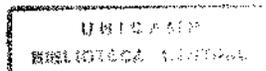


CHEN YA TEN
CIRURGIÃ – DENTISTA

**“ AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS EM ESTABELECIMENTOS
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
TIPO I .”**

**Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de
Campinas para a obtenção do
grau de Doutora em Odontologia
Legal e Deontologia.**

**PIRACICABA – SP
1999**



CHEN YA TEN

CIRURGIÃ – DENTISTA

**“ AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS EM ESTABELECIMENTOS
DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
TIPO I .”**

Banca Examinadora:

**Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira
Prof. Dr. Eduardo Daruge
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Prof. Dr. Sílvia Rocha Correia da Silva
Prof. Dr. José Eduardo Corrente**

**Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de
Campinas para a obtenção do
grau de Doutora em Odontologia
Legal e Deontologia.**

**Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CCPG-036/83
CPG, 34/02/2000**


Assinatura do Orientador

UNIDADE	B. sc
N.º CHAMADA:	T/UNICAMP
	T25a
V.	Ex.
TOMBO RS.	40980
PREÇO	278100
C.	0 <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	19/09/00
N.º CPD	

CM-00140625-4

Ficha Catalográfica

T25a Ten, Chen Ya.
 Avaliação das condições sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica, consultório odontológico tipo I. / Chen Ya Ten. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 1999.
 98p. : il.

Orientador : Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira.
 Tese (Doutorado) -- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

I. Odontologia legal. 2. Condições sanitárias. I. Pereira, Antônio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB / 8 - 6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de DOUTORADO, em sessão pública realizada em 27 de Outubro de 1999, considerou a candidata CHEN YA TEN aprovada.

1. Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

2. Prof. Dr. SILVIO ROCHA CORREA DA SILVA

3. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE

4. Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEZES

5. Prof. Dr. JOSÉ EDUARDO CORRENTE

DEDICATÓRIA

À **Deus**, por ter me guiado neste árduo caminho, concedendo-me a sabedoria e perseverança para sempre continuar;

À memória de **meu pai**, que apesar de ausente, sempre foi a luz, guia dos meus desafios;

À **minha mãe**, pelo companheirismo e amizade de todos os momentos difíceis, você é maravilhosa!;

Aos **meus irmãos** pelo apoio e incentivo que sempre demonstraram; e ...

Ao **Jovair Jr.**, amado, amigo, confidente e companheiro de longas jornadas. Obrigada pela paciência e tolerância que sempre me dispensou. **EU TE AMO!**

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge, professor Titular do Departamento de Odontologia Legal e Deontologia, pela confiança, atenção e amizade que sempre nos dispensou;
- Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira (ORIENTADOR), professor Assistente Doutor, pelo apoio e valiosa orientação neste trabalho. Sem sua colaboração , talvez não fosse possível esse trabalho;
- Aos Profs. Dr. Eduardo Hebling e Dra. Dagmar P. Queluz, professores da disciplina de Orientação Profissional, do departamento de Odontologia Social, pelas prestigiosas colaborações e sugestões imprescindíveis neste trabalho;
- À Dra. Iara Alves de Camargo, Diretora da Divisão Técnica do Serviço de Saúde; e ao Dr. Rui de Andrade Dammenhain, Diretor do Grupo Técnico Odontológico, ambos do Centro de Vigilância Sanitária por ter concedido os cadastros , as referências e legislações pertinentes necessárias para a realização e avaliação do trabalho;
- Aos estimados companheiros da classe odontológica , Cirurgiões - Dentistas, Dr. Walter Papin , Dr. Marcos A. Sanchez , Dr. Celso A. Rodrigues e Sr. Paulo UNICAMP, pelo auxílio nas tomadas fotográficas dos consultórios odontológicos e Roberto R. do Amaral, Operador de Equipamentos de Áudio e Vídeo da FOP –o sistema de áudio e vídeo dos mesmos;

- Aos meus amigos Luís Renato Paranhos e Keiti Raphael Ribeiro pelo auxílio nas visitas aos consultórios e levantamento dos questionários aplicados ;
- À Diretora Técnica Heloísa Maria Ceccotti e a Bibliotecária Marilene Girello, da Biblioteca da FOP - UNICAMP, pela correção das referências bibliográficas;
- Às Secretarias Dinoly Albuquerque Lima e Célia Regina Manesco, pela amizade e constante apoio durante a vida acadêmica
- Aos proprietários, amigos e/ou colegas Cirurgiões - Dentistas , que nos permitiram às visitas nos seus consultórios, para levantamentos dos questionários e realização deste trabalho;
- Aos amigos e colegas do Curso de Pós-graduação de Odontologia Legal e Deontologia, pelo incentivo e amizade formada;
- e a todos que de uma forma direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

ASSUNTO	PÁGINA
LISTAS	02
RESUMO	04
SUMMARY	05
I – INTRODUÇÃO	06
II- PROPOSIÇÃO	12
II – REVISÃO DA LITERATURA	14
III – MATERIAIS E MÉTODOS	45
IV– RESULTADOS	51
V – DISCUSSÃO	66
VI – CONCLUSÃO	72
VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	82

LISTAS

ABNT = Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIS = Ação Integrada da Saúde

AIS = Ações Integradas de Saúde

ATL = Assessoria Técnica Legislativa

CADAIS = Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde

CBVS = Curso Básico de Vigilância Sanitária

CETESB = Companhia Tecnologia Saneamento Ambiental

CNS = Conferência Nacional de Saúde

CNSC = Conferência Nacional de Saúde do Consumidor

CVS = Centro de Vigilância Sanitária

DHST = Divisão de Higiene e segurança do Trabalho

DICOP = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Cosméticos

DIMED = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos

DINAL = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Alimentos

DIPAF = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos

DIRs = Direções Regionais de Saúde

DISAD = Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Saneantes Domissanitários

DNSB = Divisão Nacional de Saúde Bucal

EPI = Equipamentos de Proteção Individual

ERSAs = Escritórios Regionais de Saúde

FIOCRUZ = Fundação Institucional Oswaldo Cruz

FSESP = Fundação dos Serviços de Saúde Pública

FUNDAP = Fundação da Administração Pública

GEPRO = Grupo Estadual de Programa de Saúde Bucal
GTO = Grupo Técnico Odontológico
IMESP = Imprensa Oficial do Estado de São Paulo
IVS = Informações sobre Vigilância Sanitária
MS = Ministério da Saúde
PAIS = Programa de Ação Integrada da Saúde
PLANO DO CONASP = Plano do Conselho Nacional de Saúde Pública
PVC = Poli Vinil Carboxilato
SAMA = Serviço de Água e Meio Ambiente
SERSA = Divisão Técnica dos serviços de Saúde
SES = Secretaria Estadual de Saúde
SS = Secretaria de Saúde
SNFMF = Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e farmácia
SNVS = Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS – R = Sistema Único e desenvolvimento de Saúde - Regional
SUDS = Sistema Único e Desenvolvimento de Saúde
SUS = Sistema Único de Saúde
SUSAM = Superintendência de Saneamento Ambiental
UAC = Unidade de Avaliação e Controle
VISA = Vigilância Sanitária
VISAs – R = Vigilâncias Sanitárias Regionais

RESUMO

As ações de Vigilância Sanitária estabelecem normas e condutas para a proteção e defesa da qualidade de vida da população. No campo da Odontologia, a busca pela promoção e restabelecimento da saúde bucal é um compromisso constante por parte dos profissionais que nela atuam. Deste modo, busca-se, neste estudo, traçar um perfil sobre a realidade vinculada às condições sanitárias em consultórios Odontológicos tipo I (com somente um conjunto de equipamento odontológico), desenvolvendo uma linha de pesquisa técnica vinculada aos serviços de saúde pública que torna-se imperioso, visto a situação precária de verbas orçamentárias ao setor saúde e em especial à Odontologia. O propósito deste trabalho foi avaliar as condições sanitárias de consultórios tipo I instalados em algumas cidades do Estado de São Paulo, através de verificação "in loco" e preenchimento de um questionário levando em consideração o local de instalação e influência do número de anos de formação acadêmica do Cirurgião - Dentista responsável pelo estabelecimento. A amostra foi constituída por 250 (duzentos e cinquenta) consultórios Odontológicos tipo I, vinculados à área de saúde, através do sorteio de 05 (cinco) cidades do Estado de São Paulo, a saber: Araras, Limeira, Mogi Guaçu, Piracicaba e Rio Claro. Um questionário com 25 (vinte e cinco) questões relacionados aos requisitos imprescindíveis e necessários do Roteiro de Inspeção dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica da **Resolução SS 15 de 18/01/1999, combinado com a Resolução SS 196 de 29/12/98** foi desenvolvido e utilizado em cada estabelecimento selecionado, conforme os cadastros existentes nos arquivos do Centro de Vigilância Sanitária. Conclui-se que somente 8,8 % dos consultórios seguiram todas as normas referentes às condições sanitárias e 18,8 % seguiram as normas referentes aos requisitos imprescindíveis (Esterilização e Área Física), sendo que a cidade de Piracicaba apresentou o maior número de consultórios em condições satisfatórias para todos os itens estudados (22 %) e para os requisitos imprescindíveis (44%). A variável número de anos de formação acadêmica do cirurgião-dentista responsável pelo estabelecimento foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$) no item condições da área física.

ABSTRACT

The actions of Sanitary Surveillance establish norms and conducts for the protection and defense of the life quality to the population. In the dentistry field, the search for the promotion of dental health is a constant commitment of the professionals. This study intend to trace a profile of sanitary conditions in odontologic clinic type I (with only one odontologic equipment), developing a line of technical research linked to the services of public health. The purpose of this study was to evaluate the sanitary conditions of odontologic clinics type I installed in some cities of São Paulo state, through verification and filled of a questionnaire and to verify the influence of the number of years of dentists' formation. The sample was constituted by 250 (two hundred and fifty) odontologic clinics type I installed in 05 (five) cities of São Paulo state: Araras, Limeira, Mogi Guaçu, Piracicaba and Rio Claro. A questionnaire with 25 (twenty-five) questions related to the indispensable and necessary requirements of the Inspection Route of Resolution SS 15 combined with the Resolution SS 196 were developed and used in each selected establishment, according to the existent cadasters in the Sanitary Center Surveillance files. It is ended that only 8,8% of the clinics followed all the referring norms to the sanitary conditions and 18,8% followed the referring norms to the indispensable requirements (Sterilization and Physical Area). The Piracicaba city presented the largest number of clinics in satisfactory conditions for all the studied items (22%) and for the indispensable requirements (44%). The variable number of years of dentist' formation was statistically significant ($p < 0,01$) in relation to physical area item.

I- INTRODUÇÃO

I - INTRODUÇÃO

Desde a **década de 70**, técnicos das áreas acadêmicas e institucionais vinham discutindo e formulando novos conceitos estruturais e organizacionais para o setor saúde, num processo que buscava uma autêntica e profunda Reforma Sanitária.

Vários projetos chegaram a ser iniciados, porém fatores conjunturais inviabilizaram a implantação de processos irreversíveis.

Apenas em **1984**, o Programa das Ações Integradas de Saúde - **AIS (SÃO PAULO, SES - CVS, ROTEIRO PARA MUNICIPALIZAÇÃO, 1989)**, esboçou uma articulação mais concreta entre os serviços da esfera dos governos federais, estadual e municipal propiciando uma racionalização parcial na utilização dos recursos existentes, o que permitiu vislumbrar um futuro Sistema de Saúde.

Uma das tendências observadas ao longo dos **anos 80 (São PAULO, SES - CVS NÚCLEO DE DOCUMENTO TÉCNICO E CIENTÍFICO, 1990 ; SÃO PAULO, SES, CVS ASPECTOS GERAIS, 1990)**, no âmbito das políticas governamentais para a área social, tem sido a da consolidação de teses e propostas que apontem no sentido da criação de um Sistema Único de Saúde.

A lógica desse sistema estaria baseada, entre outras concepções, na da descentralização dos recursos financeiros e das ações para os níveis onde efetivamente essas ações são executadas.

Como fundamentação básica a amparar essa proposição, tem-se a de que quanto mais próximo do usuário estiver a execução das ações de saúde, melhor se dará o planejamento das atividades, a definição de prioridades e estratégias, a racionalização dos recursos é da despesa e, sobretudo, o controle do sistema por parte da população diretamente envolvida.

A afirmação dessa tendência deveu-se tanto a fatores de natureza geral, como por exemplo as mudanças ocorridas na ordem política, jurídica e institucional do país, quanto aos de natureza específica, tais como a produção de conhecimento e de técnicas que dessem suporte teórico à criação desse sistema, seja na sua capacidade de articular favoravelmente o apoio de amplos

setores da sociedade civil organizada.

Esse "movimento sanitário" pode ser claramente percebido se analisarmos desde o início da década; algumas propostas e eventos que se tornaram conhecidos ou, reconhecidos, como : PLANO DO CONASP, PAIS, AIS, VIII CNS, Reforma Sanitária, SUDS e SUS (**SÃO PAULO, SES, CVS, IVS, 1989**).

Todo o conjunto de idéias contidas nesses documentos revelam com nitidez (embora com as reconhecidas limitações, tanto de natureza estrutural quanto as impostas pelas conjunturas políticas específicas do momento em que cada um foi criado) uma tentativa de reverter a política até então dominante, de compra de serviços médicos e estímulo ao crescimento descontrolado e não prioritário (do ponto de vista das necessidades sociais) da rede privada.

Essa concepção de saúde de cunho eminentemente assistencialista, construída no interior de um modelo de política setorial com características privatizantes, mostrou-se na prática incapaz de realizar o objetivo que dizia perseguir e que, em última análise, era o de atender às necessidades de saúde da população. Além disso, serviu também para revelar a má utilização dos recursos públicos nela aplicados, através da comprovação de inúmeras denúncias e evidências de fraudes e corrupção em níveis a tal ponto incontroláveis que chegaram a comprometer seriamente a estabilidade do sistema previdenciário brasileiro.

Portanto, ao demonstrar a mais absoluta falta de efetividade enquanto alternativa técnica e política para um modelo de sistema de saúde, esse projeto teve que assumir implícita ou explicitamente a sua própria falência, e com isso permitir o surgimento de propostas cuja competência técnica e concepção política estivessem mais afinadas com a mobilização social e as transformações de ordem geral em curso no Brasil.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (**SÃO PAULO, SES, CVS, IVS, 1989; SÃO PAULO**), a primeira com ampla e efetiva participação da sociedade, consagrou os princípios que norteariam as idéias de unificação e descentralização, dos serviços e de universalidade e equidade em relação ao acesso e qualidade dos mesmos.

A reestruturação da Secretaria da Saúde, no Estado de São Paulo , efetivada no *final de 1986 e início de 1987*, rompeu decisivamente e irreversivelmente com a velha e superada estrutura vertical centralizada e compartimentalizada, até então vigente. A criação de 62 (sessenta e dois) Escritórios Regionais de Saúde, e após 64 (sessenta e quatro), com autonomia orçamentária - financeira e mais sensíveis às reais demandas e fatores locais de

pressão, propiciou maior transparência ao gerenciamento do setor saúde e aproximou a instância decisória, do usuário e dos serviços (DEC. EST. Nº 26.048 / 86).

Neste mesmo processo, foi criado o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e os Grupos Técnicos de VISA em cada uma das Regionais de Saúde (DEC. EST. 26.048 / 86). Esse fator desencadeou profundas alterações, no campo de abrangência da VISA, que passou a incluir o meio ambiente e local de trabalho, além de produtos e serviços relacionados à saúde. Além disso, o modelo que era totalmente cartorial e centralizado, passou a ter, nos Grupos Técnicos Regionais, seu nível de execução, com a descentralização de competências e procedimentos de forma sem precedentes.

Todo este processo permitiu que as prioridades fossem estabelecidas pelo CVS utilizando como critério a magnitude do problema e a vulnerabilidade, sendo que as prioridades locais e regionais devem e serão respeitadas e respaldadas pelo órgão central.

Prioridades da Vigilância Sanitária:

- Controle das esterilizações e da infecção no ambiente hospitalar e de outros serviços de saúde.
- Radiações ionizantes e não ionizantes nos serviços de assistência Médica e Odontológica.
- Serviços de hemoterapia e de hematologia.
- Alimentos (comércio e indústria).
- Medicamentos (salientando psicotrópicos e entorpecentes).
- Controle das condições ambientais dos meios de produção visando a saúde do trabalhador.
- Saúde do Meio Ambiente.

Vale ressaltar, em termos de estratégia o papel fundamental a ser desempenhado pela participação popular na execução das ações de Vigilância

Sanitária e na consolidação do Sistema Único de Saúde. Tal participação deve ser entendida como um processo gerador de benefícios à população usuária dos serviços de saúde. Neste sentido, a primeira, a primordial e insubstituível preocupação de um serviço de Vigilância Sanitária que se pretenda eficaz e efetivo deve ser a organização de um fluxo que permita o acesso e a participação da população.

O Centro de Vigilância Sanitária é o órgão da Secretaria de Estado de Saúde responsável, entre outras atribuições, por manter cadastro de licenciamento de estabelecimentos, entidades, locais de trabalho, habitações, equipamentos, aparelhos e materiais de trabalho, em todo o Estado de São Paulo (**DEC. EST. Nº 26.048 / 86**).

