

LIGIA PRANDI DA SILVA

**A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na
equipe de saúde bucal em municípios da Região
Noroeste Paulista e o Ambiente de Trabalho**

ARAÇATUBA – SP

2009

LIGIA PRANDI DA SILVA

**A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na
equipe de saúde bucal em municípios da Região
Noroeste Paulista e o Ambiente de Trabalho**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof.a Dr. Suzely Adas Saliba
Moimaz

ARAÇATUBA - SP

2009

Dedicatória

À minha querida mamãe, Rita de Cássia pela paciência, compreensão, amor, carinho, respeito e admiração. Por sempre acreditar na minha capacidade e valorizar meu esforço, pelo apoio constante para que eu pudesse continuar nesta batalha, dando-me força para superar as injustiças e obstáculos.

“Mamãe te amo, Obrigada por tudo”

Ao meu pai Emerson, que apesar de todo conflito sempre me demonstrou amor e carinho à sua maneira e principalmente ao longo do período de elaboração deste trabalho.

À minha irmã caçula, Giulia, por todo amor, afeto, animação e cobrança pela minha atenção, os quais me faziam sempre descansar nas horas mais torturantes desta jornada.

Ao especial Alexandre pela paciência, compreensão, amor, carinho e principalmente pela força que me levantou mil vezes durante esta batalha.

À memória de minha madrinha-mãe, Gema pelo exemplo de vitória, conquista e perseverança, pelo apoio e principalmente por acreditar na minha capacidade.

“À toda minha família que é o que tenho de mais valioso”

Agradecimentos

A DEUS pai todo poderoso, pela força, proteção, inspiração e paciência oferecidos.

À Nossa Senhora por me cobrir com seu manto e proteger-me de todo mau.

A todos os meus familiares em especial: vovó Inês, vovó Nair, aos meus tios: Joanês, Sigmar, Sebastião, Maria Luisa, Lúcio, Encarnação e Deonel; e aos meus primos: Juliano, Giovana, Daniela, Fabio, Leandro e Lucas pelas horas preciosas, apoio, palavras de conforto e por toda torcida.

À Profa Adjunto Suzely Adas Saliba Moimaz, que, no período de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

Ao Prof. Titular Orlando Saliba que muito contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

À doutoranda Dra. Adriana Cristina Oliva Costa pela atenção, apoio, força, co-orientação e ensinamentos durante todo o processo de definição.

Às mestrandas Ana Carolina da Graça Fagundes e Renata Reis dos Santos pelas momentos de apoio e força para superar toda problemática deste processo.

À doutoranda Ana Paula Dossi por toda paciência e ensinamento oferecidos neste período de trabalho.

À minha amiga-irmã Ligia Peixoto por todo amor, carinho, paciência, **compreensão e "ombro" durante todos os momentos de maior fragilidade deste período.**

Às amigas de república Ana Paula Dias, Ana Carulina R. de Moraes e Érica Vaz Gomes por toda paciência, carinho, compreensão e por terem sido minha família durante estes quatro anos.

Aos amigos de sala por todo carinho, amizade e compreensão.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de Iniciação científica para a realização da pesquisa.

Epígrafe

“ Não te irrites por causa dos que agem mal,
Nem invejes aos que praticam a iniquidade,
Pois logo eles serão ceifados como a erva dos campos,
E como a erva verde murcharão.
Espera no Senhor e faze o bem;
Habitarás a terra em plena segurança.
Põe tuas delícias no Senhor,
E os desejos do teu coração ele atenderá.
Confia ao Senhor a tua sorte,
Espera Nele: e Ele agirá.
Como a luz, fará brilhar a tua justiça,
E como o sol do meio-dia o teu direito.
Em silêncio, abandona-te ao Senhor,
Põe tua esperança Nele. ”

SILVA, L.P. **A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de saúde bucal em municípios da Região Noroeste Paulista e o Ambiente de Trabalho.** 2009. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

Resumo

A composição da equipe de saúde bucal, as condições sanitárias e ergonômicas no ambiente de trabalho são importantes no atendimento odontológico. Nesse estudo transversal, observacional, objetivou-se analisar a participação do Auxiliar na equipe odontológica do serviço público, verificar quesitos sanitários, existência e distribuição dos equipamentos no consultório. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionários e observações nos locais de atendimento. Foram entrevistados 75 cirurgiões-dentistas de 9 municípios do DRS XV–S.J. Rio Preto e avaliados 34 consultórios. Do total de 75 cirurgiões-dentistas, 21(28%) trabalhavam sozinhos sendo, 6 (29%) em escolas e 15 (71%) em UBS. Dos 34 consultórios, 2(6%) não apresentavam qualquer equipamento de esterilização e dos que possuíam, a autoclave era o meio mais utilizado 15(44%). Dos consultórios, 31(91%) lixeiras de lixo comum e 23(68%) de lixo contaminado eram inadequadas. Dos consultórios, 13(38%) não tinham lavatórios para mãos, em 23 (68%) havia toalheiro de papel, em 20 (59%) saboneteiras adequadas e em 5(15%) o compressor estava dentro do consultório. Quanto à adequação dos consultórios para o trabalho auxiliado todos (n=19) estavam inadequados. Conclui-se que, a existência da ASB se deu principalmente no CEO e ESF por exigência legal e foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas, sugerindo a necessidade de reorganização no processo de gestão.

Palavras-chave: Recursos humanos. Saúde pública. Auxiliar em saúde bucal.

SILVA, L.P. **The dental assistant participation in the public oral health team in municipalities of the Northeast of São Paulo and the working environment.** 2009. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

Abstract

The composition of the oral health team, health conditions and ergonomic factors in the work environment are important in dental care. In this study cross-sectional observational, aimed to examine the participation of dental auxiliary staff in the public service, check health questions, availability and distribution of equipment in the office. Data collection was performed through application of questionnaires and observations in local service. There were interviewed 75 dentists of 9 municipalities of DRS XV-SJ Rio Preto and assessed 34 practices. Of the total of 75 dentists, 21 (28%) worked alone, being 6 (29%) in schools and 15 (71%) at UBS. Of the 34 clinics, 2 (6%) showed no equipment sterilization and the ones that had, the autoclave was the most used 15 (44%). Of the clinics, 31 (91%) common garbage dumps and 23 (68%) contaminated waste were inadequate. Of the clinics, 13 (38%) didn't have the sink to wash hands, 23 (68%) had a paper towel rack, 20 (59%) adequate soap and in 5 (15%) the compressor was inside the office. About the clinic adequacy for the four handed work, they (n = 19) were all inadequate. It is concluded that the existence of the ASB was mainly in the CEO and ESF because of a legal requirement and inadequate ergonomic and sanitary conditions were founded, suggesting the need off reorganization in the management process.

