

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS DE FORTALEZA, CEARÁ

The health surveillance and the dental care attendance conditions in municipal health units of Fortaleza, Ceará

Artigo original

RESUMO

A presente pesquisa objetivou avaliar o processo de trabalho odontológico nas Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, correspondentes à Secretaria Executiva Regional II (SER II), tendo como referencial ações de vigilância sanitária. A avaliação foi realizada em sete Unidades, através de estudo transversal descritivo. Para obtenção dos dados, o pesquisador posicionou-se em local estratégico para não prejudicar o andamento das atividades e ter condições de examinar todo o ambiente e execução das atividades desenvolvidas tanto pelo profissional como pela equipe auxiliar, anotando as observações em roteiro específico. Detectou-se que a maioria dos cirurgiões-dentistas e das atendentes de consultório dentário negligencia o uso de gorro e óculos de proteção, principalmente. Constatou-se que nenhuma atendente de consultório dentário trabalhava sentada no momento de auxiliar o dentista, provocando menor rendimento das atividades desenvolvidas. Além do que mais da metade destas atendentes não eram inscritas no Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE). No tocante à esterilização, em menos da metade dos consultórios fazia-se uso de autoclave. Observou-se que em nenhum consultório utilizava-se película protetora para isolar os locais nos quais o profissional tem contato direto. É necessário que medidas de reorientação dos serviços odontológicos prestados nas Unidades de Saúde da SER II sejam tomadas, visando adequar as situações observadas, protegendo-se a saúde da população e da equipe de saúde bucal, assim como orientar a atuação da vigilância sanitária no sentido de realizar suas ações tendo como referência o processo de trabalho e não simplesmente a estrutura dos serviços.

Descritores: vigilância sanitária; assistência odontológica; avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde).

ABSTRACT

The present research had as its objective to evaluate the dental care working process in the municipal Health Units of Fortaleza, corresponding to the II Regional Executive Secretaryship (SER II), having as referential the sanitary surveillance actions. The evaluation was accomplished in seven Units, through a descriptive observational study. For obtaining the data, the researcher positioned himself in a strategic local in order to not disturb the course of the activities and to have conditions of observing the whole atmosphere and execution of the activities developed both by the professionals and the auxiliary team, all observations being written down in a specific guide. It was observed that most of the dentists and the dental clinic assistants mainly neglect the use of the cap and protection glasses. It was verified that none of the dental clinic assistants worked sat down at the moment of assisting the dentist thus causing lower efficiency of the developed activities. Also, more than half of these assistants were not registered in the Regional Dentistry Council of Ceará (CRO-CE). Concerning the sterilization, autoclaves were used in less than half of the clinics. It was observed that protecting film was not used in any clinic to isolate the places which the professional has direct contact. It is necessary that reorientation measures for the dental care services rendered in the Health Units of SER II be taken, in order to adequate the observed situations, in this way protecting the health of the population and of the oral health team as well as guiding the health surveillance performance in the sense of accomplishing its actions having as reference the working process and not just the services' structure.

Descriptors: health surveillance; dental care; evaluation of outcome and process assessment (health care)

Luiz Roberto Augusto Noro⁽¹⁾
José Stênio Ribeiro⁽²⁾

1) Cirurgião-dentista, mestre em Saúde Pública, Universidade de Fortaleza

2) Especialista em Vigilância Sanitária, Escola de Saúde Pública do Ceará e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Recebido em: 01/07/2004
Revisado em: 28/07/2004
Aceito em: 14/02/2005

INTRODUÇÃO

Com a reforma sanitária realizada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde do cidadão teve um destaque todo especial, levando a democratização da saúde no país, resultando como princípio basilar de que a saúde é direito de todos e dever do Estado⁽¹⁾.

A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevê como atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, entre outros, a execução de ações de vigilância sanitária: conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde⁽²⁾.