A atribuição da Vigilância Sanitária é eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, de caráter público ou privado, visando primordialmente, a defesa da cidadania (**LEI FED. 8.080 / 90**).

Pode - se definir Vigilância Sanitária (**LEI FED. Nº 8.080 / 90; NARVAI, 1998**) como um campo do conhecimento técnico científico, constituindo parte do que se denomina de práticas de saúde coletiva, e que tendo, como suporte, o instrumento legal, compreende o conjunto de ações que integram o SUS (Sistema Único de Saúde) capazes de diminuir, eliminar ou prevenir riscos à saúde e intervir sobre os problemas sanitários decorrentes das produções e circulações de mercadorias, das prestações de serviços e das intervenções sobre o meio ambiente e ambientes de trabalho, objetivando a proteção da saúde da população em geral, assim como, das suas condições de reprodução e existência de vida.

Assim, o objeto de Vigilância Sanitária (**SÃO PAULO, SES - CVS, NAJ, 1994**), por situar-se no campo da "Proteção à Saúde do Cidadão", é mais do que uma prática de saúde coletiva. Representa o "Controle da Qualidade" de todas as práticas que interfiram na saúde da população. Constitui-se o que se denomina de "Hetero - Controle". O conceito de hetero - controle, representa o controle de qualidade externo, e tem sido uma atribuição do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas Secretarias de Saúde.

O surgimento e evolução de uma consciência sanitária na população brasileira, que levou, inclusive à criação do "Código de Defesa do Consumidor", um dos mais avançados do mundo, bem como, ao aparecimento de uma série de entidades da sociedade civil, na defesa de seus direitos, reforçam os conceitos de "controle de qualidade interno" ou "auto - controle" referentes às boas práticas a serem seguidas no processo de produção, e referendam o conceito de hetero - controle, dando novo enfoque às ações de

Vigilância sanitária e seu campo de abrangência.

As ações de Vigilância Sanitária estabelecem normas e condutas para a proteção e defesa da qualidade de vida da população.

No campo da Odontologia, a busca pela promoção e restabelecimento da saúde bucal é um compromisso constante por parte dos profissionais que nela atuam.

A Vigilância em Odontologia deve ser entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde bucal do indivíduo e da coletividade, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços odontológicos e da produção e comercialização de medicamentos e correlatos.

Com isto, a população exercerá seu papel no exercício da cidadania, dirigindo o trabalho desenvolvido pelas equipes de Vigilância em Saúde à defesa dos reais interesses da coletividade.

Deste modo, busca-se, neste estudo, traçar um perfil sobre a realidade vinculada às condições sanitárias em consultórios Odontológicos tipo I (com somente um conjunto de equipamento odontológico), criando uma linha de pesquisa técnica vinculada aos serviços de saúde pública que torna-se imperioso, visto a situação precária de verbas orçamentárias ao setor saúde e em especial à Odontologia.

II- PROPOSIÇÃO

II - PROPOSIÇÃO

O propósito deste trabalho foi avaliar as condições sanitárias de Consultórios Odontológicos tipo I, instalados nas cidades da região, vizinhas de Piracicaba, através de verificação " in loco " e preenchimento de um questionário que visava verificar:

a) as condições sanitárias dos Consultórios Odontológicos tipo I, por cidade;

b) influência do número de anos de formação acadêmica do Cirurgião - Dentista responsável pelo estabelecimento.

III – REVISÃO DA LITERATURA

III – REVISTA DA LITERATURA

PARTE I - HISTÓRICO

3.1. Vigilância Sanitária no Brasil

Em **1650**, na primeira epidemia documentada de febre amarela, o Governador Geral baixou um “ **Regulamento Sanitário**”, a ser observado por todos os servos e autoridades reais. Era o começo das ações que hoje denominamos de Vigilância Sanitária.

Em **1808**, com a abertura dos portos, foi criado o **Serviço de Controle de Doenças Pestilenciais**.

Criou-se, em 14 de setembro de **1850**, através da **Lei Nº 598 – Lei da Defesa Sanitária**, a Junta de Higiene Pública composta pelo Instituto Vacínico e pela Inspeção de Saúde dos Portos. No ano seguinte, a junta de Higiene Pública passou a denominar-se Junta Central de Higiene Pública, criando-se comissões de higiene nas províncias.

Em **1857**, as comissões são extintas e se institui as **Inspetorias de Saúde Pública** nas províncias. as atividades foram se ampliando e, neste século, cria-se o serviço de saúde dos Portos (**Lei 378 de 13.01.1937**) e, quatro anos mais tarde, é criado o embrião dessa estrutura mais moderna de Vigilância Sanitária, que é o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF), através do **Decreto-Lei Nº 3.171 de 02.04.1941**.

Em 30 de dezembro de **1976**, é criado, através do **Decreto Nº 79.056**, a SNVS - Secretaria de Vigilância Sanitária, no Ministério da Saúde. Ela fundiu o SNFMF e a Saúde dos Portos, embora deixasse fora de seu organograma um órgão que fiscalizasse meio ambiente, trabalho, serviços de saúde e o exercício profissional. A criação do SNVS “modernizou” a estrutura administrativa, pelo menos cartorialmente, dando conta da complexidade crescente da produção industrial no país. Mas a efetiva Vigilância Sanitária,

enquanto controle de qualidade de produtos e serviços, era minimizada. Nos estados, alguns técnicos ou gestões resistiam; realizando, em algum grau, atividades de Vigilância Sanitária.

Só no ano de **1985**, depois do período de arbítrio, a Vigilância Sanitária, principalmente no nível federal, começou a ser desenvolvida e se colocou de modo mais transparente para a sociedade.

A VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor estabeleceram os parâmetros do processo de reforma sanitária que estava em curso e a Vigilância sanitária delineou, em largos traços, sua abrangência e competência, destacando-se como uma instância de embate técnico e político no campo de proteção e promoção à saúde (**Decreto nº 26.774, de 18 de fevereiro de 1987**).

Como já foi indicado, na introdução histórica desse documento, só nos últimos anos a Vigilância Sanitária tem iniciado o seu desenvolvimento enquanto atividade prioritariamente de proteção e promoção de saúde, deixando nos anos do arbítrio um higienismo corrupto e um cartório fraudado. Esse desenvolvimento operacional da Vigilância Sanitária, ainda que guardando resquícios do período obscurantista, tem se processado na vigência de liberdades democráticas em um governo de transição e permitindo que essa atividade sanitária estendesse progressivamente a abrangência do objeto de sua atuação, extrapolando os limites legais estabelecidos na legislação anterior, e respaldando a luta política que, vitoriosa, conseguiu estabelecer na nova constituição a legalidade para o controle sanitário da produção econômica brasileira. Essa extensão de abrangência chega mesmo a colocar matérias primas, ambientes de trabalho e meio ambiente também sob o controle da saúde.

Assim, hoje, o campo de abrangência da Vigilância Sanitária caracteriza-se pela diversidade de interfaces com o sistema produtivo nacional, com a circulação de bens, serviços e produtos no mercado brasileiro, na medida em que estes podem acarretar alterações biológicas, individuais ou coletivas, alterações no meio ambiente e danos irreparáveis às reservas naturais do país.

“A intervenção do Estado neste conjunto de atitudes e ações direcionadas para finalidades, nem sempre compatíveis com o interesse público da saúde coletiva, fundamenta-se no poder de polícia que lhe é inerente e que é por ele legitimamente exercido ao privilegiar interesses da sociedade em detrimento de interesses privados.

O poder de Polícia a que nos referimos é entendido como a dimensão política da função social do Estado, adotando medidas em benefício da comunidade, da ordem jurídica e social, garantindo os interesses coletivos e

harmonizando as contradições sociais e econômicas. Este poder deve ser posto em prática quando os interesses da população, superiores aos do indivíduo, indicam a necessidade de restrição e intervenção no campo das liberdades e direitos privados.

Dentro do limite de sua autoridade, protegendo a sociedade como um todo, não apenas pode como deve o Estado exercer o seu poder de polícia, sem que com isso se instaure o autoritarismo, o que só ocorreria se o Estado exorbitasse de sua função social e desviasse sua ação para a satisfação de interesses subalternos". (**ESPIRITO SANTOS, 1988**) .

Tradicionalmente, a Vigilância Sanitária, enquanto atividade de Estado, possui como cabeça a SNVS - Secretaria nacional de Vigilância Sanitária, constituída por cinco divisões nacionais organizadas nas atividades fim, uma de assessoramento jurídico, uma de administração e uma de planejamento. São as seguintes as cinco divisões nacionais:

- **DIPAF** : Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras. Como indica a própria denominação, essa divisão tem como atribuições observar as boas condições sanitárias dos "pontos de entrada e saída" de nossas fronteiras, compreendendo também o controle de qualidade e autorizações sanitárias para as importações e, secundariamente, para as exportações, além do controle sanitário nacional e internacional de imigrações humanas.

- **DIMED** : Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos. Suas atribuições versa sobre o controle sanitário de medicamentos e produtos correlatos, desde a produção, o registro e o consumo até suas conseqüências.

- **DICOP** : Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Cosméticos e Perfumes. À semelhança da anterior, exerce o controle sanitário sobre produtos cosméticos, perfumes, assemelhados e correlatos.

- **DINAL** : Divisão nacional de Vigilância Sanitária de Alimentos. Exerce o controle sanitário sobre alimentos industrializados e "in natura", muitas vezes em conflito com legislações e atribuições atinentes ao Ministério da Agricultura.

- **DISAD**: Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Saneantes Domissanitários. Nessa divisão, dentro dos produtos que sua denominação indica, merece destaque o controle sanitário sobre os produtos químicos utilizados na agricultura e os saneantes domissanitários de uso em serviço de saúde.

Esse organograma da SNVS opera conjugando ações normativas e de controle com aquelas de fiscalização direta nos estados, ora por deficiências nos serviços estaduais, ora por dificuldades jurídico-administrativas e políticas em descentralizar essas atividades para as unidades federados.

De um modo geral, predominou o papel centralizador da SNVS. Com a nova Constituição Brasileira, tornou-se necessário modificar a legislação em saúde nos níveis federal, estadual e municipal, de maneira que um novo ordenamento legal e administrativo se possa melhor implementar e respeitar os preceitos constitucionais. Estavam fora do espectro da SNVS, por exemplo, o controle sanitário sobre os serviços de saúde e radiações ionizantes, bem como as ações sobre o meio ambiente e saúde do trabalhador.

No âmbito estadual, a estrutura do CVS - Centro de Vigilância Sanitária já representa uma concepção mais moderna de organização dessas atividades, ao agrupá-las por ramos estágios da produção e seus riscos inerentes, organizando-se em ações sobre o meio ambiente, sobre produtos relacionados à saúde e sobre os serviços de saúde. No entanto, ela necessita incorporar, integralmente, todas as ações sobre a saúde do trabalhador, processo já iniciado, mas necessitando ainda de definições políticas, com a transferência para o Centro de Vigilância Sanitária das atribuições e recursos da antiga Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho. Além disso, também deverá incorporar, efetivamente, o controle sanitário de todas as etapas da produção e prestação de serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde.

As ações de Vigilância Sanitária abrangem quatro sub - sistemas fundamentais:

- a) o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processos de produção até o consumo final, portanto, compreende: matérias - primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos de interesse à saúde-alimentos, águas, bebidas, medicamentos, insumos, cosméticos e produtos de higiene pessoal, saneantes, domissanitários, produtos químicos, agrícolas, agrotóxicos, biocidas, drogas veterinárias, correlatos (entre eles os equipamentos médico-hospitalares e odontológicos), entre outros;

- b) o controle dirigido a prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, abrangendo entre outros, a prestação de serviços: médico-hospitalares, de apoio diagnóstico, hemoterápico, de hemodiálise, odontológicos e os que utilizam a radiação, casas de repouso, de idosos, lares abrigados, centro de convivência, creches, bancos de órgãos,

de leite humano, práticas alternativas, casas de massagem, tatuagem, clínicas de emagrecimento, aplicadoras de produtos relacionados à saúde, dentre outras que podem constituir-se em risco para a população;

- c) O controle dirigido às de saneamento do meio (formas de intervenções sobre os efeitos advindos do uso e parcelamento do solo, das edificações, do sistema de produção em geral, e dos sistemas de saneamento básicos - coletivos e individuais), visando a promoção da saúde pública e prevenção da ocorrência de condições desfavoráveis, decorrentes das ações do Homem;

- d) o controle específico sobre o ambiente e o processo de trabalho, objetivando conjugar ações no sentido da proteção da saúde do trabalhador.

3. 2. Estrutura Organizacional e atribuições da Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo

A efetivação das ações de Vigilância Sanitária não poderá residir na exclusiva ou preponderante atuação das instâncias federais, e os resultados pretendidos não serão plenamente alcançados sem que também haja uma ação conjunta dos Órgãos Estaduais e Municipais e, ainda, a participação popular.

Necessário e imprescindível se torna a participação da sociedade informada, organizada, mobilizada através da educação sanitária eficiente, enfim, assessorada pelos órgãos de Vigilância Sanitária, para que ela, na própria rotina quotidiana de seu consumo de bens e serviços, exerça permanentemente a consciente fiscalização, não somente da saúde, como também de produtos terapêuticos, alimentícios, de higiene pessoal ambiental e serviços de saúde.

Quanto ao Estado, caberá o controle supletivo, respaldo técnico e legal para defesa dos direitos lesados ou ameaçados pela fraude, pela concorrência desleal, pela busca indiscriminada do consumo, motivada pelo lucro.

A municipalização ganha corpo na atual conjuntura de transição democrática, na medida em que se coloca como contraposição ao centralismo exacerbado que foi a marca do período autoritário (1964-1985). Ou seja, em primeiro lugar, a municipalização se expressa como instrumento para a desconcentração de poder (e, por extensão, de recursos) da União para os municípios, isto é, mais poder para os agrupamentos políticos de base territorial do município.

Com a promulgação da Constituição Republicana que transferiu para os Estados atribuições mantidas na esfera da Administração Imperial, em **1982**, é criado o “**Serviço Sanitário do Estado**”, que absorve as funções executadas pela antiga Inspetoria Geral de Higiene da Província de São Paulo.

Em **1893**, o Serviço Sanitário do Estado foi reorganizado, surgindo daí o primeiro “**Regulamento Sanitário Estadual**”, e, conseqüentemente o nosso primeiro Código Sanitário.

Em **1911** é decretado o **segundo Código Sanitário do Estado** que introduz poucas modificações no anterior, a rigor introduzindo a fiscalização do exercício profissional que não constava no Código Sanitário anterior, e sim do regulamento de 1882.

Em **1918**, surge o **terceiro Código Sanitário**, com 800 artigos, amplo, detalhado, englobando um sub-Código sanitário Rural.

O Regulamento Sanitário desse mesmo ano dividia o Estado em 14 Distritos Sanitários, com poderes inclusive para:

“Reclamar das municipalidades compreendidas nos respectivos distritos, as províncias necessárias para ... e outras.”

O Código Sanitário de 1918 subordinava ao Estado os seguintes Serviços Sanitários Municipais através de artigos como:

“Na organização de seu Serviço Sanitário, as Câmaras Municipais tomarão como modelo o Serviço Sanitário Estadual, observando tudo quanto estiver prescrito nas Leis e Regulamentos Estaduais.”

“Remeter ao Serviço Sanitário do Estado, boletins mensais dando conta exata do estado sanitário do município.”

Em **1923**, entre as teses aprovadas no 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene podemos destacar “a municipalização das ações de saúde”, e a implantação de “ações permanentes” em substituição ao “modelo campanhaista” até então vigente.

Através do **Decreto Nº 3.876 de 11 de julho de 1925**, o Serviço Sanitário passa por nova reestruturação, aumentando o rigor no **Registro e Controle** de profissões na área de Saúde.

A **Lei estadual Nº 2.259 de 31 de dezembro de 1927** alterou o Código Sanitário com a introdução de novos padrões para a construção e instalação de asilos, hospitais, casas de saúde e similares.

Em **1937**, através da **Lei 2.874 de 11 de janeiro de 1937** é criada a Inspeção de Fiscalização do Exercício Profissional, com a atribuição de fiscalizar e supervisionar o exercício e a prática de profissões ligadas à saúde.

Ainda na década de 30, passamos a observar uma tendência centralizadora em direção ao nível federal (Estado Novo) que se manifesta, entre outros, no controle federal das formulações magistrais e produção de produtos farmacêuticos.

No início dos anos 40 (Estado Novo) as tarefas e funções de Vigilância Sanitária relacionadas com a saúde do trabalhador passam à competência do Governo Federal, no bojo da Legislação Trabalhista.

No período de **1920 a 1959**, o Código Sanitário do estado sofreu inúmeras emendas e alterações, revogando-se algumas de suas partes. Em resumo, pode-se perceber que nesse período houve um aumento das atribuições do nível federal, reflexamente dos estaduais, reduzindo a quase nada o papel do município nas ações de Vigilância Sanitária.

No final dos anos 50, o Código Sanitário de 1918 passa por novas modificações, que reduzem ainda mais o papel dos municípios.

