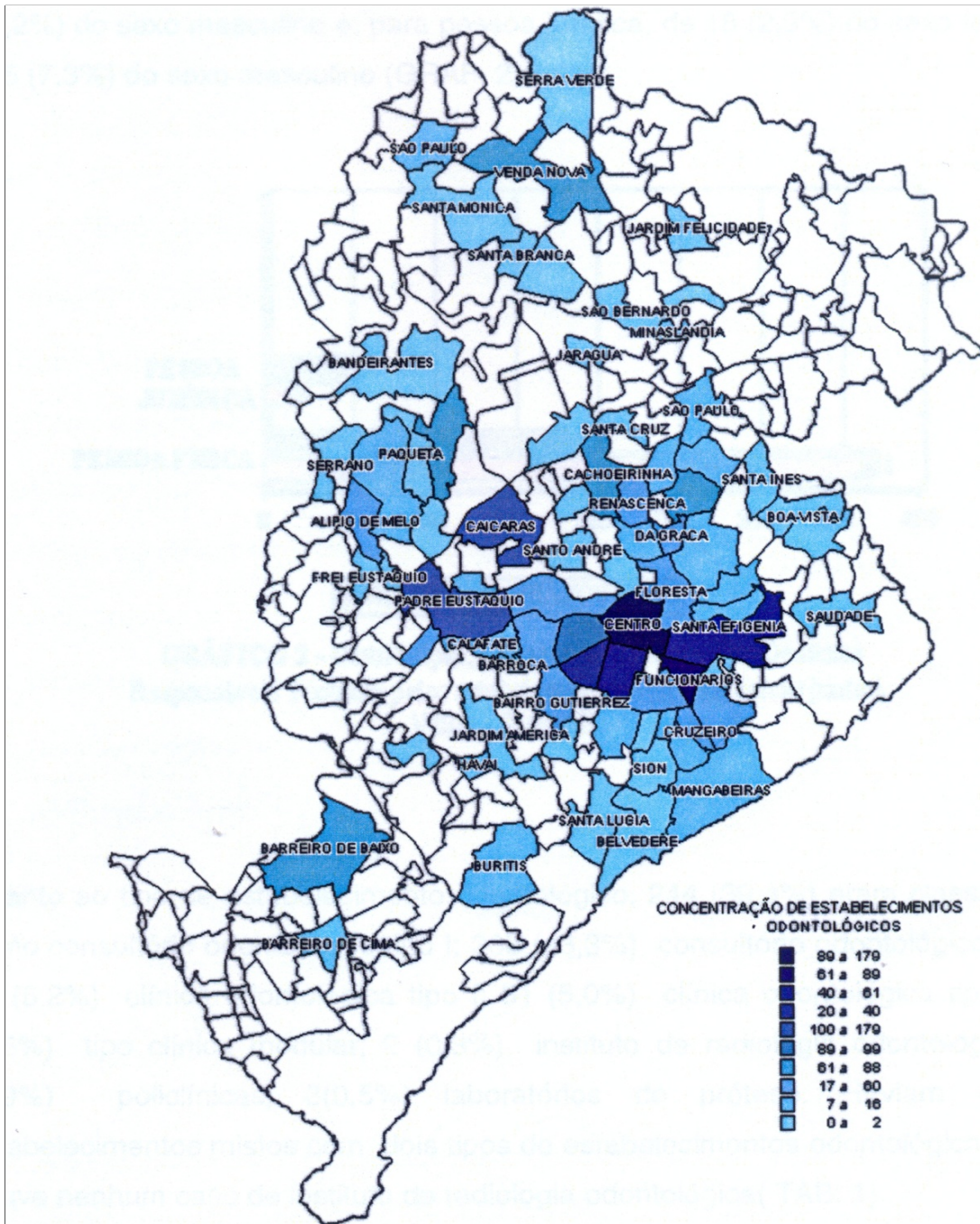


FIGURA 6: Distribuição dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados pela VISA-SMSA-SUS/BH para obtenção do AAS de 12/06/2000 a 15/07/2002  
 Fonte: Gerência de Vigilância Sanitária SMSA/BH, 2002

A distribuição, por sexo, dos responsáveis técnicos pelos estabelecimentos odontológicos foi, para pessoa física, de 371(60% ) do sexo feminino e 181 (29,2%) do sexo masculino e; para pessoa jurídica, de 18 (2,9%) do sexo feminino e 45 (7,3%) do sexo masculino (GRAF. 2).

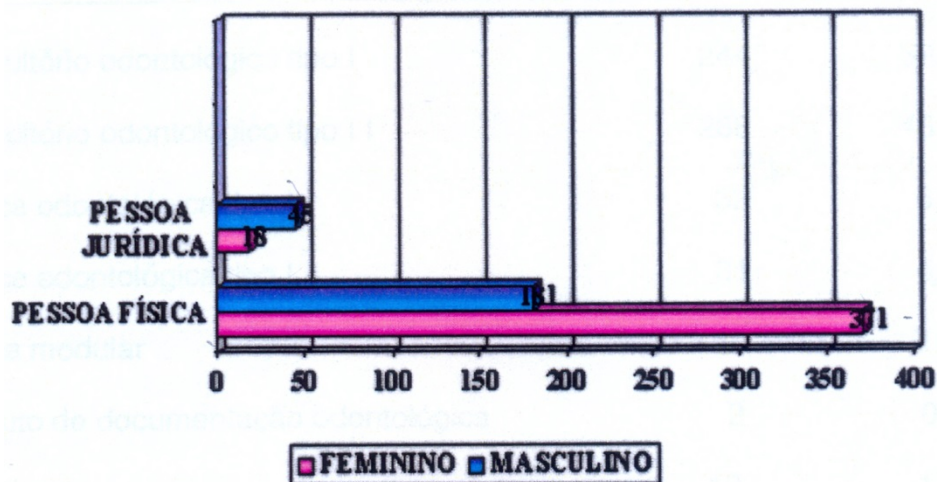


GRÁFICO 2 – Frequência e distribuição do sexo dos Responsáveis Técnicos dos estabelecimentos odontológicos junto a VISA-SMSA-SUS/BH no período de JUN/2000 a JUL/2002.

Quanto ao tipo de estabelecimento odontológico, 244 (39,4%) eram classificados como consultório odontológico tipo I; 268 (43,3%) consultório odontológico tipo II; 32 (5,2%) clínica odontológica tipo I; 31 (5,0%) clínica odontológica tipo II; 10 (1,6%) tipo clínica modular; 2 (0,3%) instituto de radiologia odontológica; 12 (1,9%) policlínicas; 3(0,5%) laboratórios de prótese. Havia 4(0,7%) estabelecimentos mistos com dois tipos de estabelecimentos odontológicos e não houve nenhum caso de instituto de radiologia odontológica (TAB. 1).

TABELA 1 - Distribuição de freqüências do tipo de estabelecimento odontológico VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/2000 a 07/2002

<b>TIPO DE ESTABELECIMENTO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1- Consultório odontológico tipo I	244	39,4
2- Consultório odontológico tipo II	268	43,3
3- Clínica odontológica tipo I	32	5,2
4- Clínica odontológica tipo I	31	5,0
5- Clínica modular	10	1,6
6- Instituto de documentação odontológica	2	0,3
7- Policlínica	12	1,9
8- Laboratório de prótese	3	0,5
9- Estabelecimentos mistos	4	0,7
10- Não identificados	13	2,1
<b>TOTAL DE ESTABELECIMENTOS</b>	<b>619</b>	<b>100</b>

Em relação ao caráter do estabelecimento odontológico, 8 (1,4%) eram públicos e 553(98,6%) eram da iniciativa privada (TAB.2).

TABELA 2 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao caráter do estabelecimento VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

CARÁTER	n <sup>1</sup>	%
Público	8	1,4
Privado	553	98,6
TOTAL	561	

<sup>1</sup>Sem informação: 58 (9,4%)

Na distribuição de freqüências dos documentos necessários para funcionamento do estabelecimento odontológico, 26(4,5%) já possuíam Alvará Sanitário emitido pela VISA; 504 (89,8%) estavam de posse do Alvará de Localização expedido pela Prefeitura de BH e apenas 10 (43,5%) tinham cadastro junto à VISA para a modalidade “extraestabelecimento” (TAB.3).

TABELA 3 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à apresentação dos documentos necessários para o funcionamento do estabelecimento odontológico. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

continua

TIPO DE DOCUMENTO	n	%
<b>1- Alvará Sanitário emitido pela VISA<sup>1</sup></b>		
Sim	26	4,5
Não	550	95,5
TOTAL	576	
<b>2- Alvará de Localização expedido pela PBH<sup>2</sup></b>		
Sim	504	89,8
Não	57	10,2

TIPO DE DOCUMENTO	n	Conclusão
		%
<b>3- Cadastro junto a VISA para modalidade “extraestabelecimento”<sup>3,4</sup></b>		
Sim	10	43,5
Não	13	56,5
TOTAL	23	
TOTAL		561

<sup>1</sup>Sem informação: 43(6,9%)

<sup>2</sup>Sem informação: 58(9,4%)

Extra estabelecimento: São procedimentos odontológicos realizados fora da área física do estabelecimento, podendo fazer uso das seguintes unidades; transportável, móvel ou de atendimento portátil.

<sup>3</sup>Sem informação: 157(25,4%)

<sup>4</sup>Não se aplica: 439(70,9%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

Dos estabelecimentos que possuíam atendimento extra estabelecimento, 2(1,4%) tinham Unidade transportável, 1(0,7%) Unidade portátil e nenhum apresentou Unidade móvel.

A distribuição de freqüência da existência de aparelhos de Raios X nos estabelecimentos odontológicos foi de 273(50%) para aparelhos intra bucal e de 20(4,8%) de aparelhos extra bucal. A média em relação à quantidade de equipamentos foi de 1 para ambos os tipos de aparelhos (TAB.4).

Em relação ao motivo do processo, 574 (95,3%) dos casos se davam pela livre iniciativa seja pela procura dos profissionais interessados ou por fiscalizações aleatórias promovidas pelo Serviço, neste caso chamado inicial; 9 (1,5) ocorriam em virtude de alterações; 4(0,7%) foram fiscalizações denominadas como rotina, e; 15(2,5%) se deveram à denúncia realizada por terceiros (TAB. 5).

TABELA 4 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à existência de aparelhos de RX.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

APARELHO DE RX	n	%	Nº MÉDIO DE APARELHOS
<b>1 - RX intra oral<sup>1</sup></b>			
Sim	273	50,0	1
Não	272	50,0	–
TOTAL	545		
<b>2 - RX extra oral<sup>2</sup></b>			
Sim	20	4,8	1
Não	395	95,2	–
TOTAL	415		

<sup>1</sup>Sem informação: 74 (11,9%)

<sup>2</sup>Sem informação: 204 (33%)

TABELA 5 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização em relação ao motivo da inspeção.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

MOTIVO	n <sup>1</sup>	%
Inicial	574	95,3
Alteração	9	1,5
Rotina	4	0,7
Denúncia	15	2,5
TOTAL	602	

<sup>1</sup>Sem informação: 17 (2,7%)

A distribuição da freqüência de fiscalizações, por Fiscal Sanitário, está representada no GRÁF. 3.

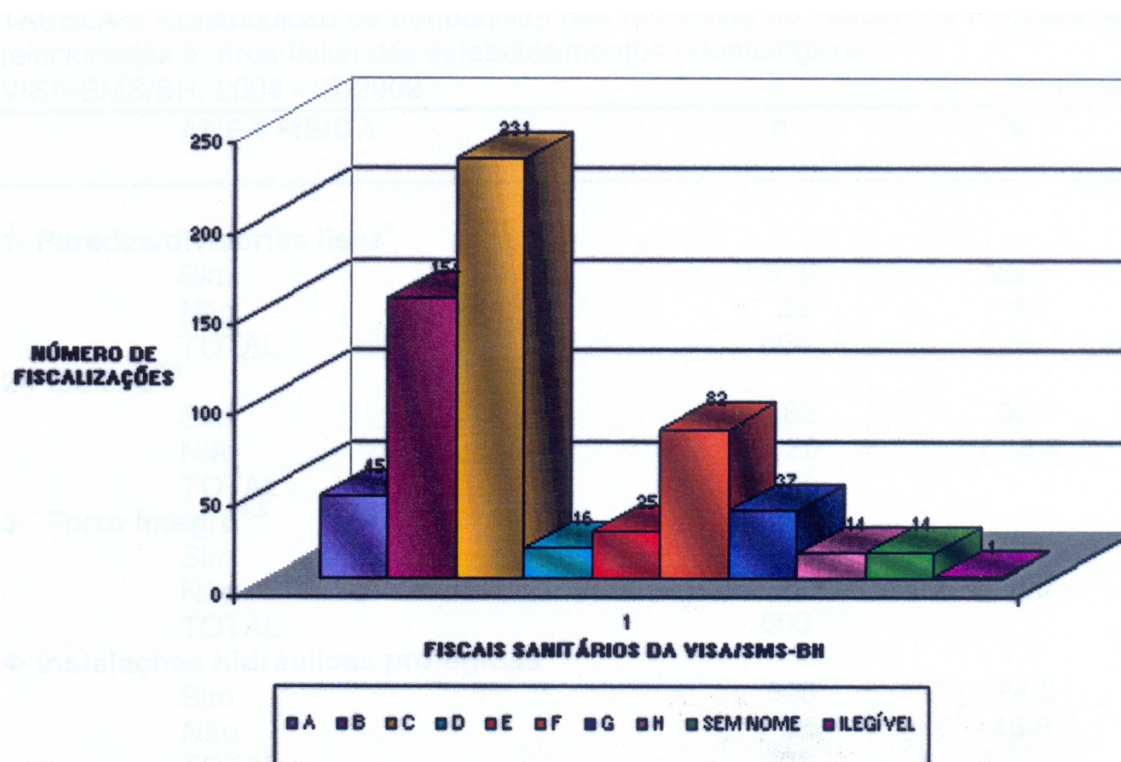


GRÁFICO 3 – Frequência e distribuição do número de fiscalizações, por Fiscal Sanitário da VISA-SMSA--SUS/BH, no período de JUN/2000 a JUL/2002.

## 6.2 DADOS REFERENTES AOS ESTABELECIMENTOS VISTORIADOS

### 6.2.1 ÁREA FÍSICA DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Em relação ao cumprimento dos requisitos especificados na Legislação, 579(95,9%) atendiam à condição de possuir paredes/divisórias lisas; 582(96,7%) possuíam piso liso; o forro era íntegro em 591 (98%) dos estabelecimentos; havia proteção das instalações hidráulicas em 506 (84,2%) dos casos; a iluminação era satisfatória em 600(99,2%); a ventilação confortável em 578(95,5%) das situações e em 511 (85,6%) dos estabelecimentos odontológicos havia lavatório exclusivo para lavagem das mãos dos profissionais (TAB. 6).

TABELA 6 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à área física dos estabelecimentos odontológicos VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

continua

ÁREA FÍSICA	n	%
<b>1- Paredes/divisórias lisas<sup>1</sup></b>		
Sim	579	95,9
Não	25	4,1
TOTAL	604	
<b>2- Piso liso<sup>2,3</sup></b>		
Sim	582	96,7
Não	20	3,3
TOTAL	602	
<b>3- Forro íntegro<sup>4,5</sup></b>		
Sim	591	98,0
Não	12	2,0
TOTAL	603	
<b>4- Instalações hidráulicas protegidas<sup>6,7</sup></b>		
Sim	506	84,2
Não	95	15,8
TOTAL	601	
<b>5- Iluminação satisfatória<sup>8</sup></b>		
Sim	600	99,2
Não	5	0,8
TOTAL	605	
<b>6- Ventilação confortável<sup>9</sup></b>		
Sim	578	95,5
Não	27	4,5
TOTAL	605	
<b>7- Lavatório exclusivo para lavagem de mãos<sup>10,11</sup></b>		
Sim	511	85,6
Não	86	14,4
TOTAL	597	

<sup>1</sup>Sem informação: 15 (2,5%)

<sup>2</sup>Sem informação: 16 (2,6%)

<sup>3</sup>Não é aplicável: 1 (0,1 %)

<sup>4</sup>Sem informação: 15 (2,5%)

<sup>5</sup>Não é aplicável: 1 (0,1 %)

<sup>6</sup>Sem informação: 17 (2,8%)

<sup>7</sup>Não é aplicável: 1 (0,1 %)

<sup>8</sup>Sem informação: 14 (2,3%)

<sup>9</sup>Sem informação: 14 (2,3%)

<sup>10</sup>Sem informação: 20 (3,2%)

<sup>11</sup>Não é aplicável: 2 (0,3%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 6 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à área física dos estabelecimentos odontológicos. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

continua

<b>ÁREA FÍSICA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8-Lavagem de instrumental em local próprio para este fim<sup>12,13</sup></b>		
Sim	517	88,4
Não	68	11,6
TOTAL	585	
<b>9-Lavação de instrumental fora da área de atendimento clínico<sup>14,15</sup></b>		
Sim	156	91,8
Não	14	8,2
TOTAL	170	
<b>10-Sala de esterilização com duas área distintas<sup>16,17</sup></b>		
Sim	33	76,7
Não	10	23,3
TOTAL	43	
<b>11- Lavatório sem contato direto das mãos com o registro<sup>18,19</sup></b>		
Sim	450	75,8
Não	144	24,2
TOTAL	594	
<b>12- Presença de sabonete líquido<sup>20,21</sup></b>		
Sim	555	92,2
Não	47	7,8
TOTAL	602	

<sup>12</sup>Sem informação: 23(3,7%)<sup>13</sup>Não é aplicável: 11 (1,8%)<sup>14</sup>Sem informação: 23(3,7%)<sup>15</sup>Não é aplicável: 426(68,8%)<sup>16</sup>Sem informação: 24(3,9%)<sup>17</sup>Não é aplicável: 552(89,2%)<sup>18</sup>Sem informação: 17(2,7%)<sup>19</sup>Não é aplicável: 8(1,3%)<sup>20</sup>Sem informação: 16(2,6%)<sup>21</sup>Não é aplicável: 1 (0,1 %)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 6 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas à área física dos estabelecimentos odontológicos. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

conclusão

ÁREA FÍSICA	n	%
<b>13-Toalhas de papel para secagem das mãos</b> <sup>22,23</sup>		
Sim	547	90,6
Não	57	9,4
TOTAL	604	
<b>14-Área mínima para atendimento</b> <sup>24,25</sup>		
Sim	597	99,5
Não	3	0,5
TOTAL	600	
<b>15-Área mínima para recepção</b> <sup>26,27</sup>		
Sim	593	98,7
Não	8	1,3
TOTAL	601	
<b>16-Instalações sanitárias satisfatórias</b> <sup>28,29</sup>		
Sim	520	88,4
Não	68	11,6
TOTAL	588	
<b>17-Existência de local para arquivo</b> <sup>30,31</sup>		
Sim	572	96,8
Não	19	3,2
TOTAL	591	
<b>18-Local para armazenagem de instrumentais e medicamentos</b> <sup>32,33</sup>		
Sim	542	93,8
Não	36	6,2
TOTAL	578	

<sup>22</sup>Sem informação: 14(2,37%)

<sup>24</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>26</sup>Sem informação: 26(2,6%)

<sup>28</sup>Sem informação: 23(3,7%)

<sup>30</sup>Sem informação: 25(4,0%)

<sup>32</sup>Sem informação: 336(5,3%)

<sup>23</sup>Não é aplicável: 1(0,1%)

<sup>25</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>27</sup>Não é aplicável: 2(0,3%)

<sup>29</sup>Não é aplicável: 8(1,3%)

<sup>31</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>33</sup>Não é aplicável: 8(1,3%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

A lavagem de instrumental, em local apropriado para este fim, se dava em 517 (88,4%) dos estabelecimentos; a realização deste procedimento fora da área de atendimento clínico foi de 156(25,2%) dos casos; a existência de sala de esterilização apresentando duas áreas distintas, ocorreu em 33(5,3%) das vezes; a presença de lavatório sem contato direto das mãos dos profissionais com o registro da torneira foi de 45(72,7%), e; a presença de sabonete líquido ocorreu em 555(89,7%) dos casos (TAB. 6 e GRAF. 4 e 5).

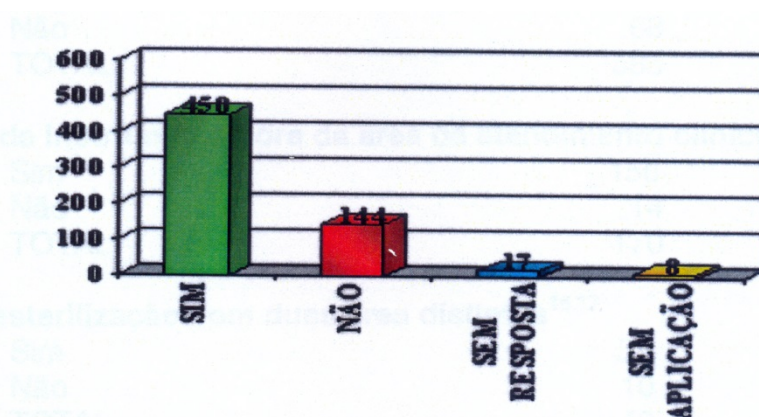


GRÁFICO 4 - Frequência de lavatórios exclusivos para lavagem das mãos dos profissionais nos consultórios odontológicos no período de JUN/2000 a JUL/2002.

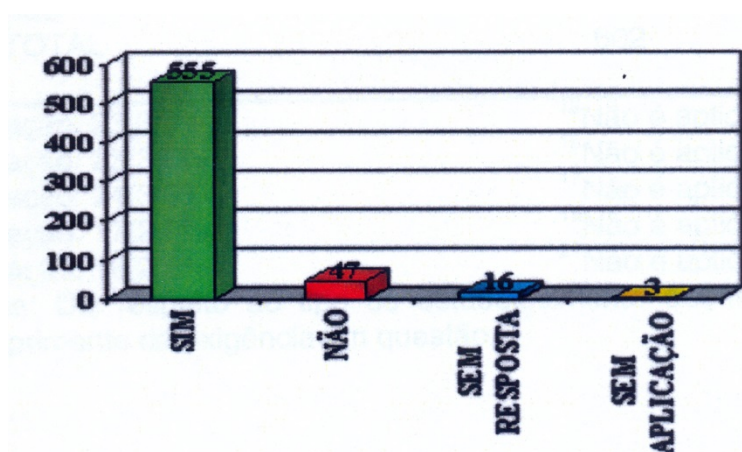


GRÁFICO 5 – Frequência de utilização de sabonete líquido nos estabelecimentos odontológicos no período de JUN/2000 a JUL/2002.

Quanto a existência de toalhas de papel para secagem das mãos dos profissionais, 547(90,6%) possuíam; a observância da área mínima para atendimento ocorreu em 597(99,5%) das vezes; a área mínima para recepção em 593(98,7%); a presença de instalações sanitárias em condições satisfatórias foi de 520 (88,4%) dos estabelecimentos; 572(96,8%) apresentavam local para arquivo, e; 542(93,8%), local para armazenagem de instrumentais e medicamentos (TAB. 6).

## 6.2.2 UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E MÓVEIS

Para os estabelecimentos odontológicos que apresentavam estes tipos de unidades , a distribuição de freqüência da existência de reservatório de água potável nas condições adequadas foi de 43(95,5%) das vezes e de 46(95,8%) para reservatórios de coleta dos fluidos (TAB. 7).

TABELA 7 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas às unidades transportáveis e móveis VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E MÓVEIS	n	%
<b>1- Reservatório de água potável adequado<sup>1,2</sup></b>		
Sim	43	95,5
Não	2	4,5
TOTAL	45	
<b>2- Reservatório para coleta dos fluidos<sup>3,4</sup></b>		
Sim	46	95,8
NÃO	2	4,2
TOTAL	48	

<sup>1</sup>Sem informação: 19 (3,1%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 555(89,7%)

<sup>3</sup>Sem informação: 26 (42%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 545(88,1%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.3 EQUIPAMENTOS E APARELHOS

A apresentação da cadeira odontológica em bom estado de uso e conservação ocorreu em 553(93,4%) das vezes; essas mesmas características aplicadas ao mocho odontológico, foi de 585(97,7%); apresentaram refletores em bom estado 596(99,5%) dos estabelecimentos; 457(76,8%) desses possuíam alça recoberta; o equipo odontológico em bom estado foi identificado em 595(99,3%) dos casos, e; 596(99,3%) das cuspeiras apresentaram-se sem vazamento (TAB.8).

A presença de sugador de saliva com disposição final ao esgoto ocorreu em 592(99,7%) das vezes; 580(98%) apresentavam pontas descartáveis; a instalação do compressor fora da área de atendimento ou com proteção acústica se deu em 581 (97,3%) dos casos; apenas 36(6,1%) dos estabelecimentos eram equipados com filtro bacteriológico; 591 (98%) deles apresentavam ambiente que permite bom desenvolvimento do trabalho, e; 569(96%) mantinham os equipamentos e móveis em desuso fora da área de atendimento (TAS. 8).

### 6.2.4 PONTAS

Em relação ao bom estado de apresentação e conservação, foram identificados: 590(99,2%) para a caneta de alta rotação; 589(99%) para a caneta de baixa rotação; 587(99%) para o micromotor; 592(98,5%) para a seringa de ar/água, e; 453(76%) das pontas eram protegidas com o uso de barreiras de proteção (TAB.9).