A vigilância sanitária deve ser entendida como um amplo e complexo sistema de normatização e controle da situação sanitária, por meio de monitoramento e da avaliação dos perfis epidemiológicos distintos, da qualidade de bens, produtos, serviços, atividades e procedimentos de interesse da saúde, do meio ambiente e ambiente de trabalho, visando à redução de riscos, concebido como eixo estratégico das políticas públicas para elevar os níveis de saúde da população⁽³⁾. A vigilância sanitária representa um componente essencial da reforma sanitária, entendida como processo social e político de reorientação e reorganização das práticas de saúde para a transformação da atual situação sanitária. Isto requer mudanças de natureza econômica, social, política e cultural e articulação intra e extra-setorial para que as políticas formuladas produzam efetivamente uma melhoria na qualidade de vida da população⁽³⁾.

As ações de vigilância sanitária devem desenvolver-se independente de injunções políticas, uma vez que visam diminuir a desigualdade por meio da melhoria global das condições de vida, e de forma amplamente descentralizada, pois, devido à diversidade das condições de vida encontradas no Brasil, não há necessidade de réplica da mesma estrutura em todas as unidades da Federação⁽⁴⁾.

É papel da vigilância sanitária dar uma contribuição significativa para uma melhor qualidade de vida, ao inviabilizar, econômica e legalmente, certos processos, projetos ou intenções.⁽⁵⁾

Quanto ao papel do Estado na área de vigilância sanitária, cabe a ele zelar pelos interesses coletivos ou públicos, intervindo nas atividades de particulares quando se mostrarem contrárias, nocivas ou inconvenientes àqueles interesses. A intervenção do Estado se dá por meio de normas e regulamentos que seus agentes e órgãos devem fazer cumprir, disciplinando e restringindo direitos e liberdades individuais em favor do direito público⁽³⁾.

É imperiosa a necessidade da ação da vigilância sanitária nos estabelecimentos de assistência odontológica com o objetivo de orientar e fiscalizar ações que possam trazer risco à saúde, tanto do profissional e equipe auxiliar, como das pessoas atendidas nessas unidades.

Essas ações dizem respeito à observação dos elementos básicos para a qualidade dos serviços de saúde, elementos esses formados pelo conjunto estrutura, procedimentos operacionais e recursos humanos e materiais.

Para que haja um bom desempenho do dentista, somente a capacitação acadêmica e a sua dedicação não são suficientes. São extremamente importantes as condições que lhe são oferecidas, para que as suas ações tenham o êxito desejado, isto é, satisfação profissional e um atendimento ao usuário embasado nas mais precisas normas de biossegurança. Para tanto é necessário o cumprimento dos seguintes itens: as boas condições físicas do consultório, o uso de equipamentos de proteção individual por parte do profissional e equipe auxiliar, observância das normas de esterilização e desinfecção de artigos e superfícies, incluindo a quantidade de instrumental e as condições do equipamento odontológico.

Os estabelecimentos de assistência odontológica são locais onde o controle de doenças transmissíveis deve ser exercido em caráter permanente de forma que a segurança da equipe de saúde bucal, assim como a dos pacientes e circunstâncias, seja preservada da forma mais conveniente. O risco de contrair infecções em estabelecimentos de assistência odontológica está diretamente ligado a não observância de precauções universais de biossegurança.

O controle da infecção é um tema que, principalmente após o advento da AIDS, tem sido abordado em vários eventos técnico-científicos da área da saúde bucal. A preocupação dos profissionais da equipe de saúde bucal no sentido de preservarem seus pacientes e a si mesmos deveria propiciar uma evolução no comportamento destes profissionais em relação a utilização adequada de equipamentos de proteção individual e de métodos de esterilização na prática odontológica. Soma-se isto a cobrança dos próprios pacientes no sentido de buscarem atendimento odontológico com uma condição, do ponto de vista do controle da infecção, que diminua ao máximo o risco inerente ao tratamento odontológico⁽⁶⁾.

O estudo teve como referencial as condições dos atendimentos odontológicos realizados nas Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), que integram a Secretaria Executiva Regional II (SER II). A análise das condições de atendimento odontológico nessas Unidades, segundo os princípios de vigilância sanitária, formou a base principal para o referido estudo.

MÉTODOS

O estudo foi realizado durante o primeiro semestre de 2003, na área correspondente à Secretaria Executiva Regional II da Prefeitura Municipal de Fortaleza, composta por 12 Unidades de Saúde, funcionando em dois períodos (manhã e tarde), a saber: Pio XII, Paulo Marcelo, Benedito Artur de Carvalho, Irmã Hercília Aragão, Flávio Marcílio, Odorico de Moraes, Rigoberto Romero, Frei Tito, Aída Santos e Silva, Serviluz, Miriam Porto Mota e José de Alencar.