Keywords: Human resources. Public health. Dental assistant.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos estabelecimentos de assistência odontológica, segundo classificação da Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999.	23
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Distribuição dos cirurgiões dentistas entrevistados, segundo estabelecimento de prestação de serviço e presença de Auxiliar de Saúde Bucal.	22
Tabela 2 -	Distribuição dos Consultórios Odontológicos, segundo meio de esterilização existente, 2009.	24
Tabela 3 -	Distribuição dos Consultórios Odontológicos do Sistema Único de Saúde de Municípios Paulistas, segundo as condições sanitárias (Resolução SS-15 de 18/01/99), Araçatuba, 2009.	27
Tabela 4 -	Distribuição dos Consultórios Odontológicos do Sistema Público de Saúde de Municípios Paulistas, segundo análise ergonômica proposta por Porto (1994), Araçatuba, 2009.	28

Lista de Abreviaturas

ANVISA =	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB =	Auxiliar em Saúde Bucal
CD =	Cirurgião-Dentista
CEO =	Centro de Especialidade Odontológica
CFE =	Conselho Federal de Educação
DORT =	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ESB =	Equipe de Saúde Bucal
ESF =	Estratégia de Saúde da Família
LER =	Lesões por Esforços Repetitivos
MEC =	Ministério da Educação e Cultura
OPAS =	Organização Pan-Americana da Saúde
SUS =	Sistema Único de Saúde
TSB =	Técnico em Saúde Bucal
UBS =	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	Introdução	11
2	Revisão de Literatura	13
3	Objetivos	19
4	Metodologia	20
5	Resultados e Discussão	22
6	Conclusão	29
	Referências	30
	Anexos	36

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 com o objetivo de ampliar a atenção odontológica e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira¹, propõe a reorganização da saúde bucal na atenção básica, houve a ampliação das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e a ampliação do Programa de Fluoretação da água de abastecimento público².

Segundo o Ministério da Saúde³ há duas Modalidades de ESB: Modalidade I que é composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB) e a Modalidade II que é formada por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (TSB). O aumento da quantidade de equipes implantadas é um indicativo que novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de odontologia foram geradas nos últimos anos. Segundo o Ministério da Saúde³ em junho de 2009 já havia 17. 818 equipes de saúde bucal implantadas.

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a lei 8080/90⁴, diversos setores da saúde têm sido reestruturados, dentre eles ressalta-se a Vigilância Sanitária, que recebeu investimentos e hoje deve ser entendida como um complexo sistema de normatização e controle da situação sanitária de diversos segmentos.

Nos estabelecimentos odontológicos, tanto a infra-estrutura dos ambientes de trabalho, quanto os procedimentos operacionais e os materiais podem promover riscos físicos, químicos e biológicos aos pacientes e aos profissionais⁵. Diante disso a ação da vigilância sanitária é de fundamental importância para que se possa garantir a existência de condições adequadas de infra-estrutura física para o trabalho, visando a manutenção da saúde do trabalhador e também a qualidade na prestação do serviço em saúde.

O trabalho auxiliado na odontologia há anos vem sendo estudado e recomendado^{6,7,8} considerando as inúmeras vantagens que pode proporcionar, tanto para o profissional e equipe, quanto para o paciente no âmbito individual e coletivo.

Ressalta-se que a presença da ASB na equipe de saúde bucal é extremamente relevante porque aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza custo operacional, aumenta produtividade e diminui o risco de contaminações^{6,7}. As vantagens que a presença da ASB proporciona no trabalho auxiliado conjuntamente com a necessidade da ampliação das ESB na Estratégia de Saúde da Família impulsionaram a elaboração e a aprovação da Lei Nº. 11.889, de 24 de dezembro de 2008⁹ que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no Brasil.

Todavia, nem sempre as condições físicas do ambiente permitem o trabalho auxiliado ou ainda em muitas situações as ASB não desempenham todas as ações a elas permitidas, ou por falta de preparo por parte da equipe ASB/CD ou por desconhecimento do profissional sobre as atribuições da ASB estabelecidas por lei. Dada à importância do tema em saúde pública, foi desenvolvido o presente trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde¹⁰, realizada de 17 a 21 de novembro de 1986, na cidade de Ottawa, Ontário, Canadá, e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, a *promoção da saúde* é o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes de saúde-doença. Ainda em 1993, na 2ª Conferência Estadual de Saúde Bucal¹¹, promovida pelo SUS-SP, afirma-se que "(...) as políticas de saúde bucal devem favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura à população nem alterar suas características epidemiológicas".

No período em que a odontologia não era organizada como uma profissão, os auxiliares já atuavam em serviços gerais ou como recepcionistas. Contudo, o avanço da tecnologia no setor odontológico possibilitou o surgimento de novas categorias e a partir daí, surgiram as primeiras propostas de um trabalho auxiliado e profissionalizado na odontologia. Surge então, entre 1910 e 1911 o primeiro curso para auxiliares ministrado pela Faculdade de Odontologia de Ohio (EUA)¹².

No Brasil, a profissão de auxiliar teve início nos anos 50 junto ao programa de fluoretação das águas. Sua função era aplicar flúor tópico e educar crianças da zona rural quanto à higienização bucal¹³. Em meados dos anos 70, foram definidas as ocupações das atendentes de consultório dentário pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Conselho Federal de Educação (CFE)¹⁴. E nos anos 80, pela Decisão nº 26/84 definiu-se as normas para habilitação do exercício do auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental¹⁵.

O processo de profissionalização no Brasil demorou devido ao atraso na organização da profissão no aspecto social, econômico e político. Até o momento, a maioria dos profissionais auxiliares não freqüentava cursos técnicos, pois não eram protegidos por lei contra o ingresso de indivíduos com perfis não qualificados. Além disto, os ASB e TSB tinham baixa visibilidade social e despertavam pouco interesse econômico visto que sua formação não era compulsória, o que justifica, até então, os baixos números de ASB por cirurgião-dentista nos estados brasileiros¹⁶.

O Ministério da Saúde possui vários programas políticos que oferecem assistência e melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira¹. Dentre esses programas estão: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidade Odontológica e a ampliação do Programa de Fluoretação da água de abastecimento^{2,3}.

As políticas do governo têm contribuído para um aumento na oportunidade de empregos, pois a maioria dos programas oferece atendimento por meio de uma equipe de saúde bucal. Fortuna¹⁷ a caracteriza como um conjunto de pessoas com um objetivo comum e que trabalham a medida que se relacionam.

Visto tal importância, Frazão¹⁸, Pezzato e Cocco¹⁹ afirmam que há necessidade da inclusão da ASB na equipe de saúde bucal, para que haja um aumento da eficiência do trabalho, elevação do rendimento, otimização do tempo, minimização do custo operacional, aumento da produtividade e diminuição do risco de contaminações. Todas as vantagens que a ASB estabelece no trabalho a quatro mãos e a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa de saúde da Família levou a elaboração e a aprovação da Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008⁹, que estabelece a regulamentação do exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal no Brasil. Esta compete à ASB registrar dados e participar de análises, executar limpeza e assepsia, desinfecção e esterilização de instrumentais; acolher pacientes; aplicar medidas de biossegurança; realizar em equipe levantamentos e adotar medidas de controle de infecção.

Apesar da importância do Auxiliar em Saúde Bucal, Queluz²⁰ relata algumas problemáticas destes profissionais em seus estudos; falta de habilitação específica, reduzida filiação ao Conselho Regional de Odontologia e incorporação de algumas atividades que extrapolam suas funções levando à subutilização do potencial de trabalho qualificado.

Os ambientes odontológicos são divididos em salas de acordo com diferentes propósitos. Alguns autores recomendam esta divisão visando a comodidade e eficiência para o trabalho²¹, o conforto do profissional e do paciente e outros o aumento de privacidade do paciente²². Naressi²³ ressalta que os estabelecimentos odontológicos podem ser construídos visando desde necessidades mínimas do cirurgião-dentista até a instalação ideal (sala de recepção, sanitário do paciente, escritório, sala clínica, sanitário da equipe, laboratório e copa).

Em se tratando de Saúde Pública, o governo do Estado de São Paulo no ano de 1999 normatizou condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica por meio da Resolução SS-15 de 18-01-1999²⁴. Os estabelecimentos devem apresentar área de atendimento, área de espera e compartimento sanitário e aparelhos para a esterilização de instrumentais em local reservado para este fim. De acordo com o Artigo 9º da mesma, os estabelecimentos de assistência odontológica classificam-se em:

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

II) Consultório odontológico tipo II: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, e que mantém anexo , laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X.