TABELA 8 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos equipamentos e aparelhos necessários aos estabelecimentos odontológicos.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

continua

EQUIPAMENTO E APARELHOS	n	%
<b>1- Cadeira odontológica em bom estado<sup>1,2</sup></b>		
Sim	553	93,4
Não	39	6,6
TOTAL	592	
<b>2-Mocho odontológico em bom estado<sup>3,4</sup></b>		
Sim	585	97,7
Não	14	2,3
TOTAL	599	
<b>3- Refletor em bom estado<sup>5,6</sup></b>		
Sim	596	99,5
Não	3	0,5
TOTAL	599	
<b>4-Refletor com alça recoberta<sup>7,8</sup></b>		
Sim	457	76,8
Não	138	23,2
TOTAL	595	
<b>5- Equipó odontológico em bom estado<sup>9,10</sup></b>		
Sim	595	99,3
Não	4	0,7
TOTAL	599	
<b>6- Cuspideira sem vazamento<sup>11,12</sup></b>		
Sim	596	99,3
Não	4	0,7
TOTAL	600	

<sup>1</sup>Sem informação: 20(3,3%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 7(1,1%)

<sup>3</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 4(0,6%)

<sup>5</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

<sup>7</sup>Sem informação: 17(2,8%)

<sup>8</sup>Não é aplicável: 7(1,1 %)

<sup>9</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>10</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

<sup>11</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>12</sup>Não é aplicável: 4(0,6%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 8 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos equipamentos e aparelhos necessários aos estabelecimentos odontológicos.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

		conclusão	
<b>EQUIPAMENTO E APARELHOS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>7- Sugador de saliva com disposição final no esgoto <sup>13,14</sup></b>			
	Sim	592	99,7
	Não	2	0,3
	TOTAL	594	
<b>8- Sugador de saliva com pontas descartáveis <sup>15,16</sup></b>			
	Sim	580	98,0
	Não	12	2,0
	TOTAL	592	
<b>9- Compressor fora da área de atendimento ou proteção acústica <sup>17,18</sup></b>			
	Sim	581	97,3
	Não	16	2,7
	TOTAL	597	
<b>10- Equipado com filtro bacteriológico <sup>19,20</sup></b>			
	Sim	36	6,1
	Não	550	93,9
	TOTAL	586	
<b>11- Ambiente permite bom desenvolvimento do trabalho <sup>21,22</sup></b>			
	Sim	591	98,0
	Não	12	2,0
	TOTAL	603	
<b>12- Equipamento em desuso fora da área de atendimento <sup>23,24</sup></b>			
	Sim	569	96,0
	Não	24	4,0
	TOTAL	593	

<sup>13</sup>Sem informação: 18(2,9%)

<sup>15</sup>Sem informação: 20(3,2%)

<sup>17</sup>Sem informação: 17(2,7%)

<sup>19</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>21</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>23</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>14</sup>Não é aplicável: 7(1,1 %)

<sup>16</sup>Não é aplicável: 7(1,1 %)

<sup>18</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

<sup>20</sup>Não é aplicável: 18(2,9%)

<sup>22</sup>Não é aplicável: 1(0,2%)

<sup>24</sup>Não é aplicável: 10(1,6%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 9 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto às pontas de trabalho do equipo odontológico. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

PONTAS	n	%
<b>1 - Caneta de alta rotação em bom estado<sup>1,2</sup></b>		
Sim	590	99,2
Não	5	0,8
TOTAL	595	
<b>2- Caneta de baixa rotação em bom estado<sup>3,4</sup></b>		
Sim	598	99,0
Não	6	1,0
TOTAL	595	
<b>3- Micromotor em bom estado<sup>5,6</sup></b>		
Sim	587	99,0
Não	6	1,0
TOTAL	593	
<b>4- Seringa de ar e/ou água em bom estado<sup>7,8</sup></b>		
Sim	592	98,5
Não	9	1,5
TOTAL	601	
<b>5- Pontas protegidas com barreiras de proteção<sup>9,10</sup></b>		
Sim	453	76,0
Não	143	24,0
TOTAL	596	

<sup>1</sup> Sem informação: 18(2,9%)

<sup>2</sup> Não é aplicável: 6(1,0%)

<sup>3</sup> Sem informação: 18(2,9%)

<sup>4</sup> Não é aplicável: 6(1,0%)

<sup>5</sup> Sem informação: 19(3,1%)

<sup>6</sup> Não é aplicável: 7(1,3%)

<sup>7</sup> Sem informação: 14(2,3%)

<sup>8</sup> Não é aplicável: 4(0,6%)

<sup>9</sup> Sem informação: 17(2,7%)

<sup>10</sup> Não é aplicável: 6(1,0%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.5 INSTRUMENTAIS

Nos estabelecimentos odontológicos fiscalizados, 533(98,3%) possuíam número de instrumental cirúrgico compatível com o atendimento; 578(97,6%) tinham instrumental clínico em quantidade adequada à assistência prestada, e; 549(94%) apresentavam número de brocas compatível com o atendimento (TAB.10).

TABELA 10 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos instrumentais odontológicos. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

INSTRUMENTAIS	n	%
<b>1 - Número de instrumental cirúrgico compatível com o atendimento<sup>1,2</sup></b>		
Sim	533	98,3
Não	9	1,7
TOTAL	542	
<b>2-Número de instrumental clínico compatível com o atendimento<sup>3,4</sup></b>		
Sim	578	97,6
Não	14	2,4
TOTAL	592	
<b>3-Número de brocas compatível com o atendimento<sup>5,6</sup></b>		
Sim	549	94,0
Não	35	6,0
TOTAL	584	

<sup>1</sup>Sem informação: 20(3,2%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 57(9,2%)

<sup>3</sup>Sem informação: 17(2,7%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 10(1,6%)

<sup>5</sup>Sem informação: 25(4,0%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 10(1,6%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.6 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Em relação ao EPI, 593(98,8%) disponibilizavam luvas descartáveis para toda a equipe de saúde bucal; 586(98%) promoviam o descarte das luvas à cada paciente; 575(96%) possuíam luvas para lavagem do instrumental; 528(88%) forneciam avental para a equipe; 577(95,8%) disponibilizavam máscaras descartáveis para os profissionais; 536(89,3%) utilizavam protetores oculares, e; 500(83,8%) forneciam gorro para os membros da equipe odontológica (TAB. 11).

TABELA 11 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

EPI	n	%
<b>1 - Luvas descartáveis para toda a equipe</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	593	95,8
Não	7	1,1
TOTAL	619	
<b>2- Descarte das luvas</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	586	94,7
Não	12	1,9
TOTAL	619	
<b>3- Luvas para lavagem do instrumental</b> <sup>5,6</sup>		
Sim	575	92,8
Não	24	3,9
TOTAL	619	
<b>4-Avental para a equipe</b> <sup>7,8</sup>		
Sim	528	85,3
Não	72	11,6
TOTAL	619	
<b>5-Máscaras descartáveis para a equipe</b> <sup>9,10</sup>		
Sim	577	93,2
Não	25	4,1
TOTAL	619	
<b>6-Protetores oculares para a equipe</b> <sup>11,12</sup>		
Sim	536	86,6
Não	64	10,3
TOTAL	619	
<b>7-Gorro para a equipe</b> <sup>13,14</sup>		
Sim	500	80,7
Não	97	15,7
TOTAL	619	

<sup>1</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>3</sup>Sem informação: 18(2,9%)

<sup>5</sup>Sem informação: 17(2,8%)

<sup>7</sup>Seminformação: 17(2,8%)

<sup>9</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>11</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>13</sup>Sem informação:18(2,9%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>8</sup>Não é aplicável: 2(0,3%)

<sup>10</sup>Não é aplicável: 1 (0,1 %)

<sup>12</sup>Não é aplicável: 4(0,7%)

<sup>14</sup>Não é aplicável: 4(0,7%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.7 DESINFECÇÃO PRÉVIA DOS ARTIGOS

Dos estabelecimentos odontológicos, 359(60,3%) executavam a desinfecção prévia com agente químico adequado; 355(65,1%) observavam o tempo preconizado para imersão, e; 401 (72,8%) observavam o prazo de validade da solução (TAB. 12).

TABELA 12 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto à desinfecção prévia dos artigos odontológicos.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

DESINFECÇÃO PRÉVIA DOS ARTIGOS	n	%
<b>1- Execução da desinfecção prévia com agente químico adequado <sup>1,2</sup></b>		
Sim	359	60,3
Não	236	39,7
TOTAL	595	
<b>2- Obediência ao tempo preconizado para imersão <sup>3,4</sup></b>		
Sim	355	65,1
Não	190	34,9
TOTAL	545	
<b>3- Obediência ao prazo de validade da solução <sup>5,6</sup></b>		
Sim	401	72,8
Não	150	27,2
TOTAL	551	

<sup>1</sup> Sem informação: 21 (3,4%)

<sup>2</sup> Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>3</sup> Sem informação: 28(4,5%)

<sup>4</sup> Não é aplicável: 46(7,4%)

<sup>5</sup> Sem informação: 23(3,7%)

<sup>6</sup> Não é aplicável: 451 (7,3%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.8 DESINFECÇÃO DO EQUIPAMENTO

Quanto ao emprego de produtos químicos recomendados pelo MS, 517(86,9%) atendiam ao requisito; 564(95,3%) observavam o tempo de validade dos produtos (TAB.13).

TABELA 13 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto à desinfecção do equipamento. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1 - Emprego de produtos químicos recomendados <sup>1,2</sup></b>		
Sim	517	86,5
Não	78	13,1
TOTAL	595	
<b>2- Obediência ao tempo de validade dos produtos utilizados <sup>3,4</sup></b>		
Sim	564	95,3
Não	28	4,7
TOTAL	592	

<sup>1</sup>Sem informação: 21 (3,4%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 3(0,5%)

<sup>3</sup>Sem informação: 18(2,9%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 9(1,5%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.9 ESTERILIZAÇÃO

Dos estabelecimentos odontológicos, 576(96,5%) realizavam esterilização dos instrumentais que entram em contato com a cavidade bucal e com secreções corpóreas; apenas 102(17,1 %) utilizavam as pontas do equipo esterilizadas; 593(99%) possuíam equipamento de esterilização; havia autoclave em 276(48,8%) deles; estufa (Forno de Pasteur) em 493(87,3%), e; o termômetro para aferição de temperatura da "Estufa" em 325(65%) (TAB.14 e GRAF. 6).

TABELA 14 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao processo de esterilização. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

continua

ESTERILIZAÇÃO	n	%
<b>1- Realiza esterilização</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	576	96,5
Não	21	3,5
TOTAL	597	
<b>2- Emprego de pontas do equipo esterilizadas</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	102	17,1
Não	495	82,9
TOTAL	597	
<b>3-Existência de equipamento de esterilização</b> <sup>5,6</sup>		
Sim	593	99,0
Não	7	1,0
TOTAL	600	
<b>4- Presença de Autoclave</b> <sup>7,8</sup>		
Sim	276	48,8
Não	289	51,2
TOTAL	565	
<b>5- Presença de Estufa(Forno de Pasteur)</b> <sup>9,10</sup>		
Sim	493	87,3
Não	72	12,7
TOTAL	565	
<b>6- Existência de termômetro de "Estufa"</b> <sup>11,12</sup>		
Sim	325	65,0
Não	175	35,0
TOTAL	500	

<sup>1</sup>Sem informação: 17(2,7%)

<sup>3</sup> Sem informação: 16(2,6%)

<sup>5</sup> Sem informação: 14(2,3%)

<sup>7</sup> Sem informação: 19(3,0%)

<sup>9</sup> Sem informação: 22(3,6%)

<sup>11</sup>Sem informação:19(3,1%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 6(1,0%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

<sup>8</sup>Não é aplicável: 35(5,7%)

<sup>10</sup>Não é aplicável: 32(5,2%)

<sup>12</sup>Não é aplicável: 100(16,1%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 14 -Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao processo de esterilização.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

		conclusão	
ESTERILIZAÇÃO		n	%
<b>7- Obediência à relação tempo/temperatura</b> <sup>13,14</sup>			
	Sim	501	86,5
	Não	78	13,5
	TOTAL	579	
<b>8- Terceirização da esterilização</b> <sup>15,16</sup>			
	Sim	29	67,4
	Não	14	32,6
	TOTAL	43	
<b>9-Utilização de indicadores para testar a eficácia do processo</b> <sup>17,18</sup>			
	Sim	143	46,7
	Não	163	53,3
	TOTAL	306	
<b>10- Emprego de indicador químico</b> <sup>19,20</sup>			
	Sim	141	48,0
	Não	153	52,0
	TOTAL	294	
<b>11- Emprego de indicador biológico</b> <sup>21,22</sup>			
	Sim	41	14,5
	Não	241	85,5
	TOTAL	282	
<b>12- Freqüência semanal no emprego dos indicadores</b> <sup>23,24</sup>			
	Sim	130	42,3
	Não	177	57,7
	TOTAL	307	

<sup>13</sup>Sem informação: 16(2,6%)

<sup>15</sup>Sem informação: 22(3,6%)

<sup>17</sup>Sem informação: 17(2,7%)

<sup>19</sup>Sem informação: 27(4,4%)

<sup>21</sup>Sem informação: 36(5,8%)

<sup>23</sup>Sem informação:25(4,0%)

<sup>14</sup>Não aplicável: 24(3,9%)

<sup>16</sup>Não é aplicável: 554(89,5%)

<sup>18</sup>Não é aplicável: 296(47,8%)

<sup>20</sup>Não é aplicável: 298(48,1%)

<sup>22</sup>Não é aplicável: 301 (48,6%)

<sup>24</sup>Não é aplicável: 287(46,4%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

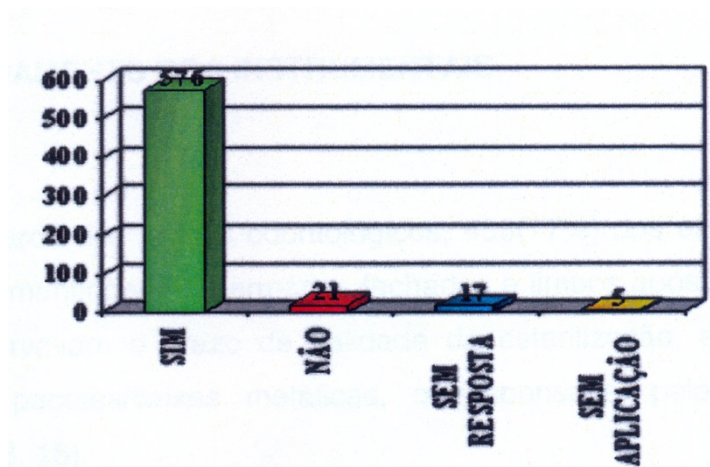


GRÁFICO 6 – Frequência dos estabelecimentos fiscalizados que realizam a esterilização dos instrumentais no período de JUN/2000 a JUL/2002.

Quanto à obediência da relação tempo/temperatura, 501 (86,5%) atendiam esse quesito; apenas 29(4,7%) dos estabelecimentos utilizavam a prestação de serviços terceirizada para o processamento de seus materiais; 143(46,7%) utilizavam indicadores para testarem a eficácia dos processos realizados; 141 (48%) o faziam empregando indicador químico; 41 (14,5%) empregavam indicador biológico, e; 130(42,3%) atendiam a frequência semanal para o emprego dos indicadores (TAB. 14 e GRAF.7).

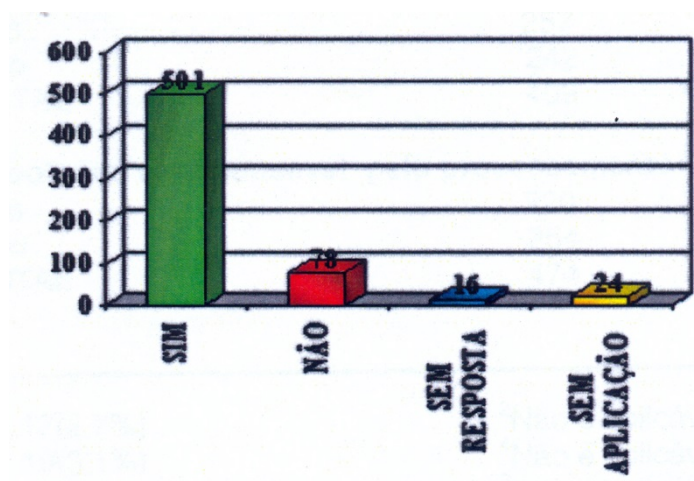


GRÁFICO 7 – Frequência da observância do tempo/temperatura preconizados para esterilização dos artigos odontológicos pelos profissionais fiscalizados no período de JUN/2000 a JUL/2002

### 6.2.10 ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS

Em relação à guarda dos artigos odontológicos, 456(77%) dos estabelecimentos odontológicos os mantinham em armários fechados e limpos após a esterilização; 257(51,5%) observavam o prazo de validade da esterilização, e; 220(346,4%) indicavam, nos pacotes/caixas metálicas, o responsável pelo processo de esterilização (TAB. 15).

TABELA 15 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao armazenamento dos instrumentais. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

ARMAZENAMENTO	n	%
<b>1 - Guardados em armários fechados</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	456	77,0
Não	136	23,0
TOTAL	592	
<b>2-Obediência ao prazo de validade da esterilização</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	257	51,5
Não	242	48,5
TOTAL	499	
<b>3-Indicação do conteúdo e responsável pelo processamento</b> <sup>5,6</sup>		
Sim	220	46,4
Não	254	53,6
TOTAL	474	

<sup>1</sup>Sem informação: 17(2,7%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 10(1,6%)

<sup>3</sup>Sem informação: 19(3,1%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 101 (16,3%)

<sup>5</sup>Sem informação: 18(3,0%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 127(20,5%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.11 MATERIAIS DE CONSUMO

Quanto aos materiais de consumo, 492(82,3%) respeitavam o prazo de validade e 592(98,3%) utilizavam materiais que possuíam registro no Ministério da Saúde (TAB.16).

TABELA 16 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas aos materiais de consumo odontológico. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

MATERIAIS DE CONSUMO	n	%
<b>1 - Respeito ao prazo de validade</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	492	82,3
Não	106	17,7
TOTAL	598	
<b>2-Materiais com registro no MS</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	592	98,3
Não	10	1,7
TOTAL	602	

<sup>1</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 6(1,0%)

<sup>3</sup>Sem informação: 15(2,4%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 10(1,6%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.12 SISTEMAS DE ANOTAÇÃO

Foi identificada anotação dos nomes, endereços e tipo de tratamento realizado dos pacientes atendidos em 541 (91,1 %) dos estabelecimentos odontológicos (TAB.17).

TABELA 17 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao sistema de anotação dos dados dos pacientes.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

SISTEMA DE ANOTAÇÃO	n <sup>1,2</sup>	%
Sim	541	87,3
Não	53	8,6
TOTAL	619	

<sup>1</sup>Sem informação: 20(3,3%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 5(0,8%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.2.13 REGULAMENTO INTERNO

Em 123(21,3%) dos estabelecimentos odontológicos foi identificada a existência de Regulamento Interno. (TAB.18).

TABELA 18 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao Regulamento Interno.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

REGULAMENTO	n	%
<b>1 - Existência de Regulamento interno <sup>1,2</sup></b>		
Sim	123	21,1
Não	454	78,7
TOTAL	577	
<b>2- Existência de Comissão de Biossegurança <sup>3,4</sup></b>		
Sim	24	42,1
Não	33	57,9
TOTAL	57	

<sup>1</sup> Sem informação: 20(3,2%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 22(3,6%)

<sup>3</sup> Sem informação: 21 (3,4%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 541 (87,4%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

#### **6.2.14 TRATAMENTO E DESTINO DE RESÍDUOS E MOLDES PARA LABORATÓRIO**

Foi identificado o acondicionamento adequado do lixo em 379(64,3%) dos estabelecimentos; em 105(19,2%) havia a coleta especial do lixo; 455(78%) realizavam a coleta adequada para pérfuro-cortantes; a presença de lixeira com tampa foi percebida em 514(86,4%) dos estabelecimentos; 331 (62%) realizavam a descontaminação dos moldes; 288(69,2%) acondicionavam adequadamente o mercúrio residual, e; 125(33,1%) promoviam o encaminhamento correto dos restos de amálgama (TAB.19).

#### **6.2.15 RADIAÇÃO IONIZANTE**

Dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados e identificados com aparelhos de Raios X (n=273), em 86(33,3%) desses equipamentos registrado no Ministério da Saúde; 252(84,4%) possuíam o disparador em espaço suficiente para afastamento do operador de pelo menos dois metros; 158(54%) não empregavam o sistema de retardo do equipamento; em 123(46,6%) as instalações eram projetadas e operadas de modo que as doses de radiação recebidas pelos trabalhadores, pelo público e pelos pacientes sejam tão baixas quanto exequíveis; 244(82,2%) possuíam avental plumbífero; 146(49,3%) tinham protetor de tireóide, e; em 43(74,1 %) deles havia área específica para equipamento de Raios X (TAB. 20).

#### **6.2.16 PESSOAL AUXILIAR**

Em relação ao pessoal auxiliar, 125(32,4%) dos estabelecimentos odontológicos possuíam esses membros da equipe inscritos/registrados no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (TAB. 21).

TABELA 19 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao tratamento e destino de resíduos e moldes para laboratório  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

RESÍDUOS	n	%
<b>1-Acondicionamento adequado do lixo</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	379	64,3
Não	210	35,7
TOTAL	589	
<b>2- Coleta especial do lixo</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	105	19,2
Não	442	80,8
TOTAL	547	
<b>3- Coleta adequada para pérfuro-cortantes</b> <sup>5,6</sup>		
Sim	455	78,0
Não	128	22,0
TOTAL	583	
<b>4- Presença de lixeira com tampa</b> <sup>7,8</sup>		
Sim	514	86,4
Não	81	13,6
TOTAL	595	
<b>5- Descontaminação de moldes</b> <sup>9,10</sup>		
Sim	331	62,0
Não	203	38,0
TOTAL	534	
<b>6- Acondicionamento adequado do mercúrio residual</b> <sup>11,12</sup>		
Sim	288	69,2
Não	128	30,8
TOTAL	416	
<b>7- Encaminhamento correto do mercúrio residual</b> <sup>13,14</sup>		
Sim	125	33,1
Não	253	66,9
TOTAL	378	

<sup>1</sup>Sem informação: 19(3,1 %)

<sup>3</sup>Sem informação: 23(3,6%)

<sup>5</sup>Sem informação: 17(2,8%)

<sup>7</sup>Sem informação: 17(2,8%)

<sup>9</sup>Sem informação: 28(4,5%)

<sup>11</sup>Sem informação:22(3,5%)

<sup>13</sup>Sem informação: 30(4,8%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 11 (1 ,8%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 49(8,0%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 19(3,1%)

<sup>8</sup>Não é aplicável: 7(1,1 %)

<sup>10</sup>Não é aplicável: 57(9,2%)

<sup>12</sup>Não é aplicável: 181(29,3%)

<sup>14</sup>Não é aplicável:211(34,1%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 20 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização relacionadas ao emprego da radiação ionizante - RX. VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>RADIAÇÃO IONIZANTE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1-Equipamentos de RX registrados no MS</b> <sup>1,2</sup>		
Sim	86	33,3
Não	172	66,7
TOTAL	258	
<b>2-Possibilidade de afastamento do operador</b> <sup>3,4</sup>		
Sim	252	84,8
Não	45	15,2
TOTAL	297	
<b>3- CD não faz uso de sistema de retardo</b> <sup>5,6</sup>		
Sim	158	54,0
Não	135	46,0
TOTAL	293	
<b>4-Instalações projetadas</b> <sup>7,8</sup>		
Sim	123	46,6
Não	141	53,4
TOTAL	264	
<b>5- Presença de avental plumbífero</b> <sup>9,10</sup>		
Sim	244	82,2
Não	53	17,8
TOTAL	297	
<b>6- Presença de protetor de tireóide</b> <sup>11,12</sup>		
Sim	146	49,3
Não	150	50,7
TOTAL	296	
<b>7- Existência de área específica para equipamento de RX</b> <sup>13,14</sup>		
Sim	43	74,1
Não	15	25,9
TOTAL	58	

<sup>1</sup>Sem informação: 30(4,8%)

<sup>3</sup>Sem informação: 35(5,6%)

<sup>5</sup>Sem informação: 39(6,3%)

<sup>7</sup>Sem informação: 66(10,6%)

<sup>9</sup>Sem informação: 35(5,6%)

<sup>11</sup>Sem informação:34(5,5%)

<sup>13</sup>Sem informação: 47(7,6%)

<sup>2</sup>Não é aplicável: 331 (53,5%)

<sup>4</sup>Não é aplicável: 287(46,4%)

<sup>6</sup>Não é aplicável: 287(46,7%)

<sup>8</sup>Não é aplicável: 289(46,7%)

<sup>10</sup>Não é aplicável: 287(46,6%)

<sup>12</sup>Não é aplicável: 289(46,7%)

<sup>14</sup>Não é aplicável: 514(83,1%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

TABELA 21 - Distribuição de freqüências das respostas do Roteiro de Fiscalização quanto ao pessoal auxiliar encontrar-se devidamente registrado no CRO/MG.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>PESSOAL AUXILIAR</b>	<b>n 1</b>	<b>%</b>
Sim	125	32,4
Não	261	67,6
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	

<sup>1</sup>Sem informação: 24(3,8%)

<sup>2</sup>Não é aplicável 209(33,8%)

Não se aplica: Diz respeito ao tipo de estabelecimento odontológico que não requer o cumprimento da exigência em questão.

### 6.3 ANÁLISE DA PONTUAÇÃO OBTIDA

Em relação à análise da pontuação obtida após a fiscalização, foram excluídos os dados faltosos e criadas três categorias: "nota" menor ou igual a 55%; "nota" de 56% a 72%, e "nota" igualou superior a 84% .

