

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Resíduos odontológicos em unidades de PSF: uma reflexão sobre o gerenciamento na atividade clínica e na assistência domiciliar”

por

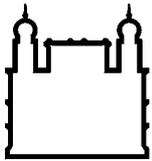
Liliane Barbosa de Moraes

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Débora CynamonKligerman

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Cynamon Cohen

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Resíduos odontológicos em unidades de PSF: uma reflexão sobre o gerenciamento na atividade clínica e na assistência domiciliar”

apresentada por

Liliane Barbosa de Moraes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Anastacio Alves

Prof. Dr. Jaime Lopes da Mota Oliveira

Prof.^a Dr.^a Simone Cynamon Cohen – Segunda orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 24 de abril de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M827 Moraes, Liliane Barbosa de
Resíduos odontológicos em unidades de PSF: uma
reflexão sobre o gerenciamento na atividade clínica e na
assistência domiciliar. / Liliane Barbosa de Moraes. --
2014.
93 f. :il. ; tab.
Orientador: Kligerman, Debora Cynamon
Cohen, Simone Cynamon
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Odontologia em Saúde Pública. 2. Estratégia
Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Resíduos Odontológicos. I. Título.
CDD - 22.ed. –617.6

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que me permitiu trilhar todo o caminho até aqui.

Aos meus pais, por todo o apoio e carinho ao longo de toda a vida.

A minha querida irmã Suely, que me incentivou a cursar o mestrado e me apoiou em todos os momentos.

Ao meu irmão, Paulo, pelo carinho e apoio nas jornadas da vida.

A Mauricio, meu esposo, especialmente pela contribuição durante o trabalho de campo.

Aos meus filhos, Paula e Leonardo, pela compreensão do tempo dedicado ao mestrado e à dissertação, e pelas palavras de carinho nos momentos de cansaço e desânimo.

À FIOCRUZ pelo apoio financeiro e excelência na formação no campo da Saúde Pública.

Aos colegas da turma de mestrado pelas trocas de experiências, apoio, força e carinho ao longo desses dois anos.

As orientadoras, Dra Débora Cynamon Kligermane Dra Simone Cynamon Cohen pela convivência harmônica e pela disponibilidade em ajudar sempre.

Aos cirurgiões-dentistas que gentilmente participaram desse estudo.

Aos gestores municipais que autorizaram esse trabalho e contribuíram para a sua realização.

Agradeço, ainda, àqueles que com palavras de incentivo e apoio contribuíram para o término do curso e elaboração dessa dissertação.

“Que o nosso tempo seja lembrado pelo despertar de uma nova reverência face à vida, pelo compromisso firme de alcançar a sustentabilidade, a intensificação da luta pela justiça e pela paz, e a alegre celebração da vida.”

(Carta da Terra, 2000)

RESUMO

A inserção da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família representou um avanço na atenção básica, pois ampliou o acesso da população à assistência odontológica e garantiu atenção integral. A partir de então, a prestação do cuidado odontológico deixou de ser restrita à Unidade Básica de Saúde, e passou a incluir ações nos domicílios e espaços comunitários. Dessa forma, são gerados resíduos de serviços odontológicos dentro da Unidade de Saúde e na assistência domiciliar. O objetivo desse estudo foi identificar a situação do gerenciamento dos resíduos odontológicos em Unidades Básicas de Saúde da Família, em três municípios da região Serrana do Rio de Janeiro. Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa com caráter exploratório e descritivo. Foi constatado que a odontologia gera resíduos biológicos, químicos, perfurocortantes e comuns, que necessitam de um correto gerenciamento para minimizar os riscos à saúde pública e ao meio ambiente. Foi verificado que a maioria dos odontólogos não conhece a legislação sobre gerenciamento de resíduos odontológicos e constatou-se que o manejo desses resíduos apresentou falhas, tanto dentro da unidade de saúde como na assistência domiciliar. Portanto, é necessária a inserção do tema gerenciamento de resíduos odontológicos nos cursos de graduação em odontologia, especializações, além de uma constante capacitação dos profissionais que atuam nessa área.

Palavras-chaves: Odontologia em saúde pública; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Resíduos odontológicos; Assistência domiciliar.

ABSTRACT

The inclusion of the oral health team in the Family Health Program represented progress in the basic care, because it amplified the odontological assist to the population and assured full care. Since then, the oral health service stopped being restricted to the health unit, and started to include actions in patients' homes. Then, dental waste is generated inside the health unit and in the home care. The main point of this study was to identify the situation of the dental waste management in family health units, in three cities of the hilly region of Rio de Janeiro. An exploratory and descriptive study was realized. It was pointed that the odontology generates biological, chemical, needlestick and ordinary waste, that need proper handling in order to minimize the risks to public health and to the environment. It was verified that most of the dentists do not know the legislation about dental waste management and that handling presented flaws inside the health unit and in the home care. It is pointed the necessity of the inclusion of the topic odontological waste management in dental schools, plus a constant professional capacitation.

Key Words:Public health dentistry; Family Health Program; Primary health car;dental waste; home care.

SUMÁRIO

Introdução	09
1. Objetivo geral	11
2. Objetivos específicos	11
3. Hipótese	11
4. Referencial teórico	12
4.1. Odontologia e programa saúde da família	12
4.2. Resíduos de serviços de saúde	17
4.2.1. Legislação sobre RRR	20
4.3. Resíduos de serviços odontológicos	21
4.3.1. Resíduos biológicos	21
4.3.2. Resíduos químicos	22
4.3.3. Resíduos perfurucortantes ou escarificantes	23
4.3.4 Resíduos comuns	23
5. Metodologia	29
5.1. Tipo de estudo	29
5.2. Local do estudo	29
5.3. Etapas do estudo de caso	30
5.4. Amostra	31
5.5. Elaboração dos artigos	31
6. Resultados e discussão	33
6.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa	33
6.2. Composição da equipe de saúde bucal	34

6.3. Visita domiciliar	35
6.4. Gerenciamento de RSS	36
6.5. Manejo dos resíduos no ambiente ocupacional	38
6.5.1. Grupo A	38
6.5.2. Grupo E	39
6.5.3. Grupo B	40
6.5.3.1. Amálgama	40
6.5.3.2. Efluentes radiográficos	41
6.5.3.3. Filme radiográfico	41
6.5.3.4. Lâmina de chumbo	42
6.5.3.5 Medicamentos, desinfetantes e esterilizantes	42
6.6. Percepção dos profissionais de odontologia sobre as dificuldades para melhorar o gerenciamento de resíduos odontológicos	43
Conclusões	45
Anexo I: Artigo 1	52
Anexo II: Artigo 2	69
Anexo III: Roteiro de entrevista	89
Anexo IV: Termo de consentimento livre e esclarecido	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADA – Associação Dental Americana

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CD – Cirurgião-dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CONAMA – Conselho Nacional de meio Ambiente

EPI – Equipamento de proteção individual

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PNRS – Política Nacional de Resíduos Sólidos

PSF – Programa Saúde da Família

RSS – Resíduos de Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em higiene Dentária

TRA – Tratamento Restaurador Atraumático

LISTA DE FIGURAS DA DISSERTAÇÃO

Figura 1: Campo da Atenção à Saúde Bucal no Território**15**

LISTA DE TABELAS DA DISSERTAÇÃO

Tabela 1: Distribuição dos profissionais por gênero**33**

Tabela 2: Distribuição dos profissionais por faixa etária**33**

Tabela 3: Distribuição dos profissionais por tempo de formação profissional**34**

Tabela 4: Distribuição das equipes de saúde bucal quanto à presença de ASB**34**

Tabela 5: Distribuição da realização de visita domiciliar**35**

Tabela 6: Distribuição dos conceitos de gerenciamento de RSS**36**

Tabela 7: Distribuição dos procedimentos adotados em caso de acidente com resíduo perfurocortante**37**

Tabela 8: Distribuição do conhecimento sobre legislação de RSS**37**

Tabela 9: Distribuição do descarte de RSS na unidade de saúde**38**

Tabela 10: Distribuição do descarte de resíduos perfurocortantes**39**

Tabela 11: Distribuição do descarte de resíduos de amálgama**40**

Tabela 12: Distribuição do descarte de efluentes radiográficos**41**

Tabela 13: Distribuição do descarte de filmes radiográficos**41**

Tabela 14: Distribuição do descarte de lâminas de chumbo**42**

Tabela 15: Distribuição das dificuldades dos odontólogos para gerenciar RSS**43**

Tabela 16: Distribuição das formas de melhoria do gerenciamento de RSS**44**

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, devido ao desenvolvimento tecnológico na área da saúde, aumento na complexidade médica, aumento do número de instituições de saúde e a incorporação de produtos descartáveis como prevenção de infecções cruzadas, ocorre uma maior produção dos resíduos dos serviços de saúde (RSS)¹. Alguns autores consideram que os RSS apresentam riscos semelhantes aos dos resíduos domiciliares, não necessitando de cuidados especiais^{2,3}. Porém, outros autores apontam a periculosidade destes resíduos, como o potencial risco de agravos à saúde humana devido à exposição a vários microrganismos patogênicos quando o gerenciamento de RSS é efetuado de forma inadequada⁴.

Bidone (2001)⁵ acrescenta que os RSS podem apresentar várias substâncias químicas como desinfetantes, antibióticos e outros medicamentos, oferecendo, assim, risco químico, além do biológico. Portanto, o gerenciamento dos RSS tornou-se uma questão importante devido aos riscos que podem oferecer ao meio ambiente e à saúde pública. A odontologia, como profissão da área de saúde, também gera resíduos que podem conter agentes biológicos infectantes, substâncias químicas tóxicas ao meio ambiente e à população⁶. Os riscos são agravados pela presença de material perfurocortante, como agulhas, lâminas de bisturi e brocas.

Em agosto de 2010, foi sancionada a Lei nº 12.305, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS)⁷. Essa legislação inova ao introduzir a responsabilidade compartilhada: o setor empresarial e a coletividade são responsáveis pelas ações voltadas para minimizar o volume de resíduos sólidos e rejeitos gerados, bem como para reduzir os impactos causados à saúde humana e à qualidade ambiental decorrentes do ciclo de vida dos produtos⁷.

De acordo com o conceito de responsabilidade compartilhada, o cirurgião-dentista tem responsabilidades quanto aos resíduos por ele gerados em seu processo de trabalho, e deve desenvolver ações que visem atender aos objetivos da PNRS. Então, para que cada um possa assumir as suas atribuições, torna-se necessário o conhecimento da legislação. É necessário, ainda, que cada profissional tenha a percepção do correto manuseio dos resíduos por ele gerado, pois a falta de conhecimento gera mais resíduos e acentua os riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Com a inserção da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF), no ano 2000, ocorre a reorganização e reestruturação das práticas de saúde bucal para além da unidade de saúde. Então, o cirurgião-dentista passa a exercer suas funções profissionais em espaços extra clínicos como domicílios, creches, escolas e asilos, acarretando na geração de resíduos de serviços odontológicos fora da unidade de saúde⁸. E, esses resíduos precisam ser gerenciados de forma correta, devido à possível presença de agentes biológicos e/ou químicos prejudiciais à saúde⁶.

Apesar de existir um grande número de clínicas odontológicas, públicas e privadas, existem poucos estudos quanto aos resíduos gerados nesses ambientes ocupacionais. E como a odontologia foi inserida no Programa Saúde da Família recentemente, o número de trabalhos sobre resíduos gerados nessas atividades é inexpressivo.

A relevância do presente estudo se fundamenta na necessidade de investigar a percepção do cirurgião-dentista sobre o gerenciamento de resíduos de serviços odontológicos em Unidades de Saúde da Família, para que seja possível orientar novas políticas públicas e melhorar as práticas profissionais. Essa pesquisa visa, ainda, caracterizar e analisar o processo de gerenciamento de resíduos odontológicos em Unidades de Saúde da Família nos municípios de Teresópolis, Sumidouro e São José do Vale do Rio Preto, situados na região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

1. OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de gerenciamento dos resíduos de serviços odontológicos em Unidades Básicas de Saúde da Família, em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as atividades realizadas pela equipe de saúde bucal, nas Unidades de Básicas de Saúde da Família e na assistência domiciliar.
- Identificar os resíduos de serviços odontológicos gerados durante a execução dessas atividades;
- Descrever as etapas do gerenciamento dos resíduos odontológicos (coleta, acondicionamento) nas referidas unidades de saúde e nas atividades extra clínicas que são realizadas pelo cirurgião-dentista.

3. HIPÓTESE

A falta de informação dos cirurgiões dentistas sobre gerenciamento de resíduos de serviço de saúde acarreta um manejo inadequado desses resíduos nas unidades de saúde da família.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Odontologia e o Programa Saúde da Família

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela lei 8.080 de 19/09/1990⁹ e definido na Constituição Federal de 1988¹⁰, a saúde passa a ser considerada no seu conceito ampliado. Ocorre a passagem de um modelo de atenção à saúde centrado na doença, baseado na hegemonia médica e hospitalocêntrica, para um modelo que incorpora ações de promoção, proteção e recuperação da saúde¹¹.

Em consonância com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹². Esse programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e representa a principal estratégia para reorganizar a Atenção Básica. E esta, segundo o Ministério da Saúde caracteriza-se por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho de equipe”¹³(p.10).

Chiesa, Souza e Calife¹⁴ (2003, p.248) alertam que “atenção básica não quer dizer atenção simplificada, e sim uma nova forma de olhar o cidadão que nos procura, tão complexa quanto a dos especialistas, só que diferente, pois nela a pessoa é vista como um todo e integrada no seu meio social e ambiental”. O meio social e ambiental refere-se ao território, aspecto fundamental na organização da Atenção Básica. E território, nesse contexto, não deve ser visto apenas como espaço geográfico, e sim como espaço social, tendo como aspectos importantes o perfil epidemiológico e demográfico da população, contexto histórico e cultural e equipamentos sociais (associações, igrejas, escolas, creches) e outros que de alguma forma influenciem no processo saúde-doença¹⁵.

O PSF, que tem como campo de atuação o território-família-comunidade, organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional, onde a equipe mínima deve ser composta por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários¹⁵.