Entre as atividades oferecidas pelas Unidades de Saúde, as relacionadas à odontologia, são executadas por equipes de saúde bucal compostas por 29 cirurgiões-dentistas (CD) e 18 auxiliares de consultório dentário (ACD).

O modelo de estudo utilizado caracterizou-se como observacional e transversal⁽⁷⁾, tendo o pesquisador adotado uma postura passiva no acompanhamento das atividades realizadas durante o atendimento odontológico, caracterizando-se enquanto observação não participante.

A amostra foi aleatória, selecionada a partir do sorteio das Unidades de Saúde dispostas em uma relação preliminarmente confeccionada, utilizando-se uma tabela de números aleatórios. Nas situações em que a Unidade de Saúde sorteada não pôde ser analisada, passou-se para a imediatamente seguinte, na lista previamente elaborada. Não houve nenhum critério de exclusão para o sorteio das Unidades de Saúde.

No total foram visitadas 7 Unidades de Saúde, sendo pesquisados 14 CDs, e 14 ACDs, nos turnos da manhã e da tarde. Para o cálculo da amostra foi utilizado o software EPI INFO 6.02, tendo a amostra significância com intervalo de confiança de 95% e $p \leq 0,001$.⁽⁸⁾

As variáveis envolvidas no estudo estão relacionadas aos recursos humanos em odontologia, principalmente relativos à situação funcional do CD e do ACD; à estrutura dos serviços, representados pela condição de climatização e iluminação do ambiente, assim como os equipamentos utilizados para esterilização do instrumental; ao processo de trabalho, nos aspectos relacionados à biossegurança/controlado de infecção e à ergonomia.

Para a coleta de dados foi realizado contato prévio com os coordenadores das Unidades de Saúde, explicando-se os objetivos da pesquisa e a sistemática empregada. Ao cirurgião-dentista e à auxiliar de consultório dentário foram informados todos os procedimentos para desenvolvimento da pesquisa, solicitada sua autorização, garantindo-se o sigilo das informações assim como a preservação da identidade, o que permitiu o desenvolvimento da pesquisa sem constrangimento e retratando com precisão a realidade vivida em cada Unidade de Saúde.

O pesquisador utilizou um roteiro de observação sistemática, posicionando-se em local estratégico e de maneira discreta para não prejudicar o andamento das atividades e ao mesmo tempo ter condições de observar todo o ambiente e a execução das tarefas desenvolvidas, tanto pelo profissional como pela equipe auxiliar, no ambiente real, registrando-se os fatos à medida que os mesmos ocorriam.

RESULTADOS

Os resultados ora apresentados referem-se às observações realizadas em sete Unidades de Saúde da Secretaria Executiva Regional II da Prefeitura Municipal de Fortaleza. A análise dos 28 roteiros (14 CD e 14 ACD) de observações diretas é apresentada a seguir em 3 seções: Recursos humanos; Estrutura; Processo de trabalho.

Recursos humanos:

Apesar do preconizado, as Unidades de Saúde visitadas apresentam apenas CD e ACD na prestação de serviços odontológicos.

Os profissionais CD encontram-se todos regularmente inscritos no Conselho Regional de Odontologia – Ceará (CRO-CE), não apresentando qualquer problema do ponto de vista funcional. As auxiliares de consultório dentário, entretanto, não apresentam a mesma característica, pois 8 (57,1%) dos 14 ACD não são inscritas no CRO-CE (TAB I).

Tabela I: Distribuição de ACDs em Unidades de Saúde da SER II (PMF), segundo inscrição no CRO-CE, 2003. n=14..

Inscrição no CRO-CE	Total	%
Sim	6	42,87
Não	8	57,1
Total	14	100

Fonte: Pesquisa direta em Unidades de Saúde da SER II, PMF, 2003.