Entende-se como "nota" a pontuação alcançada após a 1 a Fiscalização Sanitária obtida pela fórmula descrita na FIG. 4, baseada no cumprimento dos quesitos do Roteiro de Vistoria Sanitária da VISA-SMSA-SUS/BH.

A escolha de se trabalhar com 55 pontos se deve a ser este o critério acordado entre o Serviço e as entidades de classe odontológicas como pontuação mínima exigida para liberação do AAS.

A escolha de 72 "pontos" é devido a essa uma medida próxima a mediana e escolhida como referência para os cálculos.

A escolha de 84 "pontos" é devido a ser este o score proposto nas metas previstas para o ano 2003 da VISA-SMSA-SUS/BH como o parâmetro para ser conferido o Selo de Certificação que conferirá o grau de MUITO BOM ao

estabelecimento odontológico avaliando sua qualidade na prestação da assistência.

Para esta análise, foi escolhido dentro de cada tópico do Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária, um item bem consolidado pela literatura científica, como sendo obrigatório seu cumprimento para êxito do controle de infecção na odontologia.

Os itens elencados foram: 1) presença de lavatório para uso exclusivo de lavagem das mãos dos profissionais (FERNANDES & FERNANDES, 2000); 2) presença de local para armazenamento de medicamentos e instrumentais (COUTO *et al.*, 1999); 3) pontas descartáveis no sugador de saliva (GRAZIANO, 2000); 4) instrumental cirúrgico em número suficiente para o atendimento realizado (SARAMARANAYAKE, SCHEUTZ, COTTONE, 1993); 5) obediência ao tempo de imersão dos desinfetantes (GRAZIANO & GRAZIANO, 2000); 6) emprego de produtos químicos recomendados (CRAWFORD, 1997); 7) realização de algum processo de esterilização (MOLINARI, 1994 e 1996); 8) teste de eficácia para os processos de esterilização (MOURA, 1990; MOLINARI, 1994 e 1996), 9) obediência ao prazo de validade pós esterilização (RHATBUN, 1994); 10) registro dos dados dos pacientes; 11) presença de Regimento Interno (SANTOS, 2000); 12) coleta especial de lixo (APECIH, 2000); 13) descontaminação dos moldes enviados ao laboratório de prótese (MILLER, 1993); 14) acondicionamento preconizado para restos de mercúrio (APECIH, 2000); 15) refletor com alça recoberta (LLOYD, 1995; RABELLO, 2001); e, 16) pessoal auxiliar registrado no CRO/MG.

Foram analisados somente os estabelecimentos odontológicos que possuíam informação sobre a nota. De 619 estabelecimentos, 174(28%) estavam com esta informação ignorada, assim sendo, nesta análise utilizou-se n= 445. A pontuação estudada foi a relativa a 1 a Fiscalização sanitária em cada processo, que variou de "nota" 30% a 100%( TAB.26 em ANEXO H).

Foi feito um exercício, buscando a compreensão do grau de infração para a

categoria que obteve "nota" de 55%, o mesmo foi feito para os estabelecimentos que obtiveram "nota" até 72%, e para aqueles que conseguiram "nota" igualou acima de 84%. Utilizou-se uma sub-amostra de 100 estabelecimentos odontológicos, retirados de maneira aleatória do universo trabalhado.

Por não conformidade, entende-se o descumprimento do quesito em questão, significando uma resposta negativa àquela exigência

Foi criada uma variável denominada Aprovação onde foi verificado o cumprimento de todos os itens descritos acima, dentro das três categorias de nota. A aprovação ficou condicionada ao cumprimento de todos os itens elencados. Obteve-se que, 432(97%) dos estabelecimentos odontológicos que conseguiram o AAS junto à VISA-SMSA-SUS/BH tendo em vista os critérios atuais não seriam aprovados dentro deste nova condição criada e, somente 13(3%) seriam efetivamente aprovados (TAB 22).

TABELA 22 - Distribuição de freqüências das notas em relação ao critério Aprovação.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

		APROVAÇÃO		
		SIM	NÃO	Total
<b>NOTA</b> (PONTO DE CORTE)	De 55 a 72	0	16	16
	De 72 a 83	96	96	
	Acima de 84	13	320	333
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>432</b>	<b>445</b>

.Dentro da categoria de "nota" 55%, foram observadas as não conformidades e identificou-se que apenas 8% deles mereceriam a Aprovação, por atenderam a todos os quesitos elencados; dos que seriam reprovados, 11 % não cumpriram apenas 1 dos quesitos; 13% não atenderiam a dois; 14% não estariam de acordo com 3 quesitos; 15% deixariam de obedecer a 4 quesitos; 14% não atenderiam a

5; 12% desobedeceriam à 6 quesitos; 7% não corresponderiam a 7; 3% iriam descumprir 8 itens, e; 3 deixariam de atender a 9 quesitos (TAB. 23).

TABELA 23 - Distribuição de freqüência de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimentos odontológicos com "nota" até 55%.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>NÃO CONFORMIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>	<b>P. ACUMULADO</b>
0	8	8%	8%
1	11	11%	19%
2	13	13%	32%
3	14	14%	46%
4	15	15%	61%
5	14	14%	75%
6	12	12%	87%
7	7	7%	94%
8	3	3%	97%
9	3	3%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	

O mesmo raciocínio foi aplicado para os estabelecimentos odontológicos que obtiveram uma nota até 72 pontos. Foram observadas as não conformidades e identificou-se que persistiram os mesmos valores absolutos até o

descumprimento de 5 quesitos; 9,4% é que desobedeceriam à 6 quesitos, e; 2,4% não preencheriam a 7 exigências. (TAB. 24).

TABELA 24 - Distribuição de freqüência de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimentos odontológicos com "notas" de 56% até 72%.

VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>NÃO CONFORMIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>	<b>P. ACUMULADO</b>
0	8	9,4%	9,4%
1	11	12,9%	22,4%
2	13	15,3%	37,6%
3	14	16,5%	54,1%
4	15	17,6%	71,8%
5	14	16,5%	88,2%
6	8	9,4%	96,6%
7	2	2,4%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	

Quando aplicado este exercício àqueles que obtiveram nota acima de 84 pontos, ainda 8% deles é que mereceriam a aprovação; 23% seriam reprovados pelo descumprimento de um quesito; 17% por não observarem a 2 quesitos, 10% não atenderiam a 3; 17% não corresponderiam a 4; 15% deixariam de cumprir 5 quesitos, e; um estariam em não conformidade com 6 quesitos (TAB. 25).

TABELA 25 - Distribuição de freqüência de não conformidade dos quesitos selecionados para investigar a aprovação dos estabelecimento odontológicos com nota acima de 84%.  
VISA-SMSA-SUS/BH, de 06/ 2000 a 07/2002

<b>NÃO CONFORMIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>	<b>P. ACUMULADO</b>
0	8	16,7%	16,7%
1	11	22,9%	39,6%
2	8	16,7%	56,3%
3	5	10,4%	66,7%
4	8	16,7%	83,3%
5	7	14,6%	97,9%
6	1	2,1%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	

Em relação ao tempo gasto, contando desde o requerimento do RT até a assinatura de recebimento do AAS, a média foi de 6 meses, com desvio padrão de 5,6. Houve 6 casos concluídos antes do prazo de trinta dias (TAB. 27 em ANEXO H).

Em relação às ocorrências, o número médio por processo foi 7; o número de Termo de Intimação, variou de nenhuma a 11 itens, com média 2 por processo; o de Advertências variou de 0 a 32, com média 6 por processo, e; o de Multa ocorreu apenas uma vez em cada processo (TAB. 28 em ANEXO H).

O número de fiscalizações, por estabelecimento odontológico, variou de 1 a 4 vezes, com média de 2 fiscalizações por estabelecimento. O número de RT variou de 1 a 15, por estabelecimento odontológico, com média 2 por estabelecimento (TAB. 29 e 30 em ANEXO H).

## 7 DISCUSSÃO

---

## **7.1 OS RESULTADOS OBTIDOS**

### **7.1.1 OS SERVIÇOS CADASTRADOS NA VISA-SMSA-SUS/BH**

Após a publicação da Portaria VISA-SMSA-SUS/BH N° 026 de 12 de junho de 2000, todos os estabelecimentos odontológicos ficaram sujeitos a obrigatoriedade de possuir AAS para funcionamento. Iniciou-se, por livre vontade, a procura deste documento.

A maior parte dos estabelecimentos odontológicos foram cadastrados na VISA-SMSA-SUS/BH por livre adesão 574(92,7%) que inclui desejo próprio do responsável pelo estabelecimento e fiscalização aleatória da VISA-SMSA-SUS/BH. O restante 45(7,3%) está distribuído entre denúncia e demais motivos.

Através do georreferenciamento dos estabelecimentos odontológicos cadastrados na VIA/SMS no município de Belo Horizonte, quando comparado com essa mesma informação obtida no ISS da Secretaria Municipal da Fazenda, percebe-se a mesma tendência de distribuição. Houve uma concentração dos estabelecimentos odontológicos na região central e centro-sul de Belo Horizonte.

Percebeu-se a influência positiva para obtenção do AAS dos convênios de saúde sobre os estabelecimentos odontológicos, quando aqueles atrelavam a pactuação à apresentação do AAS por estes. Esta foi uma motivação apresentada por muitos RTs em carta anexada ao formulário de requisição do AAS junto à VISA/SMS-BH, com pedido de urgência, 27(4%).

## **7.1.2 OS SERVIÇOS QUE INTERROMPERAM O ACOMPANHAMENTO**

Os estabelecimentos odontológicos que foram multados, 21 (3,4%), tiveram que pagar um valor que variava de R\$1.021 ,00 a R\$3.831 ,23. Quando ocorre a multa abre-se um PTA (Processo Tributário Administrativo) que aguarda vinte (20) dias por recurso do autuado. Caso este não ocorra, extinto esse prazo, a cobrança vai para o departamento de Dívida Ativa do Município. Se houver o recurso, abre-se outro Processo que será julgado na Junta de Julgamento Fiscal (1 a e 2ª Instância).

Na amostra pesquisada, houve um caso onde o RT optou por recorrer à Justiça comum. O Processo está em tramitação.

Dos 619 processos trabalhados, 576(93%) tiveram o AAS liberados; 21 (3,4%) foram multados 15(2,4%) encontravam-se em andamento, esperando publicação no Diário Oficial do Município ou aguardando sua busca pelo responsável pelo estabelecimento. 12(2%) encontravam-se tramitando na Junta devido à multa. Ocorreu o fechamento do estabelecimento em 31 (5%) dos estabelecimentos fiscalizados, caracterizando o encerramento das atividades.

## **7.1.3 O CUMPRIMENTO DA REGULAMENTAÇÃO VIGENTE**

### **7.1.3.1 IDENTIFICAÇÃO**

Nesta parte do Roteiro de Vistoria Fiscal, o campo que perguntava sobre a existência prévia de Alvará Sanitário, recebeu 26(4,5%) de respostas afirmativas. Este percentual se deve a atuação da Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde/MG. Este órgão teve um desempenho importante no processo de

conscientização da equipe de saúde bucal a partir da década de 80, em face do caráter educativo por ele assumido frente aos profissionais e, das parcerias concretizadas, como a com o Conselho Regional de Odontologia, para investimentos na educação continuada como estratégia prioritária para o enfrentamento do problema.

### **7.1.3.2 ÁREA FÍSICA DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

O percentual de não conformidade com os quesitos da Legislação variaram de 0,8 a 15,8. Esses achados são semelhantes aos encontrados por TEN (2001), quando avaliou as condições sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica, consultório odontológico tipo 1, instalados em cinco cidades do estado de São Paulo.

Outro ponto de mais alta relevância diz respeito à presença de lavatório exclusivo para lavagem de mãos dos profissionais nos estabelecimentos odontológicos; 144(24,2%) não possuíam essa condição. O tratamento das mãos dos profissionais da equipe de saúde bucal, seja através da lavagem simples das mãos ou da degermação, constitui um cuidado dos mais importantes para o controle de infecção. Diversos autores ressaltam a importância dessa atitude preventiva para a prevenção de transmissão cruzada. (CRAWFORO, 1987; LEWIS & BOE, 1992; ADA 1992; COC, 1993; BRASIL, 1994; LLOYO *et al.*, 1995, FERNANDES, 2000; ).

### **7.1.3.3 UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E MÓVEIS**

Em relação a este item, faz-se importante ressaltar a importância de garantir a qualidade da água que irá abastecer a unidade e o seu reservatório, devido às

doenças possíveis de serem veiculadas para os pacientes (JENSEN & WRIGHT, 1985; MANDEL, 1993; SAMARANAYAKE *et al*, 1993; CLAPPISON, 1995).

#### **7.1.3.4 EQUIPAMENTOS E APARELHOS**

Apesar de todos os itens deste tópico serem artigos não críticos, a proporção de não conformidade variou de 2(0,3%) a 550(93,9%); todos eles constituem-se vias potenciais de risco, devido à possibilidade de serem contaminados com sangue e saliva através dos toques das mãos dos operadores (MOLINARI *et al.*, 1998; FAVERO & BOND, 1991; COTTONE *e tal.*, 1991).

#### **7.1.3.5 PONTAS**

As perguntas deste tópico se limitaram à investigar, com ênfase, no aspecto da apresentação visual das pontas. Em relação ao cuidado de protegê-las utilizando barreiras de proteção, 143(24%) não realizavam esta conduta. Estes dados diferem da literatura, principalmente, apontando percentuais menores quando comparados com informações internacionais (ASHRAF & BAGG, 1993; LLOYD *et al.*, 1995; DAVIES *et al.*, 1995).

#### **7.1.3.6 INSTRUMENTAIS**

Neste tópico, nenhum estabelecimento preencheu todos os requisitos simultaneamente. É consenso entre os autores a observação das regras de higiene e de esterilização quando há o envolvimento de artigos críticos. Este tipo de processamento requer tempo e demanda número de instrumental compatível com o atendimento. Não havendo número suficiente o tratamento requerido para limpeza e descontaminação do artigo não pode ser realizado, o que implica em

colocar em risco a saúde dos pacientes (COUTO *et al.*, 1999; RABELLO *et al.*, 2001; FERNANDES, 2000).

#### **7.1.3.7 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

Os resultados demonstraram que, em nenhum tipo de estabelecimento odontológico, foi identificado a utilização de todos os EPIs. Este dado é reforçado por outras pesquisas que obtiveram os mesmos resultados (AL VAREZ, 1996; GONÇALVES, 1996; TEN, 1999, SANTOS, 2000)

#### **7.1.3.8 DESINFECÇÃO PRÉVIA DOS ARTIGOS**

O estudo apontou que 236(39,7%) dos estabelecimentos odontológicos não empregam a pré-desinfecção como etapa do processamento dos artigos odontológicos; dos que realizavam, 190(35,9%) não observavam o tempo preconizado para imersão e nem o prazo de validade da solução. Estes achados estão consistentes com os resultados obtidos por outros pesquisadores (GRACE & COHEN, 1990; CAMPOS *et al.*, 1988/1989; MAGRO *et al.*, 1991; ALVAREZ, 1996; GONÇALVES, 1996; TEN, 1999; SANTOS, 2000).

#### **7.1.3.9 DESINFECÇÃO DO EQUIPAMENTO**

Sabe-se da importância de empregar adequadamente as soluções desinfetantes para sua eficácia. Neste estudo foi encontrado 78(13,1%) de estabelecimentos odontológicos que utilizavam produtos não recomendados e, 28(4,5%) ainda não observavam o prazo de validade das soluções. É importante ressaltar a eficácia dos princípios ativos das soluções químicas que dependem de uma série de

quesitos, tais como, pH, remoção de carga biológica, concentração do agente, entre outros (COSTA *et al*, 1990; COTTONE *et al*, 1991; MOLINARI & RUNNELS, 1991; COUTO *et al*, 1999; FERNANDES & FERNANDES, 2000) .

#### **7.1.3.10 ESTERILIZAÇÃO**

É consenso na literatura científica, a importância e necessidade de esterilização dos artigos odontológicos que entram em contato com as secreções da cavidade bucal (COTTONE *et al.*, 1991; SAMARANAYAKE *et al.*, 1993; MOLINARI *et al.*, 1998; COUTO *et al.*, 1999; FERNANDES & FERNANDES, 2000; MARTINS, 2001; MANCINI FILHO & HIRATA, 2002). Um achado preocupante, diz respeito a 21(3,5%) dos estabelecimentos odontológicos não estarem em conformidade com esta exigência; e não haver em 7(1,1 %) deles, equipamento de esterilização.

Quanto ao tipo de equipamento de esterilização foi observado a existência de estufa (Forno de Pasteur) em 493(87,3%) dos estabelecimentos odontológicos e autoclave em 276(48,8%) deles. O primeiro dado encontra-se de acordo com resultados obtidos em outras pesquisas realizadas na cidade de Belo Horizonte (AVAREZ, 1996; GONÇALVES, 1996) e com outras localidades nacionais (SANTOS 2000; TEN, 2001). Já, a presença de autoclave, superou os relatos existentes nas fontes consultadas. Essas informações diferem dos dados internacionais que apontam o calor úmido (autoclaves) como método de escolha (GRACE e COHEN, 1990; COTTONE *et al.*, 1991; SAMARANAYAKE *et al.*, 1993 HUDSON, *et al.*, 1995; MOLINARI *et al.*, 1998).

Quando comparado o emprego de estufa (Forno de Pasteur) com a presença de termômetro para aferição e controle da temperatura de estufa (Forno de Pasteur), observou-se que 325(66%) dos estabelecimentos odontológicos é que o possuíam. Esta informação encontra-se em conformidade com os resultados de outras pesquisas (ALVAREZ, 1996; TEN, 2001).

Apesar de possuírem os equipamentos de esterilização, constatou-se que em 78(13,5%) dos estabelecimentos, não era respeitada a relação tempo/temperatura necessária para a eficácia do processo; esse resultado é consistente com as fontes consultadas (CAMPOS *et al.*, 1988, ALVAREZ, 1996, GONÇALVES, 1996 SANTOS, 2000; TEN, 2001).

Um dado que agrava ainda mais os resultados obtidos sobre a utilização dos métodos físicos de esterilização é que, em 163(53,3%) dos estabelecimentos odontológicos, não eram realizados testes de eficácia do processo de esterilização. Dos que empregavam indicadores, 141(99%) utilizavam indicador químico; apenas 41 (29%) realizavam testes biológicos. Quanto à frequência do teste, 130 (91%) estavam atendendo à solicitação da Legislação de emprego semanal. Esses achados, embora longe da situação ideal, quando comparados aos resultados de outros pesquisadores demonstram um significativo avanço nos percentuais obtidos para as respostas em conformidade com a recomendação da Legislação (ALVAREZ, 1996; GONÇALVES, 1996; SANTOS, 2000; TEN, 2001).

A literatura aponta como imprescindível a monitoração dos processos de esterilização tendo em vista que pode haver falhas mecânicas no equipamento durante o ciclo de esterilização (ADA, 1981, 1988, 1992; BARRET, 1982; CDC, 1996; MOLINARI *et al.*, 1994; RATHBUN, 1994; COUTO 1999; FERNANDES & FERNANDES, 2000; MARTINS 2001).

#### **7.1.3.11 ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS**

Tão importante quanto as etapas de lavagem, descontaminação e esterilização, é o armazenamento correto dos artigos processados (MARTINS, 2000). Foi observado que, em 136 (23%) dos estabelecimentos odontológicos não havia um local correto para a guarda do material esterilizado; 242 (48,5%) não observavam

o tempo de validade de esterilização e, em 254(53,6%) deles, não havia registrado na embalagem seu conteúdo e nem indicação do responsável pelo processamento. Esses achados não estão de acordo com as recomendações encontradas na literatura científica (COUTO 1999; FERNANDES & FERNANDES, 2000; MARTINS 2001).

#### **7.1.3.12 MATERIAIS DE CONSUMO**

É de fundamental importância utilizar produtos registrados no MS e que estejam dentro do seu prazo de validade (FERNANDES & FERNANDES, 2001). Os resultados mostraram a não conformidade com estes preceitos: 10 (1,7%) dos estabelecimentos odontológicos empregavam produtos que não eram registrados no Ministério da Saúde, e; em 106 (17,7%) empregavam materiais de consumo com data de validade vencida.

#### **7.1.3.13 SISTEMAS DE ANOTAÇÕES**

A documentação de todos os procedimentos realizados durante a assistência à saúde, bem como as intercorrências sucedidas durante a abordagem ao paciente, deve ser registrado e devidamente arquivado pelos profissionais e serviço prestador de assistência (ZANON, 2001). Em 53 (8,9%) dos estabelecimentos odontológicos não havia nenhum sistema de anotação da assistência prestada.

#### **7.1.3.14 REGULAMENTO INTERNO**

Foi observada a existência de Regulamento interno em 123(21,3%) dos estabelecimentos odontológicos. Resultado semelhante foi relatado por TEN (2001), estudando a avaliação das condições sanitárias em estabelecimentos

odontológicos no Estado de São Paulo. Devido a regulamentação vigente ser de recente aplicação, não foi encontrada na literatura consultada maiores informações para comparação.

#### **7.1.3.15 TRATAMENTO E DESTINO DE RESÍDUOS E MOLDES PARA LABORATÓRIO**

O estudo indicou que, em 379(64,3%) dos estabelecimentos odontológicos havia acondicionamento adequado do lixo; em 105 (19,2%) ocorria a coleta especial do lixo.

ALVAREZ (1996), relatou que 27,7% dos dentistas participantes de seus estudos realizavam acondicionamento adequado do material contaminado e 4% o descartavam corretamente.

No estudo de TEN (2001), 67,6% dos estabelecimentos odontológicos apresentaram algum tipo de problema relacionado ao tratamento e destino dos resíduos.

Em relação à coleta adequada dos artigos pérfuro-cortantes, 455(78%) cumpriam corretamente este quesito. O estudo de GONÇALVES (1996), encontrou que somente 10% dos dentistas cumpriam as recomendações preconizadas para material pérfuro-cortante.

A literatura ainda não está bem fundamentada quanto ao risco de transmissão de doenças infecciosas através do lixo médico-odontológico (EPSTEIN *et al.*, 1995).

A desinfecção de moldes previamente ao envio para os laboratórios, foi encontrado em 331(62%) dos estabelecimentos odontológicos. ALVAREZ (1996), encontrou em seu estudo que 94% dos dentistas não realizavam este procedimento.

Um achado preocupante é que, em 128(20,7%) dos estabelecimentos odontológicos não há o acondicionamento adequado do mercúrio residual e que 253(66,9%) deles não fazem o encaminhamento correto dos restos da liga de mercúrio-amálgama

#### **7.1.3.16 RADIAÇÃO IONIZANTE - RX**

Os resultados encontrados neste trabalho reforçam os dados disponíveis na literatura, que afirmam haver ainda muito a ser realizado para que a Portaria SVS nº 453/98 possa ser considerada adotada e implantada na cidade de Belo Horizonte (FREITAS *et al.*, 1989; SHAPIRO, 1990; MOTA *et al.*, 1994; SILVA *et al.*, 1999; MACHADO & PARDINI, 2001;)

Um achado do estudo diz respeito à conduta diversificada dos Fiscais Sanitários frente à mesma situação encontrada em estabelecimentos odontológicos diferentes. Ilustra a solicitação de levantamento radiométrico para os estabelecimentos que possuíam aparelho de Raios X n= 273. Desses, houve a solicitação em 177(65%) dos quais em 11 (6%) processos não se aguardou a entrega do documento para liberação do AAS.

O Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD/CNEN) estima que existam mais de 60.000 equipamentos de Raios X odontológicos em todo o País e, em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em 1992, constatou-se que 40% não forneciam colimação e filtração adequadas e que mais de 80% realizavam os procedimentos com dose de radiações superior a necessária, expondo a riscos pacientes e os próprios funcionários. Essa situação também é encontrada em outros Estados (EDUARDO, 1988).

A publicação da Portaria MS SVS nº 453/98 de 01 de junho de 1998, conseguiu os seguintes resultados: a) aprovou o Regulamento Técnico "Diretrizes de

Proteção Radiológica em Radiodiagnósticos Médico e Odontológico", estabelecendo requisitos de proteção radiológica e disciplinando a prática com os Raios X para fins diagnósticos, intervencionistas, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral; b) adotou um marco para a implementação dos padrões internacionais de proteção radiológica no país, e; c) determinou reavaliações de todos os envolvidos, setor regulado e regulador, com implicações práticas em suas políticas de formação de recursos humanos, atividades práticas, instalações/ambientes, equipamentos e acessórios, procedimentos e condutas, organização /administração, e qualificação profissional (BRASIL, 1998).

A Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP57, 1981) afirma que uma vez identificados os riscos, é preciso empreender ações de controle. Para tanto, devem ser empregados múltiplos instrumentos, além da legislação e da fiscalização: a) comunicação e a educação sanitária; b) os sistemas de informação; c) o monitoramento da qualidade de produtos e serviços, e; d) a vigilância epidemiológica de eventos adversos.

Diante do potencial iatrogênico do emprego inadequado dos Raios X, da legislação vigente, da literatura científica sobre a matéria, faz-se necessário o conhecimento do emprego dessas informações disponíveis no espaço formador dos profissionais: a Universidade.

#### **7.1.3.17 PESSOAL AUXILIAR**

Um achado preocupante no estudo é que em 261 (67,8%) dos estabelecimentos odontológicos havia a presença de pessoal auxiliar na equipe de saúde bucal sem a devida inscrição/registo no Conselho Regional de Odontologia.