Apenas no ano 2000, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, o governo instituiu incentivo financeiro para a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF. E essa inclusão ocorre devido à necessidade de ampliar o acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos e melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal¹⁶.

No período que antecedeu à inserção da odontologia no PSF, a atenção à saúde bucal no Brasil esteve, durante longo período, direcionada quase que exclusivamente às crianças em idade escolar, reservando aos adultos apenas cuidados emergenciais¹⁷. Embora o maior enfoque fosse dado à faixa etária dos escolares, estudos apontam que esta não era a mais necessitada, do ponto de vista epidemiológico, devido à alta prevalência de cáries em adultos¹⁷.

Luvison e Baldisserotto¹⁸ (2008, p.131) apontam que “a população escolar, beneficiada também com avanços em relação às medidas preventivas (água e dentifrícios fluoretados) não era a mais necessitada do ponto de vista da assistência individual”. Os autores alertam ainda que “novas estratégias de abordagem incluindo o acesso a outras faixas etárias e/ou grupos se faziam necessárias”.

Além disso, a atenção à saúde bucal direcionada aos escolares visava controlar apenas a cárie, enquanto várias outras doenças atingem a cavidade bucal e representam problemas de saúde pública devido à sua elevada ocorrência, como o câncer bucal e a doença periodontal¹⁹. Portanto, a inclusão da odontologia no PSF representou um progresso, principalmente para a população adulta.

Com a inserção da Saúde Bucal no PSF, novas atribuições foram incorporadas ao processo de trabalho do odontólogo. O local para a prestação do cuidado odontológico não deve ficar restrito à Unidade Básica de Saúde, mas incluir ações nos domicílios e nos demais espaços comunitários, estabelecendo vínculo com a população, através de um atendimento humanizado¹⁵.

A inserção da odontologia no PSF ocorreu sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD)¹⁶.

O Ministério da Saúde, através do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁸, publicado em 2004, assegura a atenção à saúde bucal como direito básico acessível a todos os cidadãos. O processo de trabalho da equipe de saúde bucal passa a ter o conceito de cuidado e a humanização como eixo de orientação do modelo de atendimento. Há a reorganização das ações voltadas para as linhas de cuidado, atendendo aos vários ciclos e condições de vida¹⁵. Esta nova forma de agir exige o desenvolvimento de novas habilidades por parte do odontólogo na organização a atenção à saúde, visto que até então o trabalho desse profissional era centrado na doença e privilegiava ações individuais, curativas e tecnicistas.

De acordo com a portaria nº 267, de 06 de março de 2001, as ações de saúde bucal na estratégia da saúde da família deverão apresentar as seguintes características operacionais:

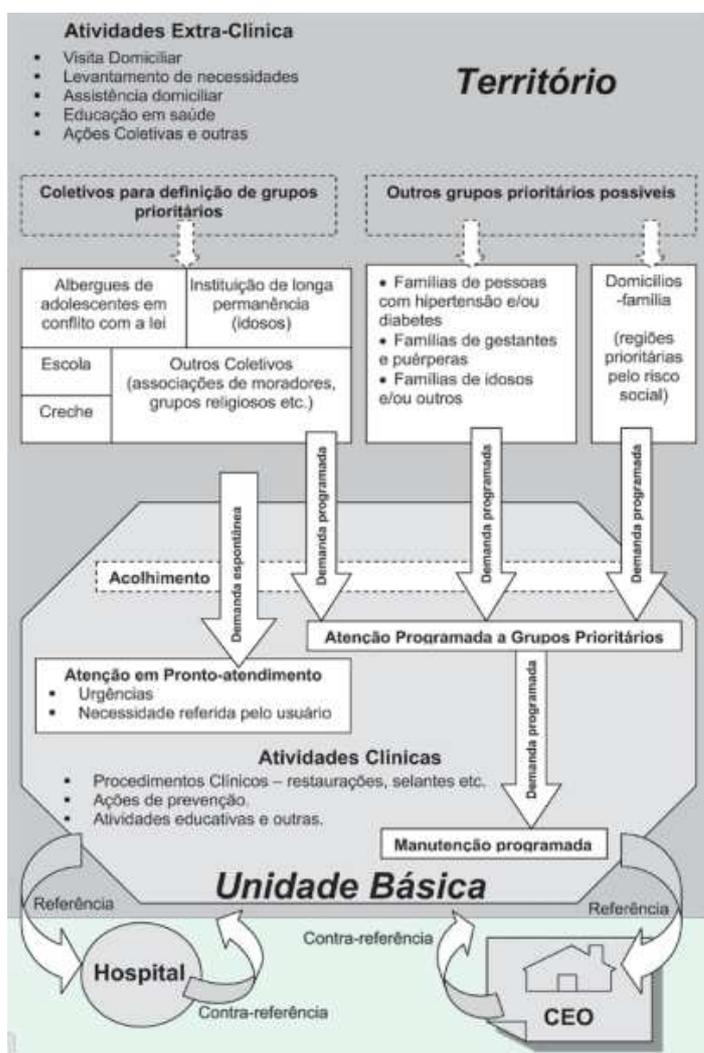
- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. humanização do atendimento;
- VII. abordagem multiprofissional;
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social.
- IX. educação permanente dos profissionais;

X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas²⁰.

Para que essas características operacionais estejam presentes no processo de trabalho da equipe de saúde bucal é necessário que ocorra uma organização do trabalho com ênfase no território.

A **Figura 1** apresenta um esquema de possível organização na atenção á saúde bucal no território, onde estão incluídas atividades extra-clínica como visita domiciliar, assistência domiciliar, levantamento de necessidades, educação em saúde e ações coletivas, além das atividades clínicas e atenção em pronto-atendimento.

Figura 1: Campo da Atenção à Saúde Bucal no Território



Fonte: Caderno de atenção Básica nº 17¹⁵ (p.30).

Estão incluídas nesse esquema a indicação de pacientes para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e para o hospital, em caso de necessidade de atendimento especializado, através de um sistema de referência e contra referência, garantindo, assim, a integralidade da assistência oferecida à população adstrita.

A portaria nº 267, de 06 de março de 2001 institui como atribuição do profissional de saúde bucal, dentre outras, programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas²⁰. As visitas domiciliares constituem uma nova forma de abordagem do odontólogo, e facilitam o acesso aos cuidados de saúde bucal, principalmente para idosos, acamados e pacientes com dificuldade de locomoção..

Para Barros *et al*²¹ (2006), a visita domiciliar constitui-se em um conjunto de ações em saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como curativo sendo um dos mais importantes instrumentos da prática da Saúde da Família. E Trad & Bastos²² (1998) acrescentam que a incorporação da visita domiciliar pelas equipes de saúde representa uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além da unidade de saúde, redirecionando o olhar para o domicílio das famílias.

Nas visitas domiciliares realizadas pelo odontólogo pode-se realizar o reconhecimento das condições de vida do paciente e sua família, além de dados referentes a sua saúde atual e pregressa; exame clínico inicial; rastreamento de lesões bucais; escovação supervisionada; aplicação tópica de flúor; educação em saúde; exodontias, em unidades dentárias acometidas por doença periodontal ou em restos radiculares²¹.

Além dos procedimentos citados acima, que podem ser realizados tanto em domicílios quanto em instituições como creches, escolas e asilos, existe uma técnica restauradora que se aplica bem a esses espaços. Trata-se do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

O TRA foi utilizado inicialmente durante os anos 80 na Tanzânia como parte de um programa de saúde bucal para a comunidade, desenvolvido pela Universidade de Dar esSaalan e tinha o objetivo de proporcionar saúde bucal em países menos industrializados e campos de refugiados²³. Consiste em uma técnica restauradora simples, onde a remoção da estrutura dentária cariada é realizada por meio de instrumentos manuais e posterior restauração cavidade com o cimento ionômero de

vidro, um material adesivo, biocompatível e que libera flúor, favorecendo à remineralização dentinária²⁴. Essa técnica pode ser utilizada em consultórios dentários e em ambiente extra clínica, como domicílios, creches, escolas e asilos, pois não exige equipamentos odontológicos e não necessita de eletricidade.

Capistrano Filho²⁵ (2000) aponta que “a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios do SUS – o da integralidade das ações em saúde.” Porém, segundo Mattos e Tonita²⁶ (2004), o cirurgião dentista passa a necessitar de um processo de qualificação profissional, visando integrar uma equipe e atuar uma estratégia de intervenção baseada no território.

Diante da diversidade de ações realizadas pela equipe de saúde bucal fora da Unidade de Saúde, Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são gerados nos mais variados locais e precisam de um correto gerenciamento, para não por em risco a saúde pública e o meio ambiente. Faz-se necessário uma capacitação para que o cirurgião dentista seja capaz de efetuar um correto manejo desses resíduos.

4.2. Resíduos de serviços de saúde

Até a década de 80, os resíduos gerados em unidades de saúde eram denominados “lixo hospitalar”. Atualmente, esse termo foi substituído por “Resíduos de Serviços de Saúde” – RSS, que abrange todos os resíduos gerados em estabelecimentos que prestam serviços à saúde¹. Esses resíduos são gerados em hospitais, clínicas médicas, farmácias, laboratórios, postos de saúde, clínicas veterinárias, entre outros²⁷.

Os RSS são classificados conforme a RDC ANVISA nº 306/2004²⁸ e a Resolução nº 358/2005²⁷ do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), divididos em grupo A, que são aqueles que apresentam riscos devido à presença de agentes biológicos; grupo B, cujos riscos estão relacionados à presença de substâncias químicas nocivas à saúde pública e ao meio ambiente; grupo C, que contém substâncias resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos; grupo D, que são resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente e podem ser equiparados aos resíduos domiciliares; grupo E, que são os materiais perfuro cortantes. Essa classificação RSS é importante para orientar a elaboração de planos de gerenciamento, já que esses resíduos possuem uma natureza heterogênea, necessitando de uma classificação para sua segregação²⁸.

Alguns fatores têm contribuído para o aumento da geração desses resíduos como a utilização crescente de produtos descartáveis, o aumento na demanda, aumento da complexidade dos tratamentos médicos e novas tecnologias. Surgiu, então, a preocupação com a adoção de procedimentos que visem controlar a geração desses resíduos²⁹. Essa preocupação cresce em função dos estudos realizados nas últimas décadas, e que comprovam a periculosidade desses resíduos. Hoje, sabe-se que os resíduos gerados pelos serviços de saúde podem ser tóxicos e até mesmo letais devido ao seu potencial de transmissão de doenças³⁰.

Porém, tem-se uma visão errônea de que todo o resíduo produzido em uma Unidade de Saúde é contaminado²⁹. E, como o tratamento dos resíduos contaminados é muito dispendioso, é necessário abandonar essa visão e promover um sistema de segregação diminuindo assim o custo do tratamento. Três princípios devem, portanto, orientar o gerenciamento desses resíduos, em consonância com a PNRS: reduzir, segregar e reciclar. A redução no momento da geração evita o desperdício e diminui o custo do tratamento final. Já a segregação é ponto fundamental, pois possibilita separar o material contaminado daquele que não oferece riscos à saúde e ainda retirar aquele que pode ser reciclado³¹.

Porém, a desinformação sobre o assunto é um dos principais motivos para a ausência de projetos bem sustentados que determinem melhorias no setor. Particularmente, os resíduos de saúde merecem atenção especial em suas fases de separação, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte e disposição final, em decorrência dos riscos graves e imediatos que podem oferecer, principalmente na questão infectocontagiosa³².

Os indivíduos que tem a maior probabilidade de entrar em contato com os RSS durante sua geração, manuseio, tratamento e disposição final, estando sujeitos a maior risco são: o pessoal dos serviços de saúde, funcionários de laboratórios e trabalhadores que lidam com resíduos, população em geral³³.

Além dessas pessoas, os RSS oferecem riscos aos catadores, que trabalham separando materiais recicláveis dos resíduos urbanos e geralmente não utilizam nenhum equipamento de proteção individual. E o risco de infecções atinge também a família e amigos próximos dos trabalhadores, pois estes levam agentes infecciosos para casa, em

suas roupas quando não utilizam adequadamente os equipamentos de proteção individual³⁴.

No manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, publicado pela ANVISA em 2006, encontramos os conceitos de risco à saúde e risco para o meio ambiente. Segundo esse manual:

“risco à saúde é a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos à saúde relacionados com exposição humana a agentes físicos, químicos ou biológicos, em que um indivíduo exposto a determinado agente apresente doença, agravo ou até mesmo morte, dentro de um período determinado de tempo ou idade”³⁵(p.24).

Já risco para o meio ambiente:

“é a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos causadores de condições ambientais parcialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação desses agentes no ambiente”³⁵(p. 25).

Quando depositados de forma inadequada no meio ambiente, como despejo a céu aberto ou a queima não controlada há risco de propagação de infecções e doenças e há exposição à emissão tóxica proveniente da combustão incompleta. Por isso, os RSS devem ser esterilizados ou incinerados antes da sua disposição final. As doenças mais comumente transmitidas por esses resíduos são as infecções gastroentéricas, infecções respiratórias, infecções de pele, olhos e outras incluindo HIV, hepatite B e C³³.

Além disso, quando depositados sem prévio tratamento, em lixões ou aterros sanitários, os RSS têm o potencial de contaminar o lençol freático seja através de infiltração direta no local ou através de infiltração da água escoada carregada de chorume para fora do seu local de geração. Em lugares secos, a contaminação do solo pode espalhar através de poeira levada pelo vento. Resíduos químicos e farmacêuticos depositados em lixões podem contaminar águas superficiais próximas e serem consumidos por plantas e animais³⁶.

4.2.1. Legislação sobre RSS

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece em seu artigo 225 que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”¹⁰. A partir desse preceito constitucional, são criadas leis, decretos e portarias, relacionados ao meio ambiente e vigilância sanitária, que estabelecem diretrizes para o correto gerenciamento de resíduos.

De acordo com Fiorillo³⁷ (2009), dentre as principais Políticas que tratam de resíduos sólidos podemos citar a Política Nacional do meio Ambiente (Lei 6.938/81), o Estatuto das Cidades (Lei 10.257/01), a Lei de Crimes Ambientais (9.605/98), a Política Nacional de Educação Ambiental (Lei 9.795/99), a Política Nacional de Saneamento Básico (Lei 7.361/06) (FIORILLO, 2009) e a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305, de 02 de agosto de 2010).