Até a **Reforma Administrativa de 1967/1968**, embora tivessem ocorrido algumas alterações organizacionais no Serviço Sanitário, não houve a decretação de um novo Código Sanitário, e sim, o velho Código de 1918 bastante emendado. Nesse período, entretanto, as ações de Vigilância Sanitária baseavam-se, na maioria dos casos, na legislação federal pertinente.

Nos anos 60, as ações de Vigilância Sanitária estavam dispersas em várias repartições da Secretaria da Saúde; entretanto, podiam ser agrupados em três grandes linhas:

- Através da regulamentação de edificações e ações sobre o Meio Ambiente.

- Através da regulamentação e fiscalização do exercício das profissões da área de saúde.

- Através do controle da alimentação pública e de seus produtos de interesse à saúde.

A reforma Administrativa de 1968, que organizou a Secretaria de estado da Saúde sob a lógica estrutural das coordenadorias, mantém as ações de Vigilância Sanitária de modo fragmentado em várias dependências das várias coordenadorias, a saber:

A Divisão do Exercício profissional e o departamento de Saneamento estavam na Coordenadoria de Saúde da Comunidade e a Divisão de Fiscalização Hospitalar na Coordenadoria de Assistência Hospitalar. O controle das edificações industriais dos vários serviços, inclusive os de saúde, estavam à cargo do Departamento de saneamento da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, algumas ações de Vigilância Sanitária em hospitais psiquiátricos eram atribuídas à Coordenadoria de Saúde Mental, e o apoio laboratorial, através do Instituto Adolfo Lutz, na Coordenadorias de Serviços Técnicos especializados.

Em **21 de julho de 1970**, surge o novo Código Sanitário (Regulamento) através do **Decreto Estadual Nº 52.497**, que atribuiu ao Estado de São Paulo as múltiplas tarefas de Vigilância Sanitária, substituindo-se o velho e remendado Código de 1918.

Em meados da década de 70, é criada a **SUSAM** (atualmente **CETESB**), sendo decretado novo Código Sanitário - **Decreto 12.342 de 27/09/78** - o qual dá atribuições da Vigilância na área de meio ambiente.

No mesmo ano, pelo **Decreto 12.479, de 18/10/78**, aprova as Normas Técnicas Especiais relativas às condições de Funcionamento dos Estabelecimentos sob responsabilidades de , médicos, dentistas, farmacêuticos, químicos e outros titulares de profissões afins.

O **Decreto Nº 26.048 de 15 de outubro de 1986**, que cria o Centro de Vigilância Sanitária - SUDS -R, em seu artigo 1º, extingue os órgãos com atuação voltada para à área que estavam pulverizadas na Coordenadoria, absorvendo de modo integrado parte de suas funções.

Com a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, com a criação do Centro de Vigilância Sanitária - SUDS-R e com a presente reformulação com a incorporação da DHST (Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho) resgata-se, quase um século depois, as áreas de

abrangência do primeiro Código Sanitário.

Em **15 de maio de 1995**, pelos **Decretos N° 40.082 e N° 40.083**, o governador Mário Covas organiza as 24 (vinte e quatro) Direções Regionais da Saúde, extingue 41 (quarenta e um) Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), dando novas atividades às Coordenadorias Regionais de Saúde.

Em **23 de setembro de 1998**, publicou-se a **Lei 10.083/98**, o novo Código Sanitário do Estado, com os seus 146 novos artigos para complementar o tão rudimentar Código de 1978.

Em **18 de janeiro de 1999**, surge as **Resoluções SS 15 e 16/ 99**, que aprova as Normas Técnicas para as instalações dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica e dos Estabelecimentos de Prótese Dentária respectivamente, marco inicial do avanço regulamentar odontológico

PARTE II- PLANEJAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

3. 3. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

No planejamento da Ações de Vigilância Sanitária é imprescindível a constante atualização do diagnóstico de situação dos municípios - alvo que resulte em um mapeamento dos indicadores gerais das situações de risco, contemplando: dados demográficos, condições sócio - econômicos, dados nosológicos - com destaque para vetores objetos de ações da Vigilância Sanitária somados às doenças de veiculação hídrica - condições de habitação, rede básica de água e esgoto, demarcação do solo com enfoque para as áreas residenciais, comerciais, industriais, áreas de uso coletivo e de terrenos, população economicamente ativa e sua distribuição por setor de atividade, renda e outros.

O diagnóstico, aliado à demanda populacional, será o principal instrumento da classificação por critério de risco a que está exposta a população trabalhadora e consumidora, bem como o meio ambiente. Valioso instrumento de diagnóstico e planejamento das ações de Vigilância Sanitária será o cadastro dos estabelecimentos comerciais, industriais, serviços e congêneres, que, de

forma padronizada deverá ser efetuado pelas equipe e locais de Vigilância Sanitária, de modo a contemplar informações indispensáveis aos campos de abrangência da Vigilância, quais sejam:

- Controle de produtos que direta ou indiretamente se relacionam à saúde, envolvendo todas as etapas e processo da produção até o consumo, compreendendo as matérias-primas, transporte, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de : alimentos, medicamentos, saneantes, produtos químicos, produtos agrícolas, drogas veterinárias, águas, bebidas, agrotóxicos, biocidas, sangue, hemoderivados, órgão, tecidos e leite humano, equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, insumos, cosméticos e produtos de higiene pessoal, dentre outros de interesse à saúde.
- Controle dirigido à prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com à saúde, abrangendo, dentre outros serviços médico-hospitalares, veterinários, odontológicos, farmacêuticos, clínicos-terapêuticos, diagnósticos, hemoterapia, radiações ionizantes e de controle de vetores e roedores.
- Controle sobre o meio ambiente, devendo estabelecer relações entre os vários aspectos que interferem na sua qualidade, compreendendo tanto o ambiente e processo de trabalho, como de habitação, lazer e outros, sempre que impliquem riscos à saúde, como: aplicação de agrotóxicos; edificações, parcelamento de solo saneamento urbano e rural; lixo domiciliar, comercial, industrial e hospitalar,
- Controle sobre o meio ambiente e o processo de trabalho, objetivando conjugar ações no sentido da proteção da saúde do trabalhador.

Indispensável também o planejamento é a articulação intra e extra institucional, com destaque aos serviços de Vigilância Epidemiológica, Unidade de Avaliação e Controle (UAC) e de apoio laboratorial, que para a efetiva ação de Vigilância Sanitária deverão elaborar conjuntamente o Plano de Atuação.

3. 4. COMPETÊNCIAS

As Constituições Federal, 1988; Estadual, 1989 e a Lei Orgânica de Saúde, 1990, fixam as competências gerais e comuns a todas as esferas de

governo, que exercerão no âmbito constitucional as atribuições, relativas ao Sistema, quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes, entre outras, em regime de responsabilidade solidária e articulação funcional (**SÃO PAULO, SES-CVS, NAJ, 1994**) .

Da análise dos dispositivos legais, no que se refere à Vigilância Sanitária, pode-se estabelecer, em termos gerais, que cabe ao Estado, no desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, um papel complementar e/ou suplementar, e ao município, assumir a responsabilidade da execução dessas ações, uma vez que é aí que se originam os problemas e devem ser resolvidos.

Assim, devem permanecer com o Estado, em caráter suplementar, somente ações que extrapolem os interesses do município ou as que, mediante legislação vigente, estiverem fora de sua competência ou, ainda, em caráter complementar, aquelas em que o senso comum venha identificar a momentânea inadequação do serviço municipal para desempenhá-la. É seu papel, ainda, coordenar a política estadual de saúde, ter conhecimento da potencialidade de atendimento à saúde, de cada município e região, e estabelecer o sistema de referência e contra – referência estadual. Deverá realizar o planejamento orçamentário, definindo e informando aos municípios e à população sobre os recursos destinados à saúde, deixando explícita sua contra - partida no desenvolvimento físico – financeiro das ações.

A Vigilância Sanitária, enquanto parte integrante das ações de saúde, se desenvolve no Estado de São Paulo em três níveis: central (Centro de Vigilância Sanitária – CVS / SES – SP), regional (Equipes de Vigilância Sanitária da Direções Regionais de Saúde - VISAs / DIRs), e local (Equipes de Vigilância Sanitária das Secretarias Municipais de Saúde).

A) NÍVEL CENTRAL / CVS

Atribuições (DEC. EST. Nº 26.048 / 86) :

O CVS, de acordo com a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde / São Paulo, tem como atribuição definir diretrizes básicas para a política de Vigilância Sanitária para o Estado de São Paulo, através da

normatização, organização das práticas de vigilância, planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das ações executadas nos níveis regionais e/ou municipais. Tem também como atribuição assessorar e capacitar tecnicamente seus profissionais. Deve ser, portanto, um órgão de excelência técnica e de referência no Estado.

Prática

Dentro da abrangência de competências e atribuições da Vigilância Sanitária, o CVS tem como prática os seguintes produtos/atividades:

- a) Instrumentos técnicos - normativos – normas técnicas, resoluções, portarias, comunicados, manuais, roteiros de inspeções, cadastros de estabelecimentos e profissionais e outros instrumentos, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde, empresas e prestadores de serviços;
- b) Conteúdos técnicos básicos, parâmetros e critérios referentes à preservação da saúde coletiva, estabelecidos através da participação em instâncias de discussão e definição política – Programas, Comissões e Conselhos Intra e/ou Interinstitucionais;
- c) Informativos aos usuários do serviço – cartilhas, boletins, folhetos, cartazes, vídeos e divulgação de suas ações através dos meios de comunicação de massa, cursos, palestras, seminários e outros;
- d) Treinamentos, cursos, palestras, seminários, aulas, entre outros, para a capacitação de profissionais que atuam nas equipes de Vigilância Sanitária regionais / municipais, visando aperfeiçoamento técnico, tanto a nível gerencial quanto operacional;
- e) Sistemas informatizados que permitem o acesso à informação nos vários níveis de atuação da Vigilância Sanitária, além da avaliação de dados e indicadores de situação que estão sendo priorizados;
- f) Pareceres técnicos (em função da demanda gerada pelos serviços de vigilância sanitária regionais/municipais) exarados pelos demais órgãos da Secretaria de Estado de São Paulo, do Ministério Público, do Gabinete do Governador, através da ATL (Assessoria Técnica Legislativa), bem como de outras instituições;
- g) Programas e/ou sub - programas, com a finalidade de nortear as ações de Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo, executadas pelos níveis regionais e/ou municipais;
- h) Inspeções em locais de atuação da Vigilância Sanitária, em caráter

emergencial ou complementar.

B) NÍVEL REGIONAL / VISAs – R (DIRs)

O nível regional tem desenvolvido a execução da maioria das ações de saúde coletiva de forma, muitas vezes, desarticulada, isto é, reproduzindo na prática a estrutura fragmentada da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

De acordo com o que estabelece o SUS (Sistema Único de Saúde), o nível regional, hoje, tem de mudar sua atuação, assumindo a coordenação, assessoria técnica, supervisão e avaliação das ações de Vigilância Sanitária que devem ser desenvolvidas pelos municípios, norteadas pelas diretrizes estabelecidas pelo seu nível central. Preferencialmente, embasado em Plano Diretor, tendo como viés o menor risco epidemiológico à saúde da população, de acordo com sua realidade.

3. 5. AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

As ações de Vigilância Sanitária em Estabelecimento de Assistência Odontológica são caracterizadas como ações de Saúde, que devem levar a eficiência no controle dos riscos à saúde dos pacientes, profissionais, e circundantes. Estes Estabelecimentos deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização dos procedimentos odontológicos. Serão classificados de acordo com a complexidade e riscos dos procedimentos que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento. Ao mesmo tempo, os profissionais das equipes de saúde bucal, devem estar devidamente informados e atentos aos riscos ocupacionais inerentes as atividades desenvolvidas.

A prestação de serviços deve ser norteadada pela busca da eficácia da assistência ao indivíduo ou à grupos de indivíduos, reservando-se o emprego de quaisquer recursos tecnológicos, isoladamente ou em associação, para aqueles casos onde a evolução positiva da terapia deles dependa, mediante criteriosa prescrição ou indicação odontológica, respeitando-se os limites de atribuição da profissão.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, onde "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado", a estrutura estatal através principalmente da Vigilância Sanitária passa a situar-se no contexto de promoção da saúde.

As ações de Vigilância Sanitária estabelecem normas e condutas para a proteção e defesa da qualidade de vida da população.

No campo da Odontologia, a busca pela promoção e restabelecimento da saúde bucal é um compromisso constante por parte dos profissionais que nela atuam.

A Vigilância em Odontologia deve ser entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde bucal do indivíduo e da coletividade, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços odontológicos e da produção e comercialização de medicamentos e correlatos.

Com isto, a população exercerá seu papel no exercício de cidadania, dirigindo o trabalho desenvolvido pelas equipes de Vigilância em Saúde à defesa dos reais interesse da coletividade.

3.5.1. DA CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Estabelecimentos de Assistência Odontológica são caracterizados como todos os estabelecimentos, de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, instalados em áreas autônomas, ou no seu interior de escolas, hospitais, ou outros espaços sociais que destinam-se à realização de procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, e do sistema estomatognático (DAMMENHAIN et al., 1998).

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica classificam-se em (RES. SS 15 / 99) :

I) Consultório Odontológico tipo I : é o Estabelecimento de Assistência Odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X

Odontológico;

II) Consultório Odontológico tipo II : é o Estabelecimento de Assistência Odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, e que mantém anexo, laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamentos de Raios X Odontológico;

III) Clínica Odontológica tipo I : é o Estabelecimento de Assistência Odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 (três) consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X Odontológico ;

IV) Clínica Odontológica tipo II : é o Estabelecimento de Assistência Odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 (três) 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 moldagens da cavidade bucal, fotografias intra e extra bucais, e outros exames complementares;

VIII) Policlínica Odontológica : é o Estabelecimento de Assistência Odontológica caracterizado por um conjunto de mais de 03 (três) 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 voltada ao ensino odontológica ou pesquisa.

3.5.2. MODALIDADES DE ATENDIMENTO (RES. SS 15/99)

Os procedimentos Odontológicos poderão ser executados nas seguintes modalidades:

I) Intra Estabelecimento : são aqueles realizados dentro da área física do estabelecimento

II) Extra Estabelecimento : são aqueles realizados fora da área física do estabelecimento com o uso das seguintes unidades:

a) Unidade Transportável : instalada em locais previamente estruturados e com permanência provisória, devendo, para tanto, apresentar equipamento adaptado e adequado ao atendimento odontológico;

b) Unidade Móvel : caracterizada por ser instalada sobre um veículo automotor, ou por ele tracionado;

c) Unidade de Atendimento Portátil : caracterizada pelo atendimento de pacientes com equipamentos portáteis voltadas principalmente nos casos de impossibilidade de locomoção do paciente, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

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

3.5.3. FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica, poderão somente funcionar depois de licenciados pelo órgão sanitário competente, na presença física de um Responsável Técnico, com o Termo de Responsabilidade assinado perante o Órgão Sanitário competente (**RES. SS 15/99; DEC. EST. Nº 12.479/78**).

A licença de Funcionamento deverá ser solicitada ao Órgão Sanitário competente, uma vez cumpridas as demais exigências previstas na **Portaria CVS 10/96**, ou outro instrumento legal que venha substituí-la.

O Responsável Técnico pelo Estabelecimento de Assistência Odontológica deverá ser o Cirurgião – Dentista (**RES. SS 15/99; DEC. EST. Nº 12.479 /78**), com inscrição no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, deverá possuir o Termo de Responsabilidade Técnica assinado perante o Órgão Sanitário competente, e deverá estar presente durante todo o período de atendimento realizado no estabelecimento. Caso não esteja presente durante todo o período de atendimento no estabelecimento, deverá ser indicado um ou mais Responsáveis Técnicos substitutos, que também deverão ter o Termo de Responsabilidade Técnica assinado perante o Órgão Sanitário competente.

3.5.4 ÁREAS FÍSICAS DO ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICAS

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem apresentar além das demais obrigatoriedades determinadas pela legislação municipal de edificações vigente, as seguintes condições referentes à área na qual serão realizados procedimentos odontológicos (**RES. SS 15/99 ; DAMMENHAIN et al., 1998; PORT.1884/94; SÃO PAULO, SES - GTO, 89; DEC. EST. Nº 12.342 / 78**):

- Iluminação que possibilite boa visibilidade, sem ofuscamento ou sombras;
- Ventilação que possibilite circulação e renovação de ar;

- Revestimento de pisos com material lavável e impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e/ou limpeza, sem a presença de trincas, ou descontinuidades;
- Paredes de alvenaria ou divisórias de cor clara, revestidas de material lavável e impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e limpeza, sem a presença de mofo ou descontinuidades;
- Forros de lajes de cor clara, sem presença de infiltrações, rachaduras ou mofo;
- Instalações hidráulicas e elétricas embutidas ou protegidas por calhas ou canaletas externas, para que não haja depósitos de sujeira em sua extensão.

Todo o Estabelecimento de Assistência Odontológica deve ter lavatório próprio com água corrente, de uso exclusivo para lavagem de mãos dos membros da equipe de saúde bucal. Estes lavatórios tem de contar com um dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira ou do registro quando do fechamento da água.

A limpeza e a descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para a lavagem de mãos. A lavagem de mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal.