#### 7.1.4 A PONTUAÇÃO

O estudo demonstrou que 16(3,6%) dos estabelecimentos odontológicos que solicitaram o AAS, obtiveram pontuação inferior a 55% na primeira Fiscalização Sanitária. Para todos esses casos, houve a intervenção com ações educativas e orientadoras promovidas pela VISA-SMSA-SUS/BH no sentido de superação das condições e promoção da melhoria das condições sanitárias dos estabelecimentos odontológicos. O AAS só foi liberado após o cumprimento de todas as exigências solicitadas através das ocorrências lavradas pelos Fiscais Sanitários.

O critério acordado entre a VISA-SMSA-SUS/BH e as entidades de classe odontológicas, de aprovação do AAS com uma pontuação de 55%, permite situações de não conformidade e o descumprimento de muitos itens do Roteiro de Fiscalização Sanitária, que podem, isoladamente, ou associados significar risco à saúde dos pacientes e membros da equipe odontológica.

O exercício feito com a sub-amostra de 100 estabelecimentos odontológicos, nos pontos de corte com nota  $\geq 55\%$ , nota de 56% a 72% e nota acima de 73%, permitiu identificar que nos dois primeiros casos nenhum estabelecimento odontológico seria aprovado dentro do novo critério criado e somente 13(3,9%) dos que possuísem pontuação acima de 72% seriam aprovados.

A pontuação de  $\geq 84\%$  além de permitir a liberação do Alvará Sanitário está proposta como parâmetro para recebimento do Selo de Qualidade. O exercício feito permitiu identificar que, se os nove quesitos elencados tivessem que ser obrigatoriamente cumpridos para liberação do AAS entre os estabelecimentos odontológicos que obtiveram uma nota igualou maior que 84% (n= 48), apenas 8(17%) desses seriam aprovados e os demais 40(83%) não poderiam receber o AS.

Pode-se inferir que os critérios de pontuação e de obtenção do Alvará Sanitário precisam ser revistos já que permitem a obtenção de uma "boa nota" associada

com o descumprimento de alguns itens do Roteiro de Fiscalização Sanitária, considerados imprescindível na literatura científica, o que pode gerar distorções no objetivo a que se propõe a vigilância à saúde. Prevenir riscos e promover a melhoria da qualidade da assistência à saúde deve ser o nosso maior compromisso.

## **7.2 DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE CONTROLE DE INFECÇÃO E BIOSSEGURANÇA**

A primeira grande diferença entre o referencial teórico e o campo de atuação das áreas de Controle de Infecção e Biossegurança se dá no campo de atuação do órgão público que sedia esses Programas. O primeiro está vinculado ao Ministério da Saúde, através de uma autarquia a ele ligado, a ANVISA (FERNANDES & FERNANDES, 2000). O organismo normatizador do segundo, é a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNbio, vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia (SOUZA, 1998).

Quando se pensa no espaço de atuação, o Controle de Infecção originou-se da problemática advinda do nosocômio, numa perspectiva intra-hospitalar (FERNANDES, 2000). A Biossegurança, por sua vez, está mais voltada para o controle e minimização de riscos advindos da prática de diferentes tecnologias, seja em laboratório seja aplicadas ao meio ambiente (BRASIL, 2000).

O Controle de Infecção se atém aos aspectos relacionados ao risco biológico. A Biossegurança além desses, estuda os riscos químicos, físicos, ergonômicos, éticos e ambientais. Trata de questões como o uso de radioisótopos, as implicações relacionadas aos organismos geneticamente modificados, aos alimentos transgênicos, aos agravos iatrogênicos como o câncer e a problemática relacionada à biotecnologia industrial (HIRATA & FILHO, 2002).

Essas considerações fazem-se importantes devido ao emprego das palavras biossegurança e controle de infecção serem, habitualmente, utilizadas na Odontologia como sinônimo, quando na verdade não o são. O referencial teórico e o foco de visão são bastantes diferentes entre esses conceitos. Essas diferenças devem ser entendidas e respeitadas. O instrumento utilizado nesta pesquisa o Roteiro de Vistoria Fiscal contempla as duas áreas.

## **7.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS/LIMITAÇÕES**

### **7.3.1 O DESENHO DE ESTUDO**

O delineamento de estudo escolhido, associado ao trabalho utilizando dados secundários, determina uma importante limitação: a dependência de registros que podem estar faltando. Quando esta ausência de informação está associada com à variável em estudo, a pesquisa pode sofrer um "bias" de seleção ( ROTHMAN& GREENLAND, 1998).

### **7.3.2 OS DADOS DA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (VISA-SMSA-SUS/BH)**

A Gerência de Vigilância da SMSA-BH iniciou o cadastramento dos estabelecimentos odontológicos em 2000 e durante um período de tempo, contou com alguns Fiscais de outro Setor Institucional, isso causou perda de informação que também pode ter gerado um "bias" do entrevistador .

### **7.3.3 A COLETA DE DADOS NOS PROCESSOS**

Vários aspectos importantes que limitam a pesquisa aparecem aqui. Além da possível ausência de uma determinada informação a respeito de um estabelecimento e da possibilidade de não haver registro nenhum a respeito de uma dada fiscalização de um outro processo, já discutidos acima, a não padronização das informações colocadas nos formulários é um aspecto bastante importante ao se trabalhar com esta fonte de informação (MELO, 2000).

O preenchimento do Roteiro de Fiscalização é outro ponto relevante a ser discutido. Há de se padronizar e de promover um nivelamento entre os Fiscais

Sanitários para evitar respostas diferentes na interpretação de uma mesma realidade; o que pôde ser verificado com a atual pesquisa é que mesmo a pontuação final da Fiscalização sanitária do estabelecimento não foi uma informação fácil de ser obtida, e não foi rara a situação onde, para estabelecimentos que obtinham a mesma nota, condutas diferentes foram adotadas.

#### **8.3.4 A LIBERAÇÃO DO ALVARÁ DE AUTORIZAÇÃO SANITÁRIA**

Embora o acordo feito entre o Serviço, as Entidades de Classe e os profissionais de assumirem a pontuação mínima de 55% para liberação do AAS, percebeu-se que as solicitações de melhoria, à despeito da nota alcançada, foi pedida em 99,7% dos casos, pela VISA, aos profissionais Responsáveis Técnicos dos estabelecimentos odontológicos fiscalizados. Após a Fiscalização Sanitária, pode haver o preenchimento de Termo de Intimação pelo Fiscal Sanitário, normalmente associado com a necessidade de alterações na estrutura física do estabelecimento odontológico, e/ou ser lavrada Advertência que se relaciona com mudanças ou adequações nos processos de trabalho. Em ambos os casos, é dado um prazo para que o RT do estabelecimento providencie o cumprimento das exigências feitas. Findo este prazo, o Fiscal Sanitário retoma ao estabelecimento odontológico em questão, para comprovar as mudanças e adesão à Legislação. Realiza nova inspeção, preenchendo outro Roteiro de Vistoria Fiscal e, tendo havido a superação da condição anterior, ele libera o AAS. Há a publicação deste fato no Diário Oficial do Município - DOM. Em caso de descumprimento, ou da existência de condições sanitárias precárias, haverá aplicações de penalidades mais fortes, como é o caso da Multa, entre outras.

## 8 CONCLUSÃO

---

Após a análise e discussão dos dados obtidos com o presente estudo foi possível chegar às seguintes conclusões:

2. As medidas de Controle de Infecção e Biossegurança preconizadas e exigidas na Portaria SMSA-SUS/BH N° 26 de 12/06/2000 não estão sendo cumpridas, na íntegra, pela maioria (99,3%) dos estabelecimentos odontológicos da cidade de Belo Horizonte cadastrados junto à VISA-SMSA/BH.
3. Os estabelecimentos odontológicos cadastrados na VISA-SMSA-SUS/BH, têm buscado o cumprimento da Legislação, percebe-se um esforço no sentido de superar as deficiências apontadas pelos Fiscais Sanitários; após a 1ª fiscalização, 87% dos que não conseguiram uma boa pontuação, cumpriram todas as exigências solicitadas e retiraram o AAS em um tempo médio de 6 meses.
4. A pontuação mínima exigida para liberação do AAS se relaciona com condições de Controle de Infecção/Biossegurança incompatíveis com a segurança requerida para proteção à vida dos pacientes e membros da equipe de saúde bucal pois permite o descumprimento de um grande número de quesitos.
5. Os critérios de pontuação e de obtenção do Alvará Sanitário devem ser melhor estudados.
6. As exigências da Legislação estão aquém do conhecimento científico disponível na literatura científica. Existem pontos relevantes que têm

impacto no controle de infecção e que não foram contemplados no Roteiro de Vistoria Fiscal como as taxas de infecção e outros indicadores de resultados.

7. A VIS-SMSA-SUS/BH é um serviço de referência para os municípios e tem apresentado um expressivo trabalho de proteção e promoção à saúde coletiva à medida que impede o funcionamento de estabelecimentos odontológicos que colocam em risco a saúde de pessoas.
8. O caráter educativo incorporado pela VISA-SMS-SUS/BH, durante o período do estudo, foi predominante. Ocorreram muitos casos de descumprimento da Legislação implicando em obtenção de pontuações baixas. O Serviço optou por um acompanhamento "formador", estimulando a superação das limitações apresentadas. O número pequeno de multas retrata esta postura.
9. As condições de controle de infecção nos estabelecimentos odontológicos precisam de implementação por parte de todos os órgãos e instituições ligados à Odontologia com vistas a promoção da melhoria na qualidade da prestação da atenção e assistência. Investir nas áreas de Controle de Infecção e Biossegurança antes de ser um mero cumprimento da técnica, é um compromisso ético no sentido de garantir o direito à vida e a saúde, sem riscos.

## **9 RECOMENDAÇÕES À VISA-SMSA-SUS/BH**

---

Os resultados obtidos, neste estudo preliminar, sugerem a necessidade de aprimoramento no funcionamento da VISA-SMSA-SUS/BH buscando otimizá-la tornando-a mais efetiva e eficaz. Recomenda-se, para tanto, as seguintes medidas:

1. Revisão no ponto de corte para obtenção do AAS e Selo de Certificação.
  
2. Revisão do Roteiro de Fiscalização Sanitária.
  
3. Inclusão da Vigilância epidemiológica do Controle de Infecção/Biossegurança com recomendações concretas de Indicadores a serem calculados pelos estabelecimentos odontológicos e informados periodicamente à VISA-SMSA-SUS/BH.
  
4. Inclusão no processo de avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos odontológicos de critérios que contemplem aspectos relacionados à ESTRUTURA, aos PROCESSOS de trabalho e aos RESULTADOS alcançados na prestação da assistência.
  
5. Promover a calibração entre os Fiscais Sanitários no sentido de aumentar a reprodutibilidade entre as medidas por eles e entre eles executadas.
  
6. Investimentos no processo de educação continuada para seus agentes, tendo em vista a formação de valores como transparência, visibilidade, flexibilidade e austeridade; imprescindíveis à natureza e campo de atuação dos Fiscais Sanitários.
  
7. Implantação de processo de avaliação constante de desempenho do perfil de atuação e capacidade de realização das atribuições ao cargo de Fiscal Sanitário.

**SUMMARY**

---

The goal of this study to investigate the conditions of infection control in the odontological offices and clinics fiscalized by the Municipal Health Bureau of Belo Horizonte, Minas Gerais. The used instrument was the Protocol of Vistore of the service. The sample has 619 different odontological offices and clinics that werw registered for obtaining the Working Licence. The results showed that the Sanity Surveillance does na educational and correctional work aiming to take the Technical responsible to overcome the backwards presented; the sanitirias and the infection control conditions in the researched places that were not according to the Law; the studied regulation is still in delay according to the cientifical literature available, the criteria of ponctuation must be reviewed, and, the Sanity Surveillance must aim two subjects, using the Epidemiology for its inferences.

**11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Councils on dental materials, instruments and equipment current states of sterilization instruments devices and methods for the dental office. *J.Am. Dent. Association*, v. 102, n 10, p. 683-689, 1988.
2. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *J.Am. Dent. Association*, v. 123, n 10, p. 44-47, 1992.
3. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *J.Am. Dent. Association*, n S246, p. 1-8, 1992b.
4. ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - <http://www.anvisa.gov>
5. ALVAREZ, M. E. L. *Caracterização da conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada: uma perspectiva epidemiológica*. 1996. 245f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia) - Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
6. APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*. São Paulo, 2000. 53 p.
7. ASHRAF, A., BAGG, J. Implementation of BOA cross- infection control guidelines by dental practitioners and students. *J Dent. Res.*, v. 72, p. 687, 1993. (resumo)
8. BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1999. N.1, v.2, P 104- 122.

9. BARRET, E. D. Sterilizer monitoring. *J. Mich. Dent. Assist.*, v.64, p. 243-244, 1982.
10. BEAGLEHOLE, R.; BONTA, R.; KJELLSTRÖN, T. *Epidemiologia básica*. São Paulo: Santos. 1996. 176 p.
11. BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS nº 26 de 12 de junho de 2000. *Diário Oficial do Município*. Belo Horizonte, MG, 16 de junho de 2000.
12. BEZERRA, A. C. et al. ABROPREV - *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 475 p.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. *Hepatite, AIOS e Herpes na prática odontológica*. Brasília: 1994. 56p.
14. BRASIL. Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as ações mínimas necessárias para compor o programa de controle de infecção hospitalar. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1998.
15. BRASIL. Resolução RDC Nº 48 de 2 de junho de 2000. Roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: DF, 2000.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 453 de 01 de junho de 1998. Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico. *Diário Oficial da União*, nº 103, 2 de junho de 1998.
17. BURGARDT, C. I.; LEÃO, M. T. C. *Controle de infecção em odontologia*. Curitiba: Champagnat, 1997. 73 p.

18. CAMPOS, H. *et al.* Procedimentos utilizados no controle de infecção em consultórios odontológicos de Belo Horizonte. *Arq. Cento Est. Curs.Odont.*,v. 25/26, n. 1/2, p. 46-52,1988/1989.
19. CANADIAN HEALTHCARE ASSOCIATION. *The reuse of single-use medical devices: guidelines for healthcare facilities*. Ottawa: CHA Press, 1996, 148 p
20. CARDO. D. M. *Atuação da comissão de controle de infecção nos hospitais americanos: realidade atual e perspectivas*. FÓRUM CIENTÍFICO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, I, Brasília: ANVISA. 2000.
21. CARNEIRO, M. A. *Avaliação das complicações bucais em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. 1999. Xf. Dissertação ( Mestrado em Estomatologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
22. CARVALHO, M. A. R.; COSTA, J .E. Lançamento da campanha estadual de uso racional de antimicrobianos. Belo Horizonte: *Conselho Regional de Odontologia*, 2000 (Notas da Palestra de abertura).
23. CASTRO NETO, M. Bactérias multirresistentes. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G; NOGUEIRA, J. M. *Infecção hospitalar: epidemiologia e controle*. 2. ed. Belo Horizonte: Medsi, 1999. Cap 42, p. 685-694.
24. CDC. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. v.,42(No RR-8),p.1-12, 1993.
25. CDC. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. V.35, P.237-242,1986.

26. CFO. *Biossegurança*. Rio de Janeiro: Apostila. 1999, 44p.
27. CLAPPISON, R. A. Infection control report - The 1995 OSAP Annual Symposium (Office Sterilization and Asepsis Procedures Research Foundation). Jun. 23-25 th, 1995, Pittsburgh, Pennsylvania. *Oral Health*, P.39-40, OCT., 1995.
28. COMISSÃO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA- [http://www . icrp. org/wordaton/periodicals](http://www.icrp.org/wordaton/periodicals)
29. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA <http://www.cro.org>
30. COSTA, C. R.; FUNARI, S. Odontologia. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. *Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo: Sarvier, 1997. Cap.10, p.296-303.
31. COSTA, E. A. C. *Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. 460 p.
32. COTTONE, J. A. Hepatite B: estado atual na Odontologia. In: RUNNELS, R.R. (ed). *The Dental Clinics of North America; infection control and Office Safety*. V. 35, n. 2, p. 269-282, apr.1991.
33. COTTONE, J. A. MOLINARI, J. A. State of the infection control in Dentistry. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 123, n.8, p.33-34, 1991.
34. COTTONE, J. A.; THEREZALMY, G. T.; MOLINARI, J. A. *Practical infection control in Dentistry*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991. 286 p.

35. COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G.; NOGUEIRA, J. M. *Infecção hospitalar: epidemiologia e controle*. 2 ed. Belo Horizonte: Medsi, 1992.732 p.
36. CRAWFORD, J. J.; State of the art: practical infection control in Dentistry. *J. Am. Dent. Association*, v.110, p.629-633, 1997.
37. DAVIES, K. J. *et al.* Sero-epidemiological study of respiratory virus infections among dental surgeons. *Br. Dent. J.*, v. 176, p. 262-265,1995.
38. DISCACCIATI, J. A. C.; POR DEUS, I. A. Você está disposto a tratar pacientes com AIDS? *Revista do Conselho Regional de Odontologia*, Belo Horizonte, v.3, n.1, p. 31-36, jan. / jun. 1997.
39. EDUARDO, M. B. P. Vigilância Sanitária. In: AUTORES *Saúde & Cidadania*. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda. 1998. V.8, p. 119 - 121.
40. ELLNER, P. D.; HAROLD, C. N. Agents of dental caries and periodontal disease In: AUTOR. *Understanding infectious disease*. St.Louis: Mosby, 1992 P. 231-232.
41. EPSTEIN,D. M. D. *et al.* Survey of knowledge of infectious diseases and infection control practices of dental specialists. *J. Cano Dent. Assoc.*,v.61, p.35-44, 1995.
42. FERNANDES, A T.; FERNANDES, M. O. V. F. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. In: FERNANDES, A. T; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. V.2, cap.78, p.1402-1418.
43. FERNANDES, A. T; Riscos de infecção para o cirurgião dentista e sua equipe: agentes etiológicos/ patologias, vias de transmissão e métodos diagnósticos. In: APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*. São Paulo, 2000. P. 53.

44. FREITAS *et al.* *Radiologia Odontológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. Xp.
45. GONÇALVES, A. C. S; TRAVASSOS, D. V.; SILVA, M. Biossegurança no exercício da odontologia. *Revista de Pós-graduação*, v. 3, n. 3, p. 242-245, jul./ set. 1996.
46. GONÇALVES, P. M. J. *Controle da infecção cruzada na prática odontológica por periodontistas de Belo Horizonte*. 1996. 180f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
47. GORDIS, L. *Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders, 1996.277 p.
48. GRACE, E. G.; COHEN, L. D. Maryland dentist's infection control practices. *J. Md. State Dent. Assoe.*, v.33, p.26-32, aug 1991.
49. GRAZIANO, K.U. *et al.* Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e anti-sepsia. In: FERNANDES, A. T. *et al.* *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu. 2000. Cap 11, p. 266-305.
50. GRAZIANO, U. K.; GRAZIANO, R. W. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos odontológicos e cuidados com o ambiente. In: APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*. São Paulo, 2000. P .11- 24.
51. HAMORY, B. H. Nosocomial infections in dental, oral and maxilofacial surgery.In: MAYHALL, C. G. *Hospital epidemiology and infection control*. Texas: Williams e Wilkins, 1996. P. 585-592.

52. HIRATA, M. H.; MANCINI FILHO, J. *Manual de biossegurança*. São Paulo: Manole. 2002, 496 p.
53. HUDSON, D.S.C.M; JONES, J. H.; SARILL, D. W. Cross infection control in general dental practice: dentist's behaviour compared with their knowledge and opinions. *Br. Dent. J.*, v. 178, p. 365-369, 1995.
54. LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. New York: IEA. 2001. 196 p.
55. LEITÃO, M. B. M. A. Infecções da cavidade oral. In: MARTINS, M. A. *Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle*. 2. Ed. Belo Horizonte: Medsi, 2001. Cap. 19, p. 208-214.
56. LEWIS, D.; BOE, R. Control infection risks associated with current procedures for using high-speed dental handpieces. *J. Clin. Microbiology*, v.30, p. 401-406, 1992.
57. LIMA, S. N. M.; ITO, I. Y. *Controle de infecção no consultório: sistema BEOA de controle "AIDS"*. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Ribeirão, 1994. 371 p.
58. LLOYD, L. *et al.* Handpiece asepsis: a survey of the attitudes of dental practitioners. *B. Dent. Journal*. v .178, p.23-27, 1995.
59. LOCKHART, P. B.; DURACK, D. T. Oral microflora as a cause of endocarditis and other distant site infections. *Infectious Disease Clinicas of North American*, v.13, p. 833, 1999.

60. LOESCHE, W. J. Clinical infections head and neck infections. In: GORBACH, S. L.; BARTLERR, J. G.; BLACKLOW, R. N. *Infectious diseases*. Local: WB Saunders, 415-423, 1992.
61. LOPES, A. C. S. et al. Epidemiologia básica. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. *Infecção hospitalar: epidemiologia e controle*. 2. ed. Belo Horizonte: Medsi, 1999. Cap.2, p.7-44.
62. MACHADO, G. C. M. Saúde bucal no ambiente hospitalar. In: MARTINS, M. A. *Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle*. 2. Ed. Belo Horizonte: Medsi, 2001. Cap.66, p. 895-903.
63. MACHADO, I. G.; PARDINI, L. C. *Avaliação da qualidade das radiografias obtidas na FORP*. São Paulo: USP. 2000.
64. MANDEL, I. D. Occupational risks in dentistry: comforts and concerns. *J. A. Dent. Assoc.*, v. 124, P 41-49, oct.1993.
65. MAGRO FILHO, O. *et al.* Métodos de esterilização, desinfecção e paramentação utilizados por cirurgião-dentista e auxiliar no consultório odontológico: levantamento entre profissionais. *Ver. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.45, n. 5, p. 589-592, set\out. 1991).
66. MANRIQUE, E. I. Princípios básico e indicações gerais de antibioticoprofilaxia aplicada à prática odontológica. In: APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*. São Paulo, 2000. P.31- 36.
67. MARTINS, M. A. *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia - prevenção- controle*. Belo Horizonte: Medsi. 2001, 1116p.

68. MELO, A. P. S. *Fatores determinantes do abandono de tratamento em um centro de referência em saúde mental (CERSAM Pampulha) em Belo Horizonte - MG - 1998*. Belo Horizonte: UFGM 2000. Dissertação (Mestrado em saúde Pública, área de epidemiologia) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública.
69. MERCHANT, V. A. Herpes vírus e microorganismos de interesse em odontologia. In: RUNNELLS, R. R. et al. *Clínicas de odontologia da América do Norte*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991. V.2. p. 295-309.
70. MILLER, C. H. Cleaning, sterilization and disinfection basics of microbial killing for infection control. *J. Am. Assoc.*,v.124, p.48-56, jan 1993.
71. MINISTÉRIO DA SAÚDE <http://www.saude.gov>
72. MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido!!! a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994. 422 p.
73. MOLINARI, J. A. et al. Sixteen years of experience with sterilization monitoring. *Compend. Coutin. Educ. dent.*, v.15, p. 1422-1432, 1994.
74. MOLINARI, J. A. Dental Office . In: OLMASTED, R. N: *API infection control and applied epidemiology*. St. Louis: Mosby, 1996. P. 1-20.
75. MOTA, H. C. et al. *Proteção radiológica e controle de qualidade em radiologia dentária: a utilização segura da radiografia na prática odontológica*. Rio de Janeiro: CNEN/IRD, 1994. Xp.
76. MOTA, H. C.; OLIVEIRA, S. V. *Notas do curso básico de licenciamento e fiscalização em radiologia médica e odontológica*. Rio de Janeiro: CNEN/IRD. 1993. Xp.

77. MOURA, M. L.P.A. *Estudo sobre a eficácia do método de esterilização pelo calor seco, usando o forno de Pasteur - estufa*. 71 p. Rio de Janeiro: UNIRIO 1990. Livre Docência ( Escola de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e de Saúde) - Fundação Universitária do Rio de Janeiro
78. MURTA, A. A. et al. *O grau de informação*. Curitiba: DENS, v. 12, p. 31-43, jan. / dez. 1997.
79. NASCIMENTO, G. G. F. et al. Drug resistance in bacteria isolated from a Brazilian hospital. *The Brazilian Journal of Infections diseases*, Salvador, v. 2, p.291-299, 1997.
80. National Library of Medicine (for Medline, etc ) <http://www.nlm.nih.gov>
81. NOVAES, H. M. Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe. In: NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. *Acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe: garantia de qualidade: desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas locais de saúde*. Washinton, OMS/OPAS, 1992. P.97-107. (Série SILOS,13).
82. PEREIRA, L. I. A. et al. Controle de infecção hospitalar em um hospital de isolamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 16, n.2, p. 150-153, jul./ dez.1997.
83. PINCZOWSKI, H. Radioterapia e o paciente oncológico. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. P. 947-953.

