

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM
SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL
- SETOR ODONTOLÓGICO -**

***Analysis of the actions of sanitary monitoring in
Santa Maria, Rio Grande do Sul State
- Odontology sector -***

Annie Pozeczek Koltermann¹ e Beatriz Unfer²

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as ações de Vigilância Sanitária em consultórios odontológicos de Santa Maria-RS. Trata-se de um estudo documental, baseado no registro das informações feitas pela equipe de Vigilância nas visitas de inspeção. As variáveis de estudo foram a existência de alvará, serviço de raios-x e itens de biossegurança. Os resultados indicaram que os consultórios odontológicos não atendem integralmente as normas da legislação vigente, nas diferentes situações analisadas. Dessa forma, conclui-se sobre a necessidade de informar e conscientizar os profissionais de saúde sobre a adequação de seus consultórios e também a população, que deve estar informada e conscientizada da importância do papel das ações do setor de Vigilância para participar efetivamente do processo de controle social na saúde.

Palavras-chave: Legislação Sanitária; Serviços de Saúde Bucal; Qualidade dos Cuidados de Saúde.

SUMMARY

The objective of the present article was to analyze the actions of Sanitary Monitoring in odontological doctor's offices in Santa Maria, RS. This is a documental study based on the information registered by the Sanitary Monitoring team along the inspection visits. The work variables were the presence of the licence to work, x-rays equipment and bio-security items. The results show that the official rules are not completely followed in most of the offices in different analyzed situations. Thus, from the obtained results was concluded about the necessity to inform the health professional about their offices adequacy to the law. It also demonstrated that the population should be informed about the role of the Sanitary monitoring actions in order to participate effectively in the process of the control of public health.

Keywords: Legislations Health; Dental Health Services; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

Os problemas decorrentes da vida em sociedade impõem o desenvolvimento de atividades ligadas à saúde da população, produzindo esforços para enfrentar as doenças e estabelecendo regras para modelar comportamentos que podem colocar em risco a coletividade. Para isso, se faz necessário o gerenciamento dessas regras por um órgão, a Vigilância Sanitária.

Em 1990, com a criação da Lei 8.080/90, a Lei Orgânica do SUS, foram definidas com clareza as ações e atribuições da Vigilância Sanitária (VISA). Em seu capítulo I, artigo 6º e parágrafo 1º, a lei define a Vigilância Sanitária como "um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir nos

problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde"¹.

Cada esfera do Governo tem uma competência quando o assunto é Vigilância Sanitária, conforme a Lei 8.080/90¹, artigo 15º, mas cabe aos Municípios a execução de todas as ações, desde que asseguradas nas leis federais e estaduais. Esse é o processo chamado de municipalização das ações de

Baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia apresentado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 13 de dezembro de 2005.

¹Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Santa Maria

²Profª Drª da Disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva

Vigilância Sanitária. O Estado e União podem atuar em caráter complementar quando o risco epidemiológico, a necessidade profissional e a necessidade tecnológica assim exigirem².

O município de Santa Maria obteve o decreto e a aprovação da lei municipal que dispõe sobre normas de saúde em Vigilância Sanitária no dia 27 de dezembro de 1996, a Lei nº. 4.040/96. Sendo assim, a partir de janeiro de 1997, as inspeções em consultórios odontológicos do município constituem um procedimento necessário para a obtenção do Alvará Sanitário³.

De 1997 até 2000 as inspeções em consultórios odontológicos eram baseadas na Portaria Federal nº. 1.884/94⁴, e também no Decreto nº. 23.430/74 (Código Sanitário do Estado do Rio Grande do Sul)⁵. Em dezembro de 2000 foi aprovada a Portaria nº. 40/2000⁶, que trata das normas técnicas de biossegurança em estabelecimentos odontológicos e laboratórios de prótese do Rio Grande do Sul. Em 21 de fevereiro de 2002, a Resolução RDC nº. 50/2002⁷ substituiu a Portaria nº. 1.884/94 de 24 de novembro de 1994. Desta forma, as inspeções em consultório odontológico seguem estes dispositivos legais.

