

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

RONNY AISLAN RODRIGUES ROCHA

**ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA PELA CLÍNICA-
ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE**

**PATOS-PB
2018**

RONNY AISLAN RODRIGUES ROCHA

**ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA PELA CLÍNICA-ESCOLA
DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Manuella Santos Carneiro Almeida

**PATOS-PB
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

R672a Rocha, Ronny Aislan Rodrigues
 Atendimento à legislação sanitária brasileira pela clínica-escola de
 odontologia da Universidade Federal de Campina Grande / Ronny Aislan
 Rodrigues Rocha. – Patos, 2018.

52f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de
Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

“Orientação: Profa. Dra. Manuella Santos Carneiro Almeida”.

Referências.

1. Legislação sanitária. 2. Biossegurança. 3. Plano de gerenciamento de
resíduos de saúde. 4. Proteção radiológica. I. Título.

CDU 616.314:615.849

RONNY AISLAN RODRIGUES ROCHA

ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA PELA CLÍNICA-ESCOLA
DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 13/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Manuella Santos Carneiro Almeida

Prof^a. Dr^a. Manuella Santos Carneiro Almeida – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Camila Helena M. da Costa Figueiredo

Prof^a. Dr^a. Camila Helena Machado da Costa Figueiredo – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Ludmila Silva de Figueiredo

Prof^a. Ludmila Silva de Figueiredo – 2º Membro
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Dedico aos meus Pais, Irmãs, Tios falecidos
e a todos que somam e/ou multiplicam
em minha trilha vivencial!

AGRADECIMENTOS

Dele, por Ele e para Ele são todos os possíveis agradecimentos, **Deus. Pai onisciente, onipresente e onipotente.**

Aos meus amados Pais, **Valderez da Rocha Lima e Lânia Gardênia Bezerra Rodrigues Rocha** por sempre e de forma integral me apoiarem, incentivarem e confiarem no meu restrito potencial.

As minhas Irmãs, **Delânia Lucas Lima, Darlene Lucas Lima Rocha e Mariana Rodrigues Rocha** por serem minha fonte de incentivo e inspiração.

As minhas queridas **Tias e Tios**, em especial **Totonho, Neta, Lucinha, Helena, Manoel, Ana Lucia, Lurdes, Fernando Rodrigues** que tanto se esforçaram para me ver formado.

Aos meus primos **Nadla Nyanne, Alisson, Rerisson, Anderson (Chibatinha).**

À minha dupla e Amigo, **José Carlos Félix de Lacerda**, por trilhar comigo e ensinar tanto em minha estrada acadêmica e conseqüentemente vivencial. Você sempre será lembrado meu irmão de outra Mãe.

Aos meus amigos de quarto (RUSAN) **Feroz, Fábio Lima, Japonês, Torim, Feroz II e Japonês II pela companhia e paciência trocada aos longos anos de convivência.**

Aos meus amigos da faculdade e do Restaurante Universitário que tenho um enorme apreço: **Caio, Arthur (Bozó), João Rodrigues, João, Dona Maria, Galega, Damiana, Vera, Netim, Pedrina, Damião (Night), Vera, Soró, Yuri, Ribamar, Eduarda Cinthia, Dálet, Jailson, Vitor, Bruna, Carolzinha.**

Aos meus amigos da graduação que levarei comigo além dessa etapa: **José Carlos, Gabriel Rocha, Felipe Braga, Rodrigo Felipe, Thiago Dantas, Henrique Melo, Heloísa Fernandes (Helô), Camila Caldas (Sinistra), Marília Tavares, Nilo Capibaribe, Izaneide Moraes.**

Aos amigos que o futebol me proporcionou e que não esquecerei: **Patrício Janile, Chiquinho, Júlio César e Ruthyana, Alim, Juninho Jatobá, Vereador Douglas e sua Família, Gutinho, Anderson, Luan Aragão, Juciê Jafer, Wendersson, Walter, Alexandre, Mano Erick, Vinicius, Riachão, Tiúba, Hélio Domingos, Geilson, Jenival.**

Aos meus Amigos ora ansiosos e festivos aguardaram por este momento, **Matheus Oliveira, Bruno Rafael, Paulo (Pik) e Yara Nunes.**

À minha orientadora/mãe, Professora **Manuella**, por além de ter ministrado com maestrias suas disciplinas me mostrou que a vida vai muito além dos muros da faculdade me fazendo entender que o sucesso é intimamente ligado ao comprometimento, determinação e que a vitória é fruto do seu caráter e esforço. Muito grato, de coração por tudo que fez por mim nesse momento peculiar da minha vida. Jamais esquecerei a senhora.

Ao Mestre **Julierme Ferreira Rocha** por ser um exemplo de profissional e amigo.

À banca examinadora **Manuella Santos Carneiro, Camila Machado e Ludmila Figueiredo.**

A todos os professores, funcionários e pacientes que se dispuseram a agregar-me valor direta ou indiretamente. Foi de extrema valia para meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu eterno Tio (in memoriam) **Chiquinho das Baterias** que sempre confiou em mim e estava em todo o tempo torcendo pelo meu sucesso. Essa vitória também é do senhor. Saudades.

Ao meu eterno Tio (in memoriam) **Damião Rodrigues.** Esse sonho e realização também é do senhor. Obrigado por tudo, me ensinou a ser feliz com pouco e alegrar os demais com as coisas simples da vida. Te Amo. Saudades.

“Eis o Tempo...

Sabe por que sigo em frente?

Sabe por que persisto mesmo possuindo minhas forças perenemente? Por que sei
que a dor do choro é suprida pelo alívio do sorriso;

Porque sei que o único que realmente é capacitado para entendermo-nos denomina-
se Jesus;

Porque sei que as chances de engrandecimento intrínseco diante das adversidades
multiplicam-se com o Tempo;

Eis o Tempo...monitor da pressão existente em nossos inúmeros vasos nutritivos!

Eis o Tempo...capaz de decifrar significados existentes somente nas entrelinhas!

Eis o Tempo...limitante indispensável de nossas injúrias e contentamentos!

Eis o Tempo...revelador de uma imagem da máquina fotográfica analógica ausente
de filme!

Eis o Tempo...forame para passagem dos filetes da rosa Dias-Dias!

Eis o Tempo...composto orgânico de amadurecimento vitalício!

Eis o Tempo...indicador do período de validade das pessoas em nossa Vida!

Eis o Tempo...antibiótico utilizado no combate há relacionamentos nocivos!

Eis o Tempo...passivo de homogeneizar processos supersaturados!

Eis o Tempo...energia de ativação dependente de substratos vivenciais!

Eis o Tempo...responsável pelo apagar do surgimento da exaustão própria!

Eis o Tempo...”

(Ronny Rocha)

RESUMO

Fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, ambiente são ações preventivas da Vigilância Sanitária atuante nas práticas médico-sanitárias ofertando promoção, proteção em saúde. A presente pesquisa teve como objetivo averiguar a aplicabilidade das normativas preconizadas pela legislação sanitária brasileira na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. As variáveis de estudo foram o cumprimento das normas de biossegurança, avaliação do projeto físico, gerenciamento dos resíduos e verificação das diretrizes a respeito da proteção radiológica. Foi desenvolvida uma pesquisa de natureza transversal e observacional, utilizou uma abordagem indutiva com procedimentos descritivos e técnica de pesquisa por documentação direta em campo no local. Constatou-se que alguns aspectos estão de acordo com o exigido pelas normativas, porém que ainda há deficiência em alguns itens exigidos pela vigilância sanitária: fluxo de ambiente limpo e sujo, dispersão das soluções de processamento, inadequações no plano de gerenciamento de resíduos e no teste microbiológico da autoclave. Conclui-se que a Clínica-Escola de Odontologia da UFCG cumpre com alguns aspectos da legislação sanitária vigente, porém, que ainda não obedece a algumas normas para o funcionamento de uma clínica coletiva normatizada, sendo necessária reavaliação e mudanças no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e infra-estrutura da mesma. Além de melhoria das medidas de biossegurança e na formação acadêmica dos futuros profissionais para que executem promoção, reabilitação e proteção à saúde.

Palavras-chave: Legislação Sanitária. Biossegurança. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Proteção Radiológica.

ABSTRACT

Risk factors associated with products, inputs and services related to health and the environment are preventive actions of Sanitary Vigilance acting in the medical-sanitary practices offering promotion, health protection. The present research had the objective of ascertaining the applicability of the norms recommended by the Brazilian sanitary legislation in the Clinic-School of Dentistry of the Federal University of Campina Grande. The study variables were compliance with biosafety standards, physical design evaluation, waste management and verification of guidelines regarding radiation protection. A cross-sectional and observational research was developed, using an inductive approach with descriptive procedures and research technique by direct on-site field documentation. It was observed that some aspects are in accordance with the requirements of the regulations, but that there are still deficiencies in some items required by health surveillance: clean and dirty environment flow, dispersion of processing solutions, inadequacies in the waste management plan and in the autoclave microbiological test. It is concluded that the Clinical School of Dentistry of the UFCG complies with some aspects of the current sanitary legislation, however, that still does not obey some norms for the operation of a standardized clinical clinic, being necessary reassessment and changes in the management of waste services health and infrastructure. In addition to improving biosafety measures and the academic training of future professionals to carry out promotion, rehabilitation and health protection.