84. PORDEUS, I. A.; RESENDE, V. L. S. Prevenção e controle de infecção na assistência odontológica. In: MARTINS, M. A. *Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controle.* 2. Ed. Belo Horizonte: Medsi, 2001. Capitulo 65, p. 877-894.
85. RABELLO, S. B. *et al.* Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico. *Revista Brasileira de Odontologia.* N. 58. V.3, mai./jun. 2001, p.184-187.
86. RAMALHO, M. O.; VICENTINI, A. A infecção da cabeça e pescoço. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.* São Paulo: Atheneu, 2000. P.720-733.
87. RATHBUN, W.E. Sterilization and asepsis. In: NISENGARD, R. J. NEWMAN, M. G. *Oral microbiology and immunology: 2 ed.* WB: Saunders Company. 1994, p. 402-423.
88. REZENDE, M. C. R. A; LORENZATO, F. Avaliação dos procedimentos de prevenção dos riscos biológicos por cirurgiões-dentistas. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas,* São Paulo. v.54, n.6, p. 446-454, nov./ dez. 2000.
89. ROSSETINI, S. M. O. *Contágio no consultório odontológico.* São Paulo: Santos, 1985. 100 p.
90. ROSSETINI, S. M. O. *Vias potenciais de contaminação cruzada no consultório odontológico e meios propostos para seu controle.*1984. Dissertação (Mestrado em Prática de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

91. ROTHMAN, K . J; GREENLAND, S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott - Raven Publishers. 1998,738 p.
92. SANTOS, M. V. Medidas de prevenção das infecções ocupacionais. In: APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*, São Paulo, 2000. P.62-68.
93. SANTOS, M. V. *Avaliação da aplicação de medidas de prevenção e controle de infecção em estabelecimentos de assistência odontológica na cidade de São Paulo: estudo observacional da prática e da formação profissional*. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
94. SHAPIRO, J. *Radiation protection a guidefor scientist an physicians*. England: Harvard University Press.3.ed. 1990. 494 p.
95. SARAMARANAYAKE, L. P.; SCHEUTZ, F.; COTTONE, J. A. *Controle de infecção para a equipe odontológica*. São Paulo: Santos, 1993.146 p.
96. SILVA, A. T. *et al* ,*Certificação de Profissionais de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico em Minas Gerais*. CDTN/CNEN, Belo Horizonte, 1999.
97. SIOUEIRA, J. T. T. Procedimentos odontológicos e o seu grau de invasibilidade. In: APECIH. *Controle de infecção na prática odontológica*. São Paulo, 2000. P. 7-10.
98. SIOUEIRA, J. T. T.; SAPALDING, M. Processos infecciosos buco-dentais: estratégia terapêutica. In: SIOUEIRA, J. T. T.; CHING, L. H. *Dor oro-facial / ATM, bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 1999. P .191-221.

99. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - Indicadores e dados básicos - Ministério da Saúde Governo Federal 1998 <http://tabnet.dalalus.gov.br/cgi/idb1998/matriz.htm>
100. SOUZA, J. B. Ações programáticas da VISA\SMS-BH para o ano 2003. *Boletim Informativo INFOVISA*. V.2,Ed.1, Jan.2002.
101. TEN, C. Y. Avaliação das condições sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica, consultório odontológico tipo I. *Revista Paulista de Odontologia*. São Paulo, n4, p. 04 -10, jul. / ago. 2001.
102. UK Office of National Statistics (Formerly Office of Population Censures and Surveys) <http://www.ope.gov.uk/lmsd/onsbackg.htm>
103. US Centers for Disease Control and Prevention <http://www.cdc.gov>
104. VIGILÂNCIA SANITÁRIA
105. WHITENER, C. J.; HAMORY, B. H. Nosocomial infections in dental oral, and maxillofacial sugery. In: MA YHALL, C. G. *Hospital epidemiology and infection control*. 2. ed. Baltimore: Williams' & Wilkins, 1999. Cap 46, p.719-728.
106. World Health Organization <http://www.who.ch>
107. World wide Web Virtual Library- Epidemiology (This has linsks to many sites in many countries and to UN agencies, NGOs, etc) <http://chanane.ucsf.edu/epidern/epidem.html>
108. ZANON, U. *Qualidade da assistência médico- hospitalar. conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Belo Horizonte: Medsi.2001.205p.

**ANEXOS**

---

**ANEXO A**  
**PORTARIA VISA - SMSA - SUS/BH Nº 26 de 12/06/2000**

**Diário Oficial do Município - Belo Horizonte Ano V - Nº: 1.041 - 05/01/2000**  
**Poder Executivo**  
**Secretaria Municipal de Saúde - SMSA**  
**Resolução VISA-SMSA-SUS/BH nº 001/2000**

**RESOLUÇÃO VISA-SMSA-SUS/BH Nº 001/2000**

Objeto: Proposta de Norma Técnica Especial para fixar requisitos mínimos para Fiscalização e Vigilância Sanitária em Estabelecimentos de assistência odontológica e congêneres, sediados no município de Belo Horizonte.

De ordem do Senhor Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS/BH, Dr. Marílio Malagutti Mendonça, o Chefe da Vigilância Sanitária Municipal, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

As disposições contidas nos artigos 25, 69 e 155 da Lei Municipal nº 7.031, de 12 de janeiro de 1996;

A necessidade da observação de cuidados que diminuam o risco a que os pacientes possam estar expostos nos estabelecimentos de assistência odontológica,

**RESOLVE:**

Art. 1º - Submeter à Consulta Pública a proposta de Norma Técnica Especial, contida no Anexo desta Resolução, que dispõe sobre a Fiscalização e Vigilância Sanitária em Estabelecimentos de assistência odontológica e congêneres, sediados no município de Belo Horizonte.

Art. 2º - Conceder o prazo de 90(noventa) dias, a contar da publicação desta Resolução, para que sejam apresentadas sugestões fundamentadas quanto às proposições contidas na mesma.

Art. 3º - Informar que as sugestões devem ser encaminhadas por escrito para o seguinte endereço: Vigilância Sanitária Municipal, Av. Afonso Pena, 2336, 4º andar, CEP 30130-007, Belo Horizonte, Minas Gerais, ou através da Internet, no seguinte endereço eletrônico: [svs@pbh.gov.br](mailto:svs@pbh.gov.br)

Art. 4º - Comunicar que a Consolidação do Dispositivo Técnico Final em causa, após avaliação das sugestões encaminhadas, será procedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte através de Portaria do Senhor Secretário Municipal, nos termos da legislação sanitária municipal vigente.

Belo Horizonte, 03 de janeiro de 2000

*João Batista de Souza*  
**Chefe da Vigilância Sanitária Municipal**  
**ANEXO**  
**Norma Técnica Especial**

*Dispõe sobre as condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica sediados no município de Belo Horizonte.*

**Capítulo I**  
**Dos princípios fundamentais**

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

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

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

Art. 4º - Os profissionais das equipes de saúde bucal devem estar devidamente informados e atentos aos riscos ocupacionais inerentes as atividades desenvolvidas.

## **Capítulo II** **Dos objetivos e definições**

Art. 5º - Esta Norma Técnica Especial objetiva:

- I) Definir o perfil dos estabelecimentos de assistência odontológica, de acordo com suas características físicas e de funcionamento;
- II) Contribuir para a melhoria das condições de atendimento nos estabelecimentos de assistência odontológica.

Art. 6º - Para os efeitos desta Norma Técnica Especial, definir-se-á 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 outras atividades exercidas por outros profissionais da área de odontologia sob prescrição, indicação, orientação, coordenação e supervisão do Cirurgião Dentista;
- II) 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 em odontologia;
- 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 estabelecimento de assistência odontológica, privado ou público, que, a seu juízo, ou, quando for o caso, mediante autorização de seu representante legal, aceita a indicação, proposição e/ou à ponderação odontológica e se submete a tratamento, 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) Laboratório ou oficina de prótese odontológica: local onde são confeccionadas peças protéticas de uso odontológico;

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

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

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

XIII) Artigos críticos: são aqueles que penetram através da pele e mucosas, atingindo tecidos sub epiteliais;

XIV) Artigos semi críticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras;

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

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

### Capítulo III

#### Da Classificação e caracterização dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica

Art. 7º - Os Estabelecimentos de assistência odontológica são caracterizados como estabelecimentos que se destinam 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, estabelecimentos de assistência à saúde, ou outros espaços sociais;

Art. 8º - 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;

II) Consultório Odontológico tipo II: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir até dois conjuntos de equipamentos odontológicos, e que mantém anexo ou laboratório de prótese odontológica e/ou equipamento de Raios X odontológico;

III) Clínica Odontológica tipo I: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 05 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 05 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;

VI) Instituto de Radiologia Odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado

h) instrumentais odontológicos.

VIII) Paciente: cliente ou usuário de estabelecimento de assistência odontológica, privado ou público, que, a seu juízo, ou, quando for o caso, mediante autorização de seu representante legal, aceita a indicação, proposição e/ou à ponderação odontológica e se submete a tratamento, 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) Laboratório ou oficina de prótese odontológica: local onde são confeccionadas peças protéticas de uso odontológico;

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

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

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

XIII) Artigos críticos: são aqueles que penetram através da pele e mucosas, atingindo tecidos sub epiteliais;

XIV) Artigos semi críticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras;

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

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

### Capítulo III

#### Da Classificação e caracterização dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica

Art. 7º - Os Estabelecimentos de assistência odontológica são caracterizados como estabelecimentos que se destinam 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, estabelecimentos de assistência à saúde, ou outros espaços sociais;

Art. 8º - 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;

II) Consultório Odontológico tipo II: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir até dois conjuntos de equipamentos odontológicos, e que mantém anexo ou laboratório de prótese odontológica e/ou equipamento de Raios X odontológico;

III) Clínica Odontológica tipo I: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 05 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 05 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;

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 imagens da estrutura 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 05 consultórios odontológicos, independentes entre si, podendo inclusive manter no seu interior, clínicas modulares, laboratórios de prótese odontológica, instituto de radiologia ou documentação odontológica;

IX) Policlínica de Ensino Odontológico: é a policlínica caracterizada por desenvolver atividades voltadas ao ensino odontológico ou pesquisa.

#### **Capítulo IV**

##### **Das modalidades de atendimento**

Art.9º- 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 para os casos de impossibilidade de locomoção do paciente, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

Parágrafo Único - Para realizar procedimentos odontológicos na modalidade "extra estabelecimento", conforme disposto no *caput*, é necessário cadastro dos procedimentos junto à Vigilância Sanitária Municipal.

#### **Capítulo V**

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

Art. 10 - Os estabelecimentos de assistência odontológica, somente poderão funcionar depois de autorizados pela Vigilância Sanitária Municipal através da expedição do Alvará de Autorização Sanitária.

Art. 11 - O Alvará de Autorização Sanitária deverá ser requerido até o dia 31 de março de cada ano junto à Vigilância Sanitária Municipal, que uma vez cumpridas todas as exigências previstas neste documento legal, e demais legislações sanitárias vigentes, procederá a sua expedição, que terá a validade de 12(doze) meses a contar da data de sua expedição.

§ 1º - Para requerer o Alvará de Autorização Sanitária referido neste artigo, o requerente deverá apresentar à Vigilância Sanitária Municipal os mesmos documentos previstos no Parágrafo Único do art. 4º da Norma Técnica Especial nº 002/99, integrante da Portaria SMSA-SUS/BH nº 024, de 24 de março de 1999.

§ 2º - Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica, regulamentados nesta Norma Técnica Especial deverão ser instalados em locais adequados, de forma que a sua localização não tragam risco de contaminação aos produtos, equipamentos, pacientes e pessoal, e que possuam o Alvará de Localização e Funcionamento expedido pela Secretaria Municipal de Atividades Urbanas.

Art. 12 - O Responsável Técnico pelo estabelecimento de assistência odontológica deverá ser um Cirurgião Dentista, devidamente inscrito/registrado no Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais.

§ 1º - Este Responsável Técnico deverá possuir Termo de Responsabilidade Técnica assinado em documento próprio junto à Vigilância Sanitária Municipal.

§ 2º - O Responsável Técnico deverá indicar Responsável Técnico Substituto, caso não esteja presente durante o período assinalado em placa informativa, sob pena de multa e demais penalidades previstas na Lei Municipal nº 7.031, de 12 de janeiro de 1996.

§ 3º - Poderão ser indicados tantos responsáveis substitutos quanto o necessário para atender os horários e dias de atendimento do estabelecimento.

§ 4º - O Responsável Técnico Substituto que necessariamente deverá ser um Cirurgião Dentista devidamente inscrito/registrado no Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais, deverá também ter Termo de Responsabilidade Técnica assinado junto à Vigilância Sanitária Municipal.

#### **Capítulo VI**

##### **Dos recursos humanos e pessoal auxiliar**

Art. 13 - Os estabelecimentos de assistência odontológica poderão contar com recursos humanos para trabalho em recepção, limpeza, administração, manutenção e gerência, além de pessoal auxiliar.

Art. 14 - 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 inscritos/registrados no Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais, compondo a equipe de saúde bucal.

#### **Capítulo VII**

##### **Das áreas físicas dos estabelecimentos de assistência odontológica**

Art. 15 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem apresentar, além das demais obrigações determinadas por esta Norma Técnica Especial e pela legislação municipal de edificações vigente no município, as seguintes condições referentes à área na qual serão realizados procedimentos odontológicos:

- I) Iluminação que possibilite boa visibilidade, atendendo disposições das normas específicas da ABNT;
- 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 discontinuidades;
- 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 discontinuidades;
- 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.

Art. 16 - Todo estabelecimento de assistência odontológica deverá ter lavatório com água corrente, de uso exclusivo para lavagem de mãos dos membros da equipe de saúde bucal.

§ 1º - A lavagem de mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal;

§ 2º - O lavatório deverá 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.

§ 3º - A limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem de mãos, devendo ser realizada em local próprio para este fim, que deverá ter pia e bancada de material impermeável.

Art. 17 - As Clínicas e as Clínicas Modulares, devem contar com equipamento para esterilização, que devem estar obrigatoriamente fora da área de atendimento.

Parágrafo Único - 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 guichê 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.

Art. 18 - As 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.

Art. 19 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir área de espera para os pacientes, com as seguintes características:

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

Art. 20 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão respeitar os seguintes limites mínimos para as áreas físicas, onde serão realizados procedimentos odontológicos e áreas de espera:

- a) Consultório Odontológico tipos I e II: 06(seis) metros quadrados, com área de atendimento e de espera compatíveis com o número de pacientes atendidos;
- b) Clínica Odontológica tipos I e II e Policlínica: 06 (seis) metros quadrados por consultório instalado e área de atendimento e área de espera com o mínimo de 10 metros quadrados;
- c) Clínica Modular e Policlínica de Ensino: 06(seis) metros Quadrados por cadeira odontológica, e o mínimo de 10 metros quadrados para a área de atendimento e de espera;
- d) Instituto de Radiologia Odontológica: 06(seis) metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado, obedecendo a proporção de um aparelho por sala, e o mínimo de 10 metros quadrados para a

área de atendimento e de espera;

e) Instituto de Documentação Odontológica: 06(seis) metros Quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado , obedecendo a proporção de um aparelho por sala, e 6 metros quadrados por consultório instalado, e o Mínimo de 10 metros Quadrados para as demais atividades.

Art. 21 - Todos os estabelecimentos de assistência odontológica devem ser providos , além das áreas para os procedimentos odontológicos e para espera de pacientes de:

I) local para arquivo;

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

Art.22 - 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.

Art. 23 - Na modalidade 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.

Art. 24 - 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 respeitado uma proximidade a esta.

Art.25 - 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**

Art. 26 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem obrigatoriamente contar com aparelhos para esterilização de instrumentais, em local reservado para este fim.

Art. 27 - No caso da esterilização ser realizada por terceiros, deverá ser apresentado contrato com a empresa prestadora dos serviços, e deverá haver local adequado para armazenamento do instrumental.

Art.28 - 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.

§1º Devem apresentar local próprio para esterilização ou apresentar contrato de empresa específica para este fim;

§ 2º Devem apresentar local específico para armazenamento deste instrumental;

§ 3º Na impossibilidade de realização da esterilização previamente, as unidades odontológicas transportáveis poderão realizar este procedimento em local especialmente reservado para este fim, no local onde estiverem instaladas.

Art. 29 - 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, unidade auxiliar ou cuspeira;
- 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 triplice;
- 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) Mocho odontológico que proporcione à equipe de saúde bucal equilíbrio para desenvolvimento de trabalho de forma ergonomicamente correta;
- VI) Compressor de ar comprimido que deve ser instalado fora da sala de atendimento ou com proteção acústica eficiente, preferencialmente equipado com filtro bacteriológico.

Art.30 - Os estabelecimentos de assistência odontológica podem, ainda, de forma recomendável, ser providos de outros equipamentos:

- a) Mesa auxiliar;
- b) Equipamentos complementares como, aparelho de fotopolimerização, amalgamador elétrico, ultra-som, bisturi elétrico e outros que a tecnologia venha a introduzir , desde que respeitadas as normas técnicas e as legislações específicas;
- c) Autoclave.

Art. 31 - Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento do trabalho.

Art. 32 - Quando não estiverem em condições de uso, os equipamentos, utensílios e móveis deverão obrigatoriamente estar fora da área reservada aos procedimentos odontológicos.

Art. 33 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir e utilizar rotineiramente os seguintes equipamentos de proteção individual- EPI's:

- a) Luvas para atendimento clínico e cirúrgico , que devem ser descartadas a cada paciente;
- b) Avental para proteção;
- c) Máscaras descartáveis com filtração mínima de 95% de partículas de 1 a 5 µm;
- d) Óculos de proteção;
- e) Gorro;
- f) Luvas descartáveis ou de borracha para lavagem de instrumental.

Art. 34 - Os equipamentos de proteção individual devem ser em quantidades suficientes para toda a equipe de saúde bucal.

#### **Capítulo IX Dos Instrumentais**

Art. 35 - 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.

Art. 36 - O instrumental esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco.

Art. 37 - 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 legislação sanitária vigente, e o nome do responsável pelo processo.

#### Capítulo X

#### Das rotinas e cuidados com os instrumentais e aparelhos

Art. 38 - Por serem procedimentos de fundamental importância, todos os instrumentais devem passar pelo processo de descontaminação e lavagem antes de serem esterilizados.

Art. 39 - O processo de esterilização deve ser utilizado para todos os artigos críticos ou semi críticos em uso no estabelecimento de assistência odontológica.

Art. 40 - Os aparelhos que entrarem em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo (caneta de alta rotação, micro motor, e seringa triplice) e a alça do refletor odontológico, deverão ser recobertas por barreira de proteção de uso único e descartável, e passar por processos de descontaminação, lavagem e secagem, e por processos de esterilização, sempre que necessário ou quando determinado pela fiscalização sanitária.

Parágrafo Único - Para proteção do equipamento odontológico, são recomendados os seguintes processos de limpeza e desinfecção:

##### CADEIRA:

a.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = fricção; frequência = a cada turno;

a.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente;

##### REFLETOR:

b.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = fricção; frequência = a cada turno;

b.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente; Barreira Mecânica= Filme PVC e saquinho plástico;

##### MOCHO:

c.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = fricção; frequência = a cada turno;

c.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada turno;

##### BANCADAS PRÓXIMAS À CADEIRA:

d.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = fricção; frequência = a cada paciente;

d.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1% = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente;

##### CUSPIDEIRA:

e.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = lavagem com escova; frequência = a cada paciente;

e.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente;

##### EQUIPO:

f.1) Limpeza: produto= água e sabão; método = fricção; frequência = a cada paciente;

f.2) Desinfecção: produto= álcool a 70% ou hipoclorito a 1%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente;

##### PONTAS:

g.1) Limpeza: produto= água e sabão ou detergente enzimático; método = fricção; frequência = a cada

paciente;

g.2) Desinfecção: produto= álcool iodado a 1% seguido de neutralização por álcool a 70%; método = fricção durante 10 minutos; frequência = a cada paciente; Barreira Mecânica= Filme PVC ou saquinhos/canudos de plástico.

Art. 41 - O processo de esterilização, através de vapor saturado sob pressão será obtido com o uso da autoclave devendo ser observadas as seguintes condições:

- I) exposição por 30 (trinta) minutos a uma temperatura de 121°C, em autoclaves convencionais;
- II) exposição por 15 (quinze) minutos a uma temperatura de 132°C, em autoclaves convencionais;
- III) exposição por 04 (quatro) minutos a uma temperatura de 132°C, 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 desde que comprovadamente eficaz.

Art. 42 - O processo de esterilização pelo calor seco deve ser realizado através de Forno de Pasteur (estufa).

§ 1º O forno de Pasteur (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;

§ 2º 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, devendo ser marcado o tempo após o termômetro atingir a temperatura desejada.

§ 3º - O Forno de Pasteur (estufa) não poderá ser carregado com mais de dois terços de sua capacidade.

Art. 43 -Deverá ser avaliado a eficácia do método de esterilização adotado, através do uso de indicadores, com frequência no mínimo semanal.

Art. 44 - 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**

Art. 45 - Os estabelecimentos de assistência odontológica somente poderão utilizar equipamentos emissores de radiação ionizante desde que cumpram as exigências previstas na legislação federal, estadual e/ou municipal vigente.

§ 1º 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;

§ 2º As Policlínicas deverão apresentar área específica para instalação de aparelhos de radiação ionizante.

Art. 46 - 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**

Art. 47 - Todos os pacientes atendidos devem ser registrados, com seu respectivo nome, endereço e

tratamento realizado, através de fichas clínicas.

Art. 48- As Unidades odontológicas transportáveis, as unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento odontológico portátil deverão ter dispositivos de referência para informação à Vigilância Sanitária Municipal sobre endereço dos atendimentos realizados diariamente.

Art. 49 - O Alvará de Autorização Sanitária, e as demais documentações emitidas e exigidas pela Lei Municipal nº 7.031, de 12 de janeiro de 1996, pela Portaria SMSA-SUS/BH nº 024, de 24 de março de 1999, e demais legislações vigentes, deverão estar afixados em local visível no estabelecimento para consulta durante o ato das inspeções fiscais sanitárias e conhecimento da comunidade.

### **Capítulo XIII**

#### **Das Responsabilidades**

Art. 50 - A indicação do procedimento odontológico é de inteira responsabilidade do Cirurgião Dentista executante.

Art. 51 - Toda a investigação para diagnóstico da condição de 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.

Art. 52 - O Cirurgião Dentista é responsável pelos materiais odontológicos empregados nos procedimentos realizados em relação à(ao):

- I) prazo de validade;
- II) Origem do produto;
- III) Estocagem e conservação dos materiais dentro do estabelecimento.

### **Capítulo XIV**

#### **Do Regulamento Interno**

Art. 53 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir Regulamento Interno que discipline o seu funcionamento.

Art. 54 - O Regulamento Interno deverá minimamente:

- I) Descrever os cuidados relativos aos aspectos de Biossegurança;
- II) Estabelecer as rotinas de procedimentos no controle de doenças transmissíveis;
- III) Manter registro das ocorrências relativas a doença de notificação compulsória.

Art. 55 - 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.

Art. 56 - Em estabelecimentos de assistência odontológica com mais de 4 (quatro) profissionais exercendo atividades clínicas, deverá ser instituída uma Comissão Interna de Biossegurança.

Art. 57 - Cabe à Comissão Interna de Biossegurança fazer cumprir o que determina o regulamento interno.

Parágrafo único - O Regulamento Interno deverá ser mantido no estabelecimento, e apresentado à Vigilância Sanitária Municipal, quando solicitado.

### **Capítulo XV**

#### **Dos Resíduos**

Art. 58 - Todo o material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gazes, algodão, etc., devem ser desprezados em saco plástico branco leitoso, com rótulo de "contaminado", conforme normas da ABNT.

Art. 59 - 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.

Art. 60 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão estar cadastrados junto ao Serviço de Coleta diferenciada para Serviços de Saúde, da Superintendência de Limpeza Urbana - S.L.U.

Art.61 - 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.

Art. 62 - O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações.

Art. 63 - Os restos mercuriais deverão ser mantidos em recipientes rígidos e inquebráveis, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior.

Art. 64 - Os resíduos mercuriais devem ser enviados para usinas ou outros estabelecimentos devidamente autorizados para efetuarem sua reciclagem, visto que sua destinação final comum podem causar contaminações ao meio ambiente.

#### **Capítulo XVI Das Policlínicas de Ensino Odontológico**

Artigo 65 - Os estabelecimentos destinados as atividades de ensino odontológico, deverão observar, além das demais exigências desta Norma Técnica Especial:

- I) Possuir instalações condizentes com as atividades propostas;
- II) Atendimento clínico voltado primordialmente para fins de ensino;
- III) Apresentar relação dos profissionais responsáveis pela graduação e pós - graduação;
- IV) Contar, sempre que as características do estabelecimento permitirem, com membros representantes dos alunos e dos usuários nas Comissões de Biossegurança.

#### **Capítulo XVII Das Inspeções Fiscais Sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica**

Art. 66 - As inspeções fiscais sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica devem ser feitas sempre com o uso do Roteiro de Vistoria Fiscal em Estabelecimentos de Assistência Odontológica , conforme Anexo II.

Art. 67 - o Preenchimento do Roteiro de Vistoria Fiscal Sanitária é de responsabilidade do Fiscal Sanitário Municipal designado para a tarefa, conforme dispõe o art.5º da Lei Municipal nº 7.774, de 16 de julho de 1999.

Art. 68 - Os Roteiros de Vistoria Fiscal deverão ser preenchidos com a marcação de respostas SIM ou NÃO.

§ 1º - As letras "O" e "R" significam "OBRIGATÓRIO" e "RECOMENDÁVEL".

§ 2º - Para a resposta SIM serão somados os pontos definidos no item. Para a resposta NÃO, sendo o item "O", além da subtração dos pontos, será lavrado Termo de Intimação e/ou Advertência para correção das irregularidades.

§ 3º - Ao assinalar a resposta NÃO em um item com a letra "R", o Fiscal Sanitário Municipal orientará o Responsável Técnico quanto a necessidade de cumprimento do item para melhoria geral do estabelecimento.