Considerando a importância da vigilância em saúde no controle da prestação de serviços de saúde oferecidos à população, este trabalho tem por objetivo analisar as ações da vigilância sanitária efetuadas em estabelecimentos odontológicos privados de Santa Maria.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo documental, entre agosto e dezembro de 2005, na Coordenadoria de Serviços de Interesse à Saúde (COSIS) do setor de Vigilância Sanitária da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. A COSIS é o setor responsável pelas inspeções nos consultórios odontológicos.

Os cirurgiões-dentistas, de estabelecimentos odontológicos privados, cadastrados na Vigilância Sanitária de Santa Maria possuem uma pasta, armazenada em arquivo, que contém toda a documentação exigida para a obtenção do Alvará Sanitário. Estão arquivadas também as fichas das inspeções, quando realizadas.

O número total de pastas existentes na Vigilância Sanitária, até novembro de 2005, era de 318, as quais reúnem as fichas de inspeção nos estabelecimentos odontológicos privados desde 1997.

Considerando o tempo disponível para o estudo, foram selecionadas aleatoriamente 256 pastas. Nestas pastas, verificou-se que em 59 não havia registros de inspeção, seis possuíam o pedido de baixa, ou seja, não atuam mais no município de Santa Maria e 191 pastas possuíam registros de inspeção. Dessa forma, o número de pastas analisado foi de 191 (60%), o que resultou em uma amostra estatisticamente significativa do conjunto de pastas de inspeção.

A maioria dos cirurgiões-dentistas possuía mais de uma ficha de inspeção arquivada em sua pasta, resultante de mais de uma

visita da equipe de Vigilância. Neste estudo, o formulário de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi baseado na ficha de inspeção mais recente, confeccionada pela Vigilância Sanitária de Santa Maria.

A escolha das variáveis teve como objetivos caracterizar a população de estudo do ponto de vista etário, de gênero e tempo de atuação profissional, por meio dos itens: idade, sexo e tempo decorrido após a emissão da carteira do Conselho Regional de Odontologia, e verificar a prevalência dos itens de inspeção, negativos e positivos, mais elementares no campo da biossegurança, por meio dos itens: existência de alvará, inspeção visual das instalações (pia, torneira), equipamentos de proteção individual, equipamentos de esterilização, serviço de raios-x e descarte de resíduos.

Por se tratar de um estudo descritivo, os dados foram analisados pela estatística descritiva e os resultados foram apresentados em tabelas. Os campos não preenchidos nas fichas de registro de inspeção foram considerados dados perdidos.

A consulta aos registros de inspeção foi autorizada pela Secretaria de Saúde mediante a assinatura do termo de compromisso e responsabilidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Ciências da Saúde (Termo de Aprovação nº 092/2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Constituição Federal define que é obrigação do Estado a Vigilância Sanitária e coloca esta como componente do conceito atual de saúde e como direito fundamental das pessoas. Tendo como base a noção de risco, a Vigilância em Saúde busca verificar acontecimentos, fatos ou coisas que colocam ou possam colocar em risco, perigo ou que possam causar danos à saúde dos indivíduos e da coletividade⁸.

Os serviços de saúde apresentam uma multiplicidade de riscos, de origens e natureza diversas. A Odontologia, como as demais áreas da saúde, vem intensificando a busca do conhecimento para o controle de infecção e a biossegurança no atendimento odontológico da população. Nesse sentido, busca adotar um conjunto de condutas que tornam a prática profissional segura, expressa nos cuidados com os pacientes, auxiliares e pessoas que transitam em algum momento no ambiente do consultório.

Os dados de nossa pesquisa revelam que, em Santa Maria, a faixa etária predominante dos cirurgiões-dentistas de consultórios privados situa-se entre 31 e 40 anos, caracterizando uma classe profissional jovem, com menos de 20 anos de trabalho e com predominância do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de consultórios odontológicos vistoriados pela Vigilância Sanitária, quanto à idade, sexo e tempo decorrido da emissão da carteira do CRO. Santa Maria, 2005.