Key words: Health Legislation. Biosafety. Health Services Waste Management Plan. Radiation Protection

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1 33

LISTA DE SÍMBOLOS, NOMENCLATURAS E ABREVIações

AGEVISA-PB	Agência Estadual de Vigilância Sanitária
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CME	Centros de Material e Esterilização
cm	Centímetro
CNAE	Código Nacional de Atividade Econômica
CNEN	Conselho Nacional Energia Nuclear
CRO	Conselho Regional de Odontologia
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
IPEN	Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares
Kvp	Quilovoltagem
m	Metro
m ²	Metros quadrados
nº	Número
NBR	Norma Brasileira
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Serviços de Saúde
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
s	Segundos
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
Visa	Vigilância Sanitária
%	Por Cento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 IMPORTÂNCIA DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E CRIAÇÃO DA ANVISA	16
2.2 DOCUMENTAÇÃO E CONDIÇÕES PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	17
2.3 INFRA-ESTRUTURA.....	19
2.4 PROTEÇÕES RADIOLÓGICAS NOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS ..	21
2.5 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
2.6 BIOSSEGURANÇA	26
REFERÊNCIAS.....	29
3. ARTIGO	31
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO	46
ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DA COORDENAÇÃO DA CLÍNICA ESCOLA	49
ANEXO C - NORMAS DA REVISTA	50

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Rozenfeld (2000), a Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência de saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: gerando promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. A mesma atua sobre fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, ambiente, ambiente de trabalho e outros.

Assim, o modelo brasileiro de regulação do risco sanitário atua sobre estabelecimentos de assistência a saúde, dentre eles consultórios e clínicas odontológicas. Várias leis e diretrizes se aplicam a esses ambientes que prestam serviços à sociedade, abordando estrutura física, proteção radiológica e gerenciamento de resíduos em diversas medidas que visam controlar o risco.

Para entender a respeito de avaliação, elaboração, aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais à saúde utiliza-se a Resolução RDC nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 21 de fevereiro de 2002. Esta norteia todos os requisitos de cumprimento e interpretação do regulamento técnico regido pela ANVISA (BRASIL, 2002). A respeito da proteção radiológica, as diretrizes a serem seguidas estão especificadas na portaria 453 de 01 de junho de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) (BRASIL, 1998). Já com relação ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, a RDC nº 306 de 2004 da ANVISA regulamenta a segregação dos mesmos. À segurança do paciente e dos profissionais envolvidos são assegurados pela RDC nº 15 da ANVISA (BRASIL, 2012)

Visando a saúde pública e ambiental, espera-se que os consultórios/clínicas odontológicas obtenham um grau de sanidade básico padrão. No entanto, sabe-se que nem sempre a capacitação aos cirurgiões-dentistas é ofertada de forma satisfatória, no que diz respeito ao nível de formação acadêmica. Tal fator favorece a ocorrência de um déficit nos futuros profissionais da saúde em relação à responsabilidade sanitária nos seus respectivos ambientes de trabalho (CORRÊA et al., 2005).

É imprescindível que o profissional da área da saúde saiba como atender os princípios que tornem seu ambiente de trabalho apto ao funcionamento pleno junto à comunidade, priorizando a saúde da população e equipe de trabalho. É bastante importante que os ambientes onde os futuros profissionais são treinados sigam as legislações específicas que minimizam os riscos sanitários. Sendo assim, o presente trabalho tenta averiguar a aplicabilidade das normativas preconizadas pela legislação sanitária brasileira na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, visando o diagnóstico situacional quanto aos aspectos positivos e negativos sugerindo possíveis adequações.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 IMPORTÂNCIA DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E CRIAÇÃO DA ANVISA

Na metade da década, a segunda onda das reformas de Estado surgiu no Brasil com a transformação da Secretaria da Administração Federal (SAF) em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e a criação do Plano Diretor da Reforma do Estado, em setembro de 1995. Esta segunda onda de reformas teve igualmente impacto na vigilância sanitária federal que, como era de se esperar, continuava com expressivas dificuldades para realizar suas funções. A SNVS foi extinta, criando-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O Plano Diretor da reforma do Aparelho do Estado tinha o objetivo de implantar a administração gerencial no setor público brasileiro, a partir de um polêmico diagnóstico sobre a necessidade de superar os problemas do modelo burocrático racional-legal. Naquele momento, a conjuntura política era própria à reestruturação do nível federal da vigilância sanitária. A ANVISA nasceu junto com a formalização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o que consolidou a concepção existente do modelo de regulação do risco na área da saúde (LUCCHESI, 2001).

Como um serviço de saúde, a Vigilância Sanitária (Visa) desenvolve um conjunto de ações estratégico no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública. Constitui um componente específico do sistema de serviços de saúde e integra a atenção à saúde que, por seu lado, representa um segmento estratégico para vários ramos do setor produtivo: empresas do complexo médico-industrial, de serviços, de saneantes, alimentos, entre outras. A Visa se situa, portanto, no âmbito da intervenção nas relações sociais produção-consumo e tem sua dinâmica vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico e a um conjunto de processos que perpassam o Estado, o mercado e a sociedade (COSTA, 2009).

A reflexão sobre este conjunto de saberes e práticas pode se dar a partir dos seguintes enfoques: a) a Vigilância Sanitária tem por finalidade a proteção dos meios de vida, ou seja, a proteção dos meios de satisfação de necessidades

fundamentais; b) a Vigilância Sanitária é uma instância da sociedade que integra, com outros serviços, o conjunto das funções voltadas para a produção das condições e pressupostos institucionais e sociais específicos para as atividades de reprodução material da sociedade; c) as ações são de competência exclusiva do Estado, mas as questões de Vigilância Sanitária são de responsabilidade pública (COSTA, 2009).

No âmbito da Visa, a regulação é uma função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos; ou seja, a Vigilância Sanitária constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população. Compete-lhe avaliar riscos e executar um conjunto de ações para prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde, bem como estabelecer regulamentos técnico-sanitários e fazer cumprir estes e as normas jurídicas, que fixam as regras para os comportamentos relacionados com os objetos sob vigilância sanitária. Por isso as ações são de competência exclusiva do Estado que deve atuar em prol da preservação dos interesses sanitários da coletividade, de modo a proteger a saúde da população, dos consumidores, do ambiente. Como também a importância da vigilância sanitária enquanto um instrumento da organização econômica da sociedade, podendo-se perceber que a função protetora de suas ações abarca não apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores, pois ao final protege as marcas da atuação de fraudadores e agrega valor à produção (COSTA, 2009).

2.2 DOCUMENTAÇÃO E CONDIÇÕES PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Antecedendo a execução do serviço odontológico, recomenda-se averiguar os custos e a burocracia que envolve o empreendimento. Deverá estar constando como registro e certificação de dados um Laudo de Vistoria do Bombeiro; a Certidão de Uso e Ocupação do Solo, área do imóvel, caso tenha ou não mais de 100 metros quadrados, Memorial Descritivo do imóvel, Alvará de funcionamento da ANVISA, Memorial de Atividades, Ficha de Inscrição Cadastral e Planta Baixa, cópia do Contrato Social, cópia capa do carnê IPTU do local do estabelecimento, cópia do Comprovante de residência em nome do responsável técnico, Registro de responsabilidade técnica do profissional responsável, cópia do registro no conselho

de Classe do responsável técnico, cópia do R.G. e C.P.F. do mesmo e cópia do Registro Firma Individual (GUARATINGUETA, 2018).

Ao tornar formal o serviço odontológico, existirá uma definição estabelecendo qual será a atividade econômica a partir do Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE), onde será emitido o código referente às atividades odontológicas. Informação que tanto no site do IBGE como no acesso ao portal de Tabela CNAE poderá ser pesquisada (JÚNIOR et al., 2013).

Deverão também ser seguidas as normas de prevenção contra incêndio fornecido pelo Corpo de Bombeiros para ocorrer à aprovação do projeto arquitetônico relacionado à prevenção e segurança da empresa pensando em seus pacientes e no público em geral. Esta aprovação é baseada em condições básicas de segurança sendo analisada estrutura do prédio assim como suas rotas de fuga, equipamentos, alarmes e sinalização no combate a princípios de incêndio. Haverá liberação do local predial escolhido somente se seguido os devidos cumprimentos, realizado a inspeção e com certificado de conformidade, podendo ser feito através da via internet (JÚNIOR et al., 2013).