#### **Capítulo XVIII Das Disposições finais**

Art. 69 - Os estabelecimentos de assistência odontológica serão classificados, para todos os efeitos da Portaria SMSA-SUS/BH nº 024, de 24 de março de 1999, à qual esta Norma Técnica Especial tem caráter complementar, como Roteiro de Vistoria Semi-Crítico, sendo, portanto, necessário 55%(cinquenta e cinco por cento) dos pontos previstos no Roteiro Vistoria Fiscal, para que seja liberado

o Alvará de Autorização Sanitária.

Art. 70 - A presente Norma Técnica Especial poderá ser revista a qualquer tempo, e será atualizada de acordo com a necessidade e outras determinações legais.

Belo Horizonte, 12 de junho de 200

*Maria do Socorro Alves Lemos*  
**Secretária Municipal de Saúde e**  
**Gestora do SUS/BH**


**ANEXO II**

***ROTEIRO DE VISTORIA FISCAL SANITÁRIA Nº***  
***ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA***



anexo2.rtf  
(95 KB)

## ANEXO B ROTEIRO DE VISTORIA FISCAL SANITÁRIA

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE</b>	<b>ROTEIRO DE VISTORIA FISCAL SANITÁRIA ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA</b>	Nº	<b>00000884</b>
<b>01 - IDENTIFICAÇÃO</b>				
RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF		
ENDEREÇO (RUA/AV.)				Nº
BARRIO	CEP	TEL	FAX	
RESPONSÁVEL TÉCNICO			CRM/O	
RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO			CRM/O	
<b>02 - CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO</b>				
TIPO				
<input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO II <input type="checkbox"/> CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I <input type="checkbox"/> CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO II <input type="checkbox"/> CLÍNICA MODULAR <input type="checkbox"/> INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/> INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/> POLICLÍNICA <input type="checkbox"/> POLICLÍNICA DE ENSINO				
TIPO DO ATENDIMENTO EXTRA ESTABELECIMENTO				
UNIDADE TRANSPORTÁVEL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
UNIDADE MÓVEL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
UNIDADE PORTÁTIL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
CARÁTER				
<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO				
POSSUI APARELHO DE RAIOS X TIPO				
INTRA ORAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE _____				
EXTRA ORAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE _____				
MOTIVO DA INSPEÇÃO				
<input type="checkbox"/> INICIAL				
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO				
<input type="checkbox"/> ROTINA				
<input type="checkbox"/> DENÚNCIA				
<b>03 - VISTORIA FISCAL SANITÁRIA</b>				
DATA DA VISTORIA FISCAL				
FISCAL SANITÁRIO MUNICIPAL/BM				
ASSINATURA				
RESPONSÁVEL TÉCNICO/ASSINATURA				

04 - DOCUMENTAÇÃO	
4.1 - POSSUI ALVARÁ SANITÁRIO EMITIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	SE NÃO, LAVRAR ADVERTÊNCIA - ADV., 30 DIAS, ART. 11 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4.2 - ÚLTIMO ALVARÁ - NÚMERO	4.3 - DATA DE VENCIMENTO
4.4 - POSSUI ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO EXPEDIDO PELA PREFEITURA?	SE NÃO, LAVRAR ADVERTÊNCIA - ADV., 30 DIAS DE ACORDO COM ART. 11 § 2º DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4.5 - PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NA MODALIDADE "EXTRA ESTABELECIMENTO", POSSUI UM CADASTRO JUNTO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL?	SE NÃO, LAVRAR ADVERTÊNCIA - ADV., 30 DIAS, ART. 09 - PARÁGRAFO ÚNICO DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
05 - ÁREA FÍSICA DOS ESTABELECIMENTOS	
5.1 - PAREDES/VIDRAÇAS COM ACABAMENTO LISO, DE CORES CLARAS REVESTIDAS COM TINTA OU MATERIAL QUE PERMITA UM COMPLETO PROCESSO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. IV DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.2 - PISO DE MATERIAL LISO, RESISTENTE E IMPERMEÁVEL QUE PERMITA UM COMPLETO PROCESSO DE LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO, SEM A PRESENÇA DE FENDAS OU RACHADURAS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. III DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.3 - FORRO DE COR CLARA SEM PRESENÇA DE INFILTRAÇÕES, RACHADURAS OU MOFO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. V DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.4 - INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS/ELÉTRICAS EMBUTIDAS OU PROTEGIDAS DE FORMA A IMPEDIR RETENÇÃO DE SUJIDADES. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. VI DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.5 - ILUMINAÇÃO QUE PERMITE BOA VISIBILIDADE DO CAMPO DE TRABALHO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. I DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.6 - VENTILAÇÃO QUE OFERECE CONFORTO TÉRMICO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 15, INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.7 - LAVATÓRIO COM ÁGUA CORRENTE EXCLUSIVO PARA LAVAGEM DAS MÃOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 16 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.8 - LAVAGEM DE INSTRUMENTAL, EM LOCAL PRÓPRIO PARA ESTE FIM, COM PIA E BANCADA DE MATERIAL IMPERMEÁVEL. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 16, § 3º DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO
5.8.1 - FORA DA ÁREA DE ATENDIMENTO CLÍNICO (SOMENTE PARA CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS E CLÍNICAS MODULARES). SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 17, DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.8.2 - SALA DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL COM DUAS ÁREAS DISTINTAS E ADEQUADAS (SOMENTE PARA POLICLÍNICAS). SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 17, § ÚNICO DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO
5.9 - OS LAVATÓRIOS POSSUEM SISTEMA QUE IMPEÇA O CONTATO DIRETO DAS MÃOS COM O REGISTRO DA TORNEIRA. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 16, § 2º ALÍNEA B DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.10 - UTILIZA SABONETE LÍQUIDO. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 16, § 2º ALÍNEA C DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.11 - POSSUI TOALHEIRO DE PAPEL OU COMPRESSAS ESTÉREIS PARA SECAGEM DAS MÃOS. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 16 § 2º ALÍNEA B DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.12 - ÁREA MÍNIMA ADEQUADA PARA ATENDIMENTO, CONFORME TIPO DE ESTABELECIMENTO (08 METROS QUADRADOS POR CADEIRA). SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 20 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO
5.13 - ÁREA MÍNIMA ADEQUADA PARA RECEPÇÃO, CONFORME TIPO DE ESTABELECIMENTO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 20 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO
5.14 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS COM VASOS SANITÁRIOS E LAVATÓRIOS EM NÚMERO SUFICIENTE, DE ACORDO COM O TIPO DE ESTABELECIMENTO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 24 (PARA CONSULTÓRIOS) OU ART. 25 (PARA CLÍNICAS, CLÍNICAS MODULARES, POLICLÍNICAS, INSTITUTOS DE RADIOLOGIA). DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.15 - POSSUI LOCAL PARA ARQUIVO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 2, INC. I DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
5.16 - POSSUI LOCAL PARA ARMAZENAGEM E ACONDICIONAMENTO DE INSTRUMENTAIS E MEDICAMENTOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 2, INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
06 - UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E UNIDADES MÓVEIS	
6.1 - RESERVATÓRIO DE ÁGUA POTÁVEL ADEQUADO (SUPERFÍCIE LISA, RESISTENTE, IMPERMEÁVEL, PERMITE FÁCIL ACESSO E POSSIBILITE SEU ESGOTAMENTO TOTAL). SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 18, INC. I DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
6.2 - RESERVATÓRIO PARA COLETA DE FLUIDOS PROVENIENTES DO PROCESSO DE TRABALHO ADEQUADO (SUPERFÍCIE LISA, RESISTENTE, IMPERMEÁVEL, PERMITE FÁCIL ACESSO E POSSIBILITE SEU ESGOTAMENTO TOTAL NA REDE PÚBLICA DE ESGOTO OU OUTRO DISPOSITIVO APROVADO PELA ABNT). SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 18, INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
07 - EQUIPAMENTOS E APARELHOS NECESSÁRIOS	
7.1 - CADEIRA ODONTOLÓGICA EM ESTADO DE USO E CONSERVAÇÃO CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 35 DA LEI 7.031/96 (CONSERVAÇÃO).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
7.2 - MOCHO ODONTOLÓGICO EM ESTADO DE USO E CONSERVAÇÃO CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 35 DA LEI 7.031/96 (CONSERVAÇÃO).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
7.3 - REFLETOR ODONTOLÓGICO EM ESTADO DE USO E CONSERVAÇÃO CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 35 DA LEI 7.031/96 (CONSERVAÇÃO).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
7.3.1 - COM ALÇA RECOBERTA COM PROTETOR DESCARTÁVEL. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO
7.4 - EQUIPO ODONTOLÓGICO EM ESTADO DE FUNCIONAMENTO CONDIZENTE COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 35 DA LEI 7.031/96 (FUNCIONAMENTO).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO
7.5 - CUSPIDEIRA SEM VAZAMENTO NA JUNÇÃO, NEM AO LONGO DO ENCANAMENTO E COM ÁGUA CORRENTE. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 35 DA LEI 7.031/96.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO

7.8 - SUGADOR DE SALIVA QUE PERMITA A DISPOSIÇÃO DE RESÍDUO FINAL DIRETO AO ESGOTO SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 29, INC. IV DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
7.8.1 - SUGADOR DE SALIVA PROVIDO DE PONTAS DESCARTÁVEIS	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
7.7 - COMPRESSOR DE AR COMPRIMIDO INSTALADO FORA DA ÁREA DE ATENDIMENTO OU COM PROTEÇÃO ACÚSTICA SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 29 INC. VI DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
7.7.1 - EQUIPADO COM FILTRO BACTERIOLÓGICO.	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NÃO
7.6 - EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E MÓVEIS DISPOSTOS DE FORMA A PERMITIR BOM DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO. SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 31 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
7.9 - EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS E MÓVEIS EM DESUSO FORA DA ÁREA DE ATENDIMENTO SE NÃO, LAVRAR T.I., 30 DIAS, ART. 32 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>08 - PONTAS DE TRABALHO DO EQUIPO ODONTOLÓGICO</b>				
8.1 - CANETA DE ALTA ROTAÇÃO COM REFRIGERAÇÃO E EM ESTADO DE USO E DE LIMPEZA CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL (LIMPEZA) OU ART. 35 DA LEI 7.031/96 (FUNCIONAMENTO)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
8.2 - CANETA DE BAIXA ROTAÇÃO E CONTRA-ÂNGULO EM ESTADO DE USO E DE LIMPEZA CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL (LIMPEZA) OU ART. 35 DA LEI 7.031/96 (FUNCIONAMENTO)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
8.3 - MICROMOTOR EM ESTADO DE USO E DE LIMPEZA CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL (LIMPEZA) OU ART. 35 DA LEI 7.031/96 (FUNCIONAMENTO)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
8.4 - SERINGA DE AR E / OU ÁGUA EM ESTADO DE USO E DE LIMPEZA CONDIZENTES COM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL (LIMPEZA) OU ART. 35 DA LEI 7.031/96 (FUNCIONAMENTO)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
8.5 - AS PONTAS SÃO PROTEGIDAS COM BARREIRAS DE PROTEÇÃO DE MATERIAL IMPERMEÁVEL E DE USO ÚNICO. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 40 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>09 - INSTRUMENTAIS</b>				
9.1 - INSTRUMENTAL CIRÚRGICO EM NÚMERO SUFICIENTE PARA ATENDIMENTO REALIZADO DIARIAMENTE SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 35 INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
9.2 - INSTRUMENTAL CLÍNICO EM NÚMERO SUFICIENTE PARA ATENDIMENTO REALIZADO DIARIAMENTE SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 35 INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
9.3 - POSSUI BROCAS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA OS ATENDIMENTOS DIÁRIOS SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 35 INC. II DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>10 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)</b>				
10.1 - LUVAS DESCARTÁVEIS PARA TODA A EQUIPE DE TRABALHO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA A DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.1.1 - DESCARTADAS A CADA PACIENTE SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA A DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.2 - LUVAS DESCARTÁVEIS OU DE BORRACHA PARA LAVAGEM DE INSTRUMENTAL SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA E DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.3 - AVENTAIS PARA TODA EQUIPE DE TRABALHO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA B DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.4 - MÁSCARAS DESCARTÁVEIS PARA TODA EQUIPE DE TRABALHO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA C DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.5 - PROTETORES OCULARES PARA TODA EQUIPE DE TRABALHO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA D DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
10.6 - GORROS PARA TODA EQUIPE DE TRABALHO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 33 ALÍNEA E DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>11 - DESINFECÇÃO PRÉVIA</b>				
11.1 - DESINFECÇÃO / DESCONTAMINAÇÃO PRÉVIA COM AGENTE QUÍMICO ADEQUADO ANTES DA LAVAGEM E DA ESTERILIZAÇÃO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 38 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
11.1.1 - OBEDECE AO TEMPO PRECONIZADO DE IMERSÃO	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
11.1.2 - OBSERVA O PRAZO DE VALIDADE DA SOLUÇÃO SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 34 DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>12 - DESINFECÇÃO DO EQUIPAMENTO</b>				
12.1 - DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS COM PRODUTOS QUÍMICOS RECOMENDADOS PELA LEGISLAÇÃO EM VIGOR SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 40 § ÚNICO DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
12.2 - PRODUTOS QUÍMICOS UTILIZADOS ESTÃO NA VALIDADE SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 34 DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>13 - ESTERILIZAÇÃO</b>				
13.1 - REALIZA ESTERILIZAÇÃO NOS INSTRUMENTAIS QUE ENTRAM EM CONTATO COM A CAVIDADE BUCAL E COM SECREÇÕES CORPÓREAS SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 39 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.1.1 - PONTAS DO EQUIPO ESTERILIZADAS	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NÃO
13.2 - POSSUI EQUIPAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO APROVADO PELA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA SE NÃO, LAVRAR ADV. ART. 41 (AUTOCLAVE) OU ART. 37 (ESTERILIZADOR) DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.2.1 - AUTOCLAVE COM CONTROLE DE TEMPERATURA E PRESSÃO	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NÃO
13.2.2 - ESTUFA ACEITÁVEL	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO

13.2.2.1 - A ESTUFA POSSUI TERMOMETRO SE NÃO, LAVRAR T.1., 30 DIAS, ART. 42, § 1º DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.3 - OBEDECE A RELAÇÃO DE TEMPO E TEMPERATURA PRECONIZADO PELA LEGISLAÇÃO SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 41, (AUTOCLAVE) OU ART. 42, § 2º (ESTUFA) DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.4 - ESTERILIZAÇÃO REALIZADA POR TERCEIROS COM CONTRATO COM EMPRESA PRESTADORA DOS SERVIÇOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 27 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.5 - USA INDICADORES PARA AVALIAR A EFICÁCIA DO MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO SE NÃO, LAVRAR ADV., ART.43 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.5.1 - QUÍMICO	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
13.5.2 - BIOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NÃO
13.5.3 - FREQUÊNCIA SEMANAL NO USO DE INDICADORES SE NÃO, LAVRAR ADV., ART.43 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>14 - ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTOS</b>				
14.1 - MANTIDOS EM ARMÁRIO FECHADO E LIMPO APOS ESTERILIZAÇÃO SE NÃO, LAVRAR ADV., ART.36 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
14.2 - O PRAZO DE VALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO É OBSERVADO SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 37 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
14.3 - O RESPONSÁVEL PELO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO É INDICADO NOS PACOTES / CAIXAS METÁLICAS. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 37 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>15 - MATERIAIS DE CONSUMO ODONTOLÓGICO</b>				
15.1 - OS MATERIAIS UTILIZADOS TEM O PRAZO DE VALIDADE RESPEITADOS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 52, INC. I DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
15.2 - OS MATERIAIS UTILIZADOS TEM REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 97, INC. VI DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>16 - SISTEMA DE ANOTAÇÕES (DADOS RELATIVOS AOS PACIENTES)</b>				
16.1 - TODOS OS PACIENTES ATENDIDOS TEM O RESPECTIVO NOME, ENDEREÇO E TRATAMENTO ANOTADOS EM FICHAS CLÍNICAS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 47 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>17 - REGULAMENTO INTERNO</b>				
17.1 - POSSUI REGULAMENTO INTERNO COM AS INFORMAÇÕES DETERMINADAS PELAS NORMAS TÉCNICAS ESPECIAIS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 53 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
17.2 - POSSUI COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA (ESTABELECIMENTOS COM MAIS DE 4 PROFISSIONAIS EXERCENDO ATIVIDADES CLÍNICAS) SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 56 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>18 - TRATAMENTO E DESTINO DE RESÍDUOS E MOLDES PARA LABORATÓRIO</b>				
18.1 - LIXO CONTAMINADO DEVIDAMENTE IDENTIFICADO, COLOCADO EM SACO PLÁSTICO BRANCO LEITOSO, SEGUNDO NORMAS DA ABNT SE NÃO, LAVRAR ADV., 30 DIAS, ART. 58 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
18.2 - ESTA CADASTRADO JUNTO À SLU PARA FINS DE INSPEÇÃO TÉCNICA SE NÃO, LAVRAR ADV., 30 DIAS, ART. 60, §2º DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
18.3 - RECIPIENTE COM PAREDES RÍGIDAS, ROTULADO COMO "CONTAMINADO", COM TAMPAS, PARA TODO MATERIAL PERFURO-CORTANTE, DE ESPREZADO (AGULHA, LÂMINAS DE BISTURI, ETC.) SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 59 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
18.4 - LIXO MANTIDO EM RECIPIENTE COM TAMPAS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 61 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
18.5 - MOLDES CORRETAMENTE DESCONTAMINADOS PARA ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO DE PROTESE	<input checked="" type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
18.6 - RECIPIENTE COM TAMPAS INQUEBRÁVEL, CONTENDO ÁGUA NO SEU INTERIOR, PARA ACONDICIONAMENTO ADEQUADO DE MERCÚRIO RESIDUAL SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 63 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
18.7 - OS RESÍDUOS MERCÚRIAS SÃO ENCAMINHADOS PARA USINAS OU ESTABELECIMENTOS AUTORIZADOS PARA RECICLAGEM SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 64 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>19 - RADIAÇÃO IONIZANTE</b>				
19.1 - OS EQUIPAMENTOS DE RX DIAGNÓSTICO POSSUEM REGISTRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SE NÃO, LAVRAR ADV., 30 DIAS, ART. 97, INC. VI DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
19.1.1 - O DISPARADOR MANTÉM ESPAÇO SUFICIENTE PARA AFASTAMENTO DO OPERADOR DE PELO MENOS DOIS METROS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 45 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
19.1.2 - O CIRURGIÃO DENTISTA NÃO FAZ USO DO SISTEMA DE RETARDO DO EQUIPAMENTO DE RX SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 45 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
19.2 - AS INSTALAÇÕES SÃO PROJETADAS E OPERADAS DE MODO QUE AS DOSES DE RADIAÇÃO RECEBIDAS PELOS TRABALHADORES, PELO PÚBLICO E PELOS PACIENTES SEJAM TÃO BAIXAS QUANTO EXEQUIVEIS. SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 59, INC. II, DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
19.3 - ACESSÓRIOS DE PROTEÇÃO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
19.3.1 - AVENTAL PLUMBÍFERO SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 60, INC. II, DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
19.3.2 - PROTETOR DE TIREÓIDE SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 60, INC. II, DA LEI 7.031/96	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> NÃO
19.4 - POSSUI ÁREA ESPECÍFICA PARA EQUIPAMENTOS DE RADIAÇÃO IONIZANTE (CLÍNICAS MODULARES E POLICLÍNICAS) SE NÃO, LAVRAR T.1., 30 DIAS, ART. 45, § 1º (CLÍNICAS MODULARES) E ART. 45, § 2º (POLICLÍNICAS) DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>20 - PESSOAL AUXILIAR</b>				
20.1 - POSSUI PESSOAL AUXILIAR (ACO, THD, TPO, APD) INSCRITO/REGISTRADO NO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS SE NÃO, LAVRAR ADV., ART. 14 DESTA NORMA TÉCNICA ESPECIAL.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NÃO

**ANEXO C**  
**CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Belo Horizonte, 25 de abril de 2001

Ilmo sr.  
Dr. João Batista  
DD Superintendente da VISA  
Secretaria Municipal de Saúde/BH-MG

Prezado Senhor,

Sou mestranda em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da UFMG, na área de concentração em Epidemiologia. Já cursei todos os créditos. Preciso, agora, desenvolver uma pesquisa de campo. Tenho até quinze de agosto (15/08/2002) para entregar minha dissertação na secretaria do meu curso (4 meses).

Solicito de V. S<sup>a</sup>, colocar-me à seu inteiro dispor, sem qualquer ônus, compromisso ou vínculo, que não seja o de ordem moral e ética, para utilizar um banco de dados existente neste Serviço, transformando-o em informações e recomendações para a problemática em questão e, fazendo neste, um recorte, como minha tese de dissertação.

Peço-lhe um voto de confiança. Comprometo-me a contribuir para que haja uma produção científica, metodologicamente bem conduzida, para o assunto que me for delegado.

Minha orientadora é a Prof<sup>a</sup> Waleska Teixeira Caiaffa da FM/UFMG. Havia feito um projeto de Vigilância Epidemiológica para o Controle de Infecção na Odontologia e, nesta abordagem, contava como co-orientadora com a Prof<sup>a</sup> Isabela Pordeus da FO/UFMG e como colaboradores os Profs Dr. Renato Camargos Couto (CCIH Mater Day e outros) e Dr<sup>a</sup> Maria Suzana FM/UFMG (Metodologia Científica).

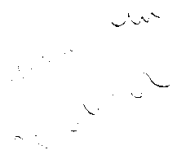
Devido ao meu Projeto original ser uma proposta inédita de adaptação da metodologia NNISS da área médica para a odontológica; o nível de complexidade do trabalho está superdimensionado para o tempo que me restou (4 meses) e o nível (mestrado); também, por ter trabalhado em Brasília, ANVISA/MS até ano passado, fiquei com um tempo "apertado" para realização desta fase, e neste contexto, adiarei a realização daquele tema para o Doutorado (embora o compilado já esteja com 217 págs.).

Busco o apoio desta honrosa Instituição, acreditando em sua sensibilidade e apoiada na admiração e reconhecimento pela posição de vanguarda que a sua liderança tem imputado ao nosso município no cenário nacional, através do corajoso e excelente trabalho que tem sido desenvolvido por V. S<sup>a</sup>, especialmente em relação ao Controle de Infecção/Biossegurança na área odontológica em Belo Horizonte.

Encaminho-lhe meu curriculum vitae, para conhecimento das atuações que tenho ajudado a desenvolver.

Agradeço-lhe, antecipadamente, a atenção dispensada. Estou à disposição para os esclarecimentos necessários. Aguardo ansiosamente seu retorno, desejando colocar-me à seu serviço para ajudá-lo no que for possível e estiver ao meu alcance.

Atenciosamente,  
Maria do Carmo Freitas da Costa  
Fonc: (31) 9971 08 32  
Res: 3371 08 02 - E-mail: costamef@uai.com.br

**ANEXO D**  
**AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Belo Horizonte, 04 de junho de 2002

Uma Sra.  
Maria do Carmo Freitas da Costa  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

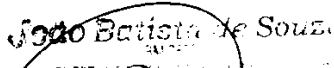
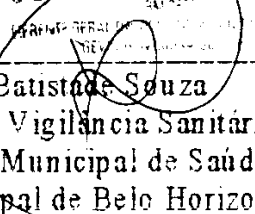
Prezada Senhora,

Em resposta à sua solicitação encaminhada a este Departamento, autorizamos o desenvolvimento da sua pesquisa de dissertação "AS CONDIÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE REQUISITARAM O ALVARÁ SANITÁRIO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE" junto a este Serviço, podendo, para consecução de seus objetivos, pesquisar os processos disponíveis, acessar os arquivos, transitar pelo setor e buscar demais informações que se fizerem necessárias.