III) Clínica odontológica tipo I: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X.

IV) Clínica odontológica tipo II: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, e que mantém anexo, laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X.

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.

Entende-se por medidas de biossegurança as ações que contribuem para a segurança das pessoas e do ambiente e, dessa forma, entendemos que as normas de biossegurança englobam todas as medidas que visam a evitar riscos físicos (radiação, temperatura, ruídos), ergonômicos (posturais), químicos (substâncias tóxicas), biológicos (agentes infecciosos) e estresse²⁵.

A Saúde Pública associa o risco ao perigo, sendo que indivíduos ou grupos de “alto risco” são aqueles que têm maior probabilidade de contrair ou

desenvolver uma doença. Faria²⁶ ainda ressalta que alguns riscos não conseguem ser avaliados apenas através de dados quantitativos e podem ser efetivamente melhor “sentidos” do que medidos, como é o caso de reações “estressogênicas” e a radiação.

Medeiros, Souza e Bastos²⁷ reforçam a importância do cuidado em relação aos riscos físicos, especialmente o ruído, importante desencadeador de doenças ocupacionais, que acarreta em danos físicos e psicológicos ao CD e à equipe. O compressor é um agente agressivo capaz de gerar desequilíbrio fisiológico, irritabilidade, estresse e tensões musculares causados pelo barulho²⁸.

O governo Federal possui uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador que visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde²⁹. Contudo, existem também medidas de precauções universais ou medidas padrão que representam um conjunto de medidas de controle de infecção, dotadas universalmente, como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de microrganismos nos serviços de saúde³⁰. Dentre tais medidas estão o manejo adequado de procedimentos de descontaminação, esterilização e o destino de dejetos e resíduos nos serviços de saúde.

Segundo Jorge³¹, a esterilização nos consultórios é realizada por dois métodos físicos devido a facilidade e segurança que oferecem: esterilização por calor úmido no autoclave e calor seco em forno Pasteur (estufa). A esterilização em autoclave, emprega-se vapor de água saturado sob pressão, ocorre a temperatura de 121° C por período de 15 a 30 minutos e nos aparelhos de auto-vácuo, utiliza-se 132 a 135° (30 libras de pressão) por 4 a 6 minutos. Pode-se até mesmo esterilizar líquidos que contenham água. O material rigorosamente limpo deve ser acondicionado em pacotes, os quais devem ser feitos com material que permita a passagem do vapor; o mais recomendado é o papel manilha ou *kraft*. Pode-se também utilizar tecido de algodão cru ou filme de poliamida (50 a 100 um de espessura).

O forno Pasteur consiste de uma câmara dotada de um aquecedor elétrico (resistência) que aquece a câmara e o seu conteúdo, neste, existe um termostato que regula a temperatura desejada e um orifício na parte superior que permite a colocação de um termômetro. A ação básica do calor seco é a oxidação dos microrganismos. A esterilização se dá a temperatura de 160° a 170°C por um

período de 2 horas; para este método é indicada a esterilização de materiais que não possam ser molhados, a exemplo algodão, óleos e ceras³¹.

Quanto aos métodos de descarte do lixo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³² estabelece que a classificação adequada dos resíduos gerados em um estabelecimento de saúde permite que seu manuseio seja eficiente, econômico e seguro; facilitando a sua segregação apropriada, controlando os riscos sanitários e os gastos no seu manuseio. Schneider et al³³ ressalta que os profissionais sejam os responsáveis diretos pela geração, segregação e acondicionamento de tais resíduos e a dimensão extra estabelecimentos responsáveis por lidar com os resíduos e o grau de periculosidade que os mesmos apresentam em relação à saúde ambiental e coletiva.

No que se refere ao material contaminado descartável, este deve ser desprezado em saco de branco leitoso, mantidos em recipiente com tampa e acionamento de pedal³⁴. O material pérfuro-cortante deve ter como destino um recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia de substância infectante. O local para guarda dos resíduos contaminados deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações e sua coleta diferenciada³⁵.

O estudo do relacionamento entre o homem, seu trabalho, equipamentos e ambiente é uma ciência multidisciplinar³⁶ conhecida como ergonomia ou conjunto de regras ou normas (normas) que regem o trabalho (ergus) (ciência do trabalho)³⁷.

Segundo Salzmann³⁸, a ergonomia visa tornar o ambiente de trabalho mais adequado possível seu trabalho, proporcionando um atendimento eficiente, simplificado e um menor tempo de atendimento. Salzmann³⁸, Murphy³⁹ e Hokwerda⁴⁰ relatam a necessidade da ergonomia no design do local de trabalho e dos equipamentos, sendo que a sua deficiência tem resultado em injúrias ao sistema humano e na diminuição do tempo de trabalho e redução da produtividade.

De acordo com Anneroth⁴¹, os princípios ergonômicos necessitam da boca do paciente posicionada no centro da área operatória; o profissional e seu auxiliar trabalhem sentados e usem mochos que facilitem sua movimentação; equipamento apresente um design que permita sua flexibilidade na área de trabalho do profissional e do auxiliar.

Porto⁴² ressalta em seu estudo, a filosofia da montagem ideal de ambiente clínico para o trabalho à quatro ou a seis mãos por meio de plantas de 10 m² (3,5 x 3 m). A Planta nº 1 para profissionais destros, apresenta o equipo nas

posições 1 ou 2, entrada pelo lado do dentista, lavatório do CD na sua parede, cadeira colocada transversalmente com a cabeça do paciente no centro da sala, armário auxiliar atrás da cadeira, armário fixo atrás do auxiliar e raio-x de parede com o disparador instalado no escritório. Para Planta nº 2, a mesma distribuição da Planta nº 1 é descrita com a única diferença do equipo na posição 3. A Planta nº 3 também apresenta as mesmas características da Planta nº 1, tendo como diferença a entrada pelo lado do auxiliar e o posicionamento do lavatório exclusivo do CD no canto da sala. E por fim, a Planta nº 4 é a única descrita pelo autor para dentistas canhotos, possui as mesmas características da Planta nº 2, sendo apenas invertida a distribuição dos móveis.

A odontologia pode ser considerada uma profissão desgastante no aspecto físico, visto que no desempenho clínico o cirurgião-dentista sofre considerável esforço postural^{43, 44}. Tal desgaste tem sido relatado em diversos estudos por meio da ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos; nome dado ao conjunto de afecções heterogenias que acometem músculos, tendões, sinóvias, articulações vasos e nervos. Trindade e Andrade⁴⁵ descrevem as lesões mais comuns associadas às Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT): Síndrome do Túnel do Carpo (sintoma: parestesia nas mãos) e, Tendinite da porção longa do bíceps (sintoma: inflamação e dor na região anterior e proximal do ombro, normalmente combinado à tendinite do supra-espinhoso).

Carneiro⁴⁶ ressalta em seu estudo de 1998, que a causa destes distúrbios pode ser atribuída a alguns fatores como: organização do trabalho (ritmo acelerado e cobrança de produtividade), fatores biomecânicos (ambientes inadequado ao trabalho, força e repetitividade) e exacerbação da competitividade no mercado de trabalho.

Diante do exposto, ressalta-se que a interação entre o cirurgião-dentista e a ASB além aumentar a eficiência do trabalho, o rendimento da equipe, minimizar o custo operacional, os riscos de contaminações e otimizar o tempo; possibilita atenuar os riscos relacionados às doenças profissionais repetitivas.