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

Nas modalidades de unidades transportáveis e unidades móveis deverão apresentar:

- a) abastecimento de água potável em quantidade suficiente ao fim a que se destina, com reservatório de água potável construído em material que :
 - Não contamine a água;
 - com superfície lisa, resistente e impermeável;

- que permita fácil acesso, inspeção e limpeza;
- que possibilite seu esgotamento total;
- com cobertura adequada.

b) O reservatório para coleta dos fluídos provenientes do processo de trabalho desenvolvido na unidade;

- construído em material resistente;
- com superfície lisa e impermeável;
- que permita fácil acesso inspeção e limpeza;
- 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.

3.5.5. ÁREA DE ESPERA

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica deverão possuir uma área de espera para os pacientes, proporcionando condições para que os pacientes aguardem ao atendimento sentados. Devem possuir ventilação, natural ou artificial que possibilite circulação e renovação de ar.

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica deverão respeitar os seguintes limites mínimos para as áreas físicas aonde serão realizados procedimentos odontológicos e áreas de espera (**PORTARIA 1.884 / 94**) ver quadro a seguir:

Quadro 1: Tipo de Estabelecimento, Área de Atendimento Clínico e de Espera segundo a Portaria 1884/94.

Tipo de Estabelecimento	Área de Atendimento Clínico	Área de Espera
Consultórios Odontológicos tipos I e II	6 (seis) metros quadrados	Compatível com o número de pacientes atendidos
Clínica Odontológica tipos I e II e Policlínica	6 (seis) metros quadrados por consultório instalado	Mínimo de 10 (dez) metros quadrados
Clínica Modular e Policlínica de Ensino	6 (seis) metros quadrados por cadeira odontológica	Mínimo de 10 (dez) metros quadrados
Instituto de Radiologia Odontológica	6 (seis) metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado, obedecendo a proporção de um aparelho por sala	Mínimo de 10 (dez) metros quadrados
Instituto de Documentação Odontológica	6 (seis) metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado, obedecendo a proporção de um aparelho por sala, e 6 (seis) metros quadrados por consultório instalado para realização das demais atividades	Mínimo de 10 (dez) metros quadrados

FONTE: GTO – SERSA – CVS – SES - 1999.

Todos os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem ser providos, além das áreas para os procedimentos odontológicos e para a área de espera de pacientes, os seguintes:

- a) local para arquivo;
- b) local para armazenagem e acondicionamento de instrumentais e medicamentos.

- Nas modalidades de atendimento extra estabelecimento deverá haver área física suficiente para instalação dos seus equipamentos proporcionando condições favoráveis de trabalho à equipe de saúde bucal;

- Não existe a necessidade de área específica para a sala de espera de pacientes, entretanto, recomenda-se que a eleição do espaço para a realização destas modalidades observando as proximidades com o espaço abrigado para a sala de espera.

3.5.6. COMPARTIMENTO SANITÁRIO

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 (**RES. SS 15 / 99; SÃO PAULO, SES, GTO, 1989 ; DEC. EST. N ° 12.342 / 78**) .

Enquanto que, as Clínicas Odontológicas, Clínicas Modulares, Policlínicas Odontológicas, Institutos de Radiologia e Institutos de Documentação Odontológica deverão prever compartimento sanitário para funcionários da equipe de saúde bucal, além de outro para o público do estabelecimento.

3.5.7 EQUIPAMENTOS E APARELHOS NECESSÁRIOS

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem obrigatoriamente contar com aparelhos para esterilização de instrumentais (**SÃO PAULO, SES - CADAIS, 1993**). No caso da esterilização ser realizada por terceiros, deverá apresentar contrato com a empresa prestadora dos serviços, e contar com local adequado para armazenamento do instrumental (**RES. SS 374/96**).

As unidades móveis odontológicas, nas 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. Devem apresentar local próprio para esterilização ou apresentar contrato de empresa específica para este fim, e apresentar local específico para armazenamento deste instrumental;

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

Em relação aos aparelhos de ar condicionado deve-se ater a fazer limpezas rotineiras no filtro, conforme preconiza a **Portaria 3.523/ GM do**

Ministério do Estado de Saúde de 28 de agosto de 1998, procedimento este, de manutenção preventiva que consiste na remoção de sujidade dos componentes do sistema de climatização, para evitar a sua dispersão no ambiente interno.

3.5.8. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem possuir os seguintes equipamentos de proteção individual (**CAMPOS, 1989; HELLGREN, 1994; DAMMENHAIN et al., 1998; GUIMARÃES JR. , 1992; FERREIRA, 1995**):

- a) luvas para atendimento clínico e cirúrgico, que devem ser descartadas a cada paciente;
- b) Avental para proteção;
- c) Máscaras descartáveis;
- d) Óculos de proteção;
- e) Gorro ou Touca.

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

3.5.9. EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem possuir os seguintes equipamentos básicos, respeitando-se as características dos procedimentos executados (**DAMMENHAIN et al., 1998 ; CAMPOS, 1989; GUIMARÃES JR., 1992; LIMA, 1995; SÃO PAULO, SES, GEPRO, 1995; SÃO PAULO, SES, SUS - R17, 1992; MS, S.N.P.E.S., D.N.D.S, 1986**) :

- I) Cadeira Odontológica que proporcione à equipe de saúde bucal um posicionamento correto do paciente;
- II) Equipo Odontológico provido de caneta de alta-rotação e/ou caneta de baixa-rotação e/ou micromotor regulados de forma a evitar nível do ruído elevado, e provido de seringa tríplice;
- III) Refletor Odontológico que permita um campo visual satisfatório ao trabalho da equipe de saúde bucal;
- IV) Sugador de Saliva provido de ponta descartável, ou boquilha que permita o uso de aspirador cirúrgico de metal, podendo ser seu resíduo final disposto direto ao esgoto ou em reservatório próprio devidamente higienizado;
- V) Amalgamador Elétrico;
- VI) Mocho Odontológico que proporcione à equipe de Saúde Bucal equilíbrio para desenvolvimento de trabalho de forma ergonomicamente correta;
- VII) Compressor de Ar Comprimido que deve ser instalado fora da sala de atendimento ou com proteção acústica eficiente;

Podem, ainda ser provido de outros equipamentos:

- VIII) Mesa Auxiliar;
- IX) Unidade Auxiliar ou Cuspideira;
- X) Equipamentos Complementares como: Aparelho de Fotopolimerização, Ultra-som, Bisturi Elétrico e outros que a tecnologia venha a introduzir, desde que respeitadas as normas técnicas e as legislações específicas.

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

3.5.10. INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

O instrumental necessário para o funcionamento de qualquer Estabelecimento de Assistência Odontológica deve ser compatível com:

- O processo de esterilização adotado;
- O número de pacientes a serem atendidos;
- O tipo de procedimento realizado.

O instrumental esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco, e devem ser anotadas nos pacotes ou caixas metálicas a data da esterilização e a data limite de validade, de 07(sete) dias, de acordo com a **Resolução SS 374 de 15/12/95 (BRASIL, MS - SEC. ASS. SAÚDE, DAPS, CCCIH, 1994; SÃO PAULO, SES, CENTRO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE, 1993; FRAZÃO, 1995).**

3.5.11. ROTINAS E CUIDADOS COM OS INSTRUMENTAIS E APARELHOS

Por serem manobras de fundamental importância , todos os instrumentais devem passar pelo processo de descontaminação e lavagem antes de serem esterilizados. O processo de esterilização deve ser utilizado para todos os artigos críticos ou semi-críticos em uso no Estabelecimento de Assistência Odontológica (**CAMPOS, 1989**). Os aparelhos que entrarem em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo odontológico (caneta de alta-rotação, micro-motor, e seringa triplice), deverão ser recobertas por barreira de proteção de uso único e descartável, e passar pelos processos de descontaminação, lavagem e secagem.

O processo de esterilização, através de vapor saturado sob pressão é obtido com o uso da autoclave devendo ser observadas as seguintes condições (**RES. SS 15/99, RES. SS 374/95; GUIMARÃES JR., 1992; FERREIRA, 1995; SÃO PAULO, SES - CVS, GTO , 1998**) :

- I) Exposição por 30(trinta) minutos a uma temperatura de 121°C, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão);
- II) Exposição por 15(quinze) minutos a uma temperatura de 132°C, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão);
- III) Exposição por 04(quatro) minutos a uma temperatura de 132°C, em autoclaves de alto vácuo;

O acondicionamento do material a ser esterilizado em autoclave deve ser 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.

O processo de esterilização pelo calor seco, deve ser realizado através da estufa.

- I) A estufa deve ter um termostato para manutenção efetiva da temperatura, área mínima para circulação interna do ar produzido e um termômetro para controle da temperatura preconizada.
- II) Os artigos a serem esterilizados em estufa deverão estar acondicionados de forma adequada, em bandejas ou caixas metálicas, observando-se o tempo de 01(uma) hora de exposição a uma temperatura de 170°C, ou 160°C por 02(duas) horas.

É necessário avaliar a eficácia do método de esterilização adotado, através do uso de indicadores, com freqüência no mínimo semanal, de acordo com a **Resolução SS 374 de 15/12/95**.

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

3.5.12. RESPONSABILIDADES

A indicação do procedimento odontológico é de responsabilidade do Cirurgião-Dentista executante. Toda a investigação para o diagnóstico da condição pré - procedimento do paciente, é de responsabilidade

do Cirurgião-Dentista ou da Equipe Odontológica executante, e quando for o caso, esta documentação deverá ficar arquivada no prontuário do paciente. É importante conferir estes documentos durante o ato das inspeções sanitárias. Deverão fazer parte do prontuário do paciente os seguintes documentos:

- Termo de Autorização do Tratamento Odontológico preconizado e assinado pelo paciente ou responsável legal.
- Orientações, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós procedimentos necessários e complicações possíveis.

O Cirurgião – Dentista é o responsável pelos materiais odontológicos (RES. SS 15 / 99) empregados nos procedimentos realizados em relação à:

- I) prazo de validade;
- II) origem do produto;
- III) estocagem e conservação dos materiais dentro do Estabelecimento.

3.5.13. RESÍDUOS (RESOLUÇÃO CONAMA 05/93 ; SÃO PAULO, SES, CVS, SUDS, 1989)

Todo o material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gases, algodão, etc. devem ser desprezados em sacos de lixo com rótulo de "contaminado".

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

Os estabelecimentos de Assistência Odontológica deverão estar cadastrados junto aos serviços de coleta diferenciada para Serviços de Saúde, quando o município oferecer este tipo de serviço.

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

Os restos mercuriais (**CERRI, 1991; GLINA et al., 1997; LEVY, 1995; MARCHI & PIANA, 1995; LARINI & SALGADO, 1979 ; SHAPIRO et al., 1982**) deverão ser mantidos em recipientes rígido, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior. Os resíduos mercuriais devem ser enviados para usinas de reciclagem, visto que sua destinação final comum podem causar contaminações ao meio ambiente.

3.5.14. INSPEÇÕES SANITÁRIAS EM ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

As inspeções em Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem ser feitas com o uso do Roteiro Básico (**DAMMENHAIN et al. , 1998**).

O preenchimento do Roteiro é de Responsabilidade do técnico-inspetor da área , e , o não atendimento aos itens considerados como indispensáveis, indeferem de imediato o licenciamento do Estabelecimento, inclusive com a interdição do mesmo. O não atendimento aos itens considerados necessários, implicam na imposição de Auto de Infração.

De acordo com a classificação dos Estabelecimentos recomenda-se os seguintes procedimentos mínimos:

- I) Alto Risco : mínimo de 02(duas) inspeções/ano, quando apresentar **mais de 14 (quatorze)** itens "nãos" no Roteiro Básico de Inspeção dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica.
- II) Baixo Risco : mínimo de 01(uma) inspeção/ano, quando apresentar o números de **até 14(quatorze)** itens "nãos" no Roteiro Básico de Inspeção Sanitária dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica.

3.5.14. NORMATIZAÇÕES SANITÁRIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL EM ODONTOLOGIA (Sec Saúde, SEGURANÇA, 1995; POLLACK, 1996) .

O risco pode ser definido como sendo uma possibilidade da ocorrência de dano ou acidente (**DAMMENHAIN et al. , 1998**). A Odontologia, assim como as demais profissões da área da Saúde, apresentam uma série de condições de riscos ou agravos à saúde das equipes profissionais, em decorrência dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos necessários para a realização dos atendimentos à clientela dos serviços (**LORENZI, 1997; MANDELL, 1993; NOGUEIRA, 1983; GOLEGÃ & TELLINI, 1992; ODA et al., 1996**).

• I) Em relação aos riscos Biológicos:

Os Estabelecimentos de Assistência Odontológica devem ser objeto de constantes cuidados em relação ao controle de doenças transmissíveis, visto que a imensa maioria dos procedimentos odontológicos apresentam um contato direto com a saliva ou sangue. Para evitar os riscos de contaminação ocupacional é preconizado:

a) Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para toda a equipe de saúde bucal (**LORENZI, 1997; MANDEL, 1993; NOGUEIRA, 1983; HELLGREN, 1994**) . Entre os equipamentos obrigatórios temos: luvas, máscaras, avental, óculos de proteção, etc. O uso de gorro é recomendado em procedimentos cirúrgicos. Além destes é exigido o uso de luvas de material resistente para lavagem de instrumental (**Portaria CVS 11 de 04/07/95 ; SÃO PAULO, SES, CVS, SUDS-R 27, 1989; SÃO PAULO , SES, CVS, GTO, 1998**), visto que pelas próprias características dos instrumentais odontológicos por serem pontiagudos, o risco de acidente é muito grande.

b) Obrigatoriedade de pia exclusiva para lavagem de instrumentais, ou de central de esterilização. Existe um grande risco de contaminação profissional quando da lavagem das mãos em pias contaminadas por sangue ou saliva. O profissional, é claro, está sem proteção das luvas e qualquer acidente o deixa muito exposto à risco de contaminação. Por este motivo os consultórios odontológicos devem possuir, além da pia de uso para lavagem das mãos, necessita também uma pia exclusiva para lavagem de

instrumental. Em estabelecimentos de maior complexidade, tais como Clínicas Odontológicas, Clínicas Modulares, e Unidades de Ensino, é exigido uma Central de Esterilização. Ambas as pias devem possuir torneira de acionamento que impeça o contato direto das mãos com o registro da mesma, uso de sabonete líquido, e secagem das mãos através de toalhas descartáveis ou compressas estéreis (**Resolução SS 15 /99; LORENZI, 1997; NOGUEIRA, 1983**).

c) Esterilização de Instrumentais : todos os instrumentais que entram em contato com a saliva, o sangue ou outras secreções corpóreas. Devem passar por um processo de descontaminação por método químico, para depois, serem lavados e esterilizados através do uso de estufa ou autoclave. As pontas do equipamento odontológico (**LEWIS & BOE, 1992; LLOYD et al., 1995; SAMARANAYAKE, 1993** devem ser protegidas por barreira de proteção de material impermeável e descartável (látex ou filme de PVC), e ainda assim serem descontaminadas por agentes químicos após cada uso (**Resolução SS 374 de 15/12/95 e Portaria CVS 11 de 04/07/95**).

d) Acondicionamento de materiais pérfuro - cortantes devem ser desprezados após o uso , em recipientes de paredes rígidas. Este recipiente quando atinge sua capacidade, deve ser desprezado em saco plástico branco leitoso com etiqueta que o identifique como contaminado, segundo o que determina a **Portaria CVS 11 de 04/07/95 e a Resolução SS 15 de 18/01/99**.

• II) Em relação aos riscos Físicos:

O funcionamento dos aparelhos odontológicos básicos, como a caneta de alta rotação, micro motor, e seringa triplice é feito através de ar comprimido gerado através de um compressor de ar. Este aparelho, emite um ruído de alta intensidade que pode ocasionar problemas auditivos para a equipe de saúde bucal. Para minimizar os efeitos nocivos desta quantidade de ruídos constantes, é preconizado que o compressor seja instalado fora da área de atendimento, ou que possua uma cobertura com proteção acústica (**Resolução SS 15/99 ; ELISABETSKY, 1991; SENNES et al., 1997; SANTOS, 1994 ; LEWIS & BOE, 1992**).

Além da proteção contra os ruídos excessivos, é obrigatório que os Estabelecimentos de Assistência Odontológica possuam boas condições de ventilação e iluminação (**Decreto 12.342 de 27/09/78**).

De acordo com a nova norma técnica dos aparelhos de ar condicionado, os filtros dos mesmos devem ser limpos regularmente, de forma que o ar interno possa circular harmoniosamente (**Portaria 3.523/ GM de 28/08/98, art. 4º , g.**).

IV – MATERIAIS E MÉTODOS

IV - MATERIAIS E MÉTODOS

A) Procedimentos Éticos prévios ao estudo

Previamente ao início do estudo, foi enviado à Comissão de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, um projeto explicitando todos os procedimentos a serem realizados neste estudo, sendo que esta Comissão aprovou a realização do mesmo (Anexo 3).

Em seguida foi feito um pedido formal aos Cirurgiões - Dentistas, proprietários dos Estabelecimentos incluídos da amostra, para que fosse possível uma avaliação das condições sanitárias de seu estabelecimento, esclarecendo que haveria total sigilo por parte dos pesquisadores em relação ao nome do proprietário e do local.