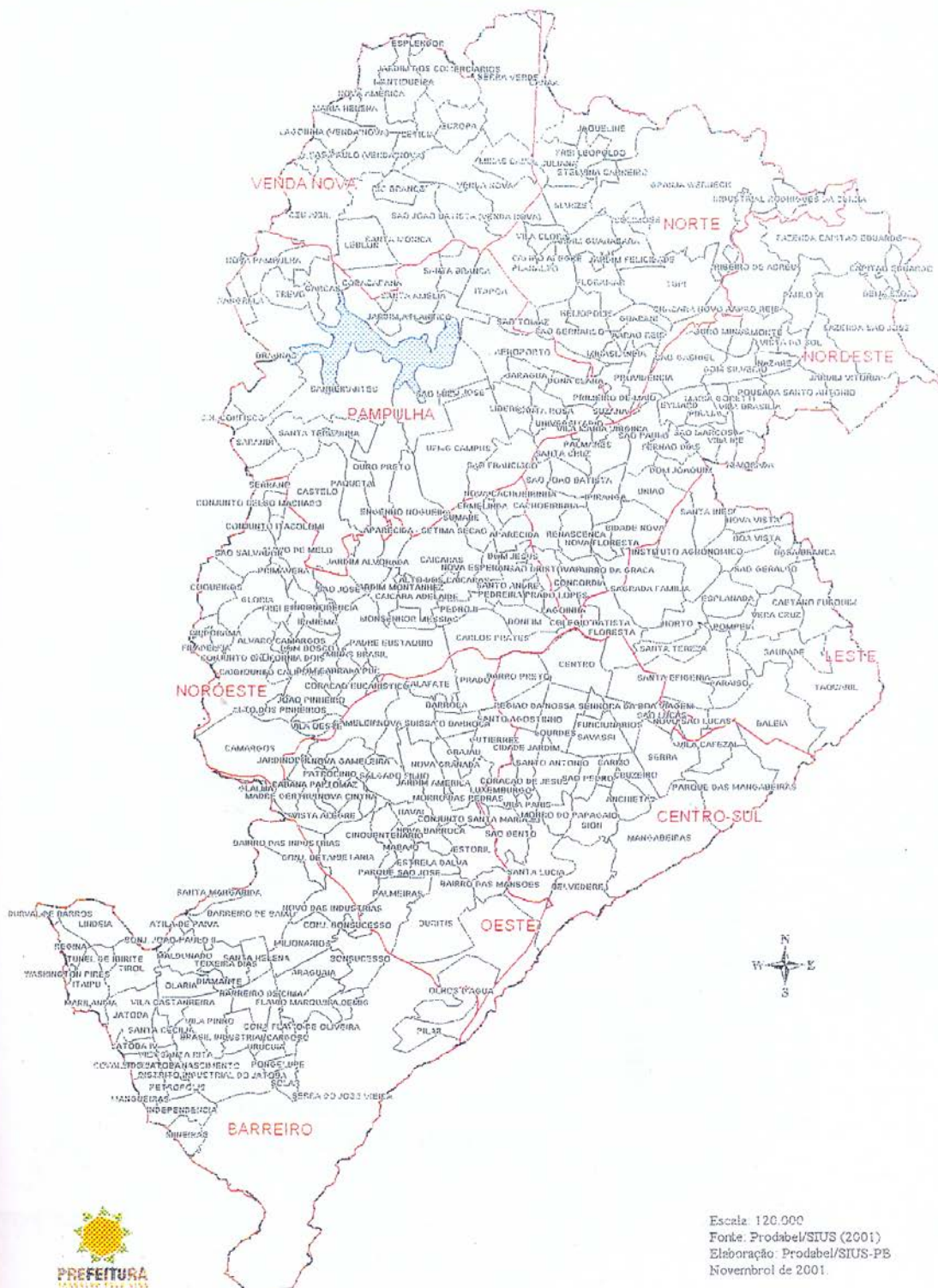
Coloco-me à sua disposição para acompanhamento dos trabalhos, bem como os demais Fiscais Sanitários Cirurgiões Dentistas e equipe plantonista para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desejando sucesso nesta empreitada, despeço-me com cordiais saudações.

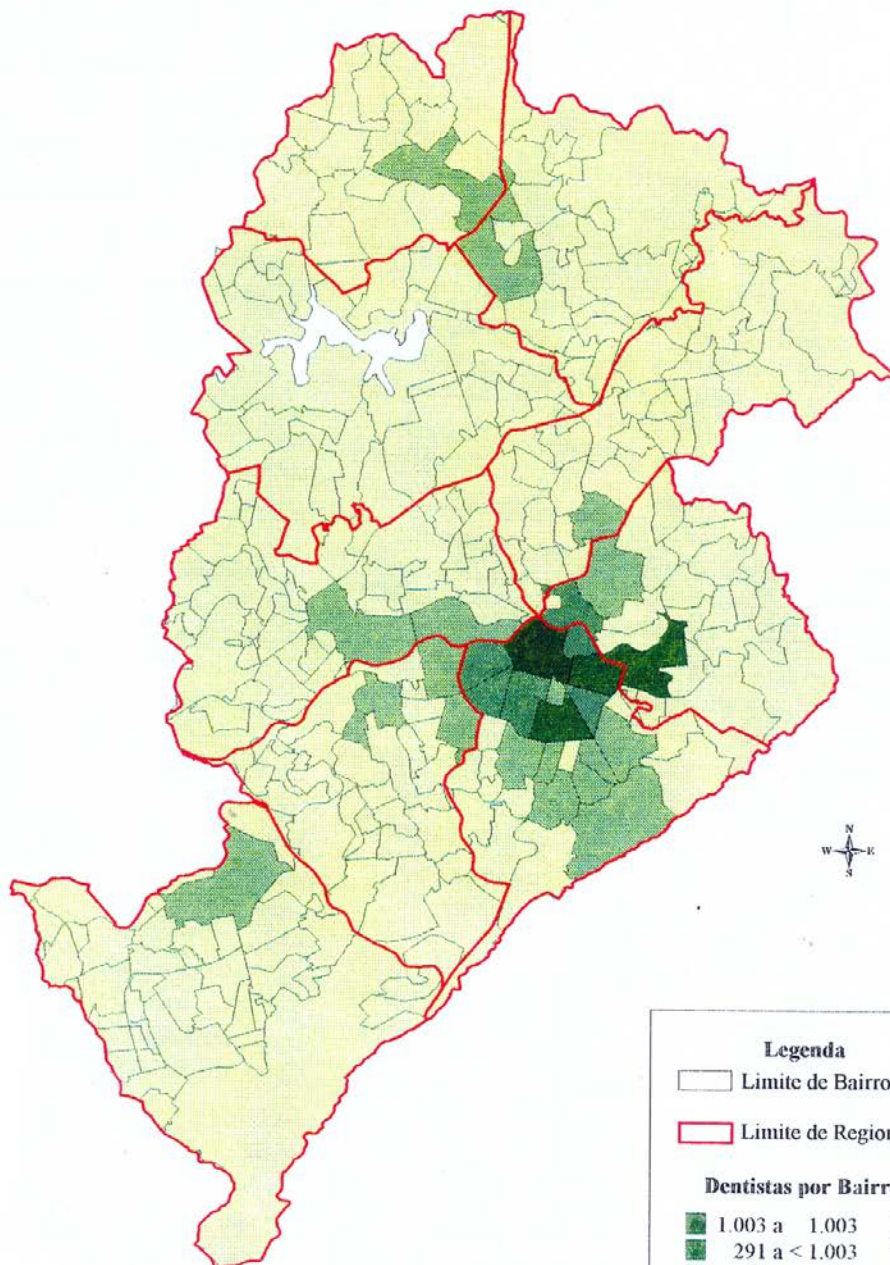
Atenciosamente,

  
  
João Batista de Souza  
Gerente da Vigilância Sanitária  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG

### ANEXO E MAPA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE





ANEXO F  
MAPAS DE DISTRIBUIÇÃO DOS DENTISTAS E CLINICAS - BH/MG








Dentistas cadastrados no ISS  
Município de Belo Horizonte



**Legenda**

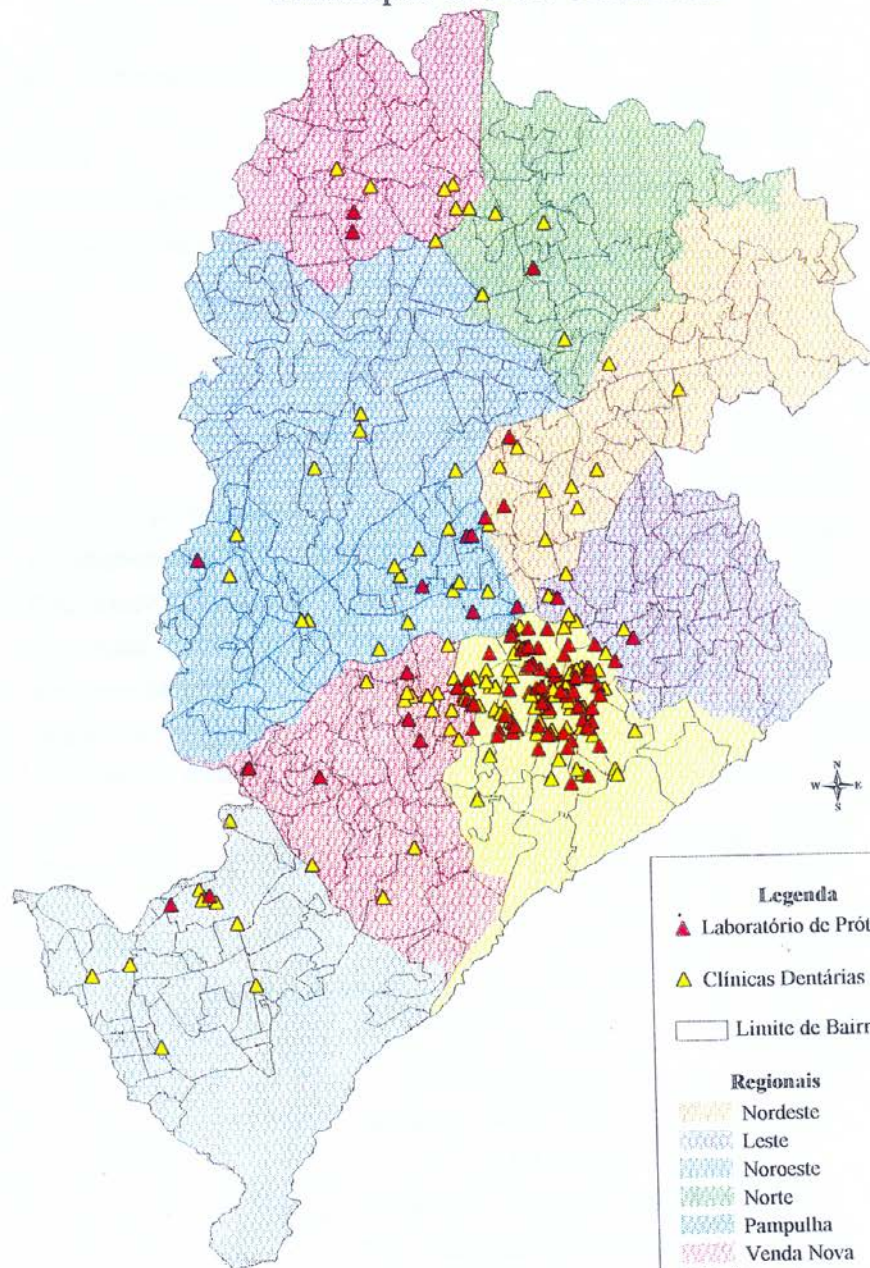
-  Limite de Bairros
-  Limite de Regionais

**Dentistas por Bairro**

	1.003 a 1.003	(1)
	291 a < 1.003	(2)
	80 a < 291	(5)
	22 a < 80	(18)
	0 a < 22	(259)

Escala 1:150.000  
Fonte: ISS (2001)  
Prodabel (2002)  
Elaboração: Prodabel/CTM  
Julho de 2002.

Laboratório de Próteses e  
Clínicas Dentárias  
Município de Belo Horizonte



**Legenda**

- ▲ Laboratório de Próteses
- ▲ Clínicas Dentárias
- Limite de Bairros

**Regionais**

- Nordeste
- Leste
- Noroeste
- Norte
- Pampulha
- Venda Nova
- Barreiro
- Centro-Sul
- Oeste

Escala 1:150.000  
Fonte: ISS (2001)  
Prodabel (2002)  
Elaboração: Prodabel/CTM  
Julho de 2002.

**ANEXO G**  
**CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA DISCUSSÃO DA PESQUISA**

Belo Horizonte, 22 de agosto de 2002

Ilmo Sr.  
Dr. Mário Lúcio Diniz  
DD Gerente da VISA/SMS –BH

Senhor Gerente,

Após a etapa de digitação e confecção do banco de dados relacionado à pesquisa **“As Condições de Controle de Infecção nos Estabelecimentos odontológicos Fiscalizados pela VISA/SMS-BH”** que estou desenvolvendo junto à esta honrosa Instituição, como parte dos trabalhos do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, encontro-me à disposição para discutir a visão obtida diante dos resultados encontrados. Considero esse momento importante para partilharmos as informações e haver enriquecimento do processo.

Coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



Maria do Carmo Freitas da Costa

Mestranda

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina  
UFMG

Recebido 125  
Fiscalizado  
Belizete  
21/08/02

**ANEXO H  
TABELAS**

TABELA 26 - Distribuição de freqüências da pontuação obtida (nota) dos estabelecimentos odontológicos após a 1ª Fiscalização Sanitária.  
VISA-SMS/BH, 2000 -07/2002 continua

NOTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	P. ACUMULADO
30	1	0,2%	0,2%
31	1	0,2%	0,4%
36	1	0,2%	0,7%
41	1	0,2%	0,9%
48	3	0,7%	1,6%
50	1	0,2%	1,8%
51	1	0,2%	2,0%
52	4	0,9%	2,9%
53	2	0,4%	3,4%
55	1	0,2%	3,6%
56	5	1,1%	4,7%
57	1	0,2%	4,9%
58	3	0,7%	5,6%
59	5	1,1%	6,7%
60	5	1,1%	7,9%
61	3	0,7%	8,5%
62	3	0,7%	9,2%
63	8	1,8%	11,1%
64	9	2,0%	13,0%
65	7	1,6%	14,6%
66	4	0,9%	15,5%

TABELA 26 - Distribuição de frequências da pontuação obtida (nota) pelos estabelecimentos odontológicos após a 1ª Fiscalização Sanitária.  
VISA-SMS/BH, 2000 -07/2002 continua

NOTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	P. ACUMULADO
67	4	0,9%	16,4%
68	7	1,6%	18,0%
69	5	1,1%	19,1%
70	10	2,2%	21,3%
71	10	2,2%	23,6%
72	7	1,6%	25,2%
73	4	0,9%	26,1%
74	7	1,6%	27,6%
75	13	2,9%	30,6%
76	12	2,7%	33,3%
77	12	2,7%	36,0%
78	10	2,2%	38,2%
79	16	3,6%	41,8%
80	21	4,7%	46,5%
81	16	3,6%	50,1%
82	14	3,1%	53,3%
83	15	3,4%	56,6%
84	15	3,4%	60,0%
85	19	4,3%	64,3%
86	16	3,6%	67,9%
87	10	2,2%	70,1%

TABELA 26 - Distribuição de freqüências da pontuação obtida (nota) pelos estabelecimentos odontológicos após a 1ª Fiscalização Sanitária. VISA-SMS/BH, 2000 -07/2002 conclusão

NOTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	P. ACUMULADO
88	20	4,5%	74,6%
89	14	3,1%	77,8%
90	19	4,3%	82,0%
91	7	1,6%	83,6%
92	6	1,3%	84,9%
93	9	2,0%	87,0%
94	10	2,2%	89,2%
95	4	0,9%	90,1%
96	21	4,7%	94,8%
97	12	2,7%	97,5%
98	4	0,9%	98,4%
99	4	0,9%	99,3%
100	3	0,7%	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>445</b>	<b>100%</b>	

TABELA 27-Distribuição de freqüência do tempo de processo de Alvará Sanitário.  
VISA/ SMS -BH. 2000 a jul/2002.

TEMPO DE PROCESSO <sup>1</sup>	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	P. ACUMULADO
0	6	1,4%	1,4%
1	39	9,3%	10,7%
2	52	12,4%	23,2%
3	51	12,2%	35,3%
4	48	11,5%	46,8%
5	51	12,2%	58,9%
6	28	6,7%	65,6%
7	26	6,2%	71,8%
8	18	4,3%	76,1%
9	18	4,3%	80,4%
10	6	1,4%	81,9%
11	9	2,1%	84,0%
12	16	3,8%	87,8%
13	3	0,7%	88,5%
14	4	1,0%	89,5%
15	4	1,0%	90,5%
16	6	1,4%	91,9%
17	1	0,2%	92,1%
18	3	0,7%	92,8%
19	5	1,2%	94,0%
20	4	1,0%	95,0%
21	4	1,0%	95,9%
22	5	1,2%	97,1%
23	7	1,7%	98,8%
24	3	0,7%	99,5%
25	1	0,2%	99,8%
26	1	0,2%	100,0%
TOTAL	419	100%	

<sup>1</sup>Unidade de tempo:mês

TABELA 28 - Distribuição de freqüências das ocorrências do processo de fiscalização.  
VISA-SMS/BH, 2000 - 07/2002

OCORRÊNCIAS	n	%
<b>1 - Termo de Intimação (n=600) <sup>1</sup></b>		
0	299	49,8%
1	92	15,3%
2	88	14,7
3	70	11,7
4	11	1,8%
5	16	2,67%
6	14	2,3%
7	2	0,3%
8	4	0,7%
9	2	0,3%
11	2	0,3%
<b>2-Advertência(n=601) <sup>2</sup></b>		
0	63	10,5%
1	27	4,5
2	64	10,6%
3	94	15,6%
4	17	2,8%
5	38	6,3%
6	53	8,8%
7	45	7,5%
8	22	3,6%
9	54	9,0%
10	14	2,3%
11	19	3,2%
12	21	3,5%
13	14	2,3%
14	8	1,3%
15	15	2,5%
16	5	0,8%
17	4	0,7%
18	7	1,1%
19	7	1,1%
20	2	0,3%
21	1	0,2%
22	2	0,3%
23	1	0,2%
24	1	0,2%
26	2	0,3%
32	1	0,2%
<b>3-Multa (n=21) <sup>3</sup></b>		

<sup>1</sup>Diz respeito às questões estruturais (área física)

<sup>2</sup> Diz respeito aos processos de trabalho( hábitos)

<sup>3</sup> Consta penalidade diante de infrações graves

TABELA 29 - Distribuição de frequência do número de Fiscalização Sanitária por estabelecimento odontológico e por processo.

FISCALIZAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
0	4	0,6%
1	153	24,7%
2	394	63,7%
3	64	10,4%
4	4	0,6%
TOTAL	619	100%

TABELA 30 - Distribuição de frequência do número de RT por estabelecimento odontológico e por processo.

RT	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
1	431	69,6%
2	106	17,3%
3	23	3,8%
4	27	4,4%
5	12	1,9%
6	3	0,5%
7	5	0,9%
8	5	0,5%
9	3	0,5%
15	4	0,6%
TOTAL	619	100%

## **ANEXO I**

### **ASPECTOS PRÁTICOS DO CONTROLE DE INFECÇÃO NA ODONTOLOGIA A SEREM OBSERVADOS**

Os critérios a serem observados durante a Fiscalização Sanitária estão pautados na regulamentação vigente que, por sua vez, se fundamentam na literatura científica. Com o objetivo de esclarecer as exigências da Lei, apresenta-se uma compilação obtida da Portaria Nº 26 de 12/06/2000 da VISA-SMSA-SUS/BH e de outras recomendações e fontes para conhecimento e cumprimento na Odontologia.

#### **PROVIDÊNCIAS BÁSICAS NECESSÁRIAS**

Ainda na fase de planejamento do serviço odontológico, importante ressaltar a necessidade dos seguintes procedimentos:

1) **INSCRIÇÃO NAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DA ODONTOLOGIA:** O profissional, seja pessoa física ou jurídica, deve integra-se com os organismos que representam sua categoria profissional, visando o fortalecimento das ações profissionais em busca do bem-comum e da promoção humana. São eles:

a) **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA - CRO:** A inscrição é obrigatória para todos os profissionais da equipe odontológica e a prestação de assistência está condicionada à obtenção deste registro. A missão do CRO é a fiscalização do exercício profissional.

b) **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - ABO:** Uma das responsabilidades dos profissionais é manter-se informado e habilitado à prestação da assistência com qualidade. Esta entidade tem a missão de promover a capacitação profissional, através da educação continuada. Atua como um centro formador que visa a excelência clínica. A inscrição, apesar de ser facultativa, deve ser considerada como um dever e direito, ou minimamente como um benefício.

c) SINDICATO DOS ODONTOLÓGOS: É a entidade que tem a legitimidade na representatividade do cirurgião dentista quando caracterizado vínculos trabalhistas. Do ponto de vista jurídico/ocupacional, é o organismo que representa os profissionais. A inscrição, apesar de ser facultativa, deve ser considerada como um exercício de cidadania e um ato de fortalecimento de consciência da força das ações coletivas.

2) ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO: É um documento obrigatório, que aprova e autoriza o funcionamento do estabelecimento odontológico em conformidade com a legislação relativa à utilização do uso do solo e edificações, junto à Prefeitura da cidade onde se pretende estabelecer o Serviço.

3) ALVARÁ DE AUTORIZAÇÃO SANITÁRIA- AAS: Trata-se de um documento obrigatório, que aprova as condições sanitárias do estabelecimento odontológico em conformidade com a legislação vigente da Vigilância Sanitária do Município, Estado e/ou Federação. Deve ser requerido até o dia 31 de março de cada ano junto à Vigilância Sanitária Municipal, e após expedido terá a validade de 12 meses.

## **ÁREA FÍSICA**

Para a atividade clínica, deve ser respeitada a área mínima de seis metros quadrados (6,0 m<sup>2</sup>) por cadeira odontológica.

Para as atividades envolvendo radiação ionizante, a área mínima de seis metros Quadrados (6,0 m<sup>2</sup>) por aparelho de RX deve ser observada. Em consultórios de pequeno porte a área de atendimento e espera deve ser compatível com o número de pacientes atendidos. Para os Serviços de maior porte, a área mínima a ser respeitada para atendimento e espera será de dez metros Quadrados (10 m<sup>2</sup>).

<b>ASPECTOS DO SERVIÇO</b>	<b>CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS</b>
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Boa visibilidade, seguir Normas ABNT
<b>VENTILAÇÃO</b>	Com circulação e renovação de ar
<b>PISOS</b>	Sem descontinuidade, lavável, impermeável e que permita descontaminação
<b>PAREDES</b>	Revestidas de material lavável e impermeável, sem descontinuidade; cor clara e passível de desinfecção
<b>TETO</b>	Sem infiltrações, rachaduras ou mofo e de cor clara
<b>INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS</b>	Embutidas ou recobertas de canaletas lisas e sem sujidade em sua extensão
<b>INSTALAÇÕES SANITÁRIAS</b>	Disponíveis para a equipe de saúde bucal e os pacientes, de maneira independente.
<b>LAVATÓRIOS</b>	Deve possuir um lavatório exclusivo para lavagem de mãos; com dispositivo que impeça o contato das mãos dos profissionais com a torneira, sabonete líquido, toalhas de papel ou compressas estéreis.

QUADRO 5 - Descrição dos aspectos a serem observados na fase de planejamento da área física dos estabelecimentos odontológicos.

A área de espera para os pacientes deve proporcionar condições de comodidade para que os pacientes aguardem ao atendimento com conforto; possuindo ventilação, natural e/ou artificial que possibilite circulação e renovação de ar.

Os estabelecimentos odontológicos devem possuir área para arquivo e local para armazenamento e acondicionamento de instrumentais e medicamentos.

Os estabelecimentos odontológicos tipo consultório odontológico, deverão dispor de compartimento sanitário para o público, não necessariamente na área física delimitada pelo estabelecimento, mas respeitado uma proximidade a esta. Clínicas Odontológica, Clínicas Modulares, Policlínicas Odontológicas, Institutos de radiologia e Institutos de documentação Odontológica deverão prever compartimento sanitário para funcionários da equipe de saúde bucal e público do estabelecimento.

O QUADRO 6 ilustra a classificação que a VISA-SMSA-SUS/BH atribuiu aos estabelecimentos odontológicos.

continua

<b>TIPO DE ESTABELECIMENTO ODONTOLÓGICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I	Caracterizado por possuir apenas um conjunto de equipamento odontológico.
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO II	Caracterizado por possuir até dois conjuntos de equipamentos odontológicos, podendo Ter em anexo laboratório de prótese odontológica e/ou equipamento de Raios X odontológico.
CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I	Caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 05 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico.
CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO II	Caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 05 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.

TIPO DE ESTABELECIMENTO ODONTOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS
CLÍNICA MODULAR	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.
INSTITUTO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	Caracterizado por realizar tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante.
INSTITUTO DE DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA	Caracterizado por realizar tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante, além de realizar imagens da estrutura bucal, fotografias intra e extra bucais, e outros exames complementares.
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA	Caracterizado por um conjunto de mais de 05 consultórios odontológicos, independentes entre si, podendo inclusive manter em seu interior, clínicas modulares, laboratórios de prótese odontológica, instituto de radiologia ou documentação odontológica.
POLICLÍNICA DE ENSINO ODONTOLÓGICO	Caracterizada por atividades voltadas desenvolver ao ensino odontológico ou pesquisa.

QUADRO 6 - Classificação do tipo de estabelecimento odontológico segundo critérios da VISA-SMSA-SUS/BH.

conclusão

## FLUXOGRAMA

Com o objetivo de manter a cadeia asséptica, as diversas áreas que compõem um Serviço odontológico devem estar relacionadas entre si numa lógica que minimize o menor risco de contaminação e maior segurança dos processos, através do fluxo em sentido único.

Em caso de consultórios, não podendo haver barreiras físicas entre os diversos setores, a barreira técnica deve ser observada.

A FIG. 2 apresenta o esquema que deve ser observado com o objetivo de reduzir o potencial de contaminação e evitar o cruzamento de materiais sujos com os limpos e estéreis.



FIGURA 2 - Fluxograma dos setores odontológicos

Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento do trabalho. Os objetos em desuso, deverão obrigatoriamente estar fora da área reservada aos procedimentos odontológicos.

## **UNIDADES TRANSPORTÁVEIS E UNIDADES MÓVEIS**

Esta modalidade de atendimento, além de observar todos os requisitos comuns, necessita de: a) abastecimento de água potável: os aspectos quantitativos e qualitativos da água devem ser considerados, o reservatório para armazenagem da água deverá ser construído de forma que impeça a contaminação da água, permita limpeza e inspeção e garanta seu esgotamento total; b) plano de gerenciamento de efluentes líquidos: deve haver uma sistemática estabelecida nos processos, até a destinação final, para a coleta e transporte dos fluidos provenientes do trabalho desenvolvido na unidade. As normas técnicas da ABNT devem ser seguidas.

A modalidade que presta atendimento "extra estabelecimento" deverá prever área física suficiente para instalação dos seus equipamentos proporcionando condições favoráveis de trabalho à equipe de saúde bucal. Neste caso, não existe a necessidade de área específica para espera de pacientes, é aceitável observar proximidade com espaço abrigado de espera.