Idade (anos)	Nº	%
23-30	18	9,5
31-40	59	31,1
41-50	41	21,5
51-60	47	24,7
61-78	25	13,2
Total	190	100
Dado perdido	1	1
Sexo		
Masculino	107	56
Feminino	84	44
Total	191	100
Emissão do CRO (anos)		
1-10	58	37
11-20	40	25,5
21-30	36	23
30 e mais	23	14,5
Total	157	100
Dados perdidos	34	18

*Percentual sobre o total de registros analisados: 191 Fonte: Vigilância Sanitária – SM

As Tabelas 2 e 3 mostram os itens inspecionados e a situação encontrada pela equipe da Vigilância, separados em dois períodos diferentes. De 1997 a 2000 a legislação de referência para as inspeções tinha por base a Portaria Federal nº 1.884/94⁴ e o Decreto

nº 23.430/74⁵ (Tabela 2). A partir de 2001 a legislação que tem servido de base para as inspeções é a Portaria 40/2000⁶ e a Resolução RDC nº 50/2002⁷ (Tabela 3).

Tabela 2. Itens inspecionados pela Vigilância Sanitária e situação encontrada no período de 1997 a 2000. Santa Maria, 2005.

Itens de inspeção	Não		Sim		Total		Dados perdidos*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alvará	41	89	5	11	46	100	14	23
Estufa	7	12,5	49	87,5	56	100	4	7
Raios-X	9	16	47	84	56	100	4	7
Avental Plumbífero	6	67	3	33	9	100	51	85
Caixa coletora	33	80	8	20	41	100	19	32

* Percentual sobre o total de registros analisados: 60 Fonte: Vigilância Sanitária – SM

Tabela 3. Itens inspecionados pela Vigilância Sanitária e situação encontrada no período de 2001 a 2005*. Santa Maria, 2005.

Itens de inspeção	Não		Sim		Total [§]		Dados perdidos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alvará	45	56	35	44	80	100	46	37
Acionamento não manual torneira	32	32	69	68	101	100	25	20
Pia p/ instrumental	30	28	77	72	107	100	19	15
Barreiras	36	32	75	68	111	100	15	12
Luvras	0	0	114	100	114	100	12	10
Máscara	0	0	107	100	107	100	19	15
Avental	0	0	96	100	96	100	30	24
Gorro/touca	7	10	63	90	70	100	56	44
Óculos	4	5	80	95	84	100	42	33
Estufa	38	31	86	69	124	100	2	2
Termômetro	41	61	26	39	67	100	59	46
Raios-X	26	21	100	79	126	100	0	0
Avental Plumbífero	27	27	73	73	100	100	26	21
Caixa coletora	12	10	110	90	122	100	4	3

* Dados de 2005 até novembro

§ Total de itens registrados

|| Percentual sobre o total de registros analisados: 126

Fonte: Vigilância Sanitária - SM

Observa-se que no primeiro período de atuação da Vigilância Sanitária, eram avaliados cinco itens de inspeção daqueles selecionados neste estudo. No segundo período, o número de itens foi ampliado para quinze.

Do total de 126 estabelecimentos odontológicos vistoriados e com o registro da inspeção na Vigilância Sanitária desde 1997 até novembro de 2005, 86 (68%) não possuem o Alvará Sanitário. Não foi possível detectar neste estudo quantos proprietários dos estabelecimentos visitados providenciaram este documento depois da última vistoria realizada (Tabela 2 e 3).

Em 1998, a Secretaria da Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº. 453/98⁹, a qual estabelece as condições adequadas de proteção radiográfica em radiodiagnóstico médico e odontológico. Sobre os procedimentos de trabalho, a Portaria especifica que devem ser adotados procedimentos para reduzir a dose de radiação nos pacientes, no operador, na equipe e no público. É obrigatória a utilização de vestimenta de proteção individual quando efetuadas as tomadas radiográficas. Esta vestimenta deve proteger a tireóide, o tronco e as gônadas do paciente durante as exposições. Foi constatado neste estudo que, entre os dentistas que receberam a última visita da equipe de Vigilância em seus consultórios no período de 1997 a 2000, 84% faziam uso do aparelho de raios-X, mas a falta de registro nas fichas de inspeção sobre a existência de avental plumbífero não permite concluir que os cirurgiões-dentistas não faziam uso do mesmo nas tomadas radiográficas (Tabela 2).

A Tabela 3 aponta que 27% dos estabelecimentos odontológicos de Santa Maria que utilizam o aparelho de raios-X, com sua última inspeção no período de 2001 a 2005, não possuem o avental plumbífero, ou seja, não disponibilizam aos seus pacientes este artefato de proteção contra as radiações.

O descarte de resíduos provenientes dos consultórios odontológicos constitui um problema que ainda não está perfeitamente equacionado. 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. É expressamente proibido o esvaziamento destes recipientes para seu reaproveitamento⁶.