3 OBJETIVO

O presente estudo objetivou analisar a participação da ASB na equipe odontológica do serviço público de saúde e observar os quesitos sanitários, existência e distribuição dos equipamentos adequados ao trabalho da equipe.

4 METODOLOGIA

Este estudo, transversal, observacional e de inquérito quanti-qualitativo foi desenvolvido em 9 municípios, sendo 8 deles pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional “José Bonifácio” e o município de São José do Rio Preto, que é sede do Departamento Regional de Saúde DRS XV do Estado de São Paulo. Do total de 173 cirurgiões-dentistas existentes nos 9 municípios estudados, 75 foram entrevistados. Como critério de inclusão dos profissionais no estudo foi considerado o vínculo empregatício no serviço público de saúde e de exclusão os cirurgiões-dentistas que se encontravam afastados do serviço por licença ou aposentadoria e os que não aceitaram participar do estudo. Para os profissionais que atuavam em mais de um município, foi considerada a entrevista realizada no primeiro município visitado.

Foi utilizado um instrumento para registro das variáveis relacionadas à composição da equipe de saúde bucal e das informações relativas ao ambiente de trabalho de 34 salas de atendimento odontológico da rede pública, para verificação das seguintes condições: tipo de estabelecimento; esterilização; existência de lavatórios com sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira; presença de toalheiro de papel para secagem das mãos e saboneteira suspensa para sabonete líquido; situação do lixo contaminado e comum na sala de atendimento, presença do compressor no ambiente de trabalho e a distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento. Para a classificação dos ambientes quanto à adequação da distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento foram empregados os critérios estabelecidos por Porto⁴² e para a análise das variáveis foi seguido o que estabelece a Resolução SS-15 de 18-01-99²⁴ que estabelece condições de instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, composto por questões abertas e fechadas. As entrevistas e as observações do ambiente de trabalho foram realizadas por dois pesquisadores, previamente calibrados, tendo os mesmos adotado uma postura passiva ao observar o ambiente de trabalho dos participantes do estudo.

No estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, protocolo FOA2008-01660, foi solicitada autorização para a participação dos cirurgiões-dentistas na pesquisa e solicitada assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido a todos os profissionais,

garantindo o sigilo das informações e preservação da identidade, o que permitiu o desenvolvimento da pesquisa sem constrangimento e retratando a realidade vivida na rotina do dia-a-dia de trabalho.

Os dados foram coletados, digitados numa base eletrônica utilizando-se o *Software Epi Info 2000 versão 3.5.1.*⁴⁷ e posteriormente realizada a estatística descritiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Equipe de Saúde Bucal:

Foi observada neste estudo, apenas a existência de Equipe de Saúde Bucal Modalidade I, constituída por um CD e uma ASB. Nas entrevistas com CD(n=75) da rede pública de saúde foi observado que 54(72%) possuíam a ASB na equipe de saúde bucal, sendo 8 (15%) atuando em escolas, 11 (20%) em CEO, 10 (19%) em ESF e 25 (46%) em UBS. Dos 21(28%) CD que efetuavam a rotina do seu trabalho sem o auxiliar, 6 (29%) desenvolviam suas atividades em escolas e 15 (71%) em UBS. A existência de ASB para a maioria dos dentistas está relacionada ao fato de atuarem em Centros de Especialidades Odontológicas e Unidades da Saúde da Família. Foi constatado neste estudo uma minoria de CD (28%) desenvolvendo as atividades odontológicas sem a ASB em escolas e UBS, com agravante notada nas escolas, onde o profissional trabalha de forma isolada, ou seja, sem ASB ou TSB fora de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Tabela 1 – Distribuição dos cirurgiões dentistas entrevistados, segundo estabelecimento de prestação de serviço e presença de Auxiliar de Saúde Bucal.

Cirurgiões-dentistas entrevistados	ASB PRESENTE		ASB AUSENTE	
	n	%	n	%
Escola	8	15	6	29
UBS	25	46	15	71
CEO	11	20	0	0
PSF	10	19	0	0
Total	54	72	21	28

O trabalho sem a ASB acarreta ao CD o acúmulo de funções desenvolvidas diariamente, pois além das suas atribuições como CD, cabe a ele desempenhar todas as atividades competentes à ASB, atualmente, reconhecida e regulamentada pela LEI N° 11.889 de 24 de dezembro de 2008⁹. Isto posto, é relevante destacar que, segundo alguns autores^{6,7} é fundamental a presença da ASB nas equipes de saúde bucal.

Embora nos últimos anos, tenham sido geradas novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de odontologia, pelos dados aqui observados, percebe-se que ainda constitui um desafio a presença da ASB na rotina

da equipe de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, fragilizando assim a prestação de serviços na atenção em saúde bucal aos usuários do sistema.

O Ambiente de Trabalho:

Os estabelecimentos de assistência odontológica, no presente estudo, foram caracterizados de acordo com o Artigo 9º da Resolução SS-15 de 18-01-1999²⁴, da seguinte forma: 18 Consultórios odontológicos tipo I, caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raio X; 5 Clínicas odontológica tipo I caracterizada por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raio X e 1 Clínica Modular, caracterizada 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 Raio X. Das 34 salas de atendimento odontológico analisadas 19 (56%) eram utilizadas para o trabalho da equipe de saúde bucal (CD e ASB) e 15 (44%) salas utilizadas apenas pelo CD.

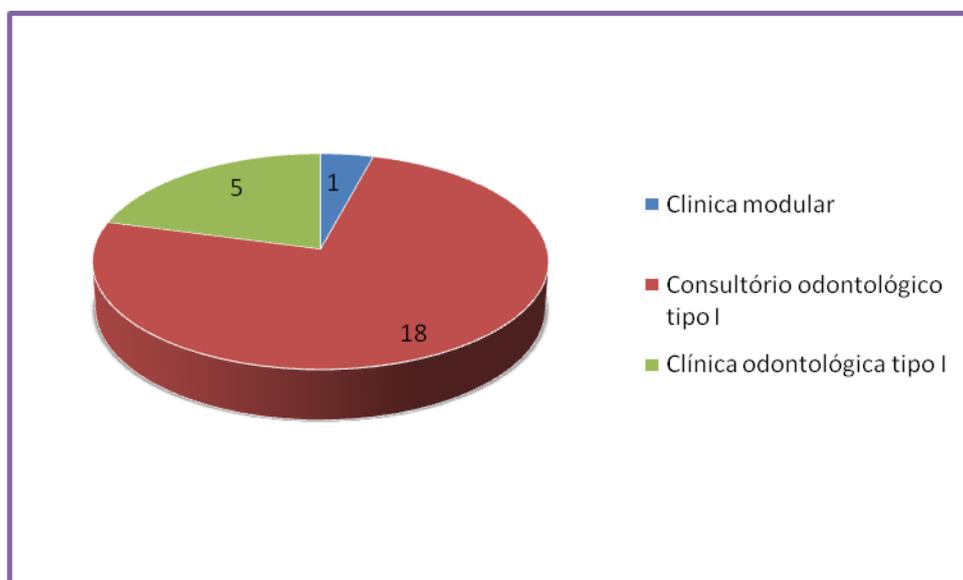


Gráfico 1 – Distribuição dos estabelecimentos de assistência odontológica, segundo classificação da Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999.

Das 5 Clínicas Odontológicas Tipo I existentes, foi observado que apenas 2 delas apresentaram sala específica para esterilização e as demais contrariaram claramente, o artigo 24º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999²⁴, que normatiza que as clínicas Tipo I e II e clínicas modulares obrigatoriamente devem contar com equipamento de esterilização fora da sala de atendimento .