Além disso, empresas que prestam serviços odontológicos devem ter registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) do Estado pelo qual atuam. Será obrigado e exclusivo, que essas prestadoras de serviços, irão necessitar ter em seu corpo clínico um Cirurgião-Dentista, com responsabilidade técnica pelos serviços de assistência à saúde que a empresa presta. O Responsável profissional será o intermediador de comunicação entre essas prestadoras de serviços e o CRO. Os Profissionais Responsáveis têm como atribuição primordial assegurar que prestadoras de serviços odontológicos obtenham suas expectativas dentro dos padrões científicos, morais e éticos da profissão, testando que os serviços sejam executados por profissionais com habilidade para o desempenho de suas funções legais. Conferindo ao profissional informar e orientar sobre eventuais descumprimentos (regimental, ético e legal) das prestadoras de serviços e corroborar para a qualidade dos procedimentos realizados (SEBRAE, 2018).

Para a instalação de serviços odontológicos, serão requisitados para a recuperação e guarda, a solicitação da Licença de Funcionamento pela Vigilância Sanitária de acordo com as normas e regulamentos legais pertinentes à área de atuação. Esse documento será solicitado antes ao início das atividades e o

responsável técnico deverá contactar com a Vigilância Sanitária para requerer a licença do funcionamento (JÚNIOR et al., 2013).

Havendo nas clínicas odontológicas locais críticos e de riscos, deverão ser cumpridas as normas de biossegurança para que se possa obter o Alvará da Vigilância Sanitária. E será preciso visitar de maneira anual para fiscalizar a respeito do cumprimento dessas normas (SEBRAE, 2018).

2.3 INFRA-ESTRUTURA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conforme a Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 indica detalhadamente como avaliar, elaborar, aprovar os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais à saúde. Além de nortear todos os requisitos de cumprimento e interpretação do regulamento técnico regido (BRASIL, 2002).

Com intuito de regularização, são inspecionados: ambientes, ventilação, iluminação, fluxograma, compatibilidade das áreas com as atividades desenvolvidas, instalações sanitárias por sexo, revestimentos dos pisos, paredes e tetos, conservação e instalação dos equipamentos, limpeza e desinfecção das áreas, dos equipamentos, abastecimento de água, acondicionamento dos resíduos sólidos e sua destinação final (BRASIL, 2007).

O projeto arquitetônico, ampliação ou reforma de um estabelecimento odontológico independente de ser público ou privado, deve ser submetido à avaliação pela Vigilância Sanitária antecipadamente à execução da obra, as unidades odontológicas podem ser divididas em individual ou coletiva. Consultórios individuais devem possuir uma área mínima de 9m², enquanto que em consultórios coletivos as normas variam de acordo com a quantidade de equipamentos disponíveis, devendo respeitar a distância de 0,8 m² entre cabeceiras e 1m entre as laterais de cada cadeira odontológica. Para facilitar a livre circulação dos profissionais e diminuir os riscos evidentes da contaminação por aerossóis (ANVISA, 2006).

Além de todas essas exigências, esses estabelecimentos devem possuir sala de espera que possa ser utilizada tanto por pacientes e acompanhantes previamente a consulta com uma área mínima de 1m² por pessoa, sanitário(s) com área mínima de 1,6 m² e dimensão de 1m, Depósito de Material de Limpeza com área mínima de 2m²

e dimensão de 1m, e central de esterilização sendo dividida em dois ambientes, sendo um sujo e outro o limpo. No caso de consultórios individuais, a central de esterilização, pode ser instalada em um mesmo ambiente, sendo constituído por uma bancada com pia e os materiais usados para realizar a esterilização, seguindo as normas de biossegurança (BRASIL, 2002).

No que se refere aos materiais de acabamento, também é necessário seguir as regras e padrões quanto ao seu uso, obedecendo aos critérios preconizados pela resolução RDC nº 50, de fevereiro de 2002, visando promover o controle dos riscos de infecções nesses ambientes (BRASIL, 2002).

A legislação sanitária brasileira classifica os ambientes quanto ao risco de infecção, sendo eles: áreas críticas, semi-críticas e não-críticas (BRASIL, 2002).

As áreas críticas são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Já as áreas semicríticas são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. E as áreas não-críticas são todos os demais compartimentos dos EAS não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco (BRASIL, 2002).

Em casos de ambientes críticos e semicríticos, os materiais que serão usados devem ser resistentes à lavagem e desinfecção. No caso de materiais cerâmicos, além de rejunte de suas peças, quando usadas em áreas com grandes riscos de contaminação, não deve possuir um índice de absorção de água superior a 4 %, com relação às tintas destinadas para pintura à base de epóxi, policloreto de vinila, poliuretano ou outras que são destinados a áreas molhadas podem ser usados desde que sejam resistentes a lavagem. Uso de divisórias removíveis em ambientes críticos e semi-críticos não são permitidos, entretanto, paredes pré-fabricadas podem ser empregadas, desde que não apresente ranhuras e sejam resistentes a limpeza (BORMIO et al., 2011).

O teto deve ser contínuo em áreas críticas, sendo proibido o uso de forros falsos e removíveis que possam impedir a limpeza do ambiente, nas demais áreas podem ser empregadas janelas com ou sem película de vidro para proteção do sol e poeira. No caso de cortinas e persianas podem servir para proteção, desde que a limpeza seja feita com bastante rigor (BORMIO et al., 2011).

Os Centros de Material e Esterilização (CME) Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente sala de recepção e limpeza (setor sujo); sala de preparo e esterilização (setor limpo); sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo); área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo) (BRASIL,2012).

Para que seja realizado um bom atendimento, as instalações elétricas e de iluminação do consultório odontológico devem ser embutidas ou protegidas com material resistente, sendo submetidos às normas de segurança da ABNT NBR 5413, onde se recomenda a colocação de lâmpadas fluorescentes para melhor distribuição da luz, propiciando boa visibilidade, sem ofuscamento e sombras. É vedado o uso de extensões e tomadas múltiplas que sirvam para alimentação de diversos equipamentos (ABNT 1992).

O sistema de ventilação pode ser natural ou forçado, pois dessa forma evita o acumula de fungos e vapores. O sistema de ar condicionado pode ser instalado desde que atenda as normas da ABNT NBR 6401 e estejam acompanhados por um sistema de exaustão e ventilação (BRASIL, 1980).

O abastecimento de água no consultório odontológico deve ser ligado à rede pública ou possuir abastecimento próprio, com um sistema efetivo de cloração. No caso de reservatórios com caixa d'água, a mesma deve ter capacidade para dois dias ou mais e recomenda-se a limpeza periódica (BRASIL, 2006).

2.4 PROTEÇÕES RADIOLÓGICAS NOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS

A proteção radiológica segue o Princípio da Otimização que estabelece que as instalações e as práticas devem ser planejadas, implantadas e executadas de modo que a magnitude das doses individuais, o número de pessoas expostas e a probabilidade de exposições acidentais sejam tão baixos quanto razoavelmente exeqüíveis, levando-se em conta fatores sociais e econômicos, além das restrições de dose aplicáveis (BRASIL, 1998).

Aqueles ambientes do estabelecimento de saúde que faz uso dos raios-X diagnósticos necessitam estar em conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de

Saúde, Portaria 1884 de 11/11/94, ou a que vier a substituí-la, no caso a portaria 453 de 01 de junho de 1998 da SVS substituiu-a (BRASIL, 1998).

O regulamento técnico disposto na portaria 453 de 01 de junho de 1998 da SVS estabelece as diretrizes a respeito de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, assim como dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional (BRASIL, 1998).

Em conformidade com a portaria 453, de 01 de junho de 1998 da SVS, nenhuma instalação pode ser construída, modificada, operada ou desativada, assim como nenhum equipamento de radiodiagnóstico pode ser vendido, operado, transferido de local, modificado e nenhuma prática com raios-X diagnósticos pode ser executada sem que aja um acordo com os requisitos estabelecidos na portaria supracitada (BRASIL, 1998).

O equipamento de raio-X intraoral deve ser instalado no consultório ou sala, com dimensão suficiente para manter uma distância de pelo menos 2m do cabeçote para o paciente (BRASIL, 1998). Como proteção do público em geral, é indicado pelo Ministério da Saúde que as salas equipadas com aparelhos de raios-X devem dispor de sinalização visível no exterior das portas de acesso, contendo o símbolo internacional da radiação ionizante (trifólio) acompanhado da inscrição “Raios-X, entrada restrita” ou “Raios-X, entrada proibida a pessoas não autorizadas” e um quadro com orientações sobre o uso de vestimenta plumbífera (MELO; MELO, 2008).

No caso da sinalização luminosa vermelha que deverá ser acionada durante a execução dos exames radiológicos indicando que o gerador está ligado e tem risco de exposição, a mesma ficará situada acima da porta de acesso, acompanhada do seguinte aviso: “Quando a luz vermelha estiver acesa a entrada é proibida” (BRASIL, 2006).

No que se refere ao processamento radiográfico, devem ser seguidas as recomendações do fabricante com respeito à concentração da solução, temperatura e tempo de revelação. Além disso, deve ser afixada na parede da câmara uma tabela de tempo e temperatura de revelação e a temperatura do revelador deve ser medida antes da revelação (BRASIL, 2006).