No período de 1997 a 2000 (Tabela 2), apenas 20% dos cirurgiões-dentistas faziam uso da caixa coletora de materiais perfuro-cortantes. O município de Santa Maria possui uma única empresa especializada para a coleta destes dejetos, mas, atualmente, 10% dos dentistas cadastrados na Vigilância Sanitária ainda não utilizam este serviço (Tabela 3).

A Portaria 40/2000⁶ recomenda que o Forno de Pasteur (estufa) seja usado somente na ausência da autoclave. Em Santa Maria, a maior parte dos cirurgiões-dentistas ainda usa como método de esterilização a estufa.

A estufa utiliza o calor seco e atua nos microrganismos através de oxidação. É um meio efetivo, desde que tomados

alguns cuidados em relação ao binômio tempo e temperatura¹⁰. Em uma temperatura de 160°, a estufa deve permanecer ligada por 120 minutos, iniciando a contagem do tempo quando o aparelho estiver com a temperatura estabilizada. Quando for utilizada a temperatura de 170° para a esterilização, a estufa deve permanecer ligada por 60 minutos⁶.

Um dos cuidados que devemos ter é de nunca interromper o ciclo, isto é, uma vez colocado o material a ser esterilizado, não é permitido abrir a estufa até que o tempo se complete. Outro cuidado é não sobrecarregar demasiadamente a estufa. Este cuidado deve ser observado tanto nas caixas metálicas que contém o material quanto na área interna da estufa, que deve ter espaço para a circulação do ar produzido¹⁰.

Verificou-se neste estudo que 61% dos cirurgiões-dentistas não utilizam termômetro de bulbo em suas estufas (Tabela 3), o que pode estar colocando em risco a segurança dos profissionais e de seus pacientes. É indispensável o uso de um termômetro de bulbo para o controle da temperatura preconizada. A utilização de um termostato para a manutenção efetiva da temperatura também é obrigatória perante as normas da Portaria 40/2000⁶.

Na inspeção visual dos estabelecimentos de saúde, foram destacados dois itens básicos de biossegurança: o acionamento não manual da torneira da pia ou lavatório e a existência de um local específico para a lavagem de instrumental. Estes itens não foram registrados em 32 e 28% dos consultórios visitados, respectivamente.

O manilúvio é um hábito muito importante para o controle de infecção em consultórios odontológicos. A pele normal é colonizada por bactérias, tanto na superfície quanto nos poros profundos e nos ductos sudoríparos e glândulas sebáceas, sendo recomendado o manilúvio antes do tratamento, entre pacientes, após a remoção das luvas e antes de deixar o consultório. Durante o tratamento, se ocorrer o toque em um objeto que possa estar contaminado por sangue e/ou saliva de outro paciente, ou se houver um acidente perfuro-cortante, deve-se repetir a prática de lavagem das mãos antes de calçar novas luvas¹⁰.

A Resolução RDC n° 50/2002⁷, que dispõe sobre as normas de projetos físicos para estabelecimentos assistenciais de saúde, determina que o consultório possua uma pia exclusiva para a lavagem das mãos, sendo esta equipada com comandos do tipo que dispensam o contato das mãos quando do fechamento da água. A lavagem de instrumental deve ser feita em outra pia que deve estar sempre inserida em bancadas.

Segundo o estudo de Rabello et al.¹¹ sobre a presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico de 49 cirurgiões-dentistas, em 85% das bancadas e em 50% das seringas triplices foram encontradas bactérias pertencentes ao meio ambiente e à flora bacteriana normal dos seres humanos, mas que podem ser também responsáveis por diversas doenças, como as infecções urinárias, respiratórias, gastrintestinais, infecções estafilocócicas das próteses valvares,

entre outras.

As barreiras mecânicas são dispositivos físicos que devem ser usados para evitar o contato com os microrganismos presentes durante os procedimentos odontológicos. Separam as estruturas anatômicas sob risco de serem fontes potenciais de contaminação. As luvas, por exemplo, separam os tecidos do paciente dos tecidos pertencentes ao profissional de saúde. Ao mesmo tempo, se no caminho em direção ao paciente, as luvas estéreis tocarem as roupas, pele ou objetos não esterilizados, servirão de fonte de contaminação tanto quanto as mãos desprotegidas¹⁰.