No que se refere aos meios de esterilização, foi constatado que 2 (6%) salas de atendimento não apresentavam qualquer tipo de equipamento de esterilização, sendo a mesma processada em outra unidade de saúde; 7(21%) possuíam somente estufa, 15(44%) somente autoclave e em 10 (29%) havia estufa e autoclave. A autoclave constitui o meio esterilização mais utilizado. Outros estudos^{25,48,49} também observaram que o uso da autoclave tem sido o meio mais utilizado para a esterilização tanto em serviços públicos como no privado, revelando ainda, a tendência do uso de tal equipamento, dada a evolução tecnológica na odontologia, a eficiência e agilidade do processo de esterilização e os princípios de biossegurança.

Quanto ao uso de estufas, neste estudo, verificou-se que do total de 17 estufas encontradas, apenas 1 estufa estava adequada à Resolução SS 374/1995⁵⁰, por apresentar o termômetro de bulbo que indica a temperatura atingida no seu interior e o termostato responsável pela manutenção da temperatura desejada. Destaca-se, contudo, que os meios de esterilização são aceitos na legislação sanitária, desde que seja seguida rigorosamente a normatização estabelecida.

Tabela 2 – Distribuição Consultórios Odontológicos, segundo meio de esterilização existente, 2009.

Meios de Esterilização	n	%
Autoclave	15	44
Estufa	7	21
Estufa e Autoclave	10	29
Sem equipamento na sala	2	6
Total	34	100

Em relação ao descarte do lixo comum, 31(91%) dos consultórios apresentaram lixeiras para descarte de lixo comum inadequadas, sendo 16(52%) por falta de acionamento de pedal e tampa, 2 (6%) por possuir somente tampa e 13

(42%) por não existir lixeiras de descarte do lixo comum. Em relação ao descarte do lixo contaminado, 23 (68%) consultórios apresentaram lixeiras inadequadas, sendo 20(87%) delas sem pedal e tampa, 1(4%) por possuir somente tampa e 2 (9%) por não existir lixeira com saco branco leitoso. A ausência de lixeiras ou a existência de lixeiras inadequadas remetem dificuldades em viabilizar as normas de biossegurança; expondo assim, a equipe de saúde bucal e os pacientes ao risco de infecção cruzada. Cabe ressaltar, a gravidade do acondicionamento de lixo contaminado em saco plástico de diversas cores, uma vez que o seu destino final pode ser aterros sanitários dos municípios, possibilitando a contaminação de terceiros e do meio ambiente. As ocorrências anteriormente, observadas, contrariam o Artigo 72º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999²⁴, que determina que o material descartável deve ser mantido em recipientes com tampas, acionado por pedal, separados em lixo comum e lixo contaminado e a norma NBR 9191/2000⁵¹, que preconiza o acondicionamento de lixo contaminado em saco plástico branco leitoso, resistente, impermeável e identificado com a simbologia de resíduo infectante.

Já no que se refere ao material perfuro cortante, a grande maioria das salas 25 (73%) possuíam recipientes de paredes rígidas, rotulado como "contaminado", com tampa, para material perfuro cortante desprezado, estando de acordo com o Artigo 70º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999²⁴ que determina a destinação final de todo material perfuro cortante em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia infectante. Outros autores^{25, 48,49} também relataram que os ambientes analisados em sua grande maioria possuíam caixas adequadas à esta Resolução no que tange ao descarte do material pérfuro-cortante. O descarte adequado de material pérfuro-cortante é de fundamental importância, pois pode evitar acidentes e disseminação de doenças infecto-contagiosas.

Em relação aos lavatórios das 34 salas, observou-se que apenas 13(38%) destas não possuíam lavatório exclusivo para a lavagem das mãos dos profissionais. No que se refere à presença de dispositivos que impeçam o contato direto com as mãos, a maioria 27(79%) apresentou-se inadequada ao uso, pela ausência do referido dispositivo. Quanto aos lavatórios utilizados à lavagem dos instrumentais nenhum deles apresentou dispositivo. De acordo com o Artigo 23º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999²⁴, todo estabelecimento de assistência odontológica

deve ter lavatório com água corrente de uso exclusivo para lavagem das mãos, devendo o lavatório contar com dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira; com toalhas de papel descartável ou compressas estéreis e sabonete líquido sendo que a limpeza ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório de mãos.

Zenkner⁵² em 2006, afirmou que a ação mais importante para a prevenção e controle de infecções é a lavagem das mãos, pois diminui o potencial patogênico das mãos. Para reduzir o risco de transmissão de microorganismos à equipe, a limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem de mãos.

A existência de toalheiros de papeis foi notada em 23(68%) consultórios e 20(59%) apresentaram saboneteiras adequadas, pois estas se encontravam suspensas, afixadas na parede e contendo sabonete líquido. A ausência dos dispositivos acionadores de torneiras, papel toalha e sabonete líquido tornam o ambiente de trabalho inadequado às normas de biossegurança, expondo a equipe à riscos de saúde^{8,19,20}.

Quanto às instalações dos compressores, foi observado que das 34 salas de atendimento, 5(15%) apresentaram o compressor instalado dentro do ambiente de trabalho e em 1 delas o compressor encontrava-se sem proteção acústica. Esta ocorrência pode ocasionar a diminuição da acuidade auditiva e sensorial da pessoa, interferindo na sua vida social e profissional^{54,55}. Os profissionais de saúde e os gestores devem dar maior importância ao Artigo 38º inciso VII da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999, uma vez que, os danos causados à saúde dos profissionais são irreversíveis, como exemplo, a perda ou diminuição da audição e o estresse profissional gerados pelo barulho no ambiente de trabalho⁵⁵.

Tabela 3 – Distribuição dos Consultórios Odontológicos do Sistema Único de Saúde de Municípios Paulistas, segundo as condições sanitárias (Resolução SS-15 de 18/01/99), Araçatuba, 2009.

Condições Sanitárias		Adequado		Inadequado		Ausente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Descarte do lixo	Comum	3	9	18	53	13	38	34	100
	Contaminado	11	32	21	62	2	6	34	100
	Pérfuro-cortante	25	73	0	0	9	27	34	100
Lavatórios	Para as Mãos	7	21	14	41	13	38	34	100
	Para os Instrumentais	0	0	34	100	0	0	34	100
Dispositivo	Lavatório de Mãos	7	21	0	0	27	79	34	100
	Lavatório dos Instrumentais	0	0	0	0	34	100	34	100
Higienização	Toalheiro de Papel	23	68	0	0	11	32	34	100
	Saboneteira	20	59	0	0	14	41	34	100
Instalação do Compressor	Dentro da Sala	4	12	1	3	29	85	34	100
	Fora da Sala	29	85	0	0	5	15	34	100

*nota: a análise foi realizada com base na Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999.

Das 34 salas de atendimento analisadas no estudo, em apenas 19(56%) era realizado o trabalho auxiliado. Ao observar a distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento odontológico para o trabalho auxiliado, observou-se 15 (79%) salas se enquadravam na “Planta nº1” e 4 (21%) salas na “Planta nº3”, segundo a classificação de Porto⁴² e nenhuma delas foi considerada adequada.