Para radiografias intraorais, as câmaras portáteis de revelação manual podem ser facilmente utilizadas, desde que confeccionadas com material opaco que exige a ausência de luz. Essas soluções devem ser trocadas sempre que houver

necessidade e não pode ser empregadas soluções ou filmes com prazos de validade suplantados. Tanto as câmaras, quantas as cubas, têm que serem mantidas limpas e o filme devem ser armazenados e protegido do calor, da umidade, radiação e vapores químicos. Um termômetro deve ser usado para verificar temperatura dos líquidos, o cronômetro facilita o controle do tempo e a tabela de revelação é usada para reduzir a quantidade de erros, garantido dessa forma o processamento (BRASIL, 2006).

Durante a execução de radiografias intraorais o uso de aparelhos de maior tensão, são considerados mais seguros e eficientes, pois a tensão dos tubos de raios-X deve ser maior ou igual a 50 kvp, de preferência ser maior que 60 kvp. O diâmetro do campo não deve ser superior a 6 cm, pois visa limitar a área que terá interesse radiográfico. Já o botão de disparo deve ser instalado em uma cabine de proteção e ligado a um fio que ficará a uma distancia de 2m do tubo e do paciente quando for acionado pelo profissional e a duração da exposição não deve ser superior a 5s (BRASIL, 1998).

De acordo com a lei, os profissionais da saúde que fazem uso de qualquer tipo de radiação ionizante, seja com fins de diagnóstico ou terapêutico, tem o dever e obrigação de proteger seus pacientes com a blindagem plumbífera para evitar a exposição das gônadas, tórax e tireóide. Além disso, deve-se disponibilizar também protetor plumbífero específico para a área da tireóide dos pacientes (BOHNER et al., 2008).

Para a proteção do profissional e equipe, é indicado que ao realizar exames intrabucais o operador mantenha-se a uma distância de, pelo menos, 2m do tubo e do paciente durante as tomadas, uma vez que o poder de penetração das radiações ionizantes é inversamente proporcional ao quadrado da distância (MELO; MELO, 2008; FLÔR; KIRCHHOF, 2006). Ainda com relação à proteção do profissional, ao observar a portaria 453/1998 é possível entender que não há necessidade do uso de dosímetro por parte dos mesmos, sendo este dispositivo desnecessário em consultórios que realizam poucas radiografias semanais (BRASIL, 1998).

Todos aqueles profissionais que se fazem necessários estarem na sala do raio-X devem posicionar-se em maneira que nenhuma parte do corpo, extremidades inclusas, sejam atingidas pelo feixe primário sem estar protegida por 0,5 milímetros equivalente de chumbo. Como também se resguardar da radiação espalhada por

vestimenta ou barreiras protetoras com atenuação não inferior a 0,25 milímetros equivalentes de chumbo (BRASIL, 1998).

Sabe-se, ainda, que a exposição aos raios-X é extremamente danosa ao feto, podendo provocar até morte uterina prematura, quando estas ocorrem nos primeiros dias pós-concepção, e que durante o primeiro trimestre as radiografias devem ser evitadas devido à velocidade de replicação celular. Os avisos sobre a realização de exames radiográficos em pacientes gestantes têm a função de informar as mesmas sobre a segurança deste procedimento, e a avaliação, quando da ciência do cirurgião-dentista, da extrema necessidade do exame. Quando os benefícios se sobressaírem aos malefícios, o exame poderá ser realizado, desde que se obedeça a determinadas restrições como evitar repetições e proteger o abdômen com avental de chumbo (CANEPPELE et al., 2011).

2.5 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Definem-se como geradores de resíduos de Serviços de Saúde (RSS) os serviços em sua totalidade relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, como também os serviços de assistência em domicílio e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; serviços de medicina legal; drogarias e farmácias sejam elas de manipulação ou não; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; distribuidores de produtos farmacêuticos, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde (BRASIL, 2004).

Compete a todo gerador de RSS elaborar seu próprio Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). O mesmo é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no campo dos estabelecimentos, englobando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente (BRASIL, 2004).

Quando se trata de gerenciar esses resíduos, existe um problema neste aspecto. Isso se deve, muitas vezes, a fatores relacionados ao déficit na formação

dos futuros profissionais da saúde no que diz respeito à responsabilidade sanitária nos seus respectivos ambientes de trabalho (CORRÊA et al.,2005).

O gerenciamento dos resíduos sólidos tem como objetivo minimizar a produção destes e proporcionar ou até mesmo impedir os malefícios que eles venham a causar. Os resíduos gerados nos estabelecimentos que prestam serviços a saúde são classificados em grupos de acordo com a RDC ANVISA nº 306, de 07 de dezembro de 2004 em: Grupo A: resíduos com a presença de agentes biológicos, Grupo B: resíduos químicos, Grupo C: rejeitos radioativos, Grupo D: resíduos comuns, Grupo E: resíduos perfurocortantes (BRASIL, 2004).

Os resíduos do Grupo A englobam os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: luvas de procedimento usadas no atendimento odontológico, invólucros dos filmes radiográficos, dentre outros (BRASIL, 2006).

Os resíduos do Grupo B contêm substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: resquícios de amálgama ou outros, resíduos contendo metais pesados (BRASIL, 2006).

Um exemplo de resíduo que possui um grau acentuado de risco químico é o amálgama, devido em sua composição existir um minério cujo nome é mercúrio. O referido resíduo é gerado tanto no ato da realização, confecção como no descarte das restaurações. E mesmo que tenha havido um acréscimo na substituição desse material restaurador odontológico pela resina composta, o mesmo ainda é utilizado de forma considerável, principalmente em serviços públicos (SANTOS et al.,2014).

Os sugadores e bombas a vácuo ao captar água que contenha resíduos das restaurações de amálgama removida, despejam-no em rede de esgoto onde o mercúrio é sedimentado transformando-se em metilmercúrio, que assim contamina o plâncton. Esses resíduos são classificados como tóxicos por sua quantidade elevada de mercúrio (50% em peso) pela NNBR 10004 dos resíduos sólidos. (SANTOS et al.,2014).

Os resíduos do Grupo C são todos os materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear,

como, por exemplo, serviços de medicina nuclear, radioterapia e etc (BRASIL, 2006).

Os resíduos do Grupo D não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: papel, embalagem em geral, gesso (BRASIL, 2006).

Os resíduos do Grupo E materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares (BRASIL, 2006).

Os reveladores utilizados para o processamento radiográfico devem ser encaminhados para um processo de neutralização para alcançarem um pH entre 7 e 9, seguindo para seu descarte na rede de esgoto ou corpo receptor seguindo as normas ambientais, enquanto que os fixadores podem ser encaminhados para um processo de recuperação da prata (BRASIL, 2006).

A RDC ANVISA nº 306 de 2004 faz sinopse das regulamentações que são primordiais para o GRSS, onde visa o desenvolvimento autossustentável como também o bem-estar da comunidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

A identificação consiste no conjunto de medidas que permita o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações na correta manipulação dos RSS. A identificação deve estar em amostra nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta e transporte, tanto interno como externo, e nos locais de armazenamento, em local de visualização facilitada, de forma indelével, utilizando-se frases, símbolos e cores cumprindo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos (BRASIL, 2004).

2.6 BIOSSEGURANÇA

A biossegurança consiste no conjunto de ações voltadas para a prevenção, redução ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa e prestação de serviços, riscos estes, que podem vir a comprometer a saúde do meio ambiente, animais ou indivíduos (PECHTER, 2009).

A RDC ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Segundo essa RDC, é obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas (BRASIL, 2012).

O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. O rótulo de identificação da embalagem deve conter nome do produto; número do lote; data da esterilização; data limite de uso; método de esterilização; nome do responsável pelo preparo (BRASIL, 2012).

O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6), segundo rotina definida pelo próprio Centros de Material e Esterilização ou pela empresa processadora (BRASIL, 2012).

Além disso, o monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização (BRASIL, 2012).

No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga e deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização (BRASIL, 2012).

Os detergentes são produtos destinados à limpeza de artigos e superfícies por meio da diminuição da tensão superficial, composto por grupo de substâncias sintéticas, orgânicas, líquidas ou pós-solúveis em água que contêm agentes umectantes e emulsificantes que suspendem a sujidade e evitam a formação de compostos insolúveis ou espuma no instrumento ou na superfície (BRASIL, 2012).

Apesar da conscientização por parte dos cirurgiões-dentistas, existe ainda uma preocupação muito grande com a Radiologia Odontológica, que por não ser associada a instrumentos cortantes, gotículas de sangue, não é geralmente associada com a necessidade de controle de infecção. Todavia, como os autores salientam, a transmissão de doenças infecciosas é possível devido à contaminação

dos materiais e dos equipamentos utilizados para a obtenção de radiografias intra e extrabucais (CARVALHO, 1999).