A utilização de barreiras nos locais manipulados pelo cirurgião-dentista e pelo pessoal auxiliar, como lâminas plásticas de PVC, sobre-luvas, papel laminado ou sacos plásticos diminui as vias de infecção cruzada e auxiliam na manutenção da cadeia asséptica⁶. Infelizmente, 32% dos cirurgiões-dentistas de Santa Maria não utilizam este artifício para manutenção da biossegurança de seus consultórios (Tabela 3).

As Normas Técnicas de Biossegurança em Estabelecimentos Odontológicos e Laboratórios de Prótese do Rio Grande do Sul estão bem especificadas na Portaria 40/2000⁶. Esta portaria determina o uso obrigatório, para toda a equipe de saúde bucal, de equipamentos de proteção individual que são os seguintes: luvas, máscara descartável, gorro, óculos de proteção para a equipe e para o paciente e avental limpo.

Utilizar luvas é um procedimento obrigatório, pois durante a prática clínica podem ocorrer traumas microscópicos nas mãos, e nesse caso a inspeção visual não pode detectá-los. Esses pequenos traumas podem atuar como porta de entrada para uma variedade de microrganismos¹⁰.

O sangue oriundo de pacientes pode ficar retido durante dias abaixo das unhas e a inspeção visual não pode detectá-lo¹⁰. Estudo de Terezhalmay¹², com cirurgiões-dentistas clínicos gerais, mostrou que 44% tinham estes resíduos detectáveis após três dias de sua última atividade clínica. Estudando a presença de restos hematóticos nos dedos indicadores e polegares de cirurgiões-dentistas, Allen & Organ¹³ observaram a sua presença em 80% dos casos. Neste mesmo estudo, 40% dos profissionais mantiveram estes resquícios sanguíneos após o fim de semana. Portanto, as justificativas principais para o uso de luvas, segundo Guimarães Jr¹⁰ são:

1. Redução da contaminação das mãos com material infectivo de qualquer origem;
2. Redução da possibilidade de contaminação com microrganismos provenientes do paciente;
3. Redução da possibilidade de contaminação dos pacientes tanto com a microbiota indígena quanto com a transitória;
4. Redução do risco de infecção cruzada.

Existem luvas específicas para cada procedimento. Para

procedimentos que envolvem cirurgias, a luva de seleção deve ser estéril. Já para procedimentos básicos como restaurações e endodontias, pode ser adotado o uso de luvas de procedimento que não são estéreis. Nesses dois casos, é obrigatória a troca da luva de paciente para paciente. Para limpeza e lavagem de instrumental devem ser usadas luvas grossas de borracha¹⁰.

A importância do uso de máscaras reside no fato de que há freqüente produção de aerossóis, gotículas iguais ou menores que 5 mm, no ambiente do consultório e a permanência, em suspensão, de partículas e microrganismos transmissíveis por vias aéreas, por cerca de 30 minutos. A máscara constitui uma barreira mecânica imprescindível, para uso tanto pelo profissional de saúde como pelo pessoal auxiliar, incluindo-se aqui os protéticos. As máscaras mais recomendadas devem ter, no mínimo, filtros duplos, tendo 99,97% de eficiência contra partículas de 0,3mm. Devem ser descartáveis, trocadas depois do atendimento de cada paciente, e quando utilizadas em cirurgias deverão ser esterilizadas¹⁰.

Sobre os aventais, seu uso é indispensável, porque os microrganismos se aderem às roupas e podem ser levados às áreas distantes do ambiente profissional, por exemplo, para a casa do profissional, contaminando seus familiares. Desta maneira, a roupa deve ser protegida com avental e este somente vestido e retirado no ambiente de consultório. O uso de detergentes e água sanitária é suficiente para o tratamento destas vestimentas, sendo que para procedimentos cirúrgicos os aventais devem ser previamente autoclavados¹⁰.

A respeito do uso de gorro ou touca, sabe-se que os cabelos, assim como a barba e o bigode, são fontes de contaminação e de corpos estranhos. O *s. aureus* e outros microrganismos estão presentes no cabelo. Por isso devem ser cobertos com gorro, sendo indispensáveis em procedimentos cirúrgicos. Da mesma forma que as máscaras, os gorros devem ser estéreis quando usados em cirurgias¹⁰.