Os RSS são regulamentados pelas resoluções do CONAMA e da ANVISA. As resoluções do CONAMA apresentam diretrizes para o tratamento e destinação final dos RSS. Já a RDC da ANVISA abrange todo o manejo de RSS, desde a geração até o tratamento e destinação final. Alguns aspectos como classificação, tratamento e destinação final são apresentados por ambos os órgãos.

A Resolução CONAMA 358/2005²⁷ estabelece a necessidade de apresentação de documento de responsabilidade técnica do responsável pelo PGRSS no estabelecimento gerador, estipula que o gerenciamento de RSS deve promover a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente e estabelece o tratamento e a disposição final adequado às diversas classes de resíduos e ressalta a importância de processos de reutilização, recuperação ou reciclagem.

A RDC ANVISA 306/2004²⁸ dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Regulamenta os processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, objetivando proteger a saúde humana e ambiental.

O não cumprimento das Resoluções do CONAMA e da ANVISA implica em penalidades e sanções previstas na legislação pertinente.

4.3. Resíduos dos serviços Odontológicos

Os serviços odontológicos geram resíduos que oferecem risco à saúde pública e aos profissionais de saúde equivalente aos resíduos gerados pelos demais estabelecimentos de saúde⁶. E segundo orientações do manual “Serviços odontológicos – Prevenção e Controle de Riscos, os resíduos odontológicos podem ser classificados em biológicos, químicos, perfurocortantes ou escarificantes e comuns”⁶ (p.113).

4.3.1. Resíduos biológicos

São resíduos que podem apresentar risco de infecção, devido a possível presença de agentes biológicos. Devem ser manejados de diferentes formas, de acordo com sua composição:

A) Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com classe de risco 4, em conformidade com a RDC/ANVISA nº 306²⁸, de 07 de dezembro de 2004.

- Devem ser acondicionados em sacos vermelhos e devem ser submetidos a tratamento utilizando processo físico ou outros processos para a obtenção de redução ou eliminação de carga microbiana, em equipamento compatível com o Nível III de Inativação Microbiana.
- Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma: se não houver descaracterização física das estruturas, deve ser acondicionado em sacos brancos leitosos; havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do grupo D.

B) Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

- Devem ser acondicionados em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas. Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com o nível III de Inativação Microbiana e que destrua as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

- Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos do grupo D.

C) Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre (luvas, óculos, máscaras, gaze e outros) e peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

- Esses resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para a disposição de RSS.
- Devem ser acondicionados em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados com o símbolo de resíduo infectante.

4.3.2. Resíduos químicos

São os resíduos que contêm substâncias químicas que podem apresentar riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Os principais resíduos químicos de interesse em odontologia são:

- a) Produtos antimicrobianos, citostáticos e antineoplásicos; imunossupressores, quando apresentarem prazo de validade vencido ou se tornarem impróprios para o consumo.
- b) Anestésicos.
- c) Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- d) Saneantes e desinfetantes.
- e) Resíduos de amálgama.
- f) Radiografias odontológicas.
- g) Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

Os resíduos químicos que apresentarem riscos à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos ao processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos.

Os resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterros de resíduos perigosos. Já os resíduos químicos no estado líquido

devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros²⁸.

4.3.3. Resíduos perfurocortantes ou escarificantes

São todos os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar (bisturis, agulhas, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas e outros)³⁵.

Devem ser acondicionados em recipientes rígidos, com tampa vedante, estanques, resistentes à ruptura e à punctura. E devem ser dispostos em local devidamente licenciado para disposição final de RSS³⁵.

4.3.4. Resíduos comuns

São resíduos que por não apresentarem riscos químico ou biológico ao meio ambiente e à saúde, podem ser equiparados aos resíduos domiciliares²⁷.

Como todos os RSS, os resíduos odontológicos necessitam de um correto gerenciamento. A RDC 306/2004 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, aponta que:

“o gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente”²⁸ (p.3).

Dessa forma, todos os geradores de RSS devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), observando a quantidade e as características dos resíduos produzidos.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços Odontológicos⁶ descreve ações relativas ao manejo de resíduos sólidos em estabelecimentos que prestam atendimento odontológico. O manejo dos RSS consiste na ação de gerenciar os resíduos desde a sua geração até sua disposição final e inclui as seguintes etapas: segregação,

acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final.

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos⁶.

O acondicionamento é definido como o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamento e resistam às ações de punctura e ruptura. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante⁶.

Identificação refere-se ao conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo, e deve estar exposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7 500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com descrição de substância química e frases de risco. Já o Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “REJEITO RADIOATIVO”. E o Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante, acrescido da inscrição “RESÍDUO PERFUROCORTANTE”.

O transporte interno refere-se ao traslado dos resíduos do local onde são gerados até onde ficarão armazenados aguardando a coleta. Deve ser realizado em horários que não coincidam com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos ou maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente por grupo de resíduos, em recipientes constituídos de material rígido, lavável, impermeável. Esses recipientes devem possuir a identificação do tipo de resíduos neles contidos⁶.

Armazenamento interno corresponde à guarda temporária dos resíduos em recipientes, visando facilitar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o local destinado à apresentação para a coleta

externa. O local destinado ao armazenamento interno deve possuir pisos e paredes lisas e laváveis, iluminação artificial, e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, atendendo à NBR 12235 da ABNT⁶.

Tratamento consiste na utilização de método, técnica ou processo que modifique as características ou riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O processo de autoclavação é utilizado em laboratórios para reduzir a carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos e está dispensado de licenciamento ambiental. Já os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA 316/2002⁶.

O armazenamento externo tem como fundamento a guarda dos recipientes de resíduos até a etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores⁶.

As etapas de coleta e transporte externo referem-se à remoção dos RSS do abrigo para armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final. Devem utilizar técnicas que visem preservar a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente⁶.

E a última etapa do manejo de RSS consiste na disposição final dos resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA 237/97⁶.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços Odontológicos é um documento que deve conter informações relacionadas às etapas do manejo dos resíduos nos estabelecimentos. É necessário que seja exclusivo para cada estabelecimento, obedecendo às particularidades locais, como as características e o volume de RSS gerados e deve ser compatível com as normas locais relacionadas à coleta, ao transporte e à disposição final⁶.

Ferreira *et al*³⁸ (2009) apontam alguns benefícios que ocorrem com a implantação do PGRSS: diminui a probabilidade de infecções em pacientes, através de disposição adequada dos RSS; evita a possibilidade de contaminação de funcionários

com materiais contaminados; evita a contaminação de materiais a serem utilizados; inibe a propagação de doenças ; e preserva o meio ambiente.

Segundo Coelho¹ (2000), o treinamento permanente dos profissionais envolvidos, mesmo temporariamente, no gerenciamento dos resíduos é fundamental para se estabelecer um padrão adequado dos processos utilizados. Ainda segundo este autor, esse treinamento deve incluir: princípios básicos sobre micro-organismos, informações básicas sobre infecções, prevenção de doenças e higiene pessoal, uso adequado de equipamento de proteção individual, conhecimento da simbologia e dos códigos utilizados nos materiais e áreas de risco, uso e limitações dos desinfetantes, risco específico na manipulação dos resíduos infectantes, especiais e comuns, e noções de primeiros socorros.

E, a Política Nacional de Resíduos Sólidos⁷ (PNRS), que entrou em vigor recentemente, em dois de agosto de 2010, veio sedimentar essa ideia, quando estatuiu em seu artigo 7º, como um de seus objetivos a “capacitação técnica continuada na área de resíduos sólidos”. Segundo Garcia e Zanetti-Ramos³¹ (2004), o gerenciamento adequado aos resíduos pode contribuir significativamente para a redução da ocorrência de acidentes de trabalho, especialmente aqueles provocados por perfurocortantes.

Porém, todas as etapas do gerenciamento de RSS oferecem riscos aos profissionais envolvidos nessas atividades. Esses riscos podem ser biológicos, químicos, de acidentes ou ergonômicos. Portanto, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) é necessária. O EPI objetiva proteger áreas do corpo expostas ao contato com resíduos, sendo sua utilização obrigatória. No manejo de resíduos devem ser utilizados: luvas grossas de borracha e cano longo, óculos de proteção, calçados fechados com solado antiderrapante, máscaras faciais e avental de mangas longas⁶.

Aos profissionais de saúde, deve ser oferecido gratuitamente o programa de imunização ativa contra tétano, difteria e hepatite B. Além disso, o empregador deve fornecer, sem ônus para o empregado, o EPI necessário à sua proteção e capacitação continuada sobre prevenção de riscos, incluindo temas como etapas do gerenciamento de resíduos e orientações quanto ao uso do EPI.

Os agentes infecciosos mais relevantes nas exposições ocupacionais são os vírus das hepatites B e C e o HIV, sendo o risco de aquisição do HIV bem menor

quando comparado ao risco de aquisição das hepatites B e C. Recomenda-se que as exposições com sangue ou outros fluidos corpóreos sejam tratadas como emergências médicas, iniciando-se as intervenções logo após a ocorrência da exposição³⁹.

A profilaxia pós-exposição (PEP) diminui significativamente os riscos de transmissão do HIV. Porém, devido aos efeitos tóxicos dos medicamentos, recomenda-se avaliar o risco da exposição antes de iniciar a PEP, que só deve ser indicada nas situações de risco significativo de infecção pelo HIV. A avaliação do risco da exposição inclui: definição do material biológico envolvido; gravidade e o tipo de exposição; identificação ou não do paciente-fonte e de sua condição sorológica anti-HIV; e as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV/AIDS. Quando indicada, recomenda-se que a PEP seja iniciada no prazo máximo de 72 horas após a exposição³⁹.

Embora o sangue seja o material biológico que contém a maior quantidade do vírus da hepatite B, ele também é encontrado em vários outros materiais biológicos como leite materno, fezes, secreções nasofaríngeas e saliva. Já o vírus da hepatite C só é transmitido de forma eficiente através do sangue. Importante ressaltar que, diferente da hepatite B, não existe vacina nem profilaxia pós-exposição para hepatite C³⁹.

Conclui-se que os trabalhadores envolvidos no gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde devem ser treinados e conscientizados sobre as questões de saúde envolvidas no manejo dos resíduos. Já os profissionais de saúde devem melhorar suas habilidades e conhecimentos sobre os RSS. Além disso, seria muito proveitoso se nos cursos de graduação na área de saúde fossem ministrados os conteúdos relacionados a esses resíduos.

A Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde¹⁰. Para atender a esta imposição legal, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e da qualificação dos trabalhadores da saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Nesse contexto surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2009. A portaria GM/MS Nº 1996, de 20 de agosto de 2007 define Educação Permanente como:

“o conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as ações entre a formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social da saúde”⁴⁰ (p.7).

A educação permanente representa uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde: incorpora ensino e aprendizado à vida cotidiana, tem a prática como fonte de conhecimento e de problemas; aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; amplia os espaços educativos fora da sala e dentro das organizações, na comunidade, clubes e associações.

Diante da necessidade de melhorar o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde odontológicos, e sendo a educação permanente uma estratégia pedagógica instituída pelo próprio SUS, surge a necessidade de avaliar a percepção dos profissionais da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família quanto ao gerenciamento dos resíduos odontológicos, de forma a orientar a capacitação da equipe de saúde bucal sobre o tema gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde odontológicos.

5.METODOLOGIA

5.1.Tipo de Estudo

Quanto aos objetivos, este estudo possui caráter exploratório e descritivo. Exploratório, devido a necessidade de sistematizar o processo de gerenciamento de resíduos odontológicos em Unidades de Saúde da Família, pois existem poucos estudos sobre gerenciamento de resíduos nessas unidades. E descritivo, pois procurou detalhar o gerenciamento de resíduos odontológicos realizado pelo cirurgião-dentista em Unidades de Saúde da Família. Foi realizada uma pesquisa básica aplicada e utilizada uma abordagem qualitativa.

Quanto aos procedimentos técnicos foram realizados: Pesquisa Bibliográfica; Pesquisa Documental e Estudo de Caso. Na pesquisa bibliográfica, realizada no período de março de 2012 a fevereiro de 2014, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (Lilacs); Medline/PubMed da UsNational Library e ScientificElectronic Library Online (SciELO). Optou-se por essas bases por conterem o maior número de periódicos indexados na área da saúde. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da biblioteca Virtual da Saúde (BVS): Odontologia em saúde pública; Programa Saúde da Família; Saúde bucal; Atenção Primária à Saúde; Resíduos odontológicos; Assistência domiciliar. Os descritores foram utilizados em português, inglês e espanhol em associação com os operadores booleanos OR e AND.

A pesquisa documental foi elaborada a partir da legislação existente, incluindo leis, normas, regulamentos e manuais relacionados ao tema. Já o estudo de caso foi realizado através de investigação junto aos cirurgiões-dentistas que atuam em Unidades de Saúde da Família, como descrito abaixo.

5.2.Local do Estudo

Unidades Básicas de Saúde da Família, que possuam equipe de saúde bucal, nos municípios de Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto e Sumidouro. Foram selecionados esses municípios, pois fazem parte do mesmo consórcio intermunicipal na região serrana para a erradicação dos lixões, e enviam seus resíduos sólidos urbanos para o mesmo aterro: o aterro controlado em Teresópolis. Esse consórcio é formado

pelos Municípios de Carmo, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis⁴¹. O município de Carmo foi excluído do estudo, pois não apresenta dentistas incluídos na Estratégia Saúde da Família.

O município de São José do Vale do Rio Preto possui área de 242,98 km², população (censo 2010) de 20.251 habitantes e densidade demográfica de 83,35 hab/km² e IDHM 2010 de 0,660, ocupando a 2.898^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 município do Brasil e 81^a posição em relação aos 92 municípios fluminenses⁴².

O município de Sumidouro, também situado na região serrana do Rio de Janeiro, possui área de 397,05 Km², população (censo 2010) de 14.900 habitantes e densidade demográfica de 37,58 hab/km², e IDHM 2010 de 0,611, ocupando a 3.884^a posição dentre os municípios brasileiros e a 91^a posição em relação aos 92 municípios fluminenses⁴³.