É de fundamental importância que, mesmo sabendo que trabalhadores da área de saúde não estão em risco durante o exame radiográfico, por este ser considerado um procedimento não-invasivo, isto não deve ser motivo de descaso quanto às normas de proteção para controle de infecção, uma vez que é possível o contágio de pacientes por infecções transmitidas direta ou indiretamente (WHAITES, 2003).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 5413:** iluminação de interiores. Rio de Janeiro, 1992. 13p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6401.** Instalações centrais de ar-condicionado para conforto - Parâmetros básicos de projeto. Rio de Janeiro. RJ. 1980.

BOHNER, L. O. L. et al. Difusão de material informativo sobre o descarte de resíduos radiológicos entre acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas da região sul do Brasil. **Revista Monografias Ambientais**, v. 3, n. 3, p. 476-481, 2011.

BORMIO, M. F. et al. Consultório Odontológico: uma AET utilizando-se da EWA. **Revista de Design. Londrina-PR**. v. 2. n. 1. p. 53 – 68, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução 357, de 17 de março de 2005.** Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. Publicada no DOU número 053, 58-63 p de 18 de março de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 152 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002.** Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de março de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução– rdc nº 306, de 07 de dezembro de 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 453 de 1º de junho de 1998.** Aprova o regulamento técnico “Diretrizes de Proteção Radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico” – Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **RDC nº 15 de 15 de Março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF, 15 de Março de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 19 dez. 2017.

CANEPPELE, T. M. F.; YAMAMOTO, E. C.; SOUZA, C. A. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, São Paulo, v. 1, p. 31-41, 2011.

CARTILHA SEBRAE – **Como abrir e fazer a gestão de uma clínica odontológica** – São Paulo. Disponível em: www.sebraesp.com.br. (Criosp.org.br [internet]. São Paulo. Disponível em: www.criosp.org.br/intranet/sebraesp/). Acesso em: 12 jan. 2018.

CARVALHO, P. L.; PAPAIZ, E. G. Controle de infecção em radiologia odontológica. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 53, n. 3, p. 202-204, 1999.

CORRÊA, L. B. et al. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 571-584, 2005.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EdUFBA, 2009. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2018.

GUARATINGUETÁ.sp.org [internet]. **Guaratinguetá**. Disponível em: <http://guaratingueta.sp.gov.br/>

JÚNIOR, A. C. S. et al. Análise da viabilidade financeira e dos aspectos legais para implementação de clínica odontológica na cidade de Goiânia. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 22, n. 63, 2013.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

MELO M. F. B.; MELO S. L. S. Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, p. 2163-70. 2007.

PECHTER, D. Biosafety and biosecurity. **JALA: Journal of the Association for Laboratory Automation**, v. 14, n. 3, p. A8-A8, jun. 2009.

ROZENFELD, S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2000.

SANTOS, J. A. et al. Cuidados na armazenagem e descarte de resíduos de amálgama na prática odontológica: responsabilidade socioambiental do cirurgião-dentista. **Archives of Health Investigation**, v. 3, p. 23-24, 2014.

WHAITES, E. **Princípios de Radiologia Odontológica**. 3^o ed., Porto Alegre, Artmed, 2003.

3. ARTIGO

ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA PELA CLÍNICA- ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

ATTENDANCE TO BRAZILIAN HEALTH LEGISLATION BY THE SCHOOL OF
DENTISTRY OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF CAMPINA GRANDE

AUTORES:

Ronny Aislan Rodrigues **ROCHA**¹

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
Patos/PB, Brasil.

Email: ronnyrocha10@hotmail.com

Manuella Santos Carneiro **ALMEIDA**²

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG),
Patos/PB, Brasil.

Email: manuellacarneiro@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Manuella Santos Carneiro Almeida - Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Campina

Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N,
Rodovia
Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.
Email: manuella Carneiro@hotmail.com

RESUMO

Fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, ambiente são ações preventivas da Vigilância Sanitária atuante nas práticas médico-sanitárias ofertando promoção, proteção em saúde. A presente pesquisa teve como objetivo averiguar a aplicabilidade das normativas preconizadas pela legislação sanitária brasileira na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. As variáveis de estudo foram o cumprimento das normas de biossegurança, avaliação do projeto físico e gerenciamento dos resíduos da mesma e verificação das diretrizes a respeito da proteção radiológica. Foi desenvolvida uma pesquisa de natureza transversal e observacional, onde utilizou uma abordagem indutiva com procedimentos descritivos e técnica de pesquisa por documentação direta em campo no local. Constatou-se que alguns aspectos estão de acordo com o exigido pelas normativas, porém que ainda há deficiência em alguns itens exigidos pela vigilância sanitária: fluxo de ambiente limpo e sujo, dispersão das soluções de processamento, inadequações no plano de gerenciamento de resíduos e no teste microbiológico da autoclave. Conclui-se que a Clínica-Escola de Odontologia da UFCG cumpre com alguns aspectos da legislação sanitária vigente, porém, que ainda não obedece a algumas normas para o funcionamento de uma clínica coletiva normatizada, sendo necessária reavaliação e mudanças no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e infra-estrutura da mesma. Além de melhoria das medidas de biossegurança e na formação acadêmica dos futuros profissionais para que executem promoção, reabilitação e proteção à saúde.

Palavras-chave: Legislação Sanitária. Biossegurança. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Proteção Radiológica.

ABSTRACT

Risk factors associated with products, inputs and services related to health and the environment are preventive actions of Sanitary Vigilance acting in the medical-sanitary practices offering promotion, health protection. The present research had the objective of ascertaining the applicability of the norms recommended by the Brazilian sanitary legislation in the Clinic-School of Dentistry of the Federal University of Campina Grande. The study variables were compliance with biosafety standards, physical design evaluation, waste management and verification of guidelines regarding radiation protection. A cross-sectional and observational research was developed, using an inductive approach with descriptive procedures

and research technique by direct on-site field documentation. It was observed that some aspects are in accordance with the requirements of the regulations, but that there are still deficiencies in some items required by health surveillance: clean and dirty environment flow, dispersion of processing solutions, inadequacies in the waste management plan and in the autoclave microbiological test. It is concluded that the Clinical School of Dentistry of the UFCG complies with some aspects of the current sanitary legislation, however, that still does not obey some norms for the operation of a standardized clinical clinic, being necessary reassessment and changes in the management of waste services health and infrastructure. In addition to improving biosafety measures and the academic training of future professionals to carry out promotion, rehabilitation and health protection.

Key words: Health Legislation, Biosafety, Health Services Waste Management Plan, Radiation Protection

INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência de saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: gerando promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. A mesma atua sobre fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, ambiente, ambiente de trabalho e outros (ROZENFELD, 2000).

Assim, o modelo brasileiro de regulação do risco sanitário atua sobre estabelecimentos de assistência a saúde, dentre eles consultórios e clínicas odontológicas. Várias leis e diretrizes se aplicam a esses ambientes que prestam serviços à sociedade, abordando estrutura física, proteção radiológica e gerenciamento de resíduos em diversas medidas que visam controlar o risco.

Para entender a respeito de avaliação, elaboração, aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais à saúde utiliza-se a Resolução – RDC nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 21 de fevereiro de 2002. Esta norteia todos os requisitos de cumprimento e interpretação do regulamento técnico regido pela ANVISA (BRASIL, 2002). A respeito da proteção radiológica, as diretrizes a serem seguidas estão especificadas na portaria 453 de 01 de junho de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) (BRASIL, 1998). Já com relação ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, a RDC nº 306 de 2004 da ANVISA regulamenta a segregação e destino final dos mesmos. À

segurança do paciente e dos profissionais envolvidos são assegurados pela RDC nº 15 da ANVISA (BRASIL, 2012)

Visando a saúde pública e ambiental, espera-se que os consultórios/clínicas odontológicas obtenham um grau de sanidade básico padrão. No entanto, sabe-se que nem sempre a capacitação aos cirurgiões-dentistas é ofertada de forma satisfatória, no que diz respeito ao nível de formação acadêmica. Tal fator favorece a ocorrência de um déficit nos futuros profissionais da saúde em relação à responsabilidade sanitária nos seus respectivos ambientes de trabalho (CORRÊA et al., 2005).

É imprescindível que o profissional da área da saúde saiba como atender os princípios que tornem seu ambiente de trabalho apto ao funcionamento pleno junto a comunidade, priorizando a saúde da população e equipe de trabalho. É bastante importante que os ambientes onde os futuros profissionais são treinados sigam as legislações específicas que minimizam os riscos sanitários. Sendo assim, o presente trabalho objetivou averiguar a aplicabilidade das normativas preconizadas pela legislação sanitária brasileira na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, visando o diagnóstico situacional quanto aos aspectos positivos e negativos sugerindo possíveis adequações.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal e observacional, que foi realizada utilizando uma abordagem indutiva com procedimento estatístico descritivo e técnica de documentação direta através da pesquisa de campo, utilizando o formulário como instrumento.

A pesquisa foi realizada nas dependências da Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, situada no Centro de Saúde e Tecnologia Rural, no campus de Patos - Paraíba, Brasil, situada a 316 km da capital do estado, sendo este local, o próprio objeto do estudo.