O uso de óculos de proteção é indispensável para os profissionais de saúde devido à produção de aerossóis, gotículas no ambiente do consultório e a permanência, em suspensão, de partículas e microrganismos transmissíveis por vias aéreas, por cerca de 30 minutos. Os olhos são a porta de entrada de vários microrganismos, possuindo uma vascularização relativamente limitada, o que facilita sua infecção. O auxiliar de consultório também deve usar os óculos de proteção na lavagem do instrumental e outros itens, pois ocorrem muitos espirros nestes procedimentos¹⁰.

Também é obrigatório a disponibilização de óculos de proteção para o paciente quando o procedimento envolve a dispersão mecânica de partículas durante o ato operatório¹⁰. Foi observado neste estudo que 90% das fichas não continham este dado. A explicação pode estar no fato de que este item de biossegurança não era discriminado dos demais itens de equipamentos de proteção individual. A utilização de luvas, máscara e avental é relatada por todos os cirurgiões-dentistas (Tabela 3).

Embora o modelo institucional de Vigilância Sanitária predominante no país venha se limitando à fiscalização e ao poder de polícia⁸, segundo informações prestadas pela equipe de Vigilância Sanitária de Santa Maria, os mesmos adotam como estratégia paralela proporcionar a oportunidade de acesso à informação e determinar um período para a adequação do estabelecimento odontológico.

CONCLUSÃO

No percurso desenvolvido por este estudo, foi possível constatar que a maioria dos cirurgiões-dentistas de Santa Maria não está adequada perante a legislação adotada pela Vigilância Sanitária, principalmente nos aspectos mínimos de biossegurança destacados neste levantamento. Para proteger a saúde dos profissionais, dos pacientes e das pessoas que circulam nos consultórios odontológicos, as práticas de biossegurança não podem ser negligenciadas e sim adotadas como uma rotina para prevenir as iatrogenias e proteger o ambiente através do descarte adequado dos resíduos produzidos nos serviços.

Para tanto, é necessário incrementar as informações e a conscientização dos profissionais de saúde sobre a adequação de seus consultórios para atuarem segundo as normas da Vigilância Sanitária e a ética do trabalho. Da mesma forma, a população deve ser informada e conscientizada da importância do papel das ações do setor de Vigilância, para participar efetivamente do processo de controle social na saúde. Outros estudos devem ser realizados para aprofundar o tema e trazer novos conhecimentos. É necessário avaliar o papel dos centros formadores na capacitação dos profissionais sobre a ética do trabalho e buscar soluções para a resolução dos problemas encontrados entre os profissionais que já atuam em serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei Federal nº. 8.080/90. Diário Oficial. Brasília (19 de set. 1990).
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de Vigilância Sanitária. [capturado em 30 out. 2005]; Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cartilha.pdf.
3. Lei Municipal nº. 4.040/96. Câmara de vereadores. Santa Maria (27 de dez. 1996).
4. Portaria Federal nº. 1.884/94. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. Brasília (1994).
5. Decreto Estadual nº. 23.430. [capturado em 30 out. 2005]; Disponível em: www.saude.rs.gov.br/legislacao.

6. Portaria nº. 40/2000. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde Bucal. Porto Alegre (26 de dez. 2000).
7. Resolução RDC nº. 50/2002 (21 de fev. 2002). [capturado em 30 out. 2005]; Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.
8. Costa EA. Vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida Filho N de. Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
9. Portaria 453/98 (1 de junho 1998). [capturado em 30 out. 2005]; Disponível em: www.ird.gov.br/pdf/portaria_453_98.pdf.
10. Guimarães Jr J. Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos. São Paulo: Santos; 2001.
11. Rabello SB, Godoy CVC, Santos FRW dos. Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico. *RBO* 2001; 58:184-7.
12. Terezhalmay GT. Latex allergy: problems and solutions. In: Guimarães Jr J. Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos. São Paulo: Santos; 2001.
13. Allen AL, Organ RJ. Occult blood under the fingernails: a mechanism for the spread of blood-borne infection. In: Guimarães Jr J. Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos. São Paulo: Santos; 2001.

Correspondência para:
Annie Pozeczek Koltermann
Endereço: Rua Daudt 576 aptº 401, Bairro Centro.
CEP 97010-150
Endereço eletrônico: anniepk@terra.com.br