Das 19 salas de “Planta nº1” e “Planta nº3” a metragem do ambiente clínico em 9 (47%) delas estava inadequada. A porta de entrada da sala em apenas 2 (10%) estabelecimentos de “Planta nº1” estava inadequada por estar situada no lado do auxiliar. No que se refere à posição do lavatório do dentista apenas 7 (37%) foram considerados adequados e 12 (63%) inadequadas, sendo que destas 7 não existiam para específica lavagem das mãos dos profissionais e 5 situavam-se na parede do auxiliar. Quanto à posição da cadeira ser colocada transversalmente, com a cabeça do paciente no centro da sala, apenas 5 (26%) estavam adequadas e 14(74%) inadequadas. Quanto à posição do equipo todos estavam na posição 1. Das mesas auxiliares, somente 6(32%) se encontravam atrás da cadeira estando adequadas. Ao observar o armário fixo, notou-se apenas 4 (21%) adequados, estando na parede do lado do auxiliar e a grande maioria 15 (79%) estavam inadequados, sendo: na parede do dentista (n=1), na parede à frente da cadeira

odontológica (n=4) e por não existirem (n=10). No que se refere ao posicionamento do Raio-x, observou-se que 19(100%) salas estavam inadequadas, sendo que a grande maioria 12 (63%) não existia e 7 (37%) não estavam instalados na parede conforme indica o referido autor.

Tabela 4 - Distribuição dos Consultórios Odontológicos do Sistema Público de Saúde de Municípios Paulistas, segundo análise ergonômica proposta por Porto (1994), Araçatuba, 2009.

Posição do equipamento Móvel	Planta n° 1 (n=15)						Planta n° 3 (n=4)						Total (n=19)			
	adequado		inadequado		ausente		adequado		inadequado		ausente		adequado		inadequado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metragem da sala	9	60	6	40	0	0	1	25	3	75	0	0	10	53	9	47
Porta de entrada	13	87	2	13	0	0	4	100	0	0	0	0	17	89	2	11
Lavatório do CD	3	20	5	33	7	47	4	100	0	0	0	0	7	37	12	63
Cadeira	4	27	11	73	0	0	1	25	3	75	0	0	5	26	14	74
Equipos	15	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	19	100	0	0
Mesa Auxiliar	4	27	11	73	0	0	2	50	2	50	0	0	6	32	13	68
Armário fixo	3	20	4	27	8	53	1	25	1	25	2	50	4	21	15	79
Raio X	0	0	5	33	10	67	0	0	2	50	2	50	0	0	19	100

* nota: a análise foi realizada com base na proposta ergonômica de Porto.

A partir dos resultados acima apresentados, percebe-se que dificuldades são vivenciadas no trabalho da ESB dos municípios avaliados. Ao analisar a distribuição dos equipamentos existentes nas salas de atendimento odontológica, foi observado que todas as salas não apresentaram o bom posicionamento dos equipamentos para o trabalho auxiliado, o que não garante conforto, eficiência ou função podendo assim, ocasionar um maior desgaste físico dos profissionais, menor eficiência do trabalho e conseqüentemente prejuízos para a saúde do trabalhador.

Verificou-se ainda que, em alguns consultórios, o posicionamento incorreto dos equipamentos fere tanto os princípios ergonômicos para a equipe, como também coloca em risco toda a cadeia asséptica que deve ser realizada durante o atendimento odontológico para proporcionar a segurança tanto para os profissionais quanto aos pacientes. Obviamente, o posicionamento inadequado dos equipamentos pode estar relacionado a causas multifatoriais como: a estrutura física da sala, projeto hidráulico e elétrico da sala, a existência de aparelhos obsoletos ou sucitados dentro da sala de atendimento, além da falta de conhecimento dos profissionais de saúde bucal sobre os princípios ergonômicos.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a existência da ASB se deu principalmente no CEO e ESF por exigência legal. Foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas, o que sugere a necessidade de reorganização no processo de gestão.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente 2006**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php>. Acesso em: 18 maio 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica e Coordenação Nacional De Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família 2009**. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php. Acesso em: 18 mar. 2009.
4. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 20 Set. 1990.
5. CONRADO, J.G.L. É preciso aperfeiçoar as ações de controle sanitário na Odontologia. J.CROSP, São Paulo, p. 16-17, Mar./Abr. 2009.
6. BARROS, O. B. **Ergonomia 3: Auxiliares em Odontologia**. São Paulo: Pancast, 1995. 226p.
7. PEREIRA, A. C.; MOREIRA, B. H. W. A utilização do auxiliar odontológico para aumento da produtividade nos serviços públicos. **Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent.**, v. 46, n. 5, p. 851-4, Set./Out. 1992.
8. SALIBA, T. A.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, C. A.; MOIMAZ, S. A. S. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. **Rev. Pos-grad.**, v.5, n.3, p.171-6, Jul./Set. 1998.
9. BRASIL. **Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm>. Acesso em: 15 maio 2009.
10. **THE OTTAWA Charter**. 1st International Conference on Health Promotion. 1986. Disponível em: <<http://www.sphcm.med.unsw.edu.au/sphcmweb.nsf/page/Ottawa>>. Acesso em: 01 maio 2009.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. 2.ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993. 23 p.
12. PARANHOS, L. P.; TOMASSO, S.; RICCI, I. D.; SIQUEIRA, D. F.; SCANAVINI, M. A. Atribuições e implicações legais dos profissionais auxiliares da odontologia: visão do próprio auxiliar. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p.77-85, jan./mar. 2009.
13. BIAZEVIC, M. G.; LOUREIRO, C.; ARAÚJO, M. E. Perfil do técnico em higiene dental do Estado de São Paulo: qualidade da prestação dos serviços. **R. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, Brasília, v.2, n.1, p.47-54, jan./jun.2001.
14. OLIVEIRA SÁ, E. M. **Quando o currículo faz a diferença...o currículo integrado na formação em serviço do Técnico em Higiene Dental/THD**. 2000. 132f. Dissertação (Pós-graduação em Educação) -Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
15. LIÑAN, M. G.; BRUNO, L. E. N. B. Trabalho e formação profissional do Atendente de Consultório Dentário e do Técnico em Higiene Dental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 2, p. 297-316, 2007.
16. KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F.; FREITAS, S. F. T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. **Rev. Odontol. UNESP**, Araraquara, v. 34, n. 4, p.161-65, 2005.
17. FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-8. 2005.
18. FRAZÃO, P. Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: ARAÚJO, M. E. (org). **Odontologia em saúde coletiva**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.100-18.
19. PEZZATO, L. M., COCCO, M. I. M. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 212-219, set./dez. 2004.