Para obtenção da autorização da realização da pesquisa na Clínica-Escola da Universidade Federal de Campina Grande, foi solicitada à Coordenadora da Clínica-Escola de Odontologia dessa instituição, a assinatura de uma carta de anuência, na qual será explicado os objetivos do estudo e os procedimentos a serem realizados nas dependências da instituição (Anexo I).

A avaliação foi realizada por um examinador devidamente treinado para a coleta dos dados. Para o treinamento, o examinador participou de uma explanação teórico-prática ministrada por um profissional com experiência e atuação na área da fiscalização sanitária.

O examinador realizou as avaliações de forma sistemática com o auxílio de uma Ficha de Avaliação para a coleta de dados (Apêndice A). O primeiro momento da pesquisa foi de inspeção *in loco* quanto ao cumprimento das normativas pela clínica-escola. Assim, foi averiguado se havia o cumprimento dos itens exigidos na RDC ANVISA nº 50 de 21 de Fevereiro 2002; Portaria 453 de 01 de junho de 1998 da SVS, RDC ANVISA nº 306 de 7 de Dezembro de 2004, RDC ANVISA nº 15 de Marco de 2012.

O segundo momento da pesquisa foi de verificação da documentação necessária para comprovação de regularidade de alguns itens das legislações supracitadas, como existência de: contrato com empresa coletora de resíduos; planta-baixa do estabelecimento; plano de gerenciamento de resíduos; memorial de proteção radiológica; documentos e manuais dos equipamentos utilizados na clínica.

Os dados foram analisados de forma descritiva e apresentados em forma de tabela.

RESULTADOS

Após a inspeção *in loco* realizada na Clínica-Escola da UFCG, verificando os parâmetros exigidos pela legislação sanitária brasileira, foram observados os resultados apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Avaliação dos itens exigidos pela legislação sanitária na Clínica-Escola de Odontologia da UFCG.

Questionamento	Resposta	Legislação que regulamenta
1.Existe avental plumbífero disponível para o paciente nas salas com aparelhos de raio-X?	(x)Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.41(a) 5.8(i)
2.Existe avental plumbífero disponível para o acompanhante em cada sala com aparelho de raio-X?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.50(iii) e 4.3(ii)

3. Existe protetor de tireóide disponível para o paciente?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 5.8(i)
4. Existe protetor de tireóide disponível para o acompanhante	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.50(iii) e 4.3(ii)
5. O disparador do equipamento é digital?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.52(iii)
6. O tamanho do fio que liga o painel de controle ao aparelho permite o profissional se afastar 2 metros ?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 4.13(g)
7. Há sinalização de radiações ionizantes (trifólio) na sala em que está o equipamento de raio- X?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.41(b) e 5.4(a) e 4.3(c)
8. Existe na sala aviso aos pacientes e acompanhantes a respeito da necessidade de utilização do avental plumbífero?	() Sim (x) Não	453 de 1998 da SVS 5.4(i) e 5.4(iii)
9. Existe memorial de proteção radiológica?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.8(d)
10. Existem os documentos e manuais dos equipamentos utilizados na clínica?	(x) Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.52(l), 4.24 e 3.5(b)
11. As cadeiras odontológicas são afastadas seguindo a distância mínima de 1 metro?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Tabela-UNIDADE FUNCIONAL:1
12. O piso é feito de material impermeável e de fácil limpeza?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto executivo(C.1) – 4.9(f) da portaria 453.
13. As paredes são pintadas de cor clara?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Executivo(C.1)
14. O fluxo de ambiente limpo e sujo está correto?	() Sim (x) Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Estudo preliminar(A.3)
15. Existe pia para lavagem das mãos do profissional antes do atendimento?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Básico(B.4)
16. Existe banheiro disponível para os pacientes e equipe?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Básico(B.1.1)(B.1.3)
17. Existe a planta-baixa do estabelecimento disponível no local?	(x) Sim () Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Apresentação de desenhos e documentos(1.4.2) – Procedimentos(1.6.2) – Ambientes do EAS e NBR 6492(Representação de projetos de arquitetura)

18. Existe contrato/parceria com empresa coletora de resíduos?	(x) Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA Item 2.5
19. O material perfuro-cortante é segregado em caixas rígidas apropriadas?	(x) Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA 14 – GRUPO E(14.1)
20. O lixo infectante é colocado em sacos plásticos que possuem o símbolo universal desse tipo de lixo?	(x) Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III IDENTIFICAÇÃO(1.3.1 e 1.3.2)
21. Existe lixeira especificando lixo comum?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA IDENTIFICAÇÃO - GRUPO D (13.2.1)
22. As lixeiras para lixo infectante possuem indicações?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III(GRSS)
23. O revelador é dispensado em bombona apropriada?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA GRUPO B(11.13)
24. O fixador é dispensado em bombona apropriada?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA GRUPO B(11.14)
25. As soluções de processamento são recolhidas pela empresa coletora de resíduos?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III 1.4, 1.8
26. Existe plano de gerenciamento de resíduos?	() Sim (x) Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO V(PGSS- 4.01)
27. Existe armazenamento dos resíduos de amálgama?	(x) Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA 11 – GRUPO B 11.6
28. Utiliza-se detergente enzimático na lavagem do instrumental?	(x) Sim () Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 4ºX
29. A embalagem do instrumental aos kits e as brocas são embaladas separadamente?	(x) Sim () Não	RDC nº 15 de 2012

30. As embalagens são seladas e com prazo de validade da esterelização?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 85
31. Os testes microbilógicos da autoclave são com periodicidade ?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 96, 97, 98, 99
32. Existem EPIs para lavagem do instrumental ?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	RDC nº 15 de 2012

DISCUSSÃO

A vigilância sanitária desenvolve um conjunto de ações estratégico no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública (COSTA, 2009). A regulação sanitária pode ser compreendida como todo controle, sustentada e especializada, feita pelo Estado ou em seu nome, que interferem nas atividades de mercado que são ambivalentes, pois, ainda que úteis, apresentam riscos para a saúde da população (SOUZA, 2007).

Conforme Costa (2009) os serviços de saúde, sejam assistenciais ou de apoio diagnóstico, constituem objeto de grande complexidade quanto aos riscos, quanto maior a densidade tecnológica e a diversidade de serviços que prestam. Os serviços de saúde constituem espaços de sobreposição de riscos, visto que comportam a maior parte dos produtos sob vigilância sanitária, uma multiplicidade de processos com eles, envolvendo distintos profissionais e suas subjetividades, e atividades com pessoas em geral em situações de vulnerabilidade aumentada pelos problemas de saúde. Além dessa dimensão dos chamados riscos iatrogênicos, há ainda os demais serviços de interesse da saúde, cuja diversidade também indica ampliação da problemática dos riscos como objeto de trabalho da vigilância sanitária.

Inicialmente, quando se projeta uma clínica e/ou consultório odontológico deve-se respeitar algumas obrigadoriedades, como áreas previamente estabelecidas de acordo com a legislação e normas da ANVISA. A orientação dada pela vigilância sanitária é que, antes mesmo da construção da estrutura física do estabelecimento de assistência à saúde, a planta-baixa seja submetida à aprovação do órgão

fiscalizador, facilitando assim que reformas onerosas sejam realizadas posteriormente.

Segundo a legislação, consultórios individuais devem possuir uma área mínima de 9m², enquanto que em consultórios coletivos as normas variam de acordo com a quantidade de equipamentos disponíveis, devendo respeitar a distancia de 0,8m² entre cabeceiras e 1m entre as laterais de cada cadeira odontológica. Para facilitar a livre circulação dos profissionais e diminuir os riscos evidentes da contaminação por aerossóis (BRASIL, 2006). Segundo Dos Santos et al. (2010) nas clínicas da UFPB em relação às distâncias entre duas cadeiras odontológicas, numa clínica coletiva, excluindo aquelas em que os equipamentos odontológicos são separados por paredes ou divisórias, as distâncias entre esses não corresponderam ao determinado em três clínicas. Apenas em uma clínica as distâncias entre as cadeiras odontológicas obedeceram à norma da RDC nº 50 de 2002 da ANVISA, a qual preconiza que a distância mínima seja de 2,00m. Este dado corrobora com os resultados da Clínica-Escola da UFCG, que segue a preconização da RDC nº 50 de 2002 da ANVISA.