Estrutura:

No estudo foram observadas as condições de climatização e iluminação do ambiente de trabalho. Dos 7 consultórios avaliados 6 (85%) apresentam boa climatização, em virtude dos aparelhos de ar condicionado estarem apresentando um bom funcionamento, resultando num agradável ambiente de trabalho. Todos 7 (100%) os consultórios possuem boa iluminação, facilitando assim, as atividades da equipe de saúde bucal.

Outro elemento pesquisado foi a situação dos meios utilizados para esterilização. Das 7 Unidades de saúde avaliadas, em 4 (57,1%) a esterilização dos instrumentais é realizada por meio da utilização da estufa dentro do próprio

consultório, enquanto 3 (42,8%) utilizam a autoclave em centrais de esterilização, a qual seria a situação mais adequada.

Processo de trabalho:

O conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção em geral e, no caso de serviços de saúde, entre profissionais e pacientes avaliados foram o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e os procedimentos de biossegurança⁽¹⁰⁾.

Quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos CDs e ACDs. Os CDs em sua totalidade usam luvas descartáveis, máscara e avental, porém, quanto ao uso de gorro e óculos de proteção apresentam um percentual (50% e 36%, respectivamente) de utilização desses EPI (TAB II).

Tabela II. Distribuição de CDs (n=14) e ACDs (n=14), em Unidades de Saúde da SER II (PMF), segundo a utilização de EPIs. Fortaleza, 2003.

Profissional	EPI				
	Luvas	Máscara	Avental	Gorro	Óculos de proteção
CD	14(100%)	14(100%)	14(100%)	7(50%)	5(35,7%)
ACD	12(85,7%)	6(42,8%)	13(92,8%)	6(42,8%)	3(21,4%)

Fonte: Pesquisa direta em Unidades de Saúde da SER II, PMF, 2003.

Com relação às ACDs, há uma negligência quanto ao uso de quase todos os EPI, principalmente no que diz respeito ao uso das máscaras, gorros e óculos de proteção. O uso de todos os EPI é importante para evitar a contaminação com sangue, saliva, secreções orgânicas, evitando a disseminação de possíveis patógenos.

Tabela III. Distribuição de CDs (n=14) e ACDs (n=14) em Unidades de Saúde da SER II (PMF), segundo a realização correta dos procedimentos de biossegurança. Fortaleza, 2003.

Procedimento	Profissional	CD	ACD
	Lavar as mãos entre um paciente e outro		4 (28,5%)
Trocar as luvas entre um paciente e outro		14 (100%)	8 (57,1%)
Secar as mãos com toalha descartável		13 (92,8%)	9 (64,2%)

Fonte: Pesquisa direta em Unidades de Saúde da SER II, PMF, 2003.

Quanto aos critérios de biossegurança os itens avaliados foram: a lavagem das mãos entre um paciente e outro, troca das luvas entre um paciente e outro, secagem das mãos com toalha descartável e anotação em ficha clínica com luvas

(TAB III). Dos 14 CD avaliados 4 (28,5%) lavam as mãos entre um paciente e outro, demonstrando com isso a preocupação de implementar a biossegurança somente com a troca de luvas, o que não é confiável, devido a existência de microporos nas luvas, o que pode promover uma contaminação cruzada, colocando em risco a saúde do profissional e do paciente. Causa preocupação, ainda, observar que 4 (28,5%) dos CDs não usam luvas exclusivamente para o atendimento de pacientes, fazendo anotações nas fichas clínicas.

Quanto as ACDs observa-se que 6 (42,8%) não lavam as mãos entre um paciente e outro e nem trocam as luvas entre um paciente e outro. No que diz respeito à secagem das mãos 6 (42,8%) ainda usa toalha de tecido. Observa-se também que um bom número delas faz anotações em fichas clínicas usando luvas, ferindo o princípio de biossegurança.

Nenhum consultório usa invólucro protetor, apesar desta manobra ser recomendável para promover, em sua totalidade, a ação de biossegurança. Observa-se também que em 3 consultórios (42,8%) não é realizada a descontaminação prévia, podendo prejudicar o processo final de esterilização.