20. QUELUZ, D. P. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 20, n. 49, p. 270-80, 2005.
21. SAQUY, P. C., PÉCORÁ, J. D. **Orientação profissional em odontologia**. São Paulo: Editora Santos, 1996. 67p.
22. UNTHANK, M. Dental office planning. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.130, n.11, p.1579-82, Nov.1999. Disponível em: <<http://jada.ada.org/cgi/reprint/130/11/1579>>. Acesso em: 18 abr. 2009.
23. NARESSI, W. G. **Ergonomia em odontologia: o consultório**. 3.ed. São Paulo: Gnatus, 2002. p. 1-36.
24. SÃO PAULO (Estado). **Resolução SS-15, 18 janeiro de 1999**. Aprova a Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatadas. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/download.asp?tipo=zip&arquivo=99re15.zip>>. Acesso em: 10 jun. 2009.
25. CECÍLO, A. M. A. **Dificuldades na adoção e adesão das normas de biossegurança em odontologia nos diferentes tipos de serviços: públicos, particulares e instituições de ensino, no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2008.
26. FARIA, A. V. **Riscos no trabalho de cirurgiões-dentistas: informações e práticas**. 2003. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
27. MEDEIROS U. V., SOUZA M. I. C., BASTOS L. F. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 277-80, jul./ago. 2003.
28. SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO, S. M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 181-193, jan./fev. 2001.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1> Acesso: 1 jul. 2009.
30. MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção, controle**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 1116 p.
31. JORGE, A. O. C. **Princípios de Biossegurança em odontologia**. 2006. Disponível em <<http://www.higieneocupacional.com.br/download/biosseg-odonto.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2009.
32. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde**. Brasília: OPAS, 1997. 60p.
33. SCHNEIDER V. E.; GASTALDELLO, M. E. T.; STEDILLE, N. R.; PLEIN, C. F.; GUERRA, L. Modelos de gestão de resíduos sólidos de serviços odontológicos (rссо) por meio do índice de geração per capita. In: Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, 28., 2002, Cancun. **Anais eletrônicos...** México: FEMISCA, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsaidis/mexico26/iv-076.pdf>> . Acesso em: 7 maio. 2009.
34. OPPERMANN, C. M.; PIRES, L. C. **Manual de Biossegurança para Serviços de Saúde**. Porto Alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2006. 80 p.
35. ASSAD, C.; COSTA, G.; BAHIA, S. R. **Manual higienização de estabelecimentos de saúde e gestão de seus resíduos**. Rio de Janeiro: IBAM/COMLURB, 2001. 44 p.
36. VIDAL, M. C. **Os paradigmas em ergonomia. Uma epistemologia ou uma disciplina para a ação?** Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1994. 25p.
37. MONTMOLLIN, M. Ergonomías. In: CASTILHO, J. J.; VILENA J. **Ergonomia: conceptos y métodos**. Madri: Editorial Complutense, 1998, p. 69-78.
38. SALZMANN, J. A. Ergonomics and the art of dentistry. **N. Y. J. Dent.**, New York, v.39, n.1, p.1-2, Jan. 1969.
39. MURPHY, D. C. Ergonomics and dentistry. **N. Y. State Dent J.**, New York, v.63, n.7, p.30-4, Aug./Set., 1997.
40. HOKWERDA, O. Ergonomic principles in dentistry. In: European Society of Dental Ergonomics, 16, Piestany, 2002. **Proceedings...** Piestany: European Society of Dental Ergonomics, 2002. 53p.

41. ANNEROTH, G. Work simplification in dental practice: some fundamental aspects. **Odontol. Revy.**, Lund, v.19, n.11, p.82-102, 1968.
42. PORTO, F. A. **O consultório odontológico**. São Paulo: Scritti, 1994. 140p.
43. KAWASE, P R. **Constrangimento postural ocupacional determinado pelo equipo odontológico: um estudo de caso**. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
44. GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, T. M.; SILVA, C. E. P. Prevalência de dores musculoesquelética em cirurgiões-dentistas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 59-76. 2006.
45. TRINDADE, E.; ANDRADE, M. LER/DORT – Rotina Dolorosa. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-5, Abr./Maio 2003.
46. CARNEIRO, C. M. Perfil Social da LER. In: OLIVEIRA, C.R. **Manual Prático de lesões por esforços repetitivos**. Belo Horizonte: Health, 1998.p. 63-95.
47. EPI INFO 3.5.1: software para profissionais de saúde [computer program]. Atlanta: CDC; 2008.
48. PERELLA, M. **Biossegurança em serviços públicos odontológicos**. Dissertação (mestrado em Odontologia Legal e Deontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2005.
49. FARINASSI, J. A. Biossegurança no Ambiente Odontológico. **Sotau Rev. virtual Odontol.**, São José dos Campos, v. 1, n.3, p. 24-30, 2007.
50. SÃO PAULO (Estado). **Resolução SS-374**, publicado em Diário Oficial do Estado, Seção I, de 15 de dezembro de 1995. Altera a Norma Técnica sobre a organização do Centro de Material e Noções de Esterilização. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/sanitaria/95re374/95re374.html>. Acesso em: 10 jun. 2009.
51. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, **NBR 12808/93**. Resíduos de serviços de saúde – Classificação. Rio de Janeiro: ABNT, 1993.
52. ZENKNER, C. L. L. **Proposta de gestão de risco para o controle de infecção, a partir do diagnóstico de biossegurança, nas clinicas do curso de odontologia da UFSM**. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de

Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

53. SALIBA, T. A.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, C. A.; MOIMAZ, S. A. S. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. **Rev. Pos-grad.**, São Paulo, v.5, n.3, p.171-6, Jul./Set. 1998.
54. NOGUEIRA, D. P. Riscos Ocupacionais de dentistas e sua prevenção. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 11, n. 41, p. 16-24, 1983.
55. MENDEL, I. D. Occupation risks in dentistry: comforts and concerts. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 124, n. 1, p. 41-9, 1993.

ANEXO A – Termo de livre esclarecimento para participação na pesquisa.



Unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL



Araçatuba, ____ de _____ de 2008.

Prezado(a) Senhor(a):

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, peço a permissão para a coleta de dados, através de questionário semi-estruturado, onde os dados coletados serão tabulados e divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previsto nos princípios éticos na pesquisa e garantindo o anonimato. Os dados serão coletados dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde do município. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as condições de trabalho no SUS através da percepção do Cirurgião-dentista. A referida pesquisa não acarretará custos para os participantes bem como não possui riscos à saúde dos mesmos. Ressalto também que não serão revelados nomes ou qualquer identificação dos participantes. Este estudo denominado “ **Percepção do Cirurgião-dentista sobre as condições de trabalho no Sistema Único de Saúde.**”, será desenvolvida por Lígia Prandi da Silva, aluna da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, sob orientação da Professora Adjunto Doutora Suzely Adas Saliba Moimaz e da Doutoranda Adriana Cristina Oliva Costa no Curso de Pós-Graduação de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Sua participação é de livre escolha e caso aceite colaborar através de sua participação, desde já agradecemos e nos colocamos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: Departamento de Odontologia Social UNESP (18) 3636-3200 horário comercial ou com Lígia Prandi da Silva (endereço no rodapé página)

Sem mais, desde já agradecemos.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “**Percepção do Cirurgião-dentista sobre as condições de trabalho no Sistema Único de Saúde.**” concordo em participar e AUTORIZO a realização do levantamento de dados para a referida pesquisa, dando-me o direito de sair deste grupo estudado a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2008.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Número da Identidade

Órgão de Expedição

Rua Sebastião Volpe nº 874 Centro – Mendonça - SP CEP 15200-000 (17) 38097161 ou (17) 91386607
EMAIL: ligia_prandi@hotmail.com

ANEXO B – Roteiro de Análise dos Ambientes de Trabalho.

Instrumento de Análise do Ambiente de Trabalho

Código do Município/Consultório: _____ **ASB:** () Sim () Não **Ficha:** _____

1 - Tipo de Estabelecimento:

- () Consultório Odontológico Tipo I
 () Consultório Odontológico Tipo II
 () Clínica Odontológica Tipo I
 () Clínica Odontológica Tipo II
 () Clínica Modular

2 - Tipo de equipamento para esterilização:

- 2.a () Estufa () com controle de temperatura através de termômetro () sem controle de temperatura através de termômetro
 2.b () Autoclave
 2.c () Não há equipamento para esterilização no consultório

Caso não há equipamento onde é feita?