De acordo com as normas da Vigilância Sanitária (2006), o ambiente sujo, deve ser a sala para lavagem e descontaminação dos materiais que foram utilizados. Deve possuir bancada, pia, e guichê para área limpa, devendo ter 4,8m². O ambiente limpo, deve possuir sala para preparo dos materiais, esterilização, estocagem dos materiais com bancada para apoio dos materiais de esterilização, armários para os materiais serem guardados e guichê para distribuição com área mínima de 4,8m². O recebimento, limpeza, lavagem e separação dos materiais, são considerados pela Vigilância Sanitária como "sujo" e por isso devem ser realizadas em ambientes próprios com paramentação adequada e utilização correta dos EPIs: avental plástico, máscara, gorro, calçados fechados, óculos e luvas grossas de borracha (não cirúrgicas). E esses materiais devem passar para a área limpa atrás dos guichês disponíveis nos locais (BRASIL, 2006). Conforme os resultados obtidos nos estudos de Dos Santos et al. (2010) percebe-se que o ambiente físico da área operatória das clínicas odontológicas analisadas não obedeceram aos parâmetros da RDC nº 50/02 ANVISA. O presente estudo também verificou resultado negativo nesse aspecto.

Camargo et al. (2014) avaliaram consultórios odontológicos de Boa Vista, no estado de Roraima. Com relação ao critério infraestrutura, 53% da amostra

encontrava-se em desacordo à RDC ANVISA nº50/2002, integralmente. O fato de estar em conformidade com a referida norma, não é garantia de que o fluxo asséptico seja realizado com sucesso na rotina diária, todavia, torna-se por demais preocupante, inferir que na maioria dos consultórios analisados tende-se ser mais difícil por em prática as medidas padrão para controle de infecção, quando a infraestrutura já se inicia de forma inadequada. Corroborando com os dados de Camargo et al. (2014) a clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba possui fluxo de ambiente limpo e sujo inadequado.

O material adequado para o revestimento de paredes pisos e tetos de ambientes de áreas crítica e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes (BRASIL, 2002). A Clínica-Escola de Odontologia da UFCG apresentou piso e paredes adequadas em 100,0% da área, permitindo, assim, um completo processo de limpeza e descontaminação, sem a presença de descontinuidade, tais como fendas ou fechaduras. Esse resultado diverge do encontrado por Ten et al. (2005) que ao avaliarem estabelecimentos de assistência à saúde odontológica, constatou que apenas 83,6% da amostra apresentou piso adequado de material liso, resistente e impermeável.

O alvará sanitário de funcionamento é obrigatório a quaisquer serviços de saúde, drogarias e estabelecimentos alimentícios. Com relação aos serviços de saúde, mais especificamente odontológicos, alguns serviços de menor complexidade são fiscalizados pela vigilância sanitária municipal, enquanto que outros, de maior complexidade inspecionados pela Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA-PB). Serviços de maior complexidade são aqueles que envolvem maior risco sanitário, como por exemplo serviços que possuem aparelhos de raios X extraoral.

De acordo com o cenário atual no Estado da Paraíba, grande parte desses estabelecimentos funcionam clandestinamente. Esse fato ocorre por falta de orientação dos profissionais, bem como por limitação dos recursos humanos da referida agência no processo de fiscalização. Atualmente existem apenas três inspetores sanitários que fiscalizam os serviços de maior complexidade e que são responsáveis por atuar nos 223 municípios do Estado. Assim, muitos serviços não solicitam o alvará de funcionamento, sendo inspecionados apenas quando do resultado de buscas ativas nas atividades de fiscalização sanitária. Na coleta de dados, constatou-se que atualmente a Clínica-Escola da UFCG encontra-se em

processo de providência de documentos para a solicitação do referido alvará. Com relação aos serviços clandestinos, Koltermann e Unfer (2007) também verificaram essa prática ao avaliarem 126 estabelecimentos odontológicos em Santa Maria no Estado de Rio Grande do Sul, constatando que 86 (68%) não possuíam o alvará sanitário de funcionamento.

Existe uma deficiência no Brasil em relação a padronização dos procedimentos radiológicos. A Portaria 453 de 1998 do Ministério da Saúde (MS) é a única normatização referente à radiação X para fins de diagnóstico e encontra-se obsoleta com relação a várias tecnologias. Outras diretrizes para radioproteção são orientadas por como Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN), porém não são aplicáveis à prática da fiscalização sanitária.

Koltermann e Unfer (2007) relataram que 27% dos estabelecimentos odontológicos de Santa Maria que utilizavam o aparelho de raios X, não possuíam o avental plumbífero, ou seja, não disponibilizavam aos seus pacientes este artefato de proteção contra as radiações como é preconizado na Portaria 453 de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária. Tal dado diverge do presente estudo, pois na referida Clínica-Escola da UFCG encontraram-se para cada sala avental e protetor de tireóide plumbífero para os pacientes garantindo assim a sua integridade e proteção.

Com relação aos resíduos do grupo E, ora classificados na RDC ANVISA nº 306 de 2004, a presente Clínica-Escola em pesquisa estava em congruência em relação a essa legislação, existindo duas caixas coletoras rígidas para segregar os materiais perfuro-cortantes. Esse é um parâmetro de extrema importância quanto ao risco sanitário, porém muitos estudos na literatura demonstram resultado negativo. De acordo com Koltermann e Unfer (2007), no período de 1997 a 2000, apenas 20% dos cirurgiões-dentistas faziam uso da caixa coletora de materiais perfuro-cortantes.

Conforme Brasil (2006) o descarte de resíduos oriundos dos consultórios odontológicos constitui um problema que ainda não está perfeitamente resolucionado. Os materiais perfuro-cortantes devem ser colocados em recipientes de paredes rígidas, lacrados, com tampa, identificados como material contaminado e depois acondicionados em saco branco leitoso com características de resistência e espessura definidas. Com isso fica claro que a clinica-escola não atende de forma integral, diverge os quesitos supracitados, pois mesmo que possua caixas rígidas

pra segregar os materiais perfuro-cortantes, não possui indicações nas lixeiras que abrigam os mesmos.

A biossegurança no cenário atual vem sendo bastante discutida, servindo como grande fonte para estudos e também debates para padronizar práticas seguras a todos os agentes que se envolvam. Como por exemplo, agentes biológicos, ergonômicos, físicos, químicos, radioativos (Conrado, 2008). No quesito da biossegurança em relação tanto ao conhecimento quanto a preocupação a literatura tem se mostrada restrita e controversa. Diniz et al, (2009) em seu estudo relatou que 90% dos acadêmicos preocupavam-se com biossegurança. Corroborando com esses dados, Brasileiro (2012) em sua pesquisa afirma que 99% do alunado entrevistado relataram se preocupar com o tema em questão.

Segundo Freitas (2012) na unidade de saúde de Canabrava, no Município de Coração de Jesus a esterilização e via autoclave. A equipe em sua totalidade faz o uso de EPI, a correta lavagem das mãos e a desinfecção de artigos, equipamentos e ambientes. Corroborando com esses dados utiliza-se na clinica-escola a autoclave para esterilização, porem equipe não faz uso de EPI, o que confere divergência.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária precisa de uma doutrina que mude a concepção tradicional da ação em vigilância sanitária e que faça com que a preocupação com o risco sanitário e a qualidade de vida seja incorporada pela sociedade. Uma maneira primordial para esta mudança cultural traduz-se na incorporação da sociedade, em todas as suas formas de representação, aos debates dos temas mais importantes à regulação do risco (COSTA, 2009).

CONCLUSÃO

A partir da metodologia utilizada e dos resultados obtidos, foi possível constatar que a Clínica-Escola de Odontologia da UFCG cumpre com alguns aspectos da legislação sanitária vigente, porém, que ainda existe falha com relação a algumas normativas.

Destaca-se a importância do cumprimento às normas sanitárias com o intuito não apenas de proteger a população assistida e profissionais, como também de ensinar ao aluno de graduação qual conduta correta e estratégias na prevenção do risco, para que os futuros profissionais executem promoção, reabilitação e proteção à saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Serviços odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Brasília, DF, 2006. 152p.
- [2] BOHNER, L. O. L. *et al.* Difusão de material informativo sobre o descarte de resíduos radiológicos entre acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas da região sul do Brasil. *Revista Monografias Ambientais*, v. 3, n. 3, p. 476-481, 2011.
- [3] BORMIO, M. F. *et al.* Consultório Odontológico: uma AET utilizando-se da EWA. *Revista de Design. Londrina-PR.* v. 2. n. 1. p. 53 – 68, 2011.
- [4] BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução 357, de 17 de março de 2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. Publicada no DOU número 053, 58-63 p de 18 de março de 2005.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de março de 2002.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução–rdc nº 306, de 07 de dezembro de 2004.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 453 de 1º de junho de 1998. Aprova o regulamento técnico “Diretrizes de Proteção Radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico” – Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- [8] BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de Março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [Internet], Brasília, DF, 15 de Março de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 19 dez. 2017.
- [9] CANEPPELE, T. M. F *et al.* Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. *Journal of Biodentistry and Biomaterials*, São Paulo, v. 1, p. 31-41, 2011.
- [10] CARTILHA SEBRAE – Como abrir e fazer a gestão de uma clínica odontológica – São Paulo. Disponível em: www.sebraesp.com.br.