O município de Teresópolis, situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, possui 777,14 Km² de área, uma população (censo 2010) de 163.746 habitantes, densidade demográfica de 210,78 hab/km². O valor do IDHM 2010 é 0,730, ocupando a 1.021^a posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil e 23^a posição em relação aos outros 92 municípios do estado do Rio de Janeiro⁴⁴.

5.3. Etapas do Estudo de Caso

A primeira etapa do estudo de caso foi a elaboração do roteiro de entrevista que procurou identificar as atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas nas Unidades de Saúde da Família e na assistência domiciliar e os resíduos gerados durante a execução dessas atividades e analisar o gerenciamento desses resíduos.

Os dados foram coletados através de entrevista gravada com estrutura semiaberta, após o sujeito da pesquisa ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV), apresentado previamente pelo pesquisador, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Esse instrumento de coleta de dados é uma técnica muito utilizada em pesquisa qualitativa, pois permite a análise do discurso dos sujeitos do estudo possibilitando uma maior compreensão da realidade humana. Segundo Bleger, 1993, apud Costa e Costa, 2009, a estrutura semiaberta possibilita maior flexibilidade, intervenções e explicações do pesquisador ao entrevistado durante o desenvolvimento⁴⁵.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito. Após a transcrição as entrevistas foram analisadas de acordo com a metodologia de Análise do Conteúdo, definida por Bardin (2010)⁴⁶. Para esse estudo a unidade de análise escolhida foi o Tema, por ser considerada a mais útil unidade de análise⁴⁷.

5.4.Amostra

O critério adotado nesse estudo foi selecionar cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia de Saúde da Família, distribuídos nos municípios de Sumidouro, Teresópolis e São José do Vale do Rio Preto. Segundo informações do CNES/datasus (2012) são 3 CD (cirurgiões-dentistas) no município de Teresópolis; 7 CD no município de São José do Vale do Rio Preto e 6 CD no município de Sumidouro.

No período da pesquisa de campo havia apenas 4 CD atuando na Estratégia de Saúde da Família em São José do Vale do Rio Preto. Um CD estava licenciado por problemas de saúde e dois tinham sido exonerados a pedido. Portanto, a amostra foi constituída de 3 CD no município de Teresópolis, 4 CD no município de São José do Vale do Rio Preto e 6 CD no município de Sumidouro, totalizando 13 profissionais.

5.5.Elaboração dos artigos

Essa dissertação proporcionou a redação de dois artigos. O primeiro artigo (Anexo I), intitulado “Odontologia no Programa Saúde da Família: um avanço na Atenção Básica?”, teve como objetivo avaliar o perfil CD inserido no PSF e analisar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal em três municípios da região serrana do Rio de Janeiro. Os resultados apontam, que apesar de o perfil do CD encontrado nesses municípios revelar potencialidades para modificar as práticas em saúde bucal, existe pouco envolvimento desses profissionais com a comunidade e dificuldades em desenvolver atividades em equipes multiprofissionais.

O segundo artigo (Anexo II), “Gerenciamento de resíduos odontológicos em Unidades Básicas de Saúde da Família: na atividade clínica e na assistência domiciliar” analisa o processo de gerenciamento de resíduos odontológicos em unidades de PSF em três municípios da região serrana do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório, baseado em entrevistas. Buscou-se identificar quais são os

resíduos gerados durante o processo de trabalho dos odontólogos, dentro da Unidade de Saúde e na assistência domiciliar. Analisou-se a percepção desses profissionais quanto ao gerenciamento desses resíduos. Evidenciou-se o desconhecimento da legislação sobre resíduo de serviços de saúde por parte desses profissionais e a necessidade de capacitação e treinamento nessa área, com a finalidade de reduzir os riscos ocupacionais e ao meio ambiente.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo 13 cirurgiões dentistas que atuam em Unidades Básicas de Saúde da Família, lotados nos municípios de Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto e Sumidouro, distribuídos da seguinte forma: três cirurgiões dentistas de Teresópolis, quatro de São José do Vale do Rio Preto e seis de Sumidouro, de um total de 16 equipes de saúde bucal cadastradas pelo Ministério da Saúde, de acordo com informações do CNES/Datasus⁴⁸ (2012).

Do total de 13 profissionais que participaram desse estudo, dez são do sexo feminino e três do sexo masculino.

TABELA 1 – Distribuição dos profissionais por gênero

GÊNERO	Nº	FREQUÊNCIA %
Feminino	10	76,92
Masculino	03	23,08
Total	13	100,00

Fonte: dados coletados pelo autor (2013)

É possível observar um maior número de dentistas do sexo feminino que do sexo masculino nas unidades de saúde estudadas, confirmando estudos anteriores^{15,36} que apontam que as mulheres são maioria na odontologia.

Quanto à faixa etária (Tabela 2) observa-se uma leve predominância da faixa etária de 41 a 50 anos, confirmando dados do perfil nacional, onde 68% dos cirurgiões dentistas que atuam no PSF têm mais de 40 anos¹⁵.

TABELA 2: Distribuição dos profissionais por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº	FREQUÊNCIA %
31-40 anos	4	30,77
41-50 anos	6	46,15
51-60 anos	3	23,08
Total	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Quanto ao tempo de formação profissional (Tabela 3), é possível observar que apenas um profissional tem entre dois e 10 anos de formação, seis têm entre 11 e 20 anos de formação, quatro possuem entre 21 e 30 anos de formação e dois possuem entre 31 e 40 anos de formação profissional. A maioria (92,3%) possui mais de 10 anos de

formação profissional o que sugere que tenham recebido uma formação com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença, visto que nesse período os currículos dos cursos de graduação eram muito voltados para a especialização e fragmentação do cuidado odontológico⁴⁹. Esse fato talvez represente um desafio para esses profissionais que atuam no PSF, programa que prioriza a promoção da saúde da população em substituição ao modelo tradicional de assistência baseado em profissionais especialistas²⁰. Aponta-se a necessidade de cursos de capacitação com objetivo de sanar possíveis lacunas na formação desses profissionais. Seria recomendável que os cursos de capacitação versassem sobre princípios do SUS, diretrizes do PSF e da Política Nacional de Saúde Bucal.

TABELA 3: Distribuição dos profissionais por tempo de formação profissional

TEMPO DE FORMAÇÃO	Nº	FREQUÊNCIA %
2-10	1	7,70
11-20	6	46,15
21-30	4	30,77
31-40	2	15,38
Total	13	100,00

Fonte: dados coletados pelo autor (2013)

6.2. Composição da Equipe de Saúde Bucal

As equipes de saúde bucal dos municípios de Teresópolis, Sumidouro e São José do Vale do Rio Preto se enquadram na modalidade I. De acordo com a Portaria nº 267 de março de 2001, essas equipes devem ser compostas de um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)²⁰. Porém, neste estudo, observou-se que 10 cirurgiões dentistas trabalham em equipes de saúde bucal (ESB) que possuem ASB, enquanto três trabalham em equipes sem ASB (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição das equipes de saúde bucal quanto à presença de ASB

COMPOSIÇÃO DA ESB	Nº	FREQUÊNCIA %
Com ASB	10	76,92
Sem ASB	3	23,08
Total	13	100

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

O ASB possui atribuições específicas, dentre elas participar das ações da equipe de saúde da família que envolvam saúde bucal, realizando procedimentos educativos e preventivos como a orientação quanto à técnica de escovação e higiene oral. Além disso, é competência desse profissional realizar a desinfecção e esterilização do

instrumental odontológico ²⁰. Portanto, o cirurgião-dentista que atua sem ASB fica sobrecarregado já que necessita realizar também as atribuições do auxiliar. Aponta-se a necessidade de contratação desses profissionais para compor a equipe, possibilitando uma melhor assistência à população e melhores condições de trabalho para o cirurgião-dentista.

6.3. Visita domiciliar

A visita domiciliar, quando realizada pela equipe de saúde bucal, tem como objetivos reforçar o vínculo das famílias com esses profissionais, identificar grupos vulneráveis e traçar o perfil epidemiológico da comunidade. Além disso, a visita do cirurgião-dentista às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção visam identificar lesões na cavidade bucal e proporcionar acompanhamento e tratamento necessário²⁰.

Apesar de representar um valioso instrumento de assistência odontológica, a visita domiciliar é realizada com frequência por apenas quatro profissionais participantes desse estudo, enquanto quatro raramente realizam e cinco nunca realizam (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição da realização da visita domiciliar

VISITA DOMICILIAR	Nº	FREQUÊNCIA %
Realizam com frequência	4	30,77
Raramente realizam	4	38,46
Nunca realizam	5	30,77
Total	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013).

Observa-se na Tabela 5 que esse procedimento é pouco realizado pelos sujeitos desse estudo. Os profissionais que raramente realizam a visita domiciliar alegaram que não o fazem por falta de transporte. Já os que nunca realizam declararam que esse procedimento não faz parte de sua rotina de trabalho. Como a maioria das regiões é composta de áreas rurais, as residências ficam muito distantes umas das outras e não há transporte público. Torna-se, portanto, necessário oferecer uma capacitação onde se sensibilize os profissionais de saúde bucal e gestores municipais da importância da visita domiciliar. Não é aceitável a ausência de carro para visita em unidades de PSF, visto que esse programa tem seu foco no território e na família.

6.4. Gerenciamento de RSS

Ao analisar os conceitos de gerenciamento de RSS formulados pelos sujeitos dessa pesquisa foi possível concluir que seis cirurgiões dentistas relacionam gerenciamento apenas ao descarte de resíduos, dois associam à destinação final, três associam aos cuidados desde a geração até a eliminação final e dois associam à forma de organização (Tabela 6).

A dificuldade encontrada em conceituar gerenciamento de resíduos sugere o desconhecimento do tema. Costa *et al*⁵⁰ (2005) apontam que esse desconhecimento se deve à pouca ênfase dada ao tema na educação universitária. Os cursos de graduação em odontologia priorizam uma educação centrada no atendimento ao paciente em detrimento às questões de gerenciamento de resíduos

Silva e Costa⁵¹ (2006) afirmam que essa lacuna no conhecimento pode ser agravada pelo fato dos profissionais de odontologia trabalharem isolados, dificultando a troca de informação, diferentemente dos profissionais que atuam em instituições hospitalares.

TABELA 6 – Distribuição dos conceitos de Gerenciamento de RSS

GERENCIAMENTO DE RSS	Nº	FREQUÊNCIA %
Descarte dos resíduos	6	46,16
Cuidados da geração à eliminação final	3	23,08
Destinação final	2	15,38
Forma de organização	2	15,38
Total	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Apointa-se a necessidade de incluir o tema gerenciamento de RSS nos currículos dos cursos de graduação em odontologia e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços odontológicos.

Quando indagados sobre qual procedimento adotariam em caso de acidente com resíduo infectante perfurocortante, seis profissionais responderam que procurariam um serviço de urgência, um respondeu que iria agendar uma consulta com médico para que fossem solicitados os exames necessários, três responderam que iriam informar ao enfermeiro da equipe a ocorrência do acidente, dois declararam que se limitariam a lavar o local da lesão com água e sabão e dois passariam álcool no local (Tabela 7).

TABELA 7 – Distribuição dos procedimentos adotados em caso de acidente com resíduos perfurocortantes

PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE COM PERFUROCORTANTE	Nº	FREQUÊNCIA %
Procurar atendimento de urgência	6	46,16
Agendar consulta médica	1	7,70
Informar ao enfermeiro da equipe	1	7,70
Lavar com água e sabão	3	23,08
Passar álcool	2	15,38
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Observa-se, nos resultados encontrados, que há resistência dos profissionais na procura por um atendimento imediato após o acidente. Garcia e Blank⁵² (2008) apontam como possíveis motivos para a não realização dos procedimentos adequados pós-exposição: o baixo risco percebido do paciente fonte, a complexidade do processo envolvido na notificação do acidente e o transtorno causado pela interrupção do atendimento e do dia de trabalho, busca pelo atendimento médico e realização dos exames.

Alguns autores^{53,54,55} apontam que os conhecimentos dos cirurgiões dentistas sobre acidentes ocupacionais com material contaminado são incipientes. Aponta-se a necessidade de educação continuada dos profissionais de odontologia, com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre transmissão de doenças infecciosas e práticas de biossegurança.

Quando indagados se possuíam conhecimento sobre a legislação sobre RSS 10 profissionais afirmaram não conhecerem a legislação e três afirmaram ter pouco conhecimento do tema (Tabela 8).

TABELA 8 – Distribuição sobre conhecimento da legislação de RSS

CONHECIMENTO DA LEGISLAÇÃO DE RSS	Nº	FREQUÊNCIA %
Não tem conhecimento	10	76,92
Tem pouco conhecimento	03	23,08
TOTAL	13	100,00

Fonte: dados coletados pelo autor (2013)

Mota⁵⁶ (2003) e Manzini *et al*⁵⁷ (2005) afirmam que a maioria dos profissionais de saúde não conhecem as normas e regulamentações sobre RSS. O não conhecimento da legislação sobre RSS pode acarretar o manejo inadequado desses resíduos.

6.5. Manejo dos resíduos no ambiente ocupacional

Nessa etapa deste estudo, procurou-se verificar como é realizado o manejo dos resíduos odontológicos gerados dentro das unidades de saúde e nas visitas domiciliares.

6.5.1. Grupo A

Quanto ao descarte de resíduos infectantes dentro das unidades de saúde, sete profissionais afirmaram descartar em saco de lixo específico para RSS, seis afirmaram descartar em saco comum (Tabela 9).

TABELA 9 – Distribuição do descarte de RSS na unidade de saúde

DESCARTE DE RSS	Nº	FREQUÊNCIA %
Em saco específico para RSS	7	53,85
Em saco comum	6	46,15
TOTAL	13	100,00

Fonte: dados coletados pelo autor (2013)

Quando indagados sobre a forma de acondicionar os resíduos infectantes gerados em procedimentos (exodontias, remoção de tártaro, exame clínico, entre outros) nas visitas domiciliares : três responderam que levam de volta para a unidade em caixa de papelão ou saco de lixo comum e apenas um afirmou descartar na casa do paciente.