B) ESCOLHA DA AMOSTRA

A cidade de Piracicaba foi escolhida preliminarmente como referência. A seguir, fez-se um sorteio aleatório, de 04 (quatro) cidades vizinhas, distantes no máximo 100 Km e que comportassem um número de consultórios suficientes para o estudo (50 por cidade).

A amostra, obtida pelo sorteio, foi constituída por 250 (duzentos e cinquenta) Consultórios Odontológicos tipo I, respectivos às cidades de **Araras, Limeira, Mogi - Guaçu, Piracicaba e Rio Claro**. (Anexo 4)

Foram separados em consultórios provenientes da rede pública e da rede privada, como demonstra o quadro a seguir :

Quadro 2: Número de consultórios visitados segundo cidade e tipo de consultório (rede pública ou privada).

CIDADE	Nº de consultórios visitados		TOTAL
	Rede PÚBLICA	Rede PRIVADA	
ARARAS	25	25	50
LIMEIRA	25	25	50
MOGI GUAÇU	25	25	50
PIRACICABA	25	25	50
RIO CLARO	25	25	50
TOTAL	125	125	250

Os responsáveis pelos consultórios foram divididos por categoria segundo o número de anos de formação acadêmica: A – (0 - 5 anos), B - (6 - 10 anos), C - (11-15 anos) e D - (16 ou mais).

Quadro 3: Número de dentistas responsáveis por estabelecimentos segundo o ano de formação acadêmica dos Cirurgiões – Dentistas.

CIDADE	Nº de dentistas por ano de formação acadêmica				TOTAL
	A	B	C	D	
ARARAS	10	15	18	7	50
LIMEIRA	9	15	14	12	50
MOGI GUAÇU	7	11	18	14	50
PIRACICABA	11	17	16	6	50
RIO CLARO	7	13	15	15	50
TOTAL	44	71	81	54	250

Para a escolha dos consultórios a serem visitados foi consultado os cadastros existentes no Grupo Técnico Odontológico (GTO), da Divisão dos Serviços de Saúde (SERSA) do Centro de Vigilância Sanitária (CVS).

Para a delimitação teórica das variáveis a serem estudadas, utilizou-se um roteiro padrão de inspeção da **Resolução SS 196 de 29/12/98** junto com a **Resolução SS 15 de 18/01/99**, e selecionou-se 25 (vinte e cinco) questões julgadas mais importantes e que comportariam todos os itens investigados.

De acordo com a classificação dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica, da Resolução SS 15 de 18 de janeiro de 1999, o **Consultório Odontológico tipo I** se caracteriza como um Estabelecimento de Assistência Odontológica possuindo somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raio - X Odontológico.

A localização dos consultórios dentro das cidades foi escolhida de forma homogênea, na medida do possível, entre a área central e a periferia.

C) Metodologia

Um questionário com 25 (vinte e cinco) questões relacionados aos requisitos imprescindíveis e necessários do Roteiro Básico de Inspeção dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica da **Resolução SS 15 de 18 de janeiro de 1999, junto com a Resolução SS 196 de 29/12/98 (Anexo 1)**, foi desenvolvido e utilizado em cada estabelecimento selecionado. Este questionário contemplava os seguintes itens:

A) Equipamento para esterilização (Tipo: Autoclave e/ou Estufa)

B) Esterilização (presença de sugadores com pontas descartáveis, Barreira de proteção em pontas de alta e baixa rotação, nº de lavatórios suficientes para limpeza do material, lavatórios com mecanismo de contato indireto das mãos).

C) Área Física (Área de atendimento delimitada, Piso, Paredes e Divisórias, Ligação Hidráulica, Portas e Janelas, Iluminação, Área Mínima, Instalações Sanitárias).

D) Produtos e Materiais (Prazo de validade, Registro no Ministério da Saúde).

E) Acondicionamento do Lixo (Presença de saco plástico branco leitoso para acondicionamento de lixo comum, utilização de serviço especial de coleta de lixo, recipiente especial para produtos contaminados, acondicionamento de lixo comum em recipiente com tampa, recipiente especial para acondicionamento de restos de mercúrios de amálgama).

F) Equipamentos e Acessórios (Limpeza do filtro e manutenção do ar condicionado, compressor localizado fora da área de atendimento e/ou com proteção acústica).

G) Equipamentos de Proteção Individual (luva, máscara, gorro e/ou toucas, óculos de proteção e aventais).

Em cada estabelecimento escolhido na amostra foi realizada uma visita e verificado "in loco" a cada um dos itens explicitados no questionário (**Anexo 1**). Finalizada a inspeção, o mesmo, verificava as alternativas assinaladas no questionário, e assinava, concordando com as respostas, entendendo-se, deste modo, a sua autorização para a utilização dos dados.

Salienta-se que todos os consultórios foram identificados, por um número, de acordo com a cidade. Numa folha a parte, o nome, sexo e endereço do Consultório do proprietário, Responsável Técnico do estabelecimento, para eventuais retornos, quando houver necessidade. (**Anexo 2**).

D) Análise dos Resultados

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Excel 7.0 - Microsoft Inc. , EUA). Em seguida foram construídos gráficos.

A comparação das condições sanitárias por item em cada cidade foi feita através do teste exato de Fisher com o nível de significância de 1 %, utilizando - se o software SAS.

V- RESULTADOS

V – RESULTADOS

O capítulo relacionado a resultados foi dividido em 7 partes, a saber:

- a) Equipamento (Questões 01 e 02);
- b) Esterilização (Questões 01, 02, 20,22,23,24 e 25);
- c) Área Física (Questões 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 e 10);
- d) Produtos e Materiais (Questões 11 e 12);
- e) Lixo (Questões 13, 14, 15, 16 e 17);
- f) Equipamentos e Acessórios (Questões 18, 19, 20 e 21);
- g) Equipamentos de Proteção Individual (Questão 20).

TABELA 1 : Relação entre o tipo de **Equipamento** (Estufa e/ou Autoclave) existente nos consultórios de acordo com as cidades (Questões 01 e 02). Piracicaba, 1999.

Cidade	Equipamento			Total
	A	E	EA	
ARARAS	1(2,0%)	31(62,0%)	18(36,0%)	50(100,0%)
LIMEIRA	7(14,0%)	32(64,0%)	11(22,0%)	50(100,0%)
MOGI GUAÇU	3(6,0%)	43(86,0%)	4(8,0%)	50(100,0%)
PIRACICABA	5(10,0%)	20(40,0%)	25(50,0%)	50(100,0%)
RIO CLARO	3(6,0%)	34(68,0%)	13(13,0%)	50(100,0%)
Total	19(7,6%)	160(64,0%)	71(28,4%)	250(100,0%)

A = Autoclave; E = Estufa; EA = Estufa + Autoclave

Pela **tabela 01**, pode -se verificar que os estabelecimentos localizados na cidade de Limeira tem maior número de autoclaves (07) , enquanto que na de Araras tem o menor número de autoclaves , somente 01 (um). Por outro lado, em relação à quantidade de estufas , notamos que na cidade de Mogí Guaçu, os estabelecimentos normalmente tem maior número de estufas (n° = 43 , 86,0%). O número de Consultórios Odontológicos tipo I possuem autoclave e estufa foi de 71, sendo que Piracicaba tem a predominância (n° = 25, 50,0%).

Tabela 2 : Número e percentual de consultórios na localidade em condições não satisfatórias de acordo com as cidades e itens estudados. Piracicaba, 1999.

Cidade	Esteril.	AF	PM	Ac. LIXO	EQ. AC.	E.P.I.
ARARAS	35(70,0%)	26(52,0%)	0(0,0%)	39(78,0%)	20(40,0%)	4(8,0%)
LIMEIRA	37(74,0%)	22(44,0%)	0(0,0%)	30(60,0%)	4(8,0%)	0(0,0%)
MOGI GUAÇU	20(40,0%)	38(76,0%)	0(0,0%)	38(76,0%)	30(60,0%)	0(0,0%)
PIRACICABA	23(46,0%)	19(38,0%)	7(14,0%)	27(54,0%)	22(44,0%)	2(4,0%)
RIO CLARO	44(88,0%)	37(74,0%)	6(12,0%)	35(70,0%)	23(46,0%)	1(2,0%)

N = Não Satisfatório

Esterel = Esterilização

A.F. = Área Física

PM = Produtos e Materiais

Ac. Lixo = Acondicionamento do Lixo

EQ. AC. = Equipamentos e Acessórios

E.P.I. = Equipamentos de Proteção Individual

Com o objetivo de se verificar as condições de esterilização, verificou-se nas questões 01, 02, 20, 22, 23, 24 e 25, se os estabelecimentos apresentavam os requisitos necessários de esterilização. Se uma das questões apresentassem um Não, considerava-se **N** (Não Satisfatório) e se todas as questões apresentassem Sim, considerava - se **S** (Satisfatório).

Nota-se na **tabela 02**, que na cidade de Rio Claro, encontramos

um número maior de problemas relacionadas à esterilização (44 consultórios). Isto foi observado devido:

- a) à falta de pontas descartáveis de sugador de saliva a ar comprimido, ausência de barreiras de proteção de material impermeável para as pontas;
- b) não apresentar lavatórios em quantidades suficientes conforme preconiza a legislação sanitária; e
- c) ausência de sistema de contato das mãos nos lavatórios, tanto para a lavagem das mãos como para a lavagem dos instrumentais.

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições não satisfatórias foram diferentes estatisticamente ($p < 0,01$) quando se comparava os dados por cidade.

O **gráfico 1** explicita os problemas relacionados à esterilização de sugadores, pontas com barreira física de proteção e número suficiente de lavatórios.

Pode-se citar que 29 estabelecimentos não apresentavam proteção para sugadores (11,6%), sendo que a cidade de Piracicaba apresentou 09 (nove) estabelecimentos com este problema. 88 (oitenta e oito) estabelecimentos não apresentavam barreira de proteção de material impermeável para as pontas de alta e baixa rotação (35,2 % da amostra), sendo que a cidade de Rio Claro apresentou 36 (trinta e seis) consultórios com este problema (72 % dos estabelecimentos da cidade).

85 (oitenta e cinco) dos consultórios tipo I (34%) não apresentavam lavatórios suficientes para a limpeza e desinfecção, sendo que Rio Claro apresentou 33 (trinta e três) consultórios com este problema (6,0 % da cidade).

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições irregulares foram diferentes estatisticamente entre as cidades ($p < 0,01$) quando se verificava os itens: Sugadores com pontas descartáveis, Barreiras de Proteção em pontas do equipamento, Nº lavatórios para limpeza de material e Lavatórios com mecanismo de contato indireto das mãos.

Para se verificar as condições das áreas físicas dos consultórios visitados, foi verificado os resultados das questões 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, e 10 do questionário. Portanto, se houvesse algum Não, considera-se o consultório não satisfatório (N) para este item e se todas as questões apresentassem Sim, considerava-se o estabelecimento satisfatório (S).

Pode-se inferir pela **tabela 2**, que 142 (56,8%) estabelecimentos apresentam algum problema relacionado à área física. Podemos citar que alguns destes problemas são devido:

- a) à área de atendimento não ser delimitada por parede ou divisória até o teto, com ligação de esgoto para cada consultório;
- b) por não apresentar as paredes e/ou divisórias com acabamento liso, de cores claras revestidas com tinta ou material que permita um completo processo de limpeza e desinfecção;
- c) por não possuir piso de material liso, resistente, e impermeável, que permita um completo processo de limpeza e descontaminação, sem a presença de discontinuidades, tais como : fendas ou rachaduras;
- d) pela ausência de proteção adequada para a ligação hidráulica com entrada e saída de água, embutido ou protegido de forma a impedir retenção de sujeiras;
- e) pelas presenças de portas e janelas com superfícies não lisas e de difícil limpeza;
- f) pela iluminação insuficiente que não permite boa visualização do campo de trabalho;
- g) pela presença de uma área mínima inadequada para atendimento (menor que 6,0 m² por cadeira); e
- h) pelas instalações sanitárias, com vasos sanitários em número insuficiente .

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições não satisfatórias foram diferentes estatisticamente ($p < 0,01$) quando se comparava os dados por cidade.

Os problemas relacionados à área física foram:

- a) Paredes ou divisórias, com estabelecimentos apresentando ligação de esgoto próprio (19 consultórios - 7,6%) ;
- b) Piso (41 consultórios - 16,4%);
- c) Paredes e/ou divisórias (34 consultórios - 13,7%) ;

- d) Ligação Hidráulica (16 consultórios - 6,4%);
- e) portas e Janelas (36 consultórios - 14,4 %);
- f) Iluminação (05 consultórios - 2,0%);
- g) Área Física Mínima (28 consultórios - 11,2 %) e
- h) Instalações Sanitárias (87 consultórios - 34,8%).

O fato da cidade de Mogi Guaçu apresentar um alto número de problemas relacionados à área física foi devido, principalmente, a falta de espaço suficiente no consultório odontológico para o atendimento clínico (área menor que 6,0 m² por cadeira), como pode-se observar no gráfico 2(27 consultórios – 54,0 % na cidade) , e portas e janelas de superfície rugosas de difícil limpeza(16 consultórios – 32,0 % na cidade) , aumentando, deste modo, a inadimplência dos estabelecimentos desta cidade.

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições irregulares foram diferentes estatisticamente entre as cidades ($p < 0,01$) quando se verificavam os itens Área de atendimento delimitada, Piso, Paredes e Divisórias, Portas e Janelas, Área Mínima e Instalações Sanitárias.

As questões 11 e 12 do questionário relacionadas ao item Produtos e Materiais apresentou baixo número de consultórios com problemas, somente 13 (5,2%), sendo que somente as cidades de Piracicaba com 07 (sete) consultórios (14 % dos estabelecimentos da cidade) e Rio Claro com 06 (seis) consultórios (12 % da cidade) apresentaram algum problema. pode-se citar esses problemas relacionadas a:

- a) não possuir marcado o prazo de validade respeitados nos produtos e materiais odontológicos utilizados; e
- b) o número de registro do Ministério da Saúde marcado nos produtos e materiais odontológicos utilizados.

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições não satisfatórias foram diferentes estatisticamente ($p < 0,01$) quando se comparava os dados por cidade.

Pelo **gráfico 3** , pode-se verificar que os responsáveis pelos consultórios visitados na cidade de Piracicaba (14 % dos consultórios) tiveram menor cuidado em relação ao prazo de validade dos produtos e materiais

odontológicos utilizados, sendo que na cidade de Rio Claro 12% dos consultórios apresentavam materiais sem registro no Ministério da Saúde.

A inadimplência destes dois itens está relacionado, principalmente, ao tempo de armazenamento fora das especificações, com os produtos e materiais perdendo a sua potencialidade e validade de uso, dando a entender que nunca foram reciclados.

Houve diferenças estatisticamente significantes nas condições dos produtos e materiais examinados dos consultórios visitados, por cidade nos itens Prazo de validade e registro no Ministério de Saúde.

A questão do acondicionamento do lixo, **gráfico 4**, teve resultados importantes. Foram aferidos as questões número 13, 14, 15, 16 e 17. Nota-se que 169 estabelecimentos (67,6%) apresentaram algum problema relacionado ao condicionamento do lixo, sendo que a cidade de Araras apresentou o maior número de problemas (39 consultórios - 78,0 % da cidade). As irregularidades foram devido:

- a) a ausência de sacos plásticos de cor branco - leitoso para o lixo contaminado;
- b) não utiliza o Serviço Especial de Coleta de Lixo , pela prefeitura da cidade;
- c) não possuir recipientes com paredes rígidas, rotulado como "CONTAMINADO", com tampa, para todo material pérfuro - cortante desprezado (agulhas, lâminas de bisturi, etc);
- d) o lixo comum em recipiente sem tampa;
- e) não possuir recipiente de vidro com tampa, contendo água no seu interior, para acondicionamento adequado de mercúrio residual.

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições não satisfatórias não apresentaram diferença entre as cidades ($p>0,01$).

Os principais problemas relacionados ao condicionamento do lixo foram:

- a) ausência de saco plástico branco leitoso (68 consultórios - 27,2%);
- b) Não utilização do Serviço Especial de Coleta de Lixo (67 consultórios - 26,8%);
- c) recipiente para material contaminado inadequado ou ausente (75

consultórios – 30,0 %);

d) recipiente para lixo comum sem tampa (45 consultórios – 18,0 %) e

e) recipiente de vidro com tampa para amálgama inadequado ou ausente (104 consultórios - 41,6 %).

As freqüências relacionadas aos consultórios em condições não satisfatórias foram diferentes estatisticamente ($p < 0,01$) quando se comparava os dados por cidade, nos itens presença de saco plástico branco leitoso, serviço especial de coleta de lixo, acondicionamento do lixo comum em recipiente com tampa.

Observa-se no **gráfico 5** , que 39,6 % dos estabelecimentos apresentavam algum problema relacionado ao item Equipamentos e Acessórios, sendo que a cidade de Mogi Guaçu possui o maior número de problemas (30 consultórios – 60,0 % da cidade).