Os procedimentos realizados pelos CDs, considerando o princípio da ergonomia vinculados à biossegurança, podem ser observados na Tabela IV. Dos 14 CDs avaliados, 13 (92,8%) procura desenvolver suas atividades dentro dos princípios ergonômicos, isto é, sentados e ficando no campo de trabalho. Cerca de 3 (21,4%) CDs manipulam materiais, procedimento que deveria ser realizado pela ACD, procurando melhorar a ergonomia e evitando-se quebrar normas de biossegurança. Uma pequena minoria reposiciona pacientes (n=1, 7%) e pega instrumental fora da área de trabalho (n=1, 7%).

Tabela IV. Distribuição de CDs que realizam o procedimento ergonômico inadequado em Unidades de Saúde da SER II (PMF). Fortaleza, 2003. n=14

Procedimento	Profissional	CD
	Atua fora do campo de trabalho	
Manipula materiais		3 (21,4%)
Trabalho em pé		1 (7,14%)
Reposiciona o paciente durante atendimento		1 (7,14%)
Pega instrumental fora de sua área de trabalho		1 (7,14%)

Fonte: Pesquisa direta em Unidades de Saúde da SER II, PMF, 2003.

As ACDs em sua maioria (n=10, 71,4%) ficam exclusivamente no campo de trabalho auxiliando o CD, e em sua totalidade, manipula materiais. Nenhuma ACD

avaliada trabalha sentada, contrariando a orientação da ergonomia, que determina que todo trabalhador execute suas atividades em condições que não lhe prejudiquem física e psicologicamente. Um pequeno percentual (n= 3, 21,4%) reposiciona o paciente durante o atendimento, enquanto que a maioria (n= 10, 71,4%) permanece na sala durante todo o atendimento, pelo fato do CD necessitar do seu auxílio a qualquer momento (TAB V).

Tabela V. distribuição de ACDs que realizam o procedimento ergonômico correto em Unidades de Saúde da SER II (PMF). Fortaleza, 2003. n= 14.

Procedimento	Profissional	ACD
Ficar exclusivamente no campo de trabalho		10 (71,4%)
Manipular materiais		14 (100%)
Trabalhar sentada		0 (0,0%)
Reposicionar o paciente durante atendimento		3 (21,4%)
Permanecer na sala durante todo o atendimento		10 (71,4%)

Fonte: Pesquisa direta em Unidades de Saúde da SER II, PMF, 2003.

DISCUSSÃO

A observação dos resultados permite levantar alguns elementos importantes que, para melhor compreensão e sistematização, serão discutidos em tópicos, de acordo com sua natureza.

A composição da equipe de saúde bucal deve-se dar nos serviços de saúde visando racionalização do trabalho, aumento da produtividade e qualidade do trabalho, desenvolvimento técnico-científico, mudanças nas práticas e nos modelos de assistência odontológica⁽⁹⁾. Para que estas vantagens sejam efetivamente conquistadas preconiza-se que a equipe de saúde bucal seja composta pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD).

A estruturação dos serviços de saúde observados deixa clara a intenção de se respeitar uma proporção de um CD para um ACD em cada turno de atendimento por consultório odontológico. Tal proporção contrapõe-se ao preconizado de contar-se com dois auxiliares (ACD ou THD) por cirurgião-dentista o que permitiria a realização do trabalho a quatro mãos, com aumento de produtividade e total observação dos princípios de biossegurança.

Vale ressaltar que em nenhuma Unidade de Saúde foi observada clínica modular com duas ou mais cadeiras odontológicas no mesmo espaço clínico. Esta ausência, de antemão, inviabiliza a incorporação do THD na composição

da Equipe de Saúde Bucal, motivo pelo qual não foi observada a presença deste profissional em qualquer Unidade de Saúde visitada.

Além destas inadequações, outro item que chama a atenção é a falta de registro junto ao CRO-CE de parte significativa das ACDs. Na conformidade do que preceitua o artigo 1º da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO – 185, de 26 de abril de 1993, estão obrigados ao registro no Conselho Federal de Odontologia e à inscrição no Conselho Regional de Odontologia, em cuja jurisdição estejam estabelecidos ou exerçam as suas atividades, além dos cirurgiões-dentistas, todos que integram a equipe auxiliar responsável pela realização das atividades odontológicas⁽¹¹⁾.