Conforme a legislação²⁸, os resíduos provenientes da assistência domiciliar são de responsabilidade da unidade geradora e devem ser acondicionados e transportados pelos profissionais que realizaram o atendimento ou por profissionais treinados e devem ser encaminhados para o estabelecimento de saúde de referência.

Porém, ainda são poucos os estudos no Brasil sobre resíduos gerados de assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família e, geralmente, o enfoque principal está nos procedimentos realizados pela enfermagem. Alves *et al*⁵⁸ (2012) apontam para a necessidade de maior produção científica e trabalhos que abordem protocolos e práticas de manejos de resíduos nessa área.

Observa-se um percentual alto da utilização de saco comum para o acondicionamento de resíduos infectantes, contrariando a norma ABNT 9191/2000, que

preconiza a utilização de saco branco leitoso, resistente, impermeável e identificado com a simbologia de resíduo infectante na cor preta.

Alguns autores^{55,56,59} encontraram resultados semelhantes a este estudo, onde uma grande parcela dos profissionais descartam os resíduos infectantes junto com os resíduos comuns. Esses autores alertam que a utilização do saco específico para RSS permite a identificação do risco para os profissionais que manejam esses resíduos, diminuindo assim o risco de acidentes.

6.5.2. Grupo E

Quando questionados sobre o descarte de resíduos infectantes perfurocortantes 12 profissionais declararam que o realizam em coletores próprios, um declarou acondicionar em recipientes de plástico (garrafa pet), como mostra a Tabela 10.

TABELA 10 –Distribuição do descarte de resíduos perfurocortantes

DESCARTE DE PERFUROCORTANTES	Nº	FREQUÊNCIA %
Em coletores próprios	12	92,30
Em recipientes de plástico	1	7,70
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Porém quando questionados sobre o descarte de brocas, tiras de lixa de aço e limas endodônticas, oito profissionais afirmaram descartar no lixo comum, enquanto apenas cinco afirmaram descartar em coletores próprios para resíduos perfurocortantes. Resultados semelhantes são descritos por Nazar, Pordeus e Werneck⁶⁰(2005) e Fornaciari⁶¹ (2008) que encontraram segregação correta de agulhas nos coletores específicos e limas endodônticas acondicionadas no lixo comum.

Além dos profissionais dos serviços de saúde, outros profissionais, como catadores de material recicláveis e trabalhadores da limpeza urbana, estão expostos a riscos de acidentes quando esses resíduos não são acondicionados corretamente³¹.

Com relação aos resíduos infectantes perfurocortantes gerados durante a realização de procedimentos realizados nas visitas domiciliares os profissionais entrevistados neste estudo declararam proceder de várias formas: transportar os objetos perfurocortantes em potes de plástico, em garrafas pet, em saco de lixo comum ou reencapar a agulha na seringa carpule.

Quanto à prática de reencapar agulhas Alves *et al*⁵⁸ (2012) apontam que a literatura recomenda que não seja feito, porém acrescenta que ao transportar a agulha reencapada para a unidade de saúde o profissional minimiza o risco de acidentes.

No Brasil raramente são adotadas medidas de gerenciamento de resíduos da assistência domiciliar e quando ocorre referem-se apenas aos perfurocortantes⁶². Stark⁶³ (1998) aponta que um dos desafios enfrentados pelos dentistas durante a assistência domiciliar é o correto manuseio e descarte dos resíduos infectantes gerados.

6.5.3. Grupo B

6.5.3.1. Amálgama

Quanto ao descarte dos resíduos de amálgama: quatro profissionais entrevistados não fazem amálgama, seis acondicionam esses resíduos em um recipiente com água, dois acondicionam em recipiente seco, sem líquido algum e um descarta em coletor de resíduo perfurocortante (Tabela 11).

TABELA 11 – Distribuição do descarte dos resíduos de amálgama

DESCARTE DE RESÍDUOS DE AMÁLGAMA	Nº	FREQUÊNCIA %
Não fazem amálgama	4	30,78
Acondicionam em recipiente com água	6	46,15
Acondicionam em recipiente sem líquido	2	15,38
Descartam em coletores para perfurocortante	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Percebe-se, nos resultados apresentados, uma grande preocupação dos profissionais com esses resíduos. Isso talvez se dê a existência de muitos estudos que comprovem o potencial tóxico do mercúrio para a saúde humana e para o meio ambiente.

Grigoletto⁶⁴ (2008) aponta que apesar de alguns autores afirmarem que o melhor meio para armazenar resíduos de amálgama seja a glicerina e outros autores considerarem a água um meio aceitável, a recomendação da ADA- associação Dental Americana é colocar os resíduos de amálgama em recipientes inquebráveis, hermeticamente fechados e imersos em solução fixadora de radiografia.

Nazar, Pordeus e Werneck⁶⁰ apontam a necessidade de reciclagem do mercúrio e a substituição gradativa do amálgama por outro material restaurador menos tóxico.

6.5.3.2. Efluentes radiográficos

Quando indagados sobre a forma de descartar os efluentes radiográficos (revelador e fixador) nove profissionais declararam não fazer uso dessas substâncias nas unidades de saúde, três afirmaram descartar na pia, diretamente na rede de esgoto, e um afirmou levar para descartar no serviço público (Tabela 12).

TABELA 12 – Distribuição do descarte dos efluentes radiográficos

DESCARTE DOS EFLUENTES RADIOGRÁFICOS	Nº	FREQUÊNCIA %
Não faz uso	9	69,23
Descarta diretamente na rede de esgoto	3	23,08
Leva para descarte específico	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Os efluentes de processamento radiográficos são classificados no Grupo B por apresentarem substâncias químicas que podem causar riscos à saúde pública e ao meio ambiente e quando não forem submetidos a processos de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos²⁷. Ressalta-se, portanto, a necessidade de programas de capacitação e treinamento sobre efluentes radiológicos.

6.5.3.3. Filme radiográfico

Quanto ao descarte das películas radiográficas (filme), nove profissionais declararam não fazer uso e quatro afirmaram descartar como resíduo sólido comum (Tabela 13).

TABELA 13 – Distribuição do descarte dos filmes radiográficos

DESCARTE DE FILME RADIOGRÁFICO	Nº	PERCENTAGEM
Não faz uso	9	69,23
Descarte como resíduo comum	4	30,77
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Os filmes radiográficos são considerados resíduos químicos devido a presença de metais pesados aderidos ao acetato. E, quando descartados como lixo comum liberam esses metais de forma desordenada, podendo contaminar o meio ambiente.

Observa-se nos resultados obtidos que a totalidade dos profissionais entrevistados que utilizam filmes radiográficos efetuam o descarte como resíduo sólido

comum. Outros autores^{55,65,66} encontraram resultados semelhantes em seus estudos, e relatam que a maioria dos cirurgiões dentistas descarta esse resíduo no lixo comum.

6.5.3.4. Lâmina chumbo

Quanto ao descarte da lâmina de chumbo que envolve o filme radiográfico, encontrou-se o seguinte resultado: nove profissionais entrevistados não fazem uso desse material, um descarta como resíduo comum, um descarta em coletor para material perfurocortante, um guarda para utilizar em artesanato e um descarta como lixo infectante (Tabela 14).

Ao analisar os resultados obtidos foi possível concluir que não há um correto gerenciamento desse resíduo nas unidades de saúde que participaram desse estudo. Alguns autores^{55,66} encontraram resultados semelhantes, apontando que a maioria dos profissionais de odontologia não descartam corretamente as lâminas de chumbo, apesar da toxicidade desse material ser razoavelmente conhecida.

TABELA 14- Distribuição do descarte de lâmina de chumbo

DESCARTE DE LÂMINA DE CHUMBO	Nº	FREQUÊNCIA %
Não faz uso	9	69,23
Descarta como resíduo comum	1	7,69
Descarta em coletor para perfurocortante	1	7,69
Guarda	1	7,69
Descarta como lixo infectante	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

O pequeno número de odontólogos entrevistados e que realizam exame radiográfico é uma limitação desse estudo. Porém o problema investigado é relevante quando se considera o volume total desses resíduos em todas as Unidades de Saúde.

6.5.3.5. Medicamentos, desinfetantes e esterilizantes

Os materiais odontológicos são constituídos por uma vasta variedade de produtos químicos, como cimentos, vernizes, resinas e medicamentos, que são utilizados durante o atendimento clínico. O descarte dessa categoria de resíduos geralmente ocorre sem muitos critérios⁶⁵, como podemos observar nos resultados deste estudo.

Quanto ao descarte de medicamentos e desinfetantes os odontólogos entrevistados afirmaram utilizar várias opções: descarte como resíduo infectante; descarte em recipiente para perfurocortante quando a embalagem é pequena e no lixo infectante quando a embalagem é grande; descarte na rede de esgoto quando a substância é líquida e no lixo infectante quando sólida ou semissólida; entrega para o serviço público se a embalagem estiver fechada (fora da validade) e descartar no lixo comum quando a embalagem estiver aberta (em uso).

Observa-se a dificuldade em estabelecer um padrão para o descarte desses resíduos. Oliveira⁶⁵ (2006) aponta que esse problema atinge os serviços de saúde como um todo, não apenas a Odontologia.

Esse tema é relevante, pois esse tipo de resíduo não é gerado apenas pela odontologia, mas sim por vários outros serviços de saúde e em vários domicílios. Portanto, aponta-se a necessidade uma maior conscientização dos profissionais, gestores e população em geral dos efeitos nocivos dessa categoria de resíduos sobre o meio ambiente. Ressalta-se a importância da implantação efetiva da logística reversa para essas substâncias.

6.6. Percepção dos profissionais de odontologia sobre as dificuldades para melhorar o gerenciamento de resíduos odontológicos

Quando indagados sobre as principais dificuldades encontradas para realizar um correto gerenciamento dos resíduos odontológicos oito profissionais alegaram falta de informação, dois alegaram falta de um protocolo, dois apontaram a falta de estrutura nas unidades e um afirmou que não encontra dificuldades (Tabela 15).

TABELA 15 – Distribuição das dificuldades dos odontólogos para gerenciar RSS

DIFICULDADES PARA GERENCIAR RSS	Nº	FREQUÊNCIA %
Falta de informação	8	61,55
Falta de um protocolo	2	15,38
Falta de estrutura nas unidades	2	15,38
Não tem dificuldades	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

Analisando os resultados obtidos foi possível concluir que a principal dificuldade dos odontólogos em realizar um adequado gerenciamento dos RSS está relacionada à falta de informação.

Corrêa *et al*⁶⁷(2005) apontam que a não inserção do tema RSS nos currículos dos cursos de graduação pode justificar a ausência de um correto manejo desses resíduos nas unidades de saúde. Portanto, recomenda-se a inclusão desse tema no sistema formal de ensino e a conscientização dos profissionais sobre a necessidade de buscar novos conhecimentos através de uma educação continuada.

Quando questionados sobre a forma de melhorar o gerenciamento de RSS nas unidades de saúde dois cirurgiões dentistas apontaram o fornecimento de uma cartilha, cinco indicaram capacitação sobre o tema, três apontaram a necessidade de sensibilizar a gestão para o problema, dois apontaram a necessidade de melhorar a estrutura física das unidades tornando possível o correto gerenciamento e um profissional sugeriu aumentar a fiscalização (Tabela 16).

TABELA 16 – Distribuição das formas de melhoria do gerenciamento de RSS

FORMAS DE MELHORAR O GERENCIAMENTO DE RSS	Nº	FREQUÊNCIA %
Capacitação	5	38,47
Sensibilizar a gestão	3	23,08
Cartilha	2	15,38
Melhorar a estrutura física das unidades	2	15,38
Aumentar a fiscalização	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013)

É possível concluir, com base nos resultados obtidos, que as categorias relacionadas à informação (cartilha e capacitação) representam maioria, sugerindo que o conhecimento sobre resíduos é considerado fundamental por esse grupo de profissionais para que se alcance um adequado gerenciamento.

Porém, percebem-se outras demandas: melhorar a estrutura física das unidades e aumentar a fiscalização. As melhorias na estrutura física incluem lixeiras e sacos de lixo adequados e local para armazenamento temporário dos resíduos. Já o aumento da fiscalização pressupõe a existência de uma política de gestão por parte do poder público.

Conclui-se que para que haja um gerenciamento de RSS eficaz não basta à atuação dos profissionais de saúde. É preciso que o poder público cumpra seu papel fornecendo programas de treinamento e capacitação para os funcionários e recursos necessários para o correto manejo dos resíduos, assim como tratamento, transporte e disposição final adequados.

CONCLUSÕES

A inserção da odontologia no PSF representou um avanço na Atenção Básica na medida em que ampliou o acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos, embora o modelo tradicional de assistência ainda não tenha sido totalmente substituído pelo modelo de assistência centrado na comunidade, no indivíduo e na família.

A partir da inclusão da odontologia no PSF, no ano 2000, novas atribuições são incorporadas ao processo de trabalho do odontólogo. O processo de trabalho passa a priorizar ações voltadas para as linhas de cuidado, atendendo aos vários ciclos e condições de vida, exigindo do odontólogo novas habilidades. Esse estudo constatou que muitos profissionais têm dificuldade em trabalhar em equipe. Portanto, aponta-se a necessidade de um processo de qualificação profissional visando a atuação em uma estratégia de intervenção baseada no território.

O local de prestação do cuidado odontológico no PSF deixa de ser restrito à Unidade de Saúde e passa a incluir ações em espaços comunitários e nos domicílios. São realizadas atividades de prevenção e promoção à saúde, visitas domiciliares, além das atividades clínicas. Constatou-se que a realização das atividades extra-clínicas, em alguns casos, é prejudicada por problemas estruturais, como falta de transporte. E, atividades educativas são prejudicadas, pois em muitas unidades não há a presença do auxiliar de saúde bucal. Destaca-se a necessidade de políticas públicas que assegurem boas condições de trabalho, para que realmente haja a reestruturação e reorganização das práticas de saúde direcionadas para o domicílio e o território.