- (Criosp.org.br [internet]. São Paulo. Disponível em: www.criosp.org.br/intranet/sebraesp/). Acesso em: 12 jan. 2018
- [11] CARVALHO, P. L.; PAPAIZ, E. G. Controle de infecção em radiologia odontológica. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 53, n. 3, p. 202-204, 1999.
- [12] CORRÊA, L. B. et al. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 18, p. 571-584, 2005.
- [13] COSTA, E. A. (Org.). Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EdUFBA, 2009. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2018.
- [14] GUARATINGUETÁ.sp.org [internet]. Guaratinguetá. Disponível em: <http://guaratingueta.sp.gov.br/>. Acesso em: 15 jan. 2018
- [15] JÚNIOR, A. C. S. et al. Análise da viabilidade financeira e dos aspectos legais para implementação de clínica odontológica na cidade de Goiânia. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 22, n. 63, 2013.
- [16] KOLTERMANN, A. P; UNFER, B. Análise das ações de vigilância sanitária em Santa Maria , Rio Grande do Sul. Saúde, Santa Maria, v. 39, n. 1, p. 20-26, 2007
- [17] LUCCHESI, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- [18] MELO M. F. B.; MELO S. L. S. Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n. 2, p. 2163-70. 2007.
- [19] PECHTER, D. Biosafety and biosecurity. JALA: Journal of the Association for Laboratory Automation, v. 14, n. 3, p. A8-A8, jun. 2009.
- [20] ROZENFELD, S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- [21] SANTOS, J. A. et al. Cuidados na armazenagem e descarte de resíduos de amálgama na prática odontológica: responsabilidade socioambiental do cirurgião-dentista. Archives of Health Investigation, v. 3, p. 23-24, 2014.
- [22] TEN, C. Y, PEREIRA, A. C., DARUGE, E., MENEGHIM, M. C. Avaliação das condições sanitárias em estabelecimentos públicos e privados de assistências odontológicas- consultórios odontológicos Tipo I. Rev.ABO nac., v. 13, n. 13, p. 171-178, 2005
- [23] WHAITES, E. Princípios de Radiologia Odontológica. 3ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2003.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da metodologia utilizada e dos resultados obtidos, foi possível constatar que a Clínica-Escola de Odontologia da UFCG cumpre com alguns aspectos da legislação sanitária vigente, porém, que ainda existe falha com relação a algumas normativas.

Destaca-se a importância do cumprimento às normas sanitárias com o intuito não apenas de proteger a população assistida e profissionais, como também de ensinar ao aluno de graduação qual conduta correta e estratégias na prevenção do risco, para que os futuros profissionais executem promoção, reabilitação e proteção à saúde.

ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO

Questionamento	Resposta	Legislação que regulamenta
1. Existe avental plumbífero disponível para o paciente nas salas com aparelhos de raio-X?	() Sim, () Não	453 de 1998 da SVS 3.41(a) 5.8(i)
2. Existe avental plumbífero disponível para o acompanhante em cada sala com aparelho de raio-X?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.50(iii) e 4.3(ii)
3. Existe protetor de tireóide disponível para o paciente?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 5.8(i)
4. Existe protetor de tireóide disponível para o acompanhante	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.50(iii) e 4.3(ii)
5. O disparador do equipamento é digital?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.52(iii)
6. O tamanho do fio que liga o painel de controle ao aparelho permite o profissional se afastar 2 metros ?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 4.13(g)
7. Há sinalização de radiações ionizantes (trifólio) na sala em que está o equipamento de raio- X?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.41(b) e 5.4(a) e 4.3(c)
8. Existe na sala aviso aos pacientes e acompanhantes a respeito da necessidade de utilização do avental plumbífero?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 5.4(i) e 5.4(iii)
9. Existe memorial de proteção radiológica?	() Sim () Não	453 de 1998 da SVS 3.8(d)

10. Existem os documentos e manuais dos equipamentos utilizados na clínica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	453 de 1998 da SVS 3.52(l), 4.24 e 3.5(b)
11. As cadeiras odontológicas são afastadas seguindo a distância mínima de 1 metro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Tabela-UNIDADE FUNCIONAL :1
12. O piso é feito de material impermeável e de fácil limpeza?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto executivo(C.1) – 4.9(f) da portaria 453.
13. As paredes são pintadas de cor clara?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Executivo(C.1)
14. O fluxo de ambiente limpo e sujo está correto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Estudo preliminar(A.3)
15. Existe pia para lavagem das mãos do profissional antes do atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Básico(B.4)
16. Existe banheiro disponível para os pacientes e equipe?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Projeto Básico(B.1.1)(B.1.3)
17. Existe a planta-baixa do estabelecimento disponível no local?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 50 de 2002 da ANVISA Apresentação de desenhos e documentos(1.4.2) – Procedimentos(1.6.2) – Ambientes do EAS e NBR 6492(Representação de projetos de arquitetura)
18. Existe contrato/parceria com empresa coletora de resíduos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA RESPONSABILIDADES (2.5)
19. O material perfuro-cortante é segregado em caixas rígidas apropriadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA 14 – GRUPO E(14.1)
20. O lixo infectante é colocado em sacos plásticos que possuem o símbolo universal desse tipo de lixo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III IDENTIFICAÇÃO(1.3.1 e 1.3.2)
21. Existe lixeira especificando lixo comum?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA

		IDENTIFICAÇÃO - GRUPO D (13.2.1)
22. As lixeiras para lixo infectante possuem indicações?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III(GRSS)
23. O revelador é dispensado em bombona apropriada?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA GRUPO B(11.13)
24. O fixador é dispensado em bombona apropriada?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA GRUPO B(11.14)
25. As soluções de processamento são recolhidas pela empresa coletora de resíduos?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO III 1.4, 1.8
26. Existe plano de gerenciamento de resíduos?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA CAPÍTULO V(PGSS-4.01)
27. Existe armazenamento dos resíduos de amálgama?	() Sim () Não	RDC nº 306 de 2004 da ANVISA 11 – GRUPO B 11.6
28. Utiliza-se detergente enzimático na lavagem do instrumental?	() Sim () Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 4ºX
29. A embalagem do instrumental aos kits e as brocas são embaladas separadamente?	() Sim () Não	RDC nº 15 de 2012
30. As embalagens são seladas e com prazo de validade da esterelização?	() Sim () Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 85
31. Os testes microbilógicos da autoclave são com periodicidade ?	() Sim () Não	RDC nº 15 de 2012 Art. 96, 97, 98, 99
32. Existem EPIs para lavagem do instrumental ?	() Sim () Não	RDC nº 15 de 2012

**ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DA COORDENAÇÃO DA CLÍNICA
ESCOLA**



Universidade Federal
de Campina Grande

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA COORDENAÇÃO DA CLÍNICA-ESCOLA
A Coordenação da clínica-escola de Odontologia da UFCG

Eu, **Ronny Aislán Rodrigues Rocha**, aluno regularmente matriculado no curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos-PB, venho solicitar a autorização para coletar dados, bem como usar o nome deste estabelecimento de ensino, na realização do estudo intitulado: "ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA PELA CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE", cujo objetivo geral é averiguar a aplicabilidade das normativas preconizadas pela legislação sanitária brasileira nessa Clínica-escola, tendo como orientadora a Profa Dra Manuela Santos Carneiro Almeida.

As coletas dos dados serão realizadas por meio de observações e preenchimento de uma ficha ao inspecionar a instituição.

Pelo presente termo de concordância, eu **Fátima Ronelva Alves Fonseca** declaro que autorizo a realização da pesquisa prevista, na clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos – PB.

Data 19/10/17


Coordenação da Clínica-escola


Pesquisador

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
- URLs para as referências foram informadas quando possível.
- O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
- O documento do word a ser enviado está SEM NENHUMA identificação dos autores, como nome, instituição, endereço, etc.
- O título do arquivo a ser enviado não contém seu nome ou sobrenome, nem nome de sua instituição, ou seja, nada que permita a identificação dos autores.

Diretrizes para Autores

Normas ABNT (citações e referências)

Enviar arquivo no word, contendo título em português e inglês, resumo e abstract, e o texto do corpo do artigo.

As figuras, tabelas, gráficos, legendas e referências deverão incluídas no arquivo do word.

Neste arquivo do word que será feito upload, não adicionar nenhuma informação dos autores (nome, qualificação, endereço, e-mail)

ATENÇÃO: enviar o artigo sem nenhuma identificação dos autores!!!

Declaração de Direito Autoral

Declaro/amos que o texto ora submetido é original, de autoria própria e não infringe qualquer tipo de direitos de terceiros. O conteúdo é de minha/nossa total responsabilidade. Possíveis pesquisas envolvendo animais e/ou seres humanos estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos. Declaro/amos que estou/amos de posse do consentimento por escrito de pacientes e que a pesquisa e seus procedimentos foram oportuna e adequadamente aprovados pelo Comitê de Ética da instituição de origem.

Declaramos ainda que todas as afiliações institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente informadas. Certifico/amos que não há nenhum interesse comercial ou associativo que represente conflito de interesse relacionado ao trabalho submetido. Havendo interesse comercial, além do técnico e acadêmico, na publicação do artigo a informação estará superficializada no texto do artigo.