Fator que dificulta o cumprimento do exposto é a falta no quadro funcional da Prefeitura Municipal de Fortaleza da função específica de ACD. Com isto, qualquer funcionário da Unidade de Saúde assume as atribuições previstas para o ACD, em virtude também da profissão não ser regulamentada.

A estrutura refere-se às características relativamente estáveis, como condições físicas, organizacionais, equipamentos, entre outros⁽¹⁰⁾. A avaliação de estrutura é a mais tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária na área da assistência odontológica, examinando as situações dos estabelecimentos a partir de elementos pontuais presentes no ambiente de trabalho, geralmente definidas nos códigos sanitários e mais facilmente mensuráveis. Deve-se ressaltar, entretanto, que a simples estrutura adequada não garante que o procedimento em si não traga riscos aos profissionais e pacientes.

Os consultórios odontológicos, em sua grande maioria, apresentaram boas condições de climatização e iluminação, o que garante conforto térmico e visual adequado para o desenvolvimento do trabalho. Isto permite um menor desgaste por parte da equipe assim como garante condições de ambientação satisfatória ao paciente.

Quanto aos equipamentos utilizados para esterilização, o preconizado atualmente é a adoção de autoclaves em Centrais de Esterilização, controladas por equipe de enfermagem especialmente capacitada para promover a incorporação de normas de biossegurança de forma clara e efetiva. O uso de autoclave em central de esterilização traz muitas vantagens, em especial com relação ao tempo. Para promover a esterilização em uma autoclave a uma temperatura de 132°C em 2 atmosferas de pressão, o tempo empregado é de 4 minutos⁽¹²⁾. A outra vantagem é a execução do trabalho por profissionais exclusivos para esse fim tendo, portanto, melhores condições para a realização desse procedimento.

No estudo, a maioria das Unidades de Saúde utilizava estufa dentro do próprio consultório odontológico como meio de esterilização, processo esse controlado pelas auxiliares de consultório dentário, durante o expediente. Apesar do reconhecimento de que a estufa é um meio correto para promover a esterilização, a mesma apresenta o inconveniente da demanda de muito tempo para a sua realização. Deve-se manter a estufa ligada pelo período de uma hora observando-se a temperatura de 170°C para execução da esterilização de instrumentais, sem contar o tempo de resfriamento para que haja condições de utilização destes instrumentais.⁽¹³⁾ Em uma Unidade de Saúde, que funciona mais de um expediente, isto representa dificuldades operacionais, correndo-se o risco da quebra do processo de biossegurança.

O conhecimento do processo de trabalho desenvolvido é de fundamental importância visto que a existência de determinados materiais (em especial, os equipamentos de proteção individual) não garantem, pela sua simples presença, o uso efetivo e correto pela equipe.

A utilização de barreiras protetoras para reduzir e/ou prevenir o contato com sangue e secreções orgânicas, é de extrema eficiência.⁽¹⁴⁾ Todos que compõem a equipe de saúde bucal devem utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI).

Apesar da utilização universal das luvas pelos CDs, preocupa o fato da não lavagem das mãos entre um atendimento e outro, pela grande maioria dos profissionais. A lavagem das mãos é fundamental devido a possível existência de microporos nas luvas, que pode ocasionar uma contaminação cruzada, colocando em risco a saúde do profissional e do paciente.

Outra questão relevante é a anotação em fichas feitas pelo CD usando luvas, quebrando o processo de biossegurança, promovendo uma verdadeira disseminação de possíveis patógenos, de uma forma bem evidente.

Com relação aos outros EPI, tanto CDs quanto ACDs deixam de fazer uso de forma universal do gorro o qual impede o alojamento de secreções, partículas e microrganismos nos cabelos e do óculos de proteção o qual defende a mucosa ocular de contaminação e contra acidentes com materiais cortantes.

Outra estratégia empregada no controle de infecção é a utilização do invólucro protetor tipo filme de PVC que facilita os procedimentos de limpeza e desinfecção após o atendimento ao paciente.⁽¹⁵⁾ Deve-se colocar esse invólucro protetor na alça do refletor e do equipo, nos interruptores, encosto da cabeça, cabo do sugador, descanso dos braços, nas pontas (alta rotação, baixa rotação e seringa tríplice), aparelhos de ultra-som e fotopolimerizador. Sua não

utilização, como observado em todas as Unidades de Saúde deste estudo, pode provocar contaminação cruzada entre pacientes, ou de pacientes para a Equipe de Saúde Bucal, colocando em risco a saúde de todos os envolvidos no procedimento clínico.