Nesse novo modelo de assistência, resíduos odontológicos são gerados nas Unidades de Saúde e nos domicílios e espaços comunitários. A odontologia gera resíduos do grupo A, do grupo B, do grupo D e do grupo E. Esses resíduos necessitam de um correto gerenciamento. Esse estudo constatou falhas no gerenciamento desses resíduos, tanto dos gerados dentro da Unidade de Saúde quanto daqueles gerados na assistência domiciliar. Aponta-se a necessidade de incluir os temas: resíduos de serviços de saúde, biossegurança e assistência domiciliar nos currículos dos cursos de graduação, pós-graduação e capacitação. Além disso, destaca-se a importância de incluir esses temas em seminários, simpósios, congressos e revistas e jornais de classe. Faz-se necessário o treinamento constante dos profissionais que manuseiam esses resíduos.

Sublinha-se que são necessárias condições adequadas de coleta diferenciada dos resíduos gerados nos diversos ambientes de trabalho e ainda a disposição final adequada. Verificou-se nesse estudo que a ausência de informações e conhecimento pelos profissionais e condições precárias para um correto gerenciamento dos resíduos são os principais problemas apontados. As autoridades municipais devem estimular a participação de profissionais de diversos setores da saúde na formulação de programas e projetos na área de gerenciamento de RSS.

Esse trabalho não pretendeu esgotar o tema, mas sim estimular debate e reflexão sobre o tema. Uma limitação desse estudo foi o pequeno número de odontólogos abordados, porém procurou-se fazer um recorte de uma área e compará-lo com a literatura existente. Novos estudos investigativos sobre gerenciamento de resíduos odontológicos em unidades de PSF devem ser estimulados para que seja possível indicar novas propostas de melhorias e fundamentar a legislação já existente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

- 1 Coelho H. Manual de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2000. ICICT/ Fiocruz,87p.
- 2 Zanon. Riscos infecciosos imputados ao lixo hospitalar: realidade epidemiológica ou ficção sanitária? Rev. Soc. Bras. Med. Trop, 1990; 23:163-70.
- 3 Rutala WA; Mayhall GC. Medical Waste: SHEA position paper. InfectControlHospEpidemiol 1992; 13:38-48.
- 4 Silva ACN; Bernardes, R.S; Moraes, L.R.S; Reis, J.D.P. Critérios adotados para seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos dos serviços de saúde: uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública, 2002; 18:1401-9.
- 5 Bidone FRA. Resíduos sólidos provenientes de coletas especiais: eliminação e valorização. Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental; 2001.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos – Prevenção e Controle de Riscos. Brasília, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.
- 7 Brasil. Lei 12.305 de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 147, p. 3, 03 de agosto de 2010.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2004-A
- 9 Brasil. Lei 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.
- 10 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. – 35 ed. Brasília. Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454p.
- 11 Palú APN. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão dos odontólogos do Paraná. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.
- 12 Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios. [dissertação] ENSP. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2002.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2006-A
- 14 Chiesa AM; Souza MF. Calife KB. O PSF na maior cidade do país: nasceu algo diferente! In: Mendes, A; Souza, MF (org). Tempos radicais da Saúde em São Paulo. São Paulo. HUCITEC, 2003. P 239-259.

- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Publicada no DOU de 29/12/00, seção 1, pg. 85.
- 17 Pinto VG. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In KRIGER L, organizador. Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência, humanização. 3ª ed. São Paulo; Artes médicas; 2003. P. 1-24.
- 18 Luvison I; Baldisseroto J. Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família em Porto Alegre, RS. In MOYSÈS, S.T; KRIGER, L; MOYSÉS, S.J. Organizadores. Saúde Bucal das Famílias, trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. P. 125-135.
- 19 Munkeviz MSG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. 2009. Dissertação. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.
- 20 Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. **Diário oficial da União** 2001; 07 mar.
- 21 Barros GB; Cruz JPP; Santos AM.; Rodrigues AAAO; Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. Rev. Saúde.Com 2006; 2(2): 135-142
- 22 Trad LAD; Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2):429-435. 1998.
- 23 Stelmann JP; Machado CR. Pirovane CL. Pinto, ECM; Chevitare, LTRA no programa de saúde da Família. Revista Rede de Cuidados em Saúde. V.2 nº.2. 2008. ISSN-1982-6451.
- 24 Figueiredo MC; FrönerAM; Rosito DB; Gallarreta FWM; Sampaio, MS. A utilização da técnica de tratamento restaurador atraumático (TRA) em bebês – avaliação clínica de um ano. J BrasOdontopediatrOdontol Bebê, v.2, n.9, p.362-368, 2000.
- 25 Capristano Filho DO. O cirurgião-dentista no PSF. RevBrasOdontol Saúde Coletiva 2000; 1(2):8.
- 26 Matos PES; Tonita, NE. A inserção da saúde bucal no programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. Cad Saúde Pública 2004; 20 (06):1538-44.
- 27 Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do meio Ambiente. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.

- 28 Brasil . Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União dez. 2004; seção 1. 2004.
- 29 Naime RH; RamalhoAHP; Naime IS. Diagnóstico do sistema de gestão dos resíduos sólidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Estudos Tecnológicos. 2007. Vol3, n.1;12-36.
- 30 Costa SHM. Tratamento e disposição final de resíduos de medicamentos e de rejeitos radioterápicos: estudo comparativo entre a legislação internacional e a brasileira. Dissertação de mestrado em Saúde Pública na sub-área de concentração em Saneamento Ambiental. ENSP. FIOCRUZ. 2010.
- 31 Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad SaúdePública. 2004; 20(3):744-52.
- 32 Ferreira JA. 1995. Resíduos Sólidos e Lixo Hospitalar: Uma Discussão ética. Caderno de Saúde Pública, 11(2):314-320.
- 33 Mavropoulos A. Estudo para a Gestão de Resíduos de Serviços de saúde no Brasil. Relatório Final; setembro de 2010. Disponível em: http://www.abrelpe.org.br/arqfonts/estudo_gestao_saude.pdf Acessado em 15/08/13.
- 34 Ferreira JA; Anjos L.A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. Cad. Saúde Pública, 2001; 17:689-96.
- 35 Brasil. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. Série Temáticas Anvisa, v.1 – Tecnologias em Serviços de Saúde. 2006
- 36 Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminilização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **CienSaudeColet** 2010; 15(supl.1):1865-1873.
- 37 Fiorrilo CAP. Curso de direito ambiental brasileiro. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Saraiva; 2009.
- 38 Ferreira DDM; Gorges J; Silva LE. Plano de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde: o caso do setor odontológico de uma entidade sindical. InterSciensePlace: RevCient Int. 2009; 2(9):18p
- 39 Sociedade Brasileira de Infectologia. Boletim de atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia. Riscos biológicos e segurança dos profissionais de saúde. Infectologia Hoje. Ano 1, nº 2, 2006.
- 40 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

- 41 Inea. **Instituto Estadual do Ambiente**. Programa Rio sem Lixão. Acessado em 13/12/2012. Disponível em: <http://www.inea.rj.gov.br/web/sea/exibeconteúdo?article>.
- 42 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. São José do Vale do Rio Preto, RJ. www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/sao-jose-do-vale-do-rio-preto_rj Acesso em 31/07/2013. 2013.
- 43 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Sumidouro, RJ. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/sumidouro_rj Acesso em 31/07/2013. 2013.
- 44 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Sumidouro, RJ. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/sumidouro_rj Acesso em 31/07/2013. 2013.
- 45 Costa MAF; Costa MFB. Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciências; 2009.
- 46 Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70 LDA; 2010.
- 47 Franco MLPB. Análise de conteúdo. 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2008.
- 48 CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde do Brasil - **CNES. Equipes de Saúde. RJ**. Ministério da Saúde. Acessado em 10/10/2012. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equiperrj.def>.
- 49 Villarinho SM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Rev.odonto.cien** 2007; 22(55):48-54.
- 50 Costa RD, Silva FB, Tavares CRG, Cossish ES. Caracterização dos resíduos de amálgamas odontológicos gerados nas clínicas e consultórios da cidade de Maringá – PR. In: Anais do 23 Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental; 2005; Campo Grande; 2005.p.6.
- 51 Silva ENC, Costa MFB. Gerenciamento de resíduos de serviços odontológicos: aspectos técnicos operacionais. *Rev. Bras. Odontol.* 2006; 63(3): 158-63.
- 52 Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(2);279-86.
- 53 Bragança DPP. Verificação do conhecimento de cirurgiões-dentistas na cidade de Macaé-RJ sobre condutas frente a acidentes biológicos, aspectos éticos e legais. Piracicaba.[monografia]Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de odontologia.2009 [Acessado em 2013 jan 03. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/dos/odonto_legal/downloads/pos_especial/especializacao/daniel_braganca_monografia.pdf.
- 54 Saliba JF, Ispere C, Carrara A. Conhecimento e atitudes de profissionais da saúde frente à exposição ocupacional a material biológico. *RevCien Trab.*2011;13(40):113-115.
- 55 LEAL CAG. Estudo da percepção do profissional quanto a biossegurança no gerenciamento de resíduos odontológicos no município de Valença-RJ. Fundação

- Oswaldo Cruz- RJ. Dissertação [mestrado] Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – RJ. Mestrado em biossegurança e saúde. 2012.
- 56** Mota SM. Gerenciamento dos resíduos gerados nos consultórios odontológicos das redes pública e privada da cidade de Montes Claros – MG. Belo horizonte. Dissertação [mestrado] Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de odontologia 2003.
- 57** ManziFR, Guedes FR, Ambrosano GMB, Almeida SM. Estudo do destino dado aos resíduos dos materiais radiográficos pelo cirurgião-dentista. *Rev. Assoc Paul CirDent.* 2005; 59(3):213-16.
- 58** Alves AB; Souza ACS; Tipple AFV; RezendeKCD; Rezende E FR; Rodrigues EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm. Brasília* 2012 jan-fev; 65(1):128-34.
- 59** Pedrosa HLO, Figueiredo LRQ, Albuquerque TTP, COSTA EB. Avaliação dos cirurgiões-dentistas sobre o gerenciamento dos resíduos odontológicos produzidos na prática diária. *Arq Odontol.* 2007; 43(4):125-130.
- 60** Nazar MW, Poudeus IA, Werneck MAF. Gerenciamento de resíduos sólidos de odontologia em postos de saúde da rede municipal de Belo Horizonte, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005. 17(2):237-42.
- 61** Fornaciari KV. Avaliação das práticas de manejo de resíduos de serviços de saúde (RSS) na Faculdade de odontologia/UERJ. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Curso de Engenharia Ambiental; 2008.
- 62** Consoni AJ, Siqueira AO. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços de saúde na assistência domiciliar. *Rev. GestIntegr Saúde Trab Meio Ambiente.* 2007; 1(3):1-9.
- 63** Stark AM. Disposal options for infectious medical waste generated during home-based care. *Spec Care Dentist;* 1998; 18(5):207-13.
- 64** Grigoletto JC, Oliveira AS, Muñoz, SIS; Alberguini LBA, Takayanagui AMM. Exposição ocupacional por uso de mercúrio em odontologia: uma revisão bibliográfica. *Cienc& Saúde Colet.* 2008; 13 (2):533-542.
- 65** Oliveira PC. Avaliação dos níveis de poluição ambiental dos serviços com radiologia odontológica na cidade de Itabuna-Bahia. Ilhéus. [dissertação] Universidade Estadual de Santa Cruz. Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; 2006.
- 66** Hasmin R; MahouqR; Hadi N. Evaluation of dental waste management in the Emirate of Ajman, United Arab Emirates. *J. Int. Dent Med. Rev.* 2011; 4(2):64-9
- 67** Corrêa LB, Lunardi VL, De conto SM, Galiuzzi, MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(18):571-84.

ANEXO I

Artigo 1

Odontologia no Programa Saúde da Família: um avanço na atenção primária à saúde?

Odontology in the Family Health Program: an improvement in the primary health care?

Liliane Barbosa de Moraes¹

Debora CynamonKligerman²

Simone Cynamon Cohen³

RESUMO

A inserção da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) teve como principal objetivo a reorganização do modelo de atenção, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde bucal, garantindo atenção integral, mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Nesse contexto, esse estudo teve como objetivo avaliar o perfil do cirurgião-dentista (CD) inserido no PSF e analisar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, verificando se houve substituição do modelo tradicional de atendimento, por aquele centrado nos princípios do SUS. Realizou-se um estudo exploratório baseado em entrevista. O perfil do CD encontrado nesses municípios revelou potencialidades para a transformação das práticas em saúde bucal, porém a análise do processo de trabalho identificou pouco envolvimento desses profissionais com as condições de vida da comunidade e dificuldade para trabalhar em equipes multiprofissionais. Aponta-se a

¹Programa de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos. Rio de Janeiro RJ. lilianemoraes@globomail.com

²Departamento de Saneamento, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480. Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. kliger@ensp.fiocruz.br

³Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões, 1480 Manguinhos 21041-210 Rio de Janeiro RJ. cohen@ensp.fiocruz.

necessidade de políticas públicas que incorporem programas de capacitação para que o CD atue em consonância com as diretrizes do PSF.

Palavras-chaves: Odontologia em saúde pública; Programa Saúde da Família; Saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The inclusion of odontology in the Family Health Program had as main purpose the reorganization of the assistance model, expanding the population access to the oral health service, ensuring integral assistance, by the establishment of territorial link. In that context, the main purpose of this study was to evaluate the profile of the dentist that is inserted in the Family Health Program and to analyze the work process of the oral health team in three cities of the hilly region of the state of Rio de Janeiro, verifying if the traditional assistance model was replaced by the one based in the Unified Health System principles. An exploratory study was realized based in interviews. The dentist's profile found in these cities revealed potentialities for the transformation of the assistance in oral health, however, the analysis of the work process indicated little involvement of these professionals with the community's life condition and difficulty to work in multiprofessional teams. Therefore, it is pointed the necessity of public policies that incorporate programs of capacitation of the dentist so they can act according to the Unified Health System's guideline.

Key Words: Public health dentistry; Family Health Program; Oral health; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 trouxe como conquista a saúde como direito de todos. Representou um grande avanço, pois o modelo assistencial vigente no país até aquele momento era caracterizado “pela prática hospital-dependente, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e, acima de tudo, pela baixa resolubilidade, modelo esse gerador de insatisfação da população”¹.