- () Esterilização realizada na sala de esterilização da UBS do município.
 () Este serviço é terceirizado

3 - Descarte do Lixo na sala de atendimento:

- 3a O lixo comum é mantido em recipiente com tampa? () SIM () NÃO () Não há lixeira
 3b O lixo contaminado é mantido em recipiente com tampa? () SIM () NÃO () Não há lixeira
 3c A lixeira do lixo comum tem acionamento de pedal? () SIM () NÃO () Não há lixeira
 3d A lixeira do lixo contaminado tem acionamento de pedal? () SIM () NÃO () Não há lixeira
 3e Há recipiente com paredes rígidas, rotulado como “contaminado”, com tampa, para material perfuro cortante desprezado (Coletor de perfuro cortante) ? () SIM () NÃO

4 – Situação dos lavatórios “pias”

- 4a - Há lavatório com água corrente exclusivo para lavagem das mãos?() SIM () NÃO
 4b – Instrumental é lavado em lavatório distinto do destinado a lavagem das mãos?() SIM () NÃO
 4c – Há sala específica (fora da sala de atendimento) para lavagem dos materiais?() SIM () NÃO
 4d – Os lavatórios possuem sistema que impeça o contato direto das mãos com os registros das torneiras? Para lavagem das mãos () SIM () NÃO Para lavagem dos materiais () SIM () NÃO
 4e – Possui toalheiro de papel para secagem das mãos? () SIM () NÃO
 4f – Possui saboneteira com sabonete líquido para lavar as mãos? () SIM () NÃO

5 – Equipamentos e ruídos

- 5a - O compressor está instalado dentro da sala de atendimento? () SIM () NÃO
 5b - Caso instalado dentro da sala de atendimento, tem proteção acústica?() SIM () NÃO () Fora da sala

6 – Adequações da Sala de Atendimento ao trabalho da Equipe Saúde Bucal

Considerando que na área de trabalho do CD deve estar seu mocho, seu lavatório e o espaço suficiente para o acesso do paciente à cadeira; e que na área da ASB deve estar o mocho, o armário fixo, o sistema de esterilização, os aparelhos, a pia de lavar instrumentos, a unidade auxiliar e o espaço suficiente para que ela possa desenvolver seu trabalho, pergunta-se:

6.a - Os equipamentos em estudo estão bem posicionados?

- () SIM () NÃO (Após responder fazer análise das Plantas: PlantaNº1, Planta Nº 2, Planta Nº 3 e PlantaNº4)

Instrumento de Análise do Ambiente de Trabalho - Distribuição dos equipamentos na sala de atendimento odontológico

FICHA Nº _____

CÓDIGO SALA _____

PLANTA Nº 1*

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 1 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: Entrada pelo lado do dentista, Lavatório do CD na sua parede, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, Equipo na posição 1, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o Raio X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:

- (a) De acordo com o especificado na planta 1*
- (b) Excede ao especificado
- (c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:

- (a) Móvel*
- (b) Semi-móvel*

3. Entrada pelo lado do dentista?

- (a) Lado do dentista*
- (b) Lado da auxiliar

4. Lavatório do dentista situado em que parede?

- (a) Parede do dentista*
- (b) Parede da auxiliar
- (c) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :

- (a) Sim* (considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)
- (b) Não

7. Equipo na Posição 1?

- (a) Sim*
- (b) Não

8. (a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2*

- (b) Nenhuma das posições

9. (a) Armário fixo do lado da auxiliar*

- (b) Armário atrás do dentista
- (c) Não Existe

10. (a) O raio X fixado na parede e disparador na parede do escritório*

- (b) O raio X não é fixado na parede
- (c) Não existe

Instrumento de Análise do Ambiente de Trabalho - Distribuição dos equipamentos na sala de atendimento odontológico

FICHA N° _____

CÓDIGO SALA _____

PLANTA N° 2**

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta N° 2 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: Entrada pelo lado do dentista, Lavatório do CD na sua parede, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, **Equipo na posição 3**, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o Raio X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:

- (a) De acordo com o especificado na planta 1* *
- (b) Excede ao especificado
- (c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:

- (a) Móvel
- (b) Semi-móvel**

3. Entrada pelo lado do dentista?

- (a) Lado do dentista**
- (b) Lado da auxiliar

4. Lavatório do dentista situado em que parede?

- (a) Parede do dentista**
- (b) Parede da auxiliar
- (c) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :

- (a) Sim** (considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)
- (b) Não

7. Equipo na Posição 3?

- (a) Sim**
- (b) Não

8. (a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2**

- (b) Nenhuma das posições

9. (a) Armário fixo do lado da auxiliar**

- (b) Armário atrás do dentista
- (c) Não Existe

10. (a) O raio X fixado na parede e disparador na parede do escritório**

- (b) O raio X não é fixado na parede
- (c) Não existe

Instrumento de Análise do Ambiente de Trabalho - Distribuição dos equipamentos na sala de atendimento odontológico

FICHA Nº _____

CÓDIGO SALA _____

PLANTA Nº 3***

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 3 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: **Entrada pelo lado da ASB e posicionamento do lavatório do CD no canto da sala**, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, Equipo na posição 1, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o Raio X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:

- (a) De acordo com o especificado na planta 1***
- (b) Excede ao especificado
- (c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:

- (a) Móvel***
- (b) Semi-móvel***

3. Entrada pelo lado do dentista?

- (a) Lado do dentista
- (b) Lado da auxiliar***

4. Lavatório do dentista situado em que parede?

- (a) Parede do dentista
- (b) Parede da auxiliar
- (c) No canto da sala***
- (d) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :

- (a) Sim*** (considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)
- (b) Não

7. Posição do Equipo?

- (a) Posição 1/***
- (b) Posição 2/***
- (c) Posição 3/***
- (d) Posição 4/

8. (a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2***

- (b) Nenhuma das posições

9. (a) Armário fixo do lado da auxiliar***

- (b) Armário atrás do dentista
- (c) Não Existe

10. (a) O raio X fixado na parede e disparador na parede do escritório***

- (b) O raio X não é fixado na parede
- (c) Não existe

Instrumento de Análise do Ambiente de Trabalho - Distribuição dos equipamentos na sala de atendimento odontológico

FICHA Nº _____

CÓDIGO SALA _____

PLANTA Nº 4****

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 4 é para dentista canhoto com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: Entrada pelo lado do dentista, Lavatório do CD na sua parede, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, **Equipo na posição 3**, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o Raio X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:

- (a) De acordo com o especificado na planta 1****
- (b) Excede ao especificado
- (c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:

- (a) Móvel****
- (b) Semi-móvel****

3. Entrada pelo lado do dentista?

- (a) Lado do dentista****
- (b) Lado da auxiliar

4. Lavatório do dentista situado em que parede?

- (a) Parede do dentista****
- (b) Parede da auxiliar
- (c) No canto da sala
- (d) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :

- (a) Sim**** (considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)
- (b) Não

7. Posição do Equipo?

- (a) Posição 1/
- (b) Posição 2/
- (c) Posição 3/****
- (d) Posição 4/

8. (a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2****

- (b) Nenhuma das posições

9. (a) Armário fixo do lado da auxiliar****

- (b) Armário atrás do dentista
- (c) Não Existe

10. (a) O raio X fixado na parede e disparador na parede do escritório****

- (b) O raio X não é fixado na parede
- (c) Não existe

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 118/2008
CEP
ACBD/rapv

Araçatuba, 01 de setembro de 2008.

Referência Processo FOA 2008-01660

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto **“PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO – DENTISTA SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”** expede o seguinte parecer:

APROVADO:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado o relatório parcial em 14/08/2009 e o relatório final em 14/02/2010.**

Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Drª. SUZELY ADAS SALIBA MOIMAZ
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.

15/09/2008

Drª. Suzely Adas Saliba Moimaz