Os problemas relacionados a este item são devido:

a) a apresentar aparelho de ar condicionado, mas os seus filtros não são limpos regularmente; e

b) ao compressor não estar localizado fora da área de atendimento de forma adequada que não o deteriore e/ou com proteção acústica no interior do consultório odontológico.

Os dados demonstram que os consultórios visitados na cidade de Mogi Guaçu apresentaram o maior número de irregularidades 30 (60,0 % na cidade) consultórios com problemas relacionados à limpeza regular dos filtros de ar condicionado e 9 (18,0% na cidade) casos de compressores fora das normas da Legislação Sanitária.

Os resultados em relação ao Equipamentos de Proteção Individual (EPI) exprimem um dado bastante relevante em relação à saúde pública, pois somente 2,8 % , totalizando 07 consultórios, dos estabelecimentos visitados (Araras - 04 consultórios, Piracicaba – 02 consultórios e Rio Claro – 01 consultório) não apresentavam equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, máscaras, luvas, aventais e gorros e/ou toucas), sendo que, além disso, foi perguntado a todos os dentistas dos consultórios, se utilizavam estes equipamentos, sendo a resposta afirmativa.

Tabela 3 . Número e percentual de consultórios por cidade, que satisfizeram todos os itens estudados. Piracicaba, 1999.

Cidade	Condições sanitárias ótimas*	%	Condições ótimas-requisitos imprescindíveis**	%
ARARAS	2	4,0	5	10,0
LIMEIRA	5	10,0	8	16,0
MOGI GUAÇU	2	4,0	9	18,0
PIRARACICABA	11	22,0	22	44,0
RIO CLARO	2	4,0	3	6,0
Total Global	22	8,8	47	18,8

- Obs: Requisitos Imprescindíveis -- Itens Esterilização e Área Física

•e ** Teste Exato de Fisher – diferenças estatísticas entre as cidades (p<0,01).

A **tabela 3** apresenta um dado preocupante, haja visto que somente 8,8 % (n=22) dos consultórios visitados , seguem todas as normas que regem a instalação e funcionamento dos estabelecimentos odontológicos tipo I e 18,8 % destes apresentavam condições adequadas nos requisitos imprescindíveis (Itens Esterilização e Área Física)- **Resolução SS 15/99** combinado com a **Resolução SS 196/98**. Houve diferenças estatísticas entre as condições sanitárias dos consultórios segundo as cidades (p<0,01), sendo que os consultórios localizados em Piracicaba apresentaram as melhores condições.

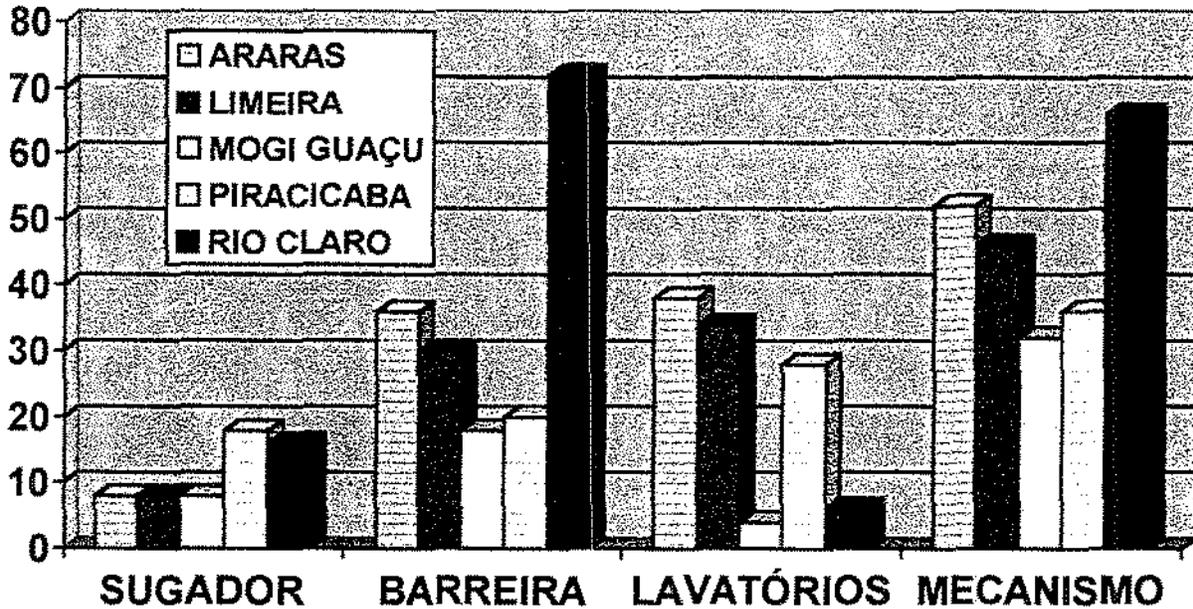
Tabela 4 . Número e percentual de consultórios *irregularidades* segundo o número de anos de formação acadêmica do CD e item estudado.

Item	Dentistas categorizados por ano de formação acadêmica									
	A		B		C		D		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Esterilização	27	61,4	46	64,8	54	66,7	32	59,4	159	63,6
Área Física *	20	45,5	31	43,7	51	63,0	40	74,1	142	56,8
Produtos e Materiais	3	6,8	3	4,3	4	4,9	3	5,6	13	5,2
Acondicionamento do Lixo	27	61,3	45	63,4	60	74,1	37	68,5	169	67,6
Equipamentos e Acessórios	20	45,5	29	40,9	32	39,6	18	33,4	99	39,6
Equipamento de Proteção Individual	1	2,3	2	2,8	2	2,5	2	3,7	7	2,8

* Diferença entre os grupos de dentistas – Teste Exato de Fisher ($p < 0,01$)

A **tabela 4** apresenta os dados referente aos consultórios em condições irregulares segundo item pesquisado e categoria do Cirurgião-Dentista (anos de formação acadêmica). Verifica-se que os Dentistas com menor tempo de formação (categoria A e B) apresentaram um percentual menor de consultórios com irregularidades no item **área física** (45,5% e 43,7 %, respectivamente) em relação as outras categorias - C e D (63,0% e 74,1 %, respectivamente), com diferença estatística entre as categorias.

Gráfico 1 : Percentual de consultórios por cidade com *irregularidades* relacionados ao item Condições de Esterilização. Piracicaba, 1999.



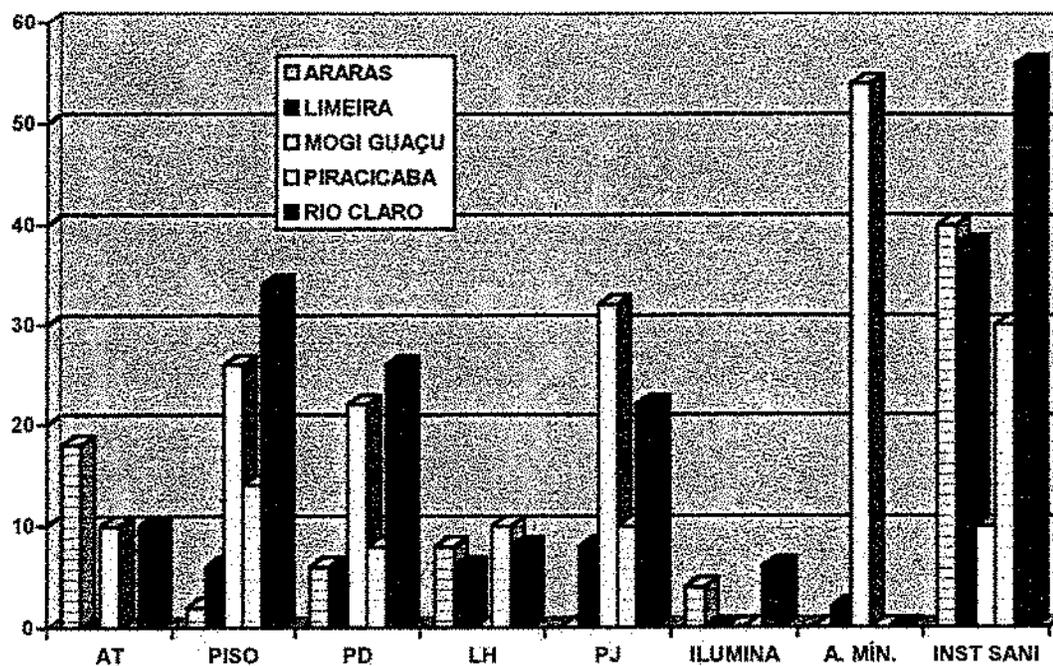
SUGADOR = Sugador com pontas descartáveis

BARREIRA = barreira de Proteção em pontas de Equipamento

LAVATÓRIOS = Número de lavatórios para limpeza de material suficientes

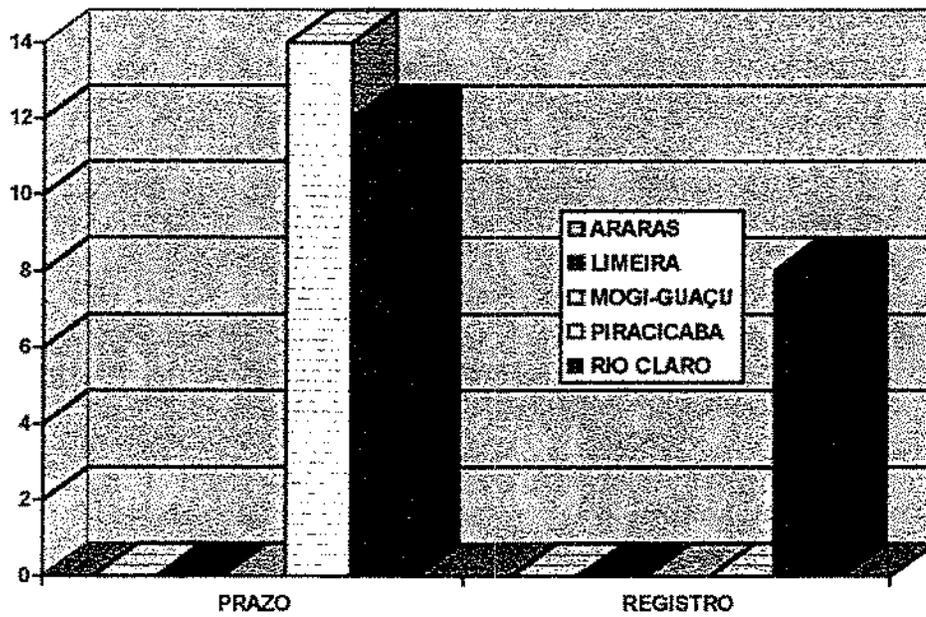
MECANISMO = Presença de Lavatórios com mecanismo de contato indireto das mãos

GRÁFICO 2: Percentual de consultórios por cidade com *irregularidades* relacionados ao item Área Física. Piracicaba, 1999.



- AT = Área de atendimento delimitada até o teto
 PISO = Piso liso, resistente, impermeável e lavável
 PD = Paredes e/ou Divisórias
 LH = Ligação Hidráulica embutido ou protegido
 PJ = Portas e Janelas de superfícies lisas e laváveis
 ILUMINA = Iluminação suficiente
 Á. MÍN. = Área mínima de 6,0 m²
 INST. SANI. = Instalações Sanitárias suficientes

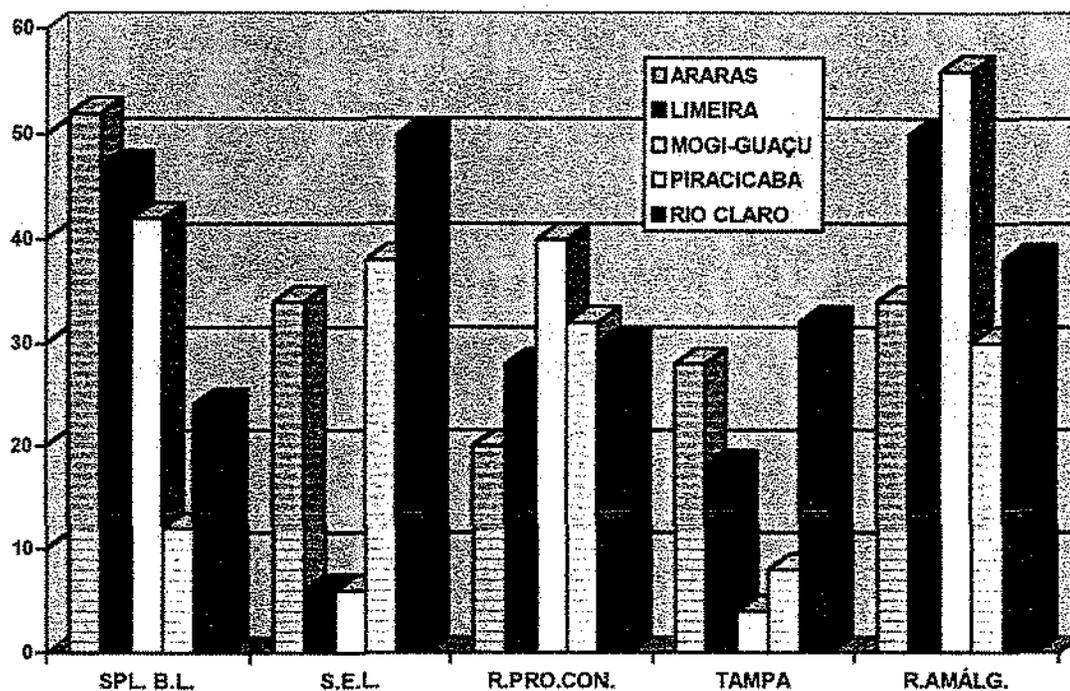
GRÁFICO 3 : Percentual de consultórios por cidade com *irregularidades* relacionados ao item Produtos e Materiais. Piracicaba, 1999.



PRAZO = Prazo de validade

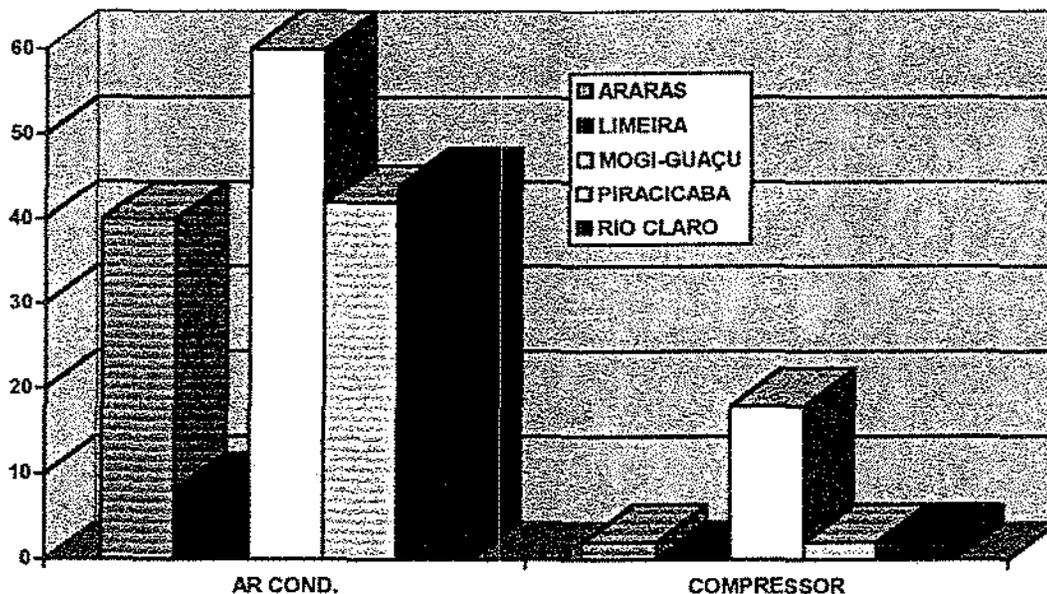
REGISTRO = Registro no Ministério da Saúde

GRÁFICO 4 : Percentual de consultórios por cidade com *irregularidades* relacionados ao item Acondicionamento do Lixo. Piracicaba, 1999.



SPL.B.L = Presença de saco plástico branco leitoso
 S.E.L = Utiliza o Serviço Especial de Coleta de Lixo
 R. PROD. CONT. = Presença de recipiente para produtos contaminados
 TAMPA = Acondicionamento de Lixo comum com tampa
 R.AMÁLG. = Recipiente especial para acondicionamento de amálgama

GRÁFICO 5 : Número de consultórios por cidade com *irregularidades* relacionados ao item Equipamento e Acessórios.



AR COND. = Limpeza adequada do filtro do ar condicionado

COMPRESSOR = Compressor de ar localizado fora da área de atendimento e/ou com proteção acústica

VI - DISCUSSÃO

VI - DISCUSSÃO

Neste estudo, pode-se observar pela **tabela 3** que somente 22 consultórios (8,8 %) seguiram todas as normas referentes a instalação e funcionamento dos Estabelecimentos de Assistência Odontológica de acordo com a **Resolução SS 15/99**, combinados com a **Portaria Federal 1.884/96**, sobre as estruturas da área física, a **Portaria CVS 11/95**, referente às condições ideais de trabalhos relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em Estabelecimentos de Assistência Odontológica e a **Resolução CONAMA 05/93**, que institui, a maneira mais adequada, para a embalagem e o destino final dos resíduos sólidos, principalmente os contaminados, enquanto 47 consultórios (18,8 %) seguiam as normas referentes aos requisitos imprescindíveis. Isto é preocupante e torna imperiosa a necessidade, tanto por parte dos órgãos fiscalizadores, como por parte dos interessados (CDs), em se buscar alternativas para que as normas, que baseiam as condições sanitárias de um Estabelecimento Odontológico possam ser conhecidos e deste modo regularizados pelos profissionais.