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Carta Magna de 1988, a saúde passa a ser considerada sob uma nova ótica. O conceito

ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República orienta a passagem de um modelo de atenção à saúde centrado na doença, baseado na hegemonia médica e hospitalocêntrica, para um modelo que incorpora ações de promoção, proteção e recuperação da saúde².

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um sistema de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo, cujos princípios básicos são: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade³.

Com o objetivo de fortalecer o Sistema de Saúde Brasileiro, em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família (PSF) que prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, em substituição ao modelo tradicional de assistência primária baseado em profissionais especialistas⁴. Dessa forma, verifica-se que o PSF está em consonância com o Sistema Único de Saúde.

A organização do SUS a partir do PSF trouxe como vantagens: possibilidade de as famílias receberem orientações periódicas a partir de sua realidade; diagnóstico precoce com maior possibilidade de cura; e identificação de situações de risco; ampliação do acesso aos serviços de saúde e valorização do profissional de saúde⁵.

O primeiro modelo de atenção à saúde a partir do núcleo familiar implantado no Brasil ocorreu em 1980, em Curitiba (PR), antes mesmo de o PSF ser definido como modelo reorientador pelo Ministério da Saúde, e já contava com a participação de uma equipe de saúde bucal formada por cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário⁶.

Embora o PSF tenha sido criado em 1994, a inserção da odontologia no programa só ocorreu no ano 2000, através da Portaria Ministerial nº 1444 de 28 de dezembro de 2000, e essa inserção teve como principal objetivo a reorganização do modelo de atenção, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde bucal, garantindo atenção integral, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁷.

Além dos profissionais de saúde bucal, integram a equipe de PSF de Curitiba um médico, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem, um auxiliar

administrativo e uma autoridade sanitária local, diferenciando esse município de outros no Brasil e de outros países como a Inglaterra, Canadá e Cuba⁸.

A inserção da saúde bucal no PSF representou um grande avanço na reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população às ações de saúde e tratamento dentário de qualidade⁹. Pois até a década de 50, a assistência odontológica era caracterizada pela falta de planejamento e avaliação e reproduzia a lógica da assistência realizada em consultórios particulares¹⁰. Depois, caracterizou-se como um modelo de assistência odontológica predominantemente a escolares¹¹. Durante anos, a política de saúde bucal no Brasil esteve centrada em procedimentos curativos. Só a partir do desenvolvimento da Cariologia e sua incorporação em países como Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Suécia, passou-se a entender a cárie como doença infecciosa e preconizar o seu tratamento e prevenção o mais precocemente possível¹².

Então, a partir de 1990, com a implantação do SUS, surgem novos modelos assistenciais, dentre eles, os modelos vinculados ao núcleo familiar, como a Saúde da Família¹³. Porém, o desafio permanece. A existência de grande demanda reprimida, necessidades acumuladas, entre outros motivos impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios do SUS, e os procedimentos curativos continuam sendo predominantes¹⁴.

A partir da inserção da odontologia no PSF, novas atribuições são incorporadas ao processo de trabalho do odontólogo, priorizando a promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral. A prestação de cuidados odontológicos deixa de ser realizada apenas nas unidades de saúde e passa a incluir, também, ações em domicílios e espaços comunitários.

Esse estudo teve, então, como objetivo traçar o perfil sociodemográfico do odontólogo e analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal inseridas no PSF, em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro.

Considerando que o relatório mundial de saúde de 2006, denominado “Trabalhando Juntos pela Saúde”, destacou a importância de se conhecer o perfil dos profissionais de saúde para a elaboração de políticas públicas e acrescentou que essas informações geralmente estão incompletas¹⁵, espera-se que os resultados desse estudo

contribuam para o planejamento e implementação de políticas de formação e inserção do odontólogo nas equipes de saúde da família.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo. Exploratório, porque a assistência odontológica dentro do PSF necessita ser melhor estudada por representar um novo modelo. E descritivo, pois serão detalhadas as atividades da equipe de saúde bucal dentro do PSF. O delineamento definido para essa pesquisa foi o estudo de campo. O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família que possuem Equipe de Saúde Bucal nos municípios de Teresópolis, Sumidouro e São José do Vale do Rio Preto, nos meses de março a maio de 2013, utilizando-se de metodologia qualitativa.

O município de Teresópolis, situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, possui 777,14 Km² de área, uma população (censo 2010) de 163.746 habitantes, densidade demográfica de 210,78 hab/km². O valor do Índice de Desenvolvimento humano Municipal (IDHM) 2010 é 0,730, ocupando a 1.021^a posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil e 23^a posição em relação aos outros 92 municípios do estado do Rio de Janeiro¹⁶.

O município de São José do Vale do Rio Preto possui área de 242,98 km², população (censo 2010) de 20.251 habitantes e densidade demográfica de 83,35 hab/km² e IDHM 2010 de 0,660, ocupando a 2.898^a posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil e 81^a posição em relação aos 92 municípios fluminenses¹⁷.

O município de Sumidouro, também situado na região serrana do Rio de Janeiro, possui área de 397,05 Km², população (censo 2010) de 14.900 habitantes e densidade demográfica de 37,58 hab/km² e IDHM 2010 de 0,611, ocupando a 3.884^a posição dentre os municípios brasileiros e a 91^a posição em relação aos 92 municípios fluminenses¹⁸.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os 13 cirurgiões-dentistas (CD) que atuam nas unidades básicas de saúde da família desses municípios, distribuídos da seguinte forma: três CD de Teresópolis, quatro CD no município de São José do Vale do Rio Preto e seis CD no município de Sumidouro, de um total de 16 equipes cadastradas pelo Ministério da Saúde, segundo informações do

CNES/DATASUS¹⁹(2012). No momento da pesquisa dois CD do município de São José do Vale do Rio Preto haviam sido exonerados a pedido e um CD estava de licença médica, sendo excluídos da pesquisa. Para preservar a identidade dos CD foram atribuídos códigos: CD1 a CD13.

Para coleta dos dados optou-se pela entrevista individual semiestruturada, com roteiro orientador. Após a transcrição, os dados foram analisados segundo a metodologia de Análise de Conteúdo²⁰ e a unidade de análise escolhida foi o tema, por ser considerada a mais útil unidade de análise²¹.

O perfil dos CD foi construído a partir dos dados de identificação contidos nos instrumentos da pesquisa. Os dados referentes ao perfil sociodemográfico foram distribuídos de acordo com as seguintes variáveis: idade, sexo, local de graduação e tempo de graduado. Já os dados referentes ao perfil da formação técnica-científica foram distribuídos de acordo como as variáveis pós-graduação e área de especialização.

Os dados relativos à organização do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas no PSF foram analisados por agrupamento das categorias mais frequentes, de acordo com as falas. O agrupamento das falas possibilitou estabelecer as seguintes categorias: atividades clínicas, ações em instituições de convívio coletivo, visitas domiciliares e reuniões de equipe. Escolheram-se também as falas mais representativas para serem discutidas.

A proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ e aprovada sob o nº 1102162.8.0000.5240. Seguindo recomendação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os sujeitos convidados a participar desse estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos da pesquisa: Perfil sociodemográfico

A odontologia caracterizou-se como uma profissão masculina até as últimas décadas. Porém atualmente, passa por um processo denominado na literatura como “feminilização”, e que se refere ao aumento da população feminina em profissões

historicamente exercidas por homens²². Há 40 anos 90% dos odontólogos brasileiros eram homens, porém, atualmente, 56% são mulheres¹⁵.

No Brasil, 58% dos cirurgiões dentistas que atuam nas equipes de PSF são do sexo feminino¹⁵. Os resultados dessa pesquisa, apresentados na Tabela 1, mostram que 76,9% dos cirurgiões dentistas participantes da pesquisa são do sexo feminino, o que sugere a feminilização da odontologia nas unidades de saúde estudadas, com um percentual acima da média nacional.

Quanto à faixa etária (tabela 1), observa-se que há uma ligeira predominância da faixa etária de 41 a 50 anos, configurando profissionais com mais experiência. Difere do perfil nacional, onde 68% dos odontólogos que compõem as equipes de PSF têm menos de 40 anos¹⁵.

Quanto ao local de formação, todos os entrevistados declararam ter se formado no Estado do Rio de Janeiro. Esse dado é confirmado no levantamento nacional onde 86% dos odontólogos exercem sua profissão na mesma unidade federativa em que cursaram a graduação em odontologia¹⁵.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados de acordo com a idade e sexo

CARACTERÍSTICAS		Nº	FREQUÊNCIA %
IDADE (ANOS)	31 – 40	4	30,77
	41 – 50	6	46,15
	51 – 60	3	23,08
TOTAL		13	100,00
SEXO	MASCULINO	3	23,08
	FEMININO	10	76,92
TOTAL		13	100,00

FONTE: Dados coletados pelos autores (2013)

Quanto ao local de formação, todos os entrevistados declararam ter se formado no Estado do Rio de Janeiro. Esse dado é confirmado no levantamento nacional onde 86% dos odontólogos exercem sua profissão na mesma unidade federativa em que cursaram a graduação em odontologia¹⁵.

Perfil da formação técnico-científica

Quanto à época de formatura (Tabela 2), seis odontólogos, representando 46,15% do total, se formaram entre os anos 1980 e 1989, seis entre 1990 e 1999 e apenas um, representando 7,70%, entre 2000 e 2009.

A maioria (92,3%) apresenta mais de 14 anos de formados. Nessa época, os currículos universitários enfatizavam a fragmentação do tratamento odontológico e eram muito voltados para a especialização¹⁴. Portanto, esses profissionais receberam uma formação voltada para as ações curativas e técnicas, com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença²³.

Tabela 2: Perfil dos entrevistados de acordo com a época de formatura

ANO DA FORMATURA	Nº	FREQUÊNCIA %
1980 – 1989	6	46,15
1990 – 1999	6	46,15
2000 – 2009	1	7,70
TOTAL	13	100,00

Fonte: Dados coletados pelos autores (2013).

Esse problema ainda não foi superado. Apesar das Diretrizes Curriculares Gerais da formação em saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, estabelecerem que os currículos devam dar ênfase à promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS, a educação superior em saúde no Brasil ainda segue um modelo de prática hospitalocêntrica, especializada e direcionada ao setor privado, não atendendo as necessidades sociais²⁴. Esse fato pode representar mais um desafio para o dentista do PSF, que necessita trabalhar integrado em uma equipe multidisciplinar.

Com relação à especialização, dez dentistas afirmaram ter pós-graduação. As especializações citadas foram nas seguintes áreas: Odontopediatria, Educação e Saúde Coletiva, Endodontia, Saúde Pública, Ortodontia, Atenção Básica à Saúde da Família, Prótese dentária, Estomatologia e Odontologia do Trabalho. É fundamental apontar que somente os cursos na área de saúde pública e saúde da família contribuem para a formação de profissionais engajados com a promoção da saúde e comprometidos com os objetivos do Sistema Único de Saúde. Cabe, portanto, ressaltar que seis dentistas apresentaram especialização que contribui significativamente com o processo de trabalho do PSF.

No Brasil, a proporção de especialistas é de 25% do total de cirurgiões dentistas, sendo mais elevada que a de países como os Estados Unidos (21%), Reino Unido (11%), Canadá (11%), Alemanha (7%) e França (4%)¹⁵. O número de faculdades de odontologia no Brasil aumentou recentemente, ocasionando um maior contingente de profissionais, que procuram se especializar na busca de um diferencial no mercado de trabalho, o que por sua vez, faz aumentar o número de cursos de pós-graduação *lato sensu* em odontologia, criando, assim, mais oportunidades de especialização²⁵.

Nesse estudo constata-se que o número de especialistas está acima da média nacional. Esse fato ocorre devido aos dados nacionais se referirem apenas aos especialistas registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO). Tendo em vista que o registro no Conselho é uma prerrogativa do profissional, é necessário considerar que alguns profissionais, apesar de terem concluído curso legalmente reconhecido, não tenham solicitado seu registro da especialidade junto ao CFO¹⁵. Além disso, atualmente, apenas 19 especialidades são reconhecidas pelo CFO. Esse estudo considerou apenas a declaração do cirurgião-dentista de possuir especialização, sem verificar o seu registro junto ao CFO.

Organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal no PSF

A partir daqui inicia-se a análise da organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Os entrevistados abordaram temas como a composição da equipe e atividades desenvolvidas como: atividades clínicas, ações em creches e escolas, visitas domiciliares e reuniões de equipe. Surgiram então as seguintes categorias: composição

da equipe de saúde bucal, atividades clínicas, visita domiciliar, reunião de equipe, ações em instituições de convívio coletivo.

Composição da equipe de saúde bucal

As equipes de saúde bucal dos municípios estudados enquadram-se na modalidade I, que segundo a portaria nº 267 de março de 2001, devem ser compostas por um cirurgião dentista - CD e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)⁴. Porém alguns dentistas entrevistados declararam estar trabalhando sem auxiliar devido a problemas administrativos:

“Estou sem auxiliar desde setembro do ano passado. Era contrato, terminou e o município não contratou outra.” CD 6

“Agora estou trabalhando com auxiliar, mas passei um ano sem”. CD 7

“Quem me ajuda é a auxiliar de serviços gerais.” CD 9

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece atribuições específicas para o ASB, dentre elas proceder a desinfecção e esterilização do instrumental odontológico, realizar procedimentos educativos e preventivos como orientação quanto à técnica de escovação e higiene oral nos usuários antes do atendimento, e participar do desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal, dentre outras atribuições²⁶.

*“As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD”*². Conclui-se que nessas unidades onde não há auxiliar de saúde bucal, o trabalho da equipe de saúde bucal fica bastante prejudicado, podendo dificultar a reorganização da atenção básica.

Atividade clínica

A totalidade dos sujeitos desse estudo declarou exercer atividade clínica, dentro do consultório odontológico, durante a maior parte de sua carga horária de trabalho. Alguns, afirmaram ainda, exercer exclusivamente esse tipo de atividade, caracterizando a adoção de um modelo assistencial tradicional. Apesar do SUS preconizar ênfase nas atividades de prevenção e promoção percebe-se que o modelo

assistencial permanece vigente nesses municípios. Resultado semelhante é encontrado por Paganini *et al*²⁷ (2010). Os autores apontam que na Argentina coexistem modelos de assistência centrados na comunidade, no indivíduo e na família, com o modelo assistencial tradicional centrado na hegemonia médica.