## **EQUIPAMENTOS E APARELHOS NECESSÁRIOS**

Os estabelecimentos de assistência odontológica devem obrigatoriamente, contar com aparelhos para esterilização de instrumentais, devidamente registrados no Ministério da Saúde e dispostos em local reservado exclusivamente para este fim. O QUADRO 7 apresenta os equipamentos mais freqüentemente empregados na odontologia.

<b>EQUIPAMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO</b>	<b>NÍVEL DE SEGURANÇA DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO</b>
<b>AUTOCLAVE A VAPOR</b>	ALTO
<b>AUTOCLAVE OXIDO DE ETILENO</b>	ALTO
<b>AUTOCLAVE A PLASMA DE PEROXIDO</b>	ALTO
<b>FORNO DE PASTEUR ("ESTUFA")</b>	DUVIDOSO
<b>FORNO DE COX</b>	ALTO

QUADRO 7 - Equipamentos que realizam esterilização mais freqüentemente empregados na odontologia

Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos básicos, respeitando as características dos procedimentos executados: a) cadeira odontológica que proporcione à equipe de saúde bucal um posicionamento correto do paciente com unidade auxiliar ou cuspeira; b) equipo odontológico provido de caneta de alta-rotação e/ou caneta de baixa-rotação e/ou micromotor regulados de forma a evitar nível de ruído elevado e, provido de seringa tríplice; c) refletor odontológico que permita um campo visual satisfatório ao trabalho da equipe; d) sugador de saliva provido de ponta descartável, ou boquilha que permita o uso de aspirador cirúrgico de metal, podendo ser o resíduo final disposto direto ao esgoto ou, em reservatório próprio, devidamente higienizado; e) mocho odontológico que proporcione à equipe de saúde bucal equilíbrio para desenvolvimento de trabalho de forma ergonomicamente correta; f) compressor de ar comprimido que deve ser instalado fora da sala de atendimento ou com proteção acústica eficiente, preferencialmente equipado com filtro bacteriológico g) outros equipamentos complementares como mesa auxiliar, aparelho fotopolimerizador, amalgamado elétrico, ultrassom, bisturi elétrico e outros desde que, respeitadas as normas técnicas e legislações específicas; e, aparelhos de esterilização.

É proibido o uso de equipamentos à base de radiação ultravioleta e ebulidores de água como métodos de esterilização.

## PONTAS DE TRABALHO DO EQUIPO ODONTOLÓGICO

Entre cada atendimento odontológico, a limpeza, a desinfecção e, se possível, a esterilização das pontas deverão ser feitas. As soluções empregadas devem ser compatíveis com os produtos. As recomendações do fabricante deverão ser obedecidas. Os desinfetantes devem ser registrados no Ministério da Saúde. As mais freqüentemente utilizadas são ilustradas no QUADRO 8.

DESINFETANTE	NIVEL DE ATIVIDADE	VANTAGEM	DESVANTAGEM	NOMES COMERCIAIS
<b>DETERGENTE ENZIMÁTICO</b>	Baixo	Especificidade sobre material biológico	Custo	Existem vários produtos com nomes diferentes no mercados consultar
<b>ALCOOL</b>	Médio	Fácil aplicação	Corrosivo	
<b>PVPI</b>	Médio	Efeito residual	Custo	
<b>RECOMENDACAO GERAL:</b> Procurar na literatura científica e no mercado maiores informações e detalhes para a aplicação				

QUADRO 8 - Desinfetantes freqüentemente empregados para a desinfecção das pontas do equipo odontológico.

## INSTRUMENTAIS

Artigos clínicos e cirúrgicos devem ser previstos de acordo com a prestação da assistência. O número de instrumental odontológico deverá ser compatível com: a) o processo de esterilização adotado; b) o número de pacientes a serem atendidos; e, c) o tipo de procedimento realizado.

### **EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir e utilizar rotineiramente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual- EPIs: a) luvas para atendimento clínico e cirúrgico, que devem ser descartadas a cada paciente; b) avental para proteção; c) máscaras descartáveis com filtração mínima de 95% de partículas de 1 a 5 um; d) óculos de proteção; e) gorro; f) luvas descartáveis ou de borracha para lavagem de instrumental. Todos em quantidade suficiente para todos os membros da equipe de saúde bucal.

### **MATERIAIS DE CONSUMO ODONTOLÓGICO**

O Cirurgião Dentista é responsável pelos materiais odontológicos empregados nos procedimentos realizados. São critérios que devem ser observados: a) prazo de validade; b) origem do produto, e; c) estocagem e conservação dos materiais dentro do estabelecimento.

### **PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS**

Todo material descartável, tal como sugadores, tubetes anestésicos, máscaras,

luvas, gazes, algodão, entre outros, devem ser desprezados em saco plástico banco leitoso, com rótulo "contaminado", conforme normas da ABNT.

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

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos deve ser implantado e implementado junto a SMSA/BH. Informações adicionais podem ser obtidas na Comissão Permanente de Apoio ao Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde - COPAGRESS como também no setor público da SMSA/BH responsável pela matéria.

No interior dos estabelecimentos, os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa, acionada por pedal, separados como lixo comum e lixo contaminado. O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações.

Os restos mercuriais deverão ser mantidos em recipientes rígidos e inquebráveis, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior. Eles devem ser enviados para usinas ou outros estabelecimentos devidamente autorizados para efetuarem sua reciclagem, visto que sua destinação final comum pode causar contaminações ao meio ambiente.

## **RECOMENDAÇÕES TÉCNICO-OPERACIONAIS.**

### **Cuidados Pré-Operatórios**

### **Tratamento das Mãos dos Profissionais**

Na qualidade de medida isolada, esta é a de maior prioridade na assistência à saúde. Todos os esforços devem ser empregados para obtenção de maior adesão dos membros da equipe de profissionais a este procedimento.

Antes e após cada atendimento profissional, as mãos devem ser lavadas. Para intervenções superficiais, dentisteria e exames clínicos, a lavagem simples das mãos está indicada.

Para realização de procedimentos invasivos, cirúrgicos e cruentos a técnica requerida é mais rigorosa. Faz-se necessária a degermação, com etapas: remoção mecânica da sujidade e aplicação de antisséptico com técnica adequada.

### **Paramentação Profissional**

A Norma Regulamentadora N° 06 do Ministério do Trabalho é que define os critérios para fornecimento e reposição dos EPIs.

Em presença de material biológico, toda a paramentação profissional que funcione como barreira de proteção deve ser utilizada como medida de Biossegurança.

### **Planejamento do Trabalho**

As provisões necessárias, o planejamento das atividades, a distribuição dos procedimentos e a organização do trabalho são processos essenciais à consecução do melhor resultado clínico/cirúrgico.

### **Antissepsia Pré-Operatória**

Abaixar o nível de infecção da cavidade bucal previamente à realização de

procedimentos clínico/cirúrgicos deve ser uma preocupação e uma meta, desde que respeitadas as premissas: a) equilíbrio ecológico;. b) compatibilidade do espectro de ação do colutório, e; c) rotatividade da substância empregada. A remoção mecânica, através da escovação é um método simples e que permite o benefício adicional de cunho educativo.

### **Utilização de Barreiras de Proteção**

Os aparelhos que entrarem em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo e a alça do refletor odontológico, deverão ser recobertos por barreiras de proteção de uso único e descartável e passar por processos de descontaminação, lavagem e secagem, e por processos de desinfecção e/ou esterilização quando assim permitirem.

### **Cuidados Trans-Operatórios.**

Realizar com perícia os procedimentos odontológicos, observando a cadeia asséptica e dentro do menor tempo de trabalho possível, deve ser um objetivo do profissional que implica em maior sucesso clínico/cirúrgico e, em menor exposição e risco para o paciente.

### **Manutenção da Cadeia Asséptica**

O planejamento do trabalho, a disponibilidade e fácil acesso dos artigos necessários ao tratamento e o menor risco de contaminação são condições essenciais para a prestação de uma assistência odontológica com qualidade.

Procedimentos como realização de radiografias trans-cirúrgicas e outras intercorrências que podem surgir no transcurso do atendimento clínico, devem ser feitos empregando todo o cuidado e as barreiras de proteção adequadas para evitar a contaminação cruzada.

### **Cuidados Pós-Operatórios.**

Após o atendimento odontológico todas as medidas de limpeza, higiene, desinfecção e esterilização devem ser empregadas para os artigos e superfícies envolvidos durante a assistência.

### **Processamento dos Artigos**

Todos os instrumentais devem passar pelo processo de descontaminação e lavagem antes de serem esterilizados. Constituem-se etapas importantes a serem realizadas durante o processamento dos artigos:

- **DESINFECÇÃO PRÉVIA:** Tem o objetivo de reduzir a biocarga. Trata-se da imersão dos artigos contaminados em substância desinfetante. Pode-se empregar detergentes enzimáticos.
- **LAVAGEM:** é a remoção da sujidade. Água e sabão devem ser empregados quando a limpeza for manual. Em caso de emprego de máquinas ultrassônicas, a etapa de fricção é realizada através da cavitação promovida por este equipamento. Os desincrostantes podem ser utilizados em associação.
- **SECAGEM;** Os artigos odontológicos devem ser completamente secos antes de serem processados em equipamentos de esterilização ou encaminhados a desinfetantes.
- **EMPACOTAMENTO:** 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 desde que, comprovadamente eficaz, deve ser empregado.

Os artigos a serem esterilizados em estufa deverão estar acondicionados em embalagens termo resistentes como as caixas metálicas para proteger e resistirem ao processamento.

- ESTERILIZAÇÃO DOS ARTIGOS ODONTOLÓGICOS; Todos os artigos críticos ou aqueles que entram em tecidos sub-epiteliais e os semi-críticos que entram em contato com mucosa íntegra deverão ser esterilizados.

O processo de esterilização através de vapor saturado sob pressão será obtido com o uso da autoclave nas seguintes condições: a) exposição por trinta (30) minutos a uma temperatura de 121° C para os aparelhos convencionais; b) exposição por quinze (15) minutos a uma temperatura de 132° C, em autoclaves convencionais; e c) exposição por quatro (04) minutos a uma temperatura de 132°C, em autoclaves de alto vácuo.

O Forno de Pasteur (Estufa) deve ser empregado observando-se o tempo de uma (01) hora de exposição a uma temperatura de 170°C, ou por duas (02) horas a 160° C, devendo ser marcado o tempo após o termômetro atingir a temperatura desejada. O termômetro externo deve monitorar a temperatura alcançada na câmara interna do equipamento.

O estudo de MOURA (1990), indica utilizar a temperatura de 205°C pelo tempo de uma (01) hora neste equipamento para aumentar a eficácia deste método de esterilização.

Em ambos os processos não se deve lotar mais do que dois terços da capacidade da câmara interna do equipamento, devido ao risco do superlotamento interferir, negativamente, no resultado de esterilização.

- DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL: Para artigos termo sensíveis, a imersão em substância química de alto nível de atividade microbicida deve ser realizada. O QUADRO 9 ilustra as substâncias mais freqüentemente empregadas para este fim.

<b>DESINFETANTE</b>	<b>NIVEL DE AÇÃO</b>	<b>DESVANTAGENS</b>	<b>PRUTOS COMERCIAIS</b>
<b>ÁCIDO PERACÉTICO</b>	Alto	Corrosivo	Existem marcas diversas comerciais disponíveis no mercado consultar
<b>PERÓXIDO DE HIDROGENIO</b>	Alto	Possível ação Oxidante Toxicidade	
<b>GLUTARALDEIDO</b>	Alto	Toxicidade	
<b>HIPOCLORITO</b>	De baixo a alto (Depende da concentração e do tempo)	Corrosivo	

QUADRO 9 - Desinfetantes de alto nível de atividade microbicida indicados para emprego na odontologia.

- **ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS:** O instrumental esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco.

- **ESTOCAGEM:** Devem ser anotadas nos pacotes ou caixas metálicas a data da esterilização, o nome do responsável pelo processo e a data do processamento. As novas remessas devem sempre ser postas na parte posterior do armário visando a saída e o fluxo dos estocados.

- VALIDADE: A data limite de validade preconizada na literatura é de sete (07) dias à partir da esterilização.

- VALIDAÇÃO: A eficácia do método de esterilização deverá ser avaliada através do uso de indicadores, com frequência mínima semanal e, preferencialmente utilizando os indicadores biológicos.

### **Desinfecção do Equipamento**

A limpeza precede a desinfecção. Água e sabão associados à fricção, em todas as situações possíveis, constituem medidas básicas da mais alta importância em higiene.

A desinfecção deverá ser feita empregando a solução compatível e indicada para a situação em questão. O QUADRO 10 mostra as soluções químicas empregadas mais freqüentemente para a desinfecção ambiental. As recomendações do fabricante devem ser seguidas. Os produtos, obrigatoriamente, deverão ser registrados no Ministério da Saúde - MS para consumo dos profissionais.

PRODUTO	NIVEL DE DESINFEÇÃO	VANTAGEM	DESvantAGEM	NOMES COMERCIAIS
<b>ÁLCOOL</b>	Médio	Fácil uso	Resseca e interage com pinturas e revestimentos	Há disponíveis no mercado diversos produtos com diferentes nomes, contendo substâncias as em questão-consultar
<b>HIPOCLORITO</b>	De baixo à alto (Varia com a concentração e o tempo)	Baixo custo	Corrosivo	
<b>DERVADOS FENÓLICOS</b>	Baixo	Limpa e desinfeta	Toxicidade	
<b>DERIVADOS DO AMÔNIO QUATERNÁRIO</b>	Baixo	Limpa e desinfeta	.	Há disponíveis no mercado diversos produtos com diferentes nomes, contendo substâncias as em questão-consultar
<b>Recomendação geral:</b> Consultar na literatura científica e mercado para maior detalhamento sobre forma de utilização e espectro de ação.				

QUADRO 10 - Soluções desinfectantes empregadas rotineiramente para a desinfecção ambiental na odontologia.

### Desinfecção de Moldes para Envio ao Laboratório de Prótese

Devido ao risco biológico inerente à presença de matéria orgânica nos moldes encaminhados ao laboratórios de prótese, esses devem sofrer um procedimento de desinfecção antes do encaminhamento ao laboratório. O QUADRO 11 ilustra as soluções mais comumente empregadas para a desinfecção de prótese.

### **Recomendações jurídico-administrativas**

Todos os documentos e legislação que normatizam os procedimentos e condutas devem estar disponíveis e afixados em local visível no estabelecimento odontológico para consulta durante o ato das inspeções fiscais sanitárias e para o conhecimento da comunidade.

Todo estabelecimento odontológico deve apresentar, minimamente, um Responsável Técnico - RT junto à Vigilância Sanitária, que responde pelas condições Sanitárias do estabelecimento.

### **Sistemas de Anotações dos Pacientes**

Todos os pacientes atendidos devem ser registrados, com seu respectivo nome, endereço e tratamento realizado, através de fichas clínicas.

As Unidades odontológicas transportáveis, as unidades móveis e as unidades de atendimento portátil deverão ter dispositivos de referência para informação às autoridades de saúde sobre o endereço dos atendimentos realizados diariamente.

ITEM\ UTENSÍLIOS	MÉTODO	DESINFETANTE	COMENTÁRIOS
<b>METAL/ACRÍLICO</b>	Imersão	Compostos clorados / Iodóforos*	Enxágüe cuidadoso após a desinfecção
<b>TOTALMENTE METÁLICOS</b>		Glutaraldeído*	Garfos do arco facial deverão ser esterilizados antes do reuso
<b>ARTICULADORES E ARCOS FACIAIS</b>	Spray seguido de secagem	Iodóforos ou compostos fenólicos*	Desinfetante pode ser preparado usando água saturada com sulfato de cálcio. Provavelmente não poderá ser desinfetado antes de 24 horas
<b>MOLDEIRAS INDIVIDUAIS DE ACRÍLICO</b>	Spray até molhar completamente ou imersão	Compostos clorados, Iodóforos ou compostos fenólicos*	Descartar. não reutilizar
<b>MOLDES</b>	Preferencialmente desinfecção por imersão	Todos os aplicáveis*	Esterilização pelo calor para as moldeiras reutilizáveis. Descartar moldeiras plásticas após o uso
<b>HIDROCOLOIDES IRREVERSÍVEIS (ALGINATOS)</b>	Desinfecção por imersão com cautela! Usar preferencialmente os que permitem tempo de exposição de 10 minutos) ou Spray até molhar completamente	Compostos clorados/ Iodóforos*	Curto período de imersão em glutaraldeído tem sido recomendado, porém o tempo é inadequado para desinfecção
<b>HIDROCOLOIDES REVERSÍVEIS</b>			Não emergir em glutaraldeído
<b>BORRACHA POLISULFIDE</b>	Desinfecção por imersão	Glutaraldeídos, compostos clorados, Iodóforos, compostos fenólicos*	Desinfetantes que requeiram tempo de exposição acima de 30' não devem ser aplicados
<b>BORRACHA DE SILICONE</b>			
<b>POLYETHER</b>	Desinfecção por imersão com cautela! Usar preferencialmente os que permitem tempo de exposição de 10 minutos) ou Spray até molhar completamente	Compostos clorados/ Iodóforos*	ADA recomenda qualquer tipo de desinfetante, desde que em curto prazo de exposição para evitar distorções
<b>PASTA ZINCO-ENÓLICA</b>	Preferencialmente inserção. Spray pode ser usado para registros de mordidas	Glutaraldeído ou Iodóforos*	Não compatível com compostos clorados. Sprays fenólicos podem ser usados
<b>COMPOSTOS PARA MOLDAGEM</b>		Iodóforos/ Compostos Clorados*	Sprays fenólicos podem ser usados
<b>PRÓTESES</b>		Enxaguar cuidadosamente após a desinfecção	Limpar próteses antigas com escovas e degerrnantes ou em equipamentos ultrassônicos. Desinfetar após limpeza.
<b>REMOVÍVEIS (ACRÍLICO E PORCELANA)</b>	Imersão em desinfetantes. Use com cautela para evitar corrosão do metal.	Compostos clorados/Iodóforos*	Enxaguar cuidadosamente após desinfecção. Enxaguar em anti-séptico bucal diluído
<b>REMOVÍVEIS (METAU ACRÍLICO)</b>	Podem também ser esterilizadas pela exposição ao ETO	Compostos clorados/Iodóforos*	
<b>FIXAS (METALOCERÂMICAS)</b>		Compostos clorados/ Iodóforos e glutaraldeídos*	Enxaguar cuidadosamente após desinfecção
<b>ESCALAS DE CORES</b>	Imersão ou spray seguido de secagem	Iodóforos ou fenólicos*	Secagem final com água ou álcool para evitar descoloração
<b>CERA PARA SELADO PERIFÉRICO CERA PARA ARTICULAÇÃO</b>	Enxágüe- spray - enxágüe spray	Iodóforos ou fenólicos*	Enxágüe após desinfecção

QUADRO 11 - Recomendações preconizadas para a seleção de métodos de desinfecção relacionados à prótese Odontológica.

\* Todos os compostos e soluções devem ser empregados de acordo com as orientações indicadas pelo fabricante do produto em questão.

## **Regulamento Interno**

O Regulamento Interno é um documento que disciplina o funcionamento do estabelecimento odontológico. Ele deverá minimamente: a) descrever os cuidados relativos aos aspectos de Biossegurança; b) estabelecer as rotinas de procedimentos no controle de doenças transmissíveis, e; c) manter registro das ocorrências relativas às doenças de notificação compulsória.

As instituições públicas ou privadas que mantiverem uma rede de estabelecimentos de assistência odontológica, poderão possuir um Regulamento Interno único.

Em estabelecimentos de assistência odontológica com mais de quatro (04) profissionais exercendo atividades clínicas, deverá ser instituída uma Comissão Interna de Biossegurança. Cabe a esta Comissão fazer cumprir o que determina o Regulamento Interno.

Cada estabelecimento odontológico deverá ter um Responsável Técnico - RT, que necessariamente deverá ser um Cirurgião Dentista inscrito/registrado no CRO/MG. Há necessidade da presença do RT durante todo o período de funcionamento do estabelecimento; para isso, RTs substitutos poderão ser nomeados, visando a cobertura durante todo o período de atendimento assinalado em placa informativa do estabelecimento odontológico, sob pena de multa, em caso contrário.

## **Pessoal Auxiliar**

Os estabelecimentos de assistência odontológica poderão contar com recursos humanos para trabalho em recepção, limpeza, administração, manutenção e gerência.

O pessoal auxiliar que compõe a equipe de saúde bucal é 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 inscritos/registrados no Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais.

Na regência da CLT o empregador tem todas as responsabilidades pertinentes aos vínculos trabalhistas e neste caso, o dentista para com a saúde ocupacional dos membros da equipe de saúde bucal. A Legislação vigente encontra-se à disposição no Ministério do Trabalho. Exames pré-admissionais, periódicos, demissionais e demais recomendações que são obrigatórias e devem ser seguidas.

Os profissionais da equipe de saúde bucal devem estar devidamente informados e atentos quanto aos riscos ocupacionais inerentes às atividades desenvolvidas.

### **Terceirização de Serviços**

Toda prestação de serviço realizada por terceiros, deverá ser registrada através de contrato com a empresa em questão e este documento deverá encontrar-se disponível no estabelecimento odontológico à quaisquer interessados.

### **Recomendações para o Emprego de Radiação Ionizante - RX**

Os estabelecimentos de assistência odontológica para empregar equipamentos emissores de radiação ionizante deverão cumprir as exigências previstas na legislação Federal, Estadual e/ou Municipal vigente.

As clínicas modulares não poderão apresentar equipamento de Raios X em sua área de atendimento clínico, devendo eleger área especialmente reservada para este fim, desde que cumpram as recomendações previstas em Lei.

As Policlínicas deverão apresentar área específica para instalação de aparelhos de Raios X.

As unidades odontológicas transportáveis e as unidades de atendimento portátil não poderão apresentar equipamento emissor de radiação ionizante na área de atendimento.

A Portaria MS - SVS 453/98 é que regulamenta sobre proteção radiológica e suas exigências deverão ser cumpridas.

## **RECOMENDAÇÕES/PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DISPONÍVEIS EM VIAS ELETRÔNICAS.**

Existe uma farta literatura científica disponível a ser consultada. Protocolos e outras recomendações poderão ser acessados nos seguintes endereços eletrônicos, entre outros :

**.. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO/ ANVISA MS:**

**[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)**

<a href="http://www.cdc.gov">www.cdc.gov</a>	<a href="http://www.apic.org">www.apic.org</a>	<a href="http://www.casemix.org">www.casemix.org</a>	<a href="http://www.doh.gov">www.doh.gov</a>
<a href="http://www.datasus.gov.br">www.datasus.gov.br</a>	<a href="http://www.osha-slc.gov">www.osha-slc.gov</a>	<a href="http://www.pitt.edu">www.pitt.edu</a>	
<a href="http://www.hcinfo.com">www.hcinfo.com</a>	<a href="http://www.galenosypacientes.com">www.galenosypacientes.com</a>	<a href="http://www.abnt.gov.br">www.abnt.gov.br</a>	
<a href="http://www.ambiente.sp.gov.br">www.ambiente.sp.gov.br</a>	<a href="http://www.ctnbio.gov.br">www.ctnbio.gov.br</a>	<a href="http://www.icpr.org.br">www.icpr.org.br</a>	
<a href="http://www.cnen.org.br">www.cnen.org.br</a>	<a href="http://www.imprensaoficial.com.br">www.imprensaoficial.com.br</a>	<a href="http://www.meusite.com.hr">www.meusite.com.hr</a>	
<a href="http://www.senado.gov.br">www.senado.gov.br</a>	<a href="http://www.psrast.org.br">www.psrast.org.br</a>	<a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a>	
<a href="http://www.prodam.gov.br">www.prodam.gov.br</a>	<a href="http://www.mtb.gov.br">www.mtb.gov.br</a>	<a href="http://www.occuphealth.fi">www.occuphealth.fi</a>	
	<a href="http://www.bireme.org">www.bireme.org</a>		



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 248.9641 FAX: (31) 248.9939



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **MARIA DO CARMO FREITAS DA COSTA**, nº de registro 2000217871. Às nove horas do dia dezoito de setembro de dois mil e dois reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Curso para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"AS CONDIÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS FISCALIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra a candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof <sup>a</sup> . Waleska Teixeira Caiaffa/orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Isabela Almeida Pordeus/co-orient.	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Gilberto Rocha Melo	Instituição: FIF/Diamantina	Indicação: <u>aprovado</u>
Profa. Sandhi Maria Barreto	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada aprovada com ressalvas.

O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, dezoito de setembro de dois mil e dois.

Prof<sup>a</sup>. Waleska Teixeira Caiaffa (orientadora) \_\_\_\_\_ *Waleska Caiaffa*

Prof<sup>a</sup>. Isabela Almeida Pordeus (co-orientadora) \_\_\_\_\_ *Isabela Pordeus*

Prof. Gilberto Rocha Melo \_\_\_\_\_ *Gilberto Rocha Melo*

Profa. Sandhi Maria Barreto \_\_\_\_\_ *Sandhi Maria Barreto*

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa (coordenadora) \_\_\_\_\_ *Waleska Caiaffa*

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do coordenador.

Prof<sup>a</sup> Waleska Teixeira Caiaffa  
COORDENADORA  
FAC. MEDICINA / UFMG

A candidata deverá cumprir com todas as recomendações propostas pela banca no prazo de 90 dias (noventa dias) e a liberação do título fica condicionada ao parecer do membro externo à IES.