Com relação à ergonomia o que mais chama a atenção é o fato das ACDs não trabalharem sentadas e de alguns CDs manipularem materiais, procedimentos que inviabilizam o trabalho a quatro mãos, prejudicando não somente a produtividade mas, principalmente, colocando em risco toda a cadeia asséptica a ser cumprida durante o atendimento odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando as condições de funcionamento dos serviços odontológicos prestados aos usuários das Unidades de Saúde da Secretaria Executiva Regional II, da Prefeitura Municipal de Fortaleza, cabem as seguintes recomendações gerais:

- ❑ Orientar a Prefeitura Municipal de Fortaleza a promover cursos de capacitação para os CDs e ACDs, que por meio dos novos conhecimentos adquiridos, aliados aos treinamentos contínuos, venha lhes trazer melhor desempenho nas atividades e condições para um aumento na produtividade, garantindo as normas de biossegurança, além de proteger os profissionais da Equipe de Saúde Bucal assim como a população atendida;
- ❑ Solicitar junto a Prefeitura Municipal de Fortaleza a instituição dos cargos e carreiras de ACD e THD em seu quadro funcional, visando melhor qualidade aos procedimentos odontológicos e maior acesso da população aos serviços públicos odontológicos;
- ❑ Garantir que todas as Unidades de Saúde tenham Central de Esterilização para permitir um melhor controle de infecção, mantendo-se eficazmente o padrão de biossegurança;
- ❑ Enfatizar juntos aos CDs e ACDs a importância da lavagem das mãos entre um paciente e outro, para evitar a contaminação cruzada;
- ❑ Normatizar a utilização sistemática de invólucro protetor nos equipamentos e a descontaminação prévia dos instrumentais;
- ❑ Capacitar CDs e ACDs para o trabalho a quatro mãos permitindo maior produtividade da Equipe de Saúde Bucal e preservando as normas de biossegurança;
- ❑ Direcionar a atuação da Vigilância Sanitária na fiscalização dos estabelecimentos de assistência à saúde, tendo como referencial o processo de trabalho desenvolvido nestas unidades, e não simplesmente na sua estrutura.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues Neto E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e ao controle social do SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. p.7-17.
2. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Conselho Estadual de Saúde. Municipalização da Saúde: a opção do Ceará. Fortaleza, Ceará, 1996. p. 11-31. v.3. (Set. 19, 1996).
3. Costa EA. Vigilância sanitária e a saúde do consumidor. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p.43-454.
4. Freitas RM, Miranda EP. Vigilância Sanitária - reformulando práticas. In: Freitas RM, Miranda EP. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. Belo Horizonte: XAMÃ; 1998. p.347-63.
5. Luchesi G. Vigilância sanitária: o elo perdido. Divulgação em Saúde para Debate 1992 (7): 48-52.
6. Guandalini SL, Melo NSFO, Santos ECP. Biossegurança em Odontologia. Curitiba: ODONTEX; 1999.
7. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: Rouquayrol MJ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.149-70.
8. Dean AG, Dean AG, Shah SP, Churchill J. Epi Info, version 6.1: a word processing database and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 1994.
9. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica. In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed; 2003.
10. Eduardo MBP. Vigilância Sanitária. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
11. Samico AHR, Menezes JDV, Silva M. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1994.
12. Ministério da Saúde. Hepatites, AIDS e herpes na prática odontológica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
13. Lima SNM, Ito II. Controle de Infecção no consultório odontológico. Ribeirão Preto: Dabi Atlante; 1995.
14. Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.
15. Stefani CM, Araújo DM, Albuquerque SHC. Normas e rotinas para o atendimento clínico no Curso de Odontologia da UNIFOR. Fortaleza: UNIFOR; 2002.

Endereço para correspondência:

Luiz Roberto Augusto Noro
Av. Engenheiro Leal Lima Verde,
2388. CEP: 60833-520. Fortaleza-Ceará.
Telefone: (0**85) 229-2122
e.mail: noro@unifor.br