Aponta-se a grande demanda acumulada e a falta de planejamento como principais dificuldades para a incorporação de atividades extra clínicas no âmbito da saúde bucal das unidades de PSF.

Visita domiciliar

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo agente comunitário de saúde⁴. Porém, quando realizada pela equipe de saúde bucal caracteriza-se com um instrumento valioso para atingir os objetivos propostos pelo PSF, pois através da visita domiciliar o profissional de saúde bucal se aproxima das famílias, reforçando o vínculo entre eles.

Segundo os relatos, esta é uma atividade pouco executada por esses profissionais: quatro odontólogos alegaram não fazer visitas domiciliares por falta de transporte e outros cinco declararam que esse procedimento não faz parte de sua rotina de trabalho.

“Então, visita domiciliar a gente fazia, mas tem mais ou menos um ano que a gente não faz porque está sem carro de visita e como é área rural é tudo muito longe”.
CD 5

“Nós nos limitamos a ficar aqui mesmo. Aqui é muito raro fazer VD.” CD8

Dessa forma, a população com dificuldades de locomoção tem pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde bucal. Muñoz *et al*²⁸ (2012) afirmam que o mesmo ocorre no Chile, onde a atenção à saúde, oferecida pelo ministério da Saúde, aos pacientes idosos e/ ou acamados não incluem diagnóstico nem tratamento das patologias bucais, acarretando em um estado de extrema deterioração da saúde bucal desse grupo. Espinoza *et al*²⁹ (2003), em um estudo também realizado no Chile, encontraram algumas lesões consideradas pré-cancerígenas, em idosos assistidos pelo sistema de saúde público em Santiago. Os autores apontam a necessidade urgente da incorporação de exame da mucosa oral nas visitas domiciliares a acamados.

Dentre os profissionais que realizam a visita domiciliar com frequência encontram-se relatos de visitas domiciliares realizadas com toda a equipe e algumas realizadas apenas pelo odontólogo:

“Eu costumo ir sozinha. Às vezes a auxiliar vai. Só às vezes.” CD 3

“As visitas domiciliares são realizadas junto com toda a equipe: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário. Às vezes junto com estudantes de medicina e enfermagem.” CD 1

Com relação aos procedimentos realizados nessas visitas domiciliares têm-se os seguintes relatos:

“Eu faço alguns procedimentos. Pouca coisa. Só quando o paciente não pode mesmo vir aqui no consultório é que eu procuro fazer alguma coisa: uma extração que esteja muito fácil, uma raspagem... Remoção de sutura. Muitas vezes eu removo sutura também. O paciente às vezes extrai aqui comigo, e como ele é idoso, eu faço lá a remoção de sutura, para ele não ter que voltar” CD 2

“Procedimentos educativos. Às vezes a colocação de um curativo, uma raspagem em pacientes que estão acamados.” CD 4

“Alguns procedimentos como escovação, orientação dos cuidadores extração, restauração temporária, exame bucal.” CD 1

As visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário, ampliam e qualificam as ações de saúde⁴. Além de possuir grande importância para o conhecimento da situação de saúde da família, a visita domiciliar proporciona o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e possibilita a execução de alguns procedimentos, principalmente para pessoas com dificuldade de locomoção⁶.

Sendo assim, aconselha-se a incorporação urgente da odontologia na assistência domiciliar a pessoas com dificuldades de locomoção, incluindo tratamentos restauradores básicos e reabilitação protética, de modo a melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional.

Trabalho em equipe

Cada equipe de saúde da família, deve funcionar como uma equipe de trabalho responsável pela saúde de cem por cento de sua população adscrita, deve conhecer a realidade da comunidade e identificar os determinantes de saúde da população e organizar as atividades segundo os riscos e vulnerabilidades individuais e coletivos. E, para atingir esses objetivos é necessário um trabalho em equipe³⁰.

As reuniões de equipe são importantes dispositivos para criar uma interação entre os membros de uma equipe. E a interação da equipe cria mecanismos de acolhimento e representa a melhor forma de integrar o paciente aos cuidados de um trabalho multidisciplinar²⁶.

Para o cirurgião-dentista, inserido no PSF, essas reuniões criam a possibilidade de facilitar o trabalho em equipe. Tendo em vista que, para o cirurgião dentista, o trabalho em equipe além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores, tornando-se um desafio para ele¹⁴.

Além disso, o Ministério da Saúde estipulou como função da equipe de saúde bucal a interação com profissionais de outras áreas, com o objetivo de ampliar o conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, considerando o contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido².

Esse objetivo aparece bem contemplado nos relatos abaixo:

“O dentista participa das reuniões de equipe. Geralmente de 15 em 15 dias. A gente fala sobre as áreas, sobre os problemas da comunidade, as agentes de saúde trazem os problemas para a gente. Questões burocráticas também são discutidas. Agora a gente está querendo fazer um planejamento para realizar uma capacitação, onde em cada reunião um tema será abordado, até para dar uma capacitação para as ACS, pois o curso introdutório delas foi muito fraco.” CD 4

“Nessas reuniões são programadas as ações e visitas domiciliares: discute-se alguns casos clínicos e problemas da equipe”. CD 1

Apesar da importância da reunião de equipe, esse estudo encontrou algumas equipes de saúde bucal que não participam dessas reuniões como relatado abaixo:

“Quase nunca ocorre reunião de equipe aqui. E quando ocorre, o dentista não participa”. CD 12

“Não há reunião de equipe nessa unidade”. CD 3

E, em alguns casos, quando a reunião ocorre, tem função apenas administrativa, como se verifica no relato abaixo sobre o tema da reunião:

“É mais mesmo o andamento do trabalho. Pois aqui na unidade a gente não tem telefone, não tem internet, então depende muito do trabalho do agente comunitário de saúde para poder marcar e remarcar pacientes, levar papel de referência e contra referência”. CD5

Percebe-se, por meio desses relatos, que não ocorre troca de saberes entre os profissionais dessas equipes. E em alguns casos, a equipe de saúde bucal não se sente parte da equipe multiprofissional da unidade de saúde onde atua.

Ações em Instituições de convívio coletivo

A maioria dos entrevistados declarou fazer alguma atividade em instituições de convívio coletivo como creches, escolas e asilos. As principais atividades citadas foram; palestras, atividades de educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, exame bucal com finalidade de estimar as necessidades e separar os grupos de riscos.

Alguns declararam não realizar essas ações por falta de transporte:

“Não estamos indo às escolas, pois estamos sem carro, e como aqui é zona rural, é tudo muito longe.” CD 6

A equipe deve conhecer a realidade da comunidade onde atua e as características da população adstrita (faixa etária da população, condições socioeconômicas e doenças prevalentes, entre outras) para depois poder planejar as ações de saúde³¹. Nos relatos abaixo, percebe-se que, apesar da importância que o território exerce nas atividades de uma equipe de PSF, alguns profissionais ainda tem dificuldade de reconhecer sua área de abrangência.

“Tem uma escola aqui próximo. Só que a enfermeira falou que tem outra escola que pertence a nossa área. A gente fica meio perdido com relação a área de abrangência. A enfermeira falou isso, só que no mapa não aparece essa escola.” CD 2

“Não sei quantas escolas são. Não conheço bem a área”.CD 9

Considerações finais

A inserção da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família representou um grande avanço na atenção básica, pois ampliou o acesso da população à assistência odontológica e garantiu atenção integral. Porém, a realidade observada em alguns municípios da região serrana do Rio de Janeiro aponta que a filosofia do PSF foi parcialmente seguida, impedindo que o modelo tradicional de assistência seja totalmente substituído por aquele centrado nos princípios do SUS.

Apesar do perfil do CD encontrado nesses municípios revelar potencialidades para a transformação das práticas em saúde bucal, é necessário estimular o trabalho do CD em equipes multiprofissionais e melhorar as condições de trabalho desses profissionais, oferecendo meio de transporte de forma a facilitar o acesso às famílias e o conhecimento do território. Só assim será possível conhecer as necessidades epidemiológicas e sanitárias das comunidades.

Esse estudo não teve o objetivo de esgotar o tema e sim estimular novas pesquisas nessa área. Devido à importância de se conhecer o perfil dos profissionais de saúde para a elaboração de políticas públicas e a escassez dessas informações, espera-se que os resultados desse estudo contribuam para o planejamento e implementação de políticas de formação e melhor inserção do odontólogo nas equipes de saúde da família.

COLABORADORES: Moraes LB trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, coleta de dados, interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação, revisão crítica do artigo e na aprovação de sua versão final. Cohen SCeKligerman DC orientaram o estudo e trabalharam na interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.
- 2 Brasil.. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
- 3 Brasil., Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. **Diário oficial da União** 2001; 07 mar
- 4 Rodrigues AAAO, Bonfim LS. Saúde Bucal em um Programa da Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): Organização e micropolítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p 96-108, jan./mar. 2010.
- 5 Calado GS. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família**. [Dissertação]. FIOCRUZ. 2002
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2000.
- 7 Ducci L, Pedoti MA, Simão MG, Moysés SJ. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro. CEBES, 2001.
- 8 EmmiDT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no programa de saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). **CienSaude Colet** 2008; 13(supl.1):35-41.
- 9 Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção Odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **CiencSaudeColet** 2005; 10(supl):297-302.
- 10 Pinto V G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.
- 11 Walter LRF, Ferelle a, Issao M. Introdução. In: **Odontologia para o bebê**. Londrina: Artes Médicas, 1996. P.3-5.
- 12 RoncalliAG. **A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Universidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**[Tese]. Araçatuba (SP):Universidade Estadual Paulista, Faculdade de odontologia, 2000.
- 13 Villarinho SM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Rev.odonto.cien** 2007; 22(55):48-54.
- 14 Morita MC,Haddad AE, Araújo ME. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá. **Dental Press Internacional**. 2010.
- 15 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Teresópolis, RJ. Acessado em 31/07/2013. Disponível em:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/teresopolisrj>.

- 16 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. São José do Vale do Rio Preto, RJ. Acessado em 31/07/2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/sao-jose-do-vale-do-rio-preto/rj>.
- 17 Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Sumidouro, RJ. Acessado em 31/07/2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil/sumidourorj>.
- 18 CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde do Brasil - **CNES. Equipes de Saúde. RJ.** Ministério da Saúde. Acessado em 10/10/2012. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipperj.def>.
- 19 Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa. Edições 70 LDA; 2010.
- 20 Franco MLPL. **Análise de conteúdo.** 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora. 2008
- 21 Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminilização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **CienSaudeColet** 2010; 15(supl.1):1865-1873.
- 22 Araújo YP, Dimenstein M. **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte.** Cienc. Saúde Colet. 2006; 11 (1): 219-227.
- 23 Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Cien Saúde colet** 2013 vol. 18 nº6 Rio de Janeiro.
- 24 Gurgel-Juarez NC, Worsadinha SCS, Ambrosano GMB, Moreira RWF, Moraes M. Mulheres na cirurgia buco-maxilo-facial no Brasil: motivos de escolha, dificuldades encontradas e características de exercício da especialidade. R.G.O. Porto Alegre. 55(1):11-16.
- 25 Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Cien. Saúde Colet.** 2006. 11(1):45-51.
- 26 Paganini JM, Etchegoyen GS, BO A, Rubio AM, Freideimberg GM, Hipperdinger A, Raventós AP, Gonçalves M, Zelaieta A. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. Revista Argentina de Salud Pública. 2010 1(2):18:23
- 27 Muñoz AD; Flores AP; Cueto UA; Barraza AS. Salud bucodental de postrados severos. Int. J. Odontostomat, 6(@):181-187, 2012.
- 28 Espinoza I; Rojas R; Aranda W; Gamola J. Prevalence of oral mucosa lesions in elderly people in Santiago, Chile. J.Oral Pathol. Med., 32(10):571-5, 2003.
- 29 Paraguay. Ministério de Salud Pública y bienestar Social. Guía de organización del trabajo em equipo. Série atención integral a la familia y comunidade para los equipos de salud de la Familia – ESF. Abril, 2012.
- 30 Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília. DF. 2006.

ANEXO II

Artigo 2

Gerenciamento de resíduos odontológicos no Programa Saúde da Família: na unidade de saúde e na assistência domiciliar

Dental waste management in the Family Health Program: inside the health unit and in the home care

Liliane Barbosa de Moraes

Debora CynamonKligerman

Simone Cynamon Cohen

Resumo

A inserção da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu no ano 2000 e teve como objetivo ampliar o acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos e melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal. A partir de então, a prestação do cuidado odontológico deixou de ser restrita à Unidade Básica de Saúde, e passou a incluir ações nos domicílios e espaços comunitários. Dessa forma, são gerados resíduos de serviços odontológicos dentro da Unidade de Saúde e na assistência domiciliar. O objetivo desse estudo foi investigar o processo de gerenciamento dos resíduos odontológicos em Unidades Básicas de Saúde da Família, em três municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro. Realizou-se um estudo exploratório baseado em entrevistas. Verificou-se que a maioria dos odontólogos não conhece a legislação sobre gerenciamento de resíduos odontológicos e constatou-se que o manejo desses resíduos apresentou falhas, tanto dentro da unidade de saúde como na assistência domiciliar. Aponta-se a necessidade de capacitação e treinamento nessa área a fim de reduzir impactos na saúde dos profissionais e no ambiente.

Palavra-chave: odontologia; resíduos odontológicos; programa saúde da família; assistência domiciliar; atenção primária à saúde.

Abstract

The inclusion of odontology in the Family Health Program happened in the year 2000 and its main purpose was to amplify Brazilian population's access to the oral health service and to improve the epidemiological indicators of the oral health. Since then, the oral health service is no longer exclusive to the health units and now it includes actions in patients' homes and communitarian spaces. This way, dental waste is generated inside the health unit and in the home care. The purpose of this study was to investigate the process of the dental waste management in the family health unit, in three cities of the hilly region of the state of Rio de Janeiro. An exploratory study was realized based in interviews. It was verified that most of the dentists do not know the legislation about dental waste management and also that this waste management presented mistakes, both in the health unit and the home care. It is pointed the