Pelos resultados obtidos na **tabela 1**, pode-se verificar que, em relação ao tipo de equipamento para esterilização (estufa e/ou autoclave), a maioria dos consultórios possuía Estufa (64%) isoladamente. A não utilização das autoclaves pode ser explicada pelo desconhecimento dos profissionais da melhor efetividade deste equipamento na esterilização de acessórios odontológicos, ou como salientados por alguns, o alto custo deste.

Na literatura há um consenso que as autoclaves são mais efetivas e seguras na esterilização que as estufas (visto que com o tempo de uso, acontece o sistema de corrosão no seu interior, perdendo desta forma, a potencialidade de atingir a uma temperatura ideal para a esterilização), havendo uma tendência mundial para utilização deste equipamento como padrão para esterilização em estabelecimentos de saúde (**GOLEGÃ & TELLINI, 1992; SÃO PAULO, SES, GEPRO SAÚDE BUCAL, 1995; LORENZI, 1997**).

Uma inadimplência enorme foi constatada em relação à esterilização. Dos 250 (duzentos e cinquenta) consultórios inspecionados, vide **tabela 2**, 159 (63,6%), não souberam como proceder durante as rotinas diárias de trabalho aceitas pela Vigilância Sanitária (**SES, CVS, GTO, ROTINAS, 1998; DAMMENHAIN et al., 1998; LIMA & ITO, 1995; FERREIRA, 1995; SÃO PAULO, SES, CADAIS, 1993; GUIMARÃES JR., 1992**).

Alguns requisitos podem ser identificados, no **gráfico 1**, como responsáveis por esta inadimplência: a) não utilização de barreiras de proteção de material impermeável para as pontas de alta e baixa rotação, observados em 35,2% dos consultórios; b) ausência de sugadores com pontas descartáveis(11,6%); c) número de lavatórios para limpeza de instrumentais insuficientes (34%); e d) não possuir lavatórios que possuam o sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira (46,4%), sendo que diversos autores salientam que estas atitudes preventivas frente à esterilização são indispensáveis para a prevenção de transmissão cruzada (LLOYD et al., 1995; SAMARANAYAKE, 1993; LEWIS & BOE, 1992).

A maioria dos responsáveis pelos consultórios que falharam nos requisitos de esterilização, alegaram desconhecimento das leis **Portaria CVS 11 / 95** e a **Resolução SS 374/95** que regem os princípios de Biossegurança.

Em relação à estrutura da área física dos Consultórios Odontológicos, **tabela 2**, regida pela **Portaria Federal 1.884 / 94**, cerca de 56,8% dos consultórios estão em condições não satisfatórias e 43,2% satisfatórias.

Muitos profissionais questionaram a respeito da quantidade de banheiros necessários para o Consultório Odontológico tipo I. A **Resolução SS 15/99** menciona que, no mínimo, deve haver 02 (dois) banheiros, independentemente, de onde possam estar localizados. Os dois podem estar junto à sala de espera ou localizados em cômodos diferentes. Pode-se citar, por exemplo, que em prédios com salas comerciais, existe banheiros privativos exclusivos para os funcionários e, em cada sala comercial, há banheiros anexos, para os clientes.

Mais uma vez, como se verifica no **gráfico 2**, dos 250 (duzentos e cinquenta) consultórios visitados, 87 (34,8%) apresentavam-se em condições não satisfatórias, devido ao número insuficiente de vasos sanitários.

Na seqüência, cita-se problemas com o piso (16,4%). O piso do consultório deve ser de material liso, resistente, e impermeável, que permita um completo processo de limpeza e descontaminação (**Res. SS 15/99, Port. Fed. 1.884/94**).

A **tabela 2**, mostra uma inadimplência insignificante em relação a produtos e materiais (5,2%), e a **tabela 7** demonstra que essa inadimplência está vinculada a problemas relacionados a utilização de produtos sem registro no Ministério da saúde (4,0%) e materiais odontológicos com prazo de validade vencido ou sem especificação da validade (1,6%), relacionado principalmente ao descuido ou descaso dos profissionais na reposição e substituição destes materiais, perdendo, pois, a sua eficácia de uso.

Quanto a questão do lixo, encontramos resultados importantes, pois 169 consultórios (67,6%) estavam em condições não satisfatórias (tabela 2). O maior problema encontrado foi ausência de recipiente de vidro, com tampa, contendo água no seu interior, para acondicionamento adequado do mercúrio residual, em 104 consultórios (41,6%), gráfico 4.

De acordo com a **Resolução Conama 05/93**, que dispõe sobre os resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos e aeroportos, uma grande quantidade dos consultórios não dispunha de recipiente de vidro específico para acondicionamento de mercúrio residual, ou por desconhecimento da legislação, ou por negligência, visto que o incorreto acondicionamento do mercúrio pode causar diversos agravantes à saúde (GLINA et al., 1997; LEVY, 1995; MARCHI & PIANA, 1995; SHAPIRO et al., 1982).

Após armazenado, o mercúrio residual deve ser acondicionado e transportado para usinas de reciclagem. Outra questão importante e desconhecida pelos profissionais se refere a localização destas usinas de reciclagem. Deste modo deveria haver um convênio dos órgãos responsáveis pela vigilância sanitária com as usinas de reciclagem, permitindo que o destino final destes lixos tóxicos fosse indicado a todos os profissionais de saúde, facilitando o cumprimento da lei.

Outro problema importante, relacionado com a questão do Lixo, foi a não presença de um recipiente com paredes rígidas e tampa, rotulado como "CONTAMINADO" (LORENZI, 1997; SÃO PAULO, SES, CVS, SUDS - SP, RESÍDUOS, 1989), para o acondicionamento de todo material pérfuro - cortante desprezado, verificando - se, este fato, em 75 consultórios (30,0 %).

Na maioria dos casos foi constatado que os profissionais jogavam esse material contaminado diretamente na lixeira, sem ao menos tomar o cuidado de embalar adequadamente para que os profissionais da área de resíduos sólidos não cheguem a ser contaminados pelos mesmos. Portanto os profissionais de saúde devem ter em mente que além de se proteger, é muito importante se preocupar com a segurança de outros profissionais vinculados à coleta de lixo contaminado, devendo portanto estar esclarecido de todos as normas vinculadas à biossegurança e também do destino final dos produtos tóxicos, formando assim uma cadeia que fornece segurança ao profissional, paciente, funcionários e todos os outros profissionais que indiretamente participam do processo (coletores do lixo tóxico, etc.) (LORENZI, 1997; GUIMARÃES JR., 1992).

Conforme a norma técnica referente ao aparelho de ar

condicionado, **Portaria GM / MS 3.523 de 28 de agosto de 1998, art. 4º g**, o mesmo deve ser limpo regularmente, procedimento de manutenção preventiva, que consiste na remoção da sujeira dos componentes do sistema de climatização, para evitar a sua dispersão no ambiente interno.

Observando a **tabela 2**, os consultórios odontológicos da amostra da cidade de Mogi Guaçu são os que apresentam o maior número de aparelhos de ar condicionado em condições não satisfatórias, num total de 27 consultórios (54,0%), como também, apresentam os maiores problemas relacionadas à sua limpeza preventiva nos filtros de ar, 30 casos (60,0%). Novamente o desconhecimento do profissional foi a causa principal por esta inadimplência.

Em relação ao número de Estabelecimentos, no qual o compressor está instalado fora da área de atendimento e/ou com proteção acústica, **gráfico 5**, podemos notar que os consultórios da cidade de Mogi Guaçu apresentaram o maior número de irregularidades, totalizando 9 (nove) consultórios (18,0%). Essa irregularidade pode estar vinculada ao fato do compressor estar dentro do consultório e sem a devida caixa de proteção acústica, preconizada pela legislação sanitária pertinente, ocasionando riscos físicos ao profissional (ruídos), que muitas vezes podem interferir na sua vida social e profissional, devido a diminuição da acuidade auditiva e sensorial da pessoa (**NOGUEIRA, 1983; MANDEL, 1993; CERRI, 1991; SANTOS, 1994; SENNES 1997; DAMMENHAIN et al., 1998**).

A presença dos Equipamentos de Proteção Individual foi constatada na maioria dos consultórios visitados (97,2%), **tabela 2**, contudo, isso não dá a garantia que esses equipamentos estão sendo utilizado, cabendo ao profissional a conscientização necessária para o uso.

A relação entre o número de anos de formação acadêmica e irregularidades verificadas nos consultórios visitados foi somente constatado estatisticamente no item Área Física. Isto provavelmente deva ser oriundo da dificuldade dos dentistas mais antigos em se adaptarem as mudanças relacionadas as novas normas.

Finalmente, pode-se afirmar que deve haver maior empenho, por parte das autoridades responsáveis pela fiscalização sanitária, em não somente exigir do profissional o cumprimento de todos os requisitos indispensáveis para o correto funcionamento do consultório, mas também, proporcionar ao profissional acesso à informação, seja através de folhetos explicativos, palestras em associação de classe, visitas aos estabelecimentos com intuito educativo e outros meios educativos que possam esclarecer o profissional. Assim, depois de executadas estas atividades, poderia ser, então, cobrado dos profissionais, uma total adequação às leis vigentes relacionadas as

condições sanitárias.

Em relação ao profissional, o que se nota, é o desconhecimento das leis que regem a conduta frente as condições sanitárias, devendo também a estes, uma parcela de culpa pelas falhas verificadas nos consultórios, sendo portanto, imprescindível, a atualização dos profissionais em relação, principalmente, à esterilização e acondicionamento do lixo, não admitindo-se mais que profissionais de saúde possam causar dano a seu cliente , justificando o seu erro por desconhecimento nos procedimentos de Biossegurança, fato este, que pode justificar processo por negligência e/ou imperícia.

VII - CONCLUSÕES

VII – CONCLUSÕES

- a) somente 8,8 % dos consultórios seguiram todas as normas referentes às condições sanitárias ;

- b) 18,8 % seguiram as normas referentes aos requisitos imprescindíveis (Esterilização e Área Física);

- c) a cidade de Piracicaba apresentou o maior número de consultórios em condições satisfatórias para todos os itens estudados (22%) e para os requisitos imprescindíveis (44%);

- d) A variável número de anos de formação acadêmica do cirurgião-dentista responsável pelo estabelecimento foi estatisticamente significante ($p < 0,01$) no item condições da área física.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII – REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS *

1. BRASIL. Congresso Nacional. *Lei Orgânica da Saúde* : Lei Federal 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 a dá outras providências. Brasil : Senado Federal, [1990?]
2. _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília : Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
3. _____. *Portaria GM/MS 1884, de 11/11/91994*, publicado no D.O.U. no dia 15/12/94. Aprova as normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde, a serem observadas em todo o território nacional, na área pública ou privada.
4. _____. *Segurança e medicina do trabalho*. 28. ed. São Paulo : Atlas, 1995. p. 128-131.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para hospitais, ambulatórios médicos, odontológicos e laboratórios* - PG. 09 E 10. Brasília, 1986.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS – hepatite, AIDS e herpes na prática odontológica*. Brasília, 1994.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão nacional de Saúde Bucal. *Perfil da odontologia brasileira. DNSB – Doc. Téc. 01/88*. Brasília, 1988. 23 p. [Mimeografado]

•De acordo com a NBR 6023, de 1989, da Associação Brasileira de Norma Técnica (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o "World List of Scientific Periodicals".

8. BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. *Resolução CONAMA nº 05 /93, de 05 de agosto de 1993, referente a resíduos sólidos*. Brasília : Ibama, [1993?]
9. CAMPOS, H. Procedimentos utilizados no controle de infecção em consultórios odontológicos de Belo Horizonte. *Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia*, Belo Horizonte, v. 25/26, n. 1/2, p. 46-52.
10. CERRI, A. *Estudo epidemiológico da prevalência de prováveis doenças profissionais em cirurgiões dentistas do município de São Paulo*. São Paulo, 1991. 71p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
11. CHAVES, M.M. *Odontologia social*. 3. ed. São Paulo : Artes Médicas, 1986. 448p.
12. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília. *Relatório Final...* Brasília : UnB, 1986.
13. DAMMENHAIN, R.A., TEN, C.Y., SALES, D.B. *Estabelecimentos de assistência odontológica*. São Paulo : Secretaria de Estado da Saúde, 1998. V. 2. [Curso básico em vigilância sanitária (CBVS), Unidade didático pedagógica, VI].
14. ELISABETSKY, M. Como o dentista pode prevenir-se contra a surdez. *Jornal da APCD*, São Paulo, p. 9, abr. 1991.
15. ESPÍRITO SANTOS, Vitória, Documento Final extraído do “Seminário Interestadual sobre Legislação Sanitária”, dezembro de 1998. [Comunicação pessoal]
16. FERREIRA, R.D. Barrando o invisível. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 417-427, 1995.
17. FRAZÃO, P. *Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do SUS*. [s.l. : s.n.], 1997. [Mimeografado].
18. _____, GONZALES, C.C., ROSA, A.G.F. Ambientes de trabalho odontológico na perspectiva do sistema único de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 10, p. 21-28, 1995.

19. GLINA, D.M.R., SATUT, B.T.G., ANDRADE, E.M.O.A.C. A exposição ocupacional ao mercúrio metálico no módulo odontológico de uma unidade básica de saúde localizada na cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 257-267, 1997.
20. GOLEGÃ, A.A.C., TELLINI, R.M.C. *Manual de biossegurança na prática odontológica*. Santos : Prefeitura Municipal de Santos, Secretaria de Higiene e Saúde, 1992.
21. GUIMARÃES, JR., J. Controle de infecção cruzada no consultório odontológico. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 711-716, 1992.
22. HELLGREN, K. Use of gloves among dentists in Sweden – a 3 year follow-up study. *Swedish Dental Journal*, Stockholm, v. 18, n. 1/2, p. 9-14, 1994.
23. JITOMIRSKI, F., LINS, V.B. AIDS em odontologia. *RGO*, Porto alegre, v. 42, n. 6, p. 316-318, 1994.
24. LARINI, L., SALGADO, P.E.T. Mercúrio, um problema de saúde ocupacional na odontologia. *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 9-14, jan./fev. 1979.
25. LEVY, M. Dental amalgam: toxicological evaluation and health risk assessment. *Journal of Canadian Dental Association*, Ottawa, v. 61, p. 667-674, 1995.
26. LEWIS, D., BOE, R. Control infection risks associated with current procedures for using high - speed fental handpieces. *Journal of Clinical Microbiology*, Washington, v. 30, p. 401-406, 1992.
27. LIMA, N.M., ITO, I. *Controle de infecção no consultório odontológico*. Ribeirão Preto : Dabi Atlante, 1995. [Manual]
28. LLOYD, L., BURKE, F.J.T., CHEUNG, S.W. Handpiece asepsis: a survey of the attitudes of dental practioners. *British Dental Journal*, London, v. 178, p. 23-27, 1995.
29. LORENZI, R.L. *Biossegurança e risco ocupacional em saúde bucal*. São Paulo : FUNDAP, 1997.
30. MANDEL, I.D. Occupational risks in dentistry : conforts and concerns. *Journal American Dental Association*, Chicago, v. 124, p. 41-49, 1993.

31. MARCHI, A., PIANA, G. L'amalgama e i rischi tossicologici del mercurio – ressegne dell'argomento. *Minerva Stomatologica*, Turin, v. 44, p. 311-318, 1995.
32. NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo : Hucitec, 1994.
33. _____. *Vigilância sanitária e saúde bucal*. Texto de Apoio ao desenvolvimento de atividades didáticas do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, da Faculdade de Saúde Pública da USP, Versão preliminar de setembro de 1998.
34. NOGUEIRA, D.P. Riscos ocupacionais de dentistas e sua prevenção. *Revista Brasileira de Saude Ocupacional*, São Paulo, v. 41, p. 16-24, 1983.
35. NORO, L. O dentista fora da Lei. *Jornal da APCD*, São Paulo, fev. 1995.
36. O AMÁLGAMA pode ser usado com segurança. *Jornal da APCD*, São Paulo, p. 2, jun. 1992.
37. ODA, L. *et al.* Conceitos básicos em biossegurança. In: PROGRAMA de capacitação de Recursos Humanos em Biossegurança. Rio de Janeiro : Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 1996. Módulo I. [Mimeografado].
38. POLLACK, R. Dental office ergonomics: how to reduce stress factors and increase efficiency. *Journal of Canadian Dental Association*, Ottawa, v. 62, p. 508-510, 1996.
39. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Coordenação Geral da Vigilância em Saúde. *Manual de biossegurança para estabelecimentos odontológicos*. Porto Alegre, 1998. 52p.
40. SAMARANAYAKE, L. Handpiece and water line decontamination and HIV transmission : a critique. *Dental Update*, London, v. 20, p. 53-56, 1993.
41. SANTOS, U.P. *Ruído : riscos e prevenção*. São Paulo : Hucitec, 1994. p. 55-60.
42. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Técnica de edificações e parcelamento do solo e grupo técnico odontológico*. Minuta da Instrução SAMA, 01/89.

43. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Código sanitário* : Decreto Estadual nº 12.342 de 27/09/78 , dá atribuições da Vigilância na área do meio ambiente. São Paulo : Imprensa Oficial, 1979.
44. _____. *Código sanitário* : Decreto Estadual nº 12.479 de 18/10/78, aprova as Normas Técnicas Especiais relativas às Condições de Funcionamento dos Estabelecimentos. São Paulo : Imprensa Oficial, 1979.
45. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo Estadual de Programa de Saúde Bucal. *Normas e procedimentos para o controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica*. [Apostila].
46. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde. *Organização do centro de material e noções de esterilização*. São Paulo : Ed. IMESP, 1993.
47. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. *Vigilância sanitária : aspectos gerais*. São Paulo, 1990. [Apostila].
48. _____. *Decreto Estadual nº 26.048 de 15/10/86*. Criação do Centro de Vigilância Sanitária.
49. _____. *Decreto Estadual 40.082 de 15 de maio de 1995*. Extinção dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).
50. _____. *Decreto Estadual 40.083 de 15 de maio de 1995*. Criação das Direções Regionais de Saúde(DIRs).
51. _____. *Informação sobre Vigilância Sanitária (IVS)*, v. 1, 1989. 35p.
52. _____. *Portaria CVS nº 11 de 04/07/95*. Dispõe sobre condições ideais de trabalho relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica.
53. _____. *Resolução SS 15, de 18 de janeiro de 1999*. Normas Técnicas para as instalações dos estabelecimentos de assistência odontológica.
54. _____. *Resolução SS 374 de 15/12/95*, publicado no D. O. E. de 16/12/95. Altera a norma técnica sobre organização de centro de material e noções de esterilização.

55. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. *Roteiro para municipalização da vigilância sanitária*, 1989. [Apostila].
56. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Divisão Técnica dos Serviços de Saúde. Grupo Técnico Odontológico. *Caracterização dos estabelecimentos de assistência odontológica no Estado de São Paulo*. 1994. 9 p. [Apostila].
57. _____. *Rotinas para controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica*. outubro 1998.
58. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Núcleo de Apoio Jurídico. *Vigilância Sanitária, conceito, campo de abrangência, competências e atribuições*. outubro de 1994. [Apostila].
59. _____. *Vigilância Sanitária, reflexão*. outubro de 1994. [Apostila].
60. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Núcleo de Documento Técnico Científico. *Municipalização das ações da vigilância sanitária no Estado de São Paulo : um modelo para discussão*. abril 1990. [Apostila].
61. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema único de saúde - R17 – Andradina. *Normas e procedimentos para o controle em estabelecimentos de assistência odontológica. Moléstias infecto-contagiosas em Odontologia – AIDS saúde bucal*, outubro 1992.
62. SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Vigilância Sanitária, SUDS – R. 27 Campinas. *Moléstias infecto contagiosas em odontologia - AIDS saúde bucal*, 1989, 30 p.
63. SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Vigilância Sanitária, SUDS – SP. *Subsídios para organização de sistemas de resíduos em serviços de saúde*. São Paulo, 1989. 28 p.
64. _____. *Vigilância sanitária e a comunicação social*. 1989, 30 p.
65. SENNES, L.V. *et al.* Noise induced hearing loss in the dentists. WORLD CONGRESS OF OTORHINOLARINGOLOGY, HEAD AND NECK SURGERY, 16., 1997, Australia. *Abstracts...* Australia : [s.n.], 1997. p. 362-363.

66. SHAPIRO, I.M. *et al.* Neurophysiological and neuropsychological function in mercury - exposed dentists. *Lancet*, London, v. 1, p. 1147-1150, 1982.
67. VIANNA, R.B.C., CHAVES, M.M., CHIANCA, T.K. (Eds.) AIDS - manual de manifestações bucais e controle de infecção. *Cadernos de Saúde Bucal*, v. 3, p. 34-54, 1992.
68. VIEGAS, A.R. *Manual de odontologia sanitária*. São Paulo : Massao Ohno, 1961. V. 3, 409p.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

CIDADE:

CONSULTÓRIO Nº:

DATA REALIZADO : ____/____/____

ANO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____ ANOS

QUESTIONÁRIO

- 1 - Realiza esterilização nos instrumentais que entram em contato com a cavidade bucal e com secreções corpóreas? () Sim () Não
- 2 - Possui equipamento de esterilização?() Sim () Não = Estufa() autoclave ()
- 3 - Área de atendimento delimitada por parede ou divisória até o teto, com ligação de esgoto próprio para cada consultório? () Sim () Não
- 4 - Piso de material liso, resistente, e impermeável, que permita um completo processo de limpeza e descontaminação, sem a presença de descontinuidades, tais como: fendas ou rachaduras? () Sim () Não
- 5 - Paredes e/ou divisórias com acabamento liso, de cores claras revestidas com tinta ou material que permita um completo processo de limpeza e desinfecção?
() Sim () Não
- 6 - Ligação hidráulica com entrada e saída de água, embutido ou protegido de forma a impedir retenção de sujeiras? () Sim () Não
- 7 - portas e janelas com superfície lisa, de fácil limpeza? () Sim () Não
- 8 - Iluminação que permite boa visualização do campo de trabalho (natural e artificial)? () Sim () Não
- 9 - Área mínima adequada para atendimento (6,0 m² por cadeira)?() Sim () Não
- 10 - Instalações sanitárias, com vasos sanitários em número suficiente (um para o profissional e os funcionários e um para os pacientes) ? () Sim () Não
- 11 - Os Produtos e materiais Odontológicos utilizados tem prazo de validade respeitados? () Sim () Não

12 - Os Produtos e Materiais Odontológicos utilizados tem registro no Ministério da Saúde? () Sim () Não

13 - O Lixo Contaminado é colocado em saco plástico branco leitoso?() Sim () Não

14 - Utiliza o Serviço Especial de Coleta de Lixo? () Sim () Não

15 - Recipiente com paredes rígidas, rotulado como "CONTAMINADO", com tampa, para todo o material perfuro - cortante desprezado (agulha, lâminas de bisturi, etc) ? () Sim () Não

16 - O lixo Comum é mantido em recipiente com tampa? () Sim () Não

17 - Possui recipiente de vidro com tampa, contendo água no seu interior, para acondicionamento adequado de mercúrio residual? () Sim () Não

18 - O Estabelecimento possui aparelho de ar condicionado? () Sim () Não

19 - Os filtros do aparelho de ar condicionado são limpos regularmente?() Sim () Não

20 - Possui Equipamentos de Proteção Individual - EPI (óculos de proteção, máscaras, luvas descartáveis, avental, gorros, etc) ? () Sim () Não

21 - O compressor está instalado fora da área de atendimento e/ou com proteção acústica? () Sim () Não

22 - O sugador de saliva a ar comprimido ou elétrico é provido de pontas descartáveis? () Sim () Não

23 - As pontas são protegidas com barreiras de proteção de material impermeável? () Sim () Não

24 - Possui lavatórios suficientes para o atendimento, um para a lavagem das mãos e o outro para os instrumentais? () Sim () Não

25 - Os lavatórios possuem sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira? () Sim () Não

Assinatura do Responsável Técnico do Consultório

ANEXO 2

**QUADRO DEMONSTRATIVO DA FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO TIPO I**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Consultório Nº : _____

Município :

Responsável Técnico : Dr (a) :

_____ **Sexo**

: _____

Endereço :

_____ **Nº** _____

Bairro : _____

Cidade :

Telefone : (019) _____

ANEXO 3



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

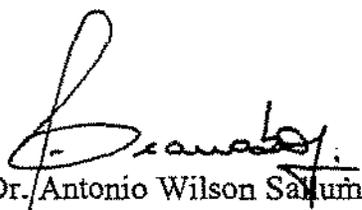
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Projeto "Avaliação das condições sanitárias de estabelecimentos de assistência odontológica, consultório odontológico tipo I", do CD CHEN YA TEN, tendo como orientador o Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, teve seu início em outubro de 1996, antes da instalação do Comitê de Ética em Pesquisa, 19/09/96, Portaria do Diretor 09/97, razão pela qual não foi submetido ao referido Comitê.

Piracicaba, 20 de setembro de 1999


Prof. Dr. Antonio Wilson Saluza
DIRETOR

ANEXO 4

Cons n°	cidade	Anos Fo	uipame	terelizaç	rea Físico	d Materi	Lixo	uip Aces	EPI	AT	P	PD	LH	PJ	Ilu	Amin	InaSan
1	ARA	b	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S	N
2	ARA	b	E	S	N	S	N	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S
3	ARA	b	E	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4	ARA	a	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
5	ARA	c	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
6	ARA	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
7	ARA	b	E	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
8	ARA	c	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
9	ARA	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
10	ARA	a	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
11	ARA	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
12	ARA	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
13	ARA	b	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
14	ARA	c	EA	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
15	ARA	c	EA	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
16	ARA	c	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
17	ARA	a	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
18	ARA	c	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
19	ARA	c	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
20	ARA	b	E	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
21	ARA	b	A	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
22	ARA	d	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
23	ARA	a	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
24	ARA	d	EA	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
25	ARA	c	E	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
26	ARA	b	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
27	ARA	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
28	ARA	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
29	ARA	c	E	N	N	S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N
30	ARA	a	EA	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N
31	ARA	d	EA	S	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N
32	ARA	c	EA	S	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N
33	ARA	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
34	ARA	a	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
35	ARA	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
36	ARA	b	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
37	ARA	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
38	ARA	a	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
39	ARA	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
40	ARA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
41	ARA	c	E	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
42	ARA	d	E	S	N	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
43	ARA	a	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N
44	ARA	d	E	N	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S
45	ARA	b	EA	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
46	ARA	c	EA	S	N	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S
47	ARA	b	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
48	ARA	a	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
49	ARA	b	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
50	ARA	a	EA	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
1	LIME	a	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	S	N	N

2	LIME	b	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N
3	LIME	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
4	LIME	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
5	LIME	b	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N
6	LIME	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
7	LIME	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
8	LIME	a	A	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
9	LIME	d	A	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
10	LIME	b	EA	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
11	LIME	c	EA	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
12	LIME	a	EA	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
13	LIME	d	EA	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
14	LIME	c	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
15	LIME	b	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
16	LIME	d	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
17	LIME	b	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
18	LIME	d	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
19	LIME	a	E	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
20	LIME	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
21	LIME	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
22	LIME	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
23	LIME	d	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
24	LIME	a	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
25	LIME	c	A	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
26	LIME	d	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S
27	LIME	b	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
28	LIME	d	A	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
29	LIME	b	EA	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
30	LIME	d	EA	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
31	LIME	a	EA	S	N	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
32	LIME	d	A	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
33	LIME	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
34	LIME	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
35	LIME	b	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
36	LIME	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
37	LIME	a	EA	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
38	LIME	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
39	LIME	b	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
40	LIME	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S
41	LIME	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
42	LIME	c	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
43	LIME	a	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
44	LIME	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
45	LIME	b	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
46	LIME	b	EA	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
47	LIME	a	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
48	LIME	c	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
49	LIME	d	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
50	LIME	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
1	MG	b	E	S	N	S	N	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S
2	MG	a	E	S	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
3	MG	b	A	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

4	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S	N	S
5	MG	c	EA	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
6	MG	b	E	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	N	S
7	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	N	S
8	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S
9	MG	d	E	S	N	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S
10	MG	a	E	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
11	MG	d	A	N	N	S	N	N	S	S	S	N	S	N	S	S	S
12	MG	d	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
13	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N
14	MG	d	E	N	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
15	MG	b	E	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S
16	MG	d	EA	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
17	MG	b	E	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S
18	MG	d	E	N	N	S	N	N	S	S	S	N	S	N	S	S	S
19	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	N	S
20	MG	a	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	N	S	N	S
21	MG	b	E	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
22	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S
23	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S
24	MG	b	E	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
25	MG	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
26	MG	d	E	S	N	S	N	N	S	S	S	N	S	N	S	N	N
27	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N
28	MG	d	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
29	MG	a	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	N	S	N	S
30	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	N	S
31	MG	b	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
32	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S
33	MG	a	EA	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
34	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S
35	MG	d	E	N	N	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S
36	MG	b	A	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
37	MG	b	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
38	MG	c	E	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
39	MG	a	E	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
40	MG	d	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
41	MG	c	E	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
42	MG	b	E	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
43	MG	d	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
44	MG	a	E	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
45	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S
46	MG	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S
47	MG	d	E	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
48	MG	d	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
49	MG	d	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
50	MG	c	E	S	N	S	N	N	S	S	N	N	S	N	S	N	S
1	PIRA	a	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2	PIRA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
3	PIRA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4	PIRA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5	PIRA	d	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

6	PIRA	a	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
7	PIRA	b	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
8	PIRA	c	E	N	N	S	S	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S
9	PIRA	a	E	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
10	PIRA	b	E	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
11	PIRA	a	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
12	PIRA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
13	PIRA	c	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
14	PIRA	a	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
15	PIRA	b	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
16	PIRA	b	A	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
17	PIRA	c	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
18	PIRA	b	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
19	PIRA	c	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
20	PIRA	a	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
21	PIRA	b	E	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N
22	PIRA	c	E	S	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S	S	N
23	PIRA	b	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
24	PIRA	c	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
25	PIRA	a	EA	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S
26	PIRA	c	EA	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S
27	PIRA	b	E	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
28	PIRA	c	A	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
29	PIRA	c	EA	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
30	PIRA	b	EA	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
31	PIRA	d	EA	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
32	PIRA	b	E	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
33	PIRA	c	EA	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
34	PIRA	a	EA	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
35	PIRA	d	E	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
36	PIRA	c	E	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
37	PIRA	a	E	N	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
38	PIRA	d	EA	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	N
39	PIRA	c	EA	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
40	PIRA	d	A	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
41	PIRA	c	A	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
42	PIRA	a	A	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
43	PIRA	c	E	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
44	PIRA	b	EA	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
45	PIRA	a	EA	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
46	PIRA	b	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	S
47	PIRA	c	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	S
48	PIRA	d	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	S	S	S	N
49	PIRA	c	EA	N	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
50	PIRA	b	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	S	S	N
1	RC	a	E	N	S	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S
2	RC	b	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S
3	RC	c	E	N	N	N	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S
4	RC	c	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5	RC	b	E	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
6	RC	d	E	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S
7	RC	d	E	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N

8	RC	a	E	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
9	RC	c	E	N	N	S	N	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N
10	RC	d	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	N	N	S	N
11	RC	c	E	N	N	S	N	S	S	S	N	N	S	S	S	S	N
12	RC	b	E	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S
13	RC	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
14	RC	a	EA	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
15	RC	c	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
16	RC	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
17	RC	c	E	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
18	RC	b	E	S	N	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S
19	RC	d	E	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
20	RC	c	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
21	RC	b	E	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
22	RC	d	EA	N	N	S	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N
23	RC	c	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
24	RC	a	E	N	N	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S	N
25	RC	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
26	RC	b	E	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	S	S	N
27	RC	d	EA	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
28	RC	b	EA	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
29	RC	c	E	N	N	S	N	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N
30	RC	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
31	RC	c	E	N	N	S	N	S	S	S	N	S	S	N	N	S	S
32	RC	a	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	S	S	N
33	RC	d	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S	S	N
34	RC	b	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
35	RC	d	E	N	N	S	N	N	S	N	S	S	S	N	S	S	N
36	RC	b	E	N	N	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	N
37	RC	d	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
38	RC	d	E	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	S	S	S	N
39	RC	c	E	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
40	RC	b	EA	N	N	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N
41	RC	d	A	N	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S
42	RC	a	EA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
43	RC	c	E	S	N	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N
44	RC	b	A	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
45	RC	c	E	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N
46	RC	d	EA	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
47	RC	b	EA	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	S	S	S	N
48	RC	c	EA	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
49	RC	a	EA	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
50	RC	c	A	N	N	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N

S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	N	S	N	N	S	S	S	N	N	N	N
S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	N	S	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	S	N	S	S
S	S	N	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	N	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S
S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	N	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	N	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S

S	S	S	N	S	S	N	N	N	S	S	S	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S	N	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	S	N
S	S	S	N	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S
S	S	N	N	N	S	S	S	N	S	N	S	N	N
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	N	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	S
S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S
S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	S	S	S	N
S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N
S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N
S	S	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
S	S	S	N	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	N	S	N	S	N	N	S	S	N	N	N
S	S	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	N	N
S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N
N	S	N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	S	S
S	S	N	S	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S
N	S	N	N	S	N	S	N	N	S	S	N	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N
N	S	S	N	N	N	S	N	N	S	S	N	S	N
S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N
N	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N

S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	N	N	S
S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N
S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N
S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	S	S
S	S	S	N	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
S	S	S	N	S	S	S	N	N	S	S	N	S	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	S	N	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	N	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	N
S	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	S
S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S
S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
S	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
S	N	S	N	S	S	S	N	N	S	S	N	N	N
S	N	N	N	S	N	N	S	S	S	S	N	S	S
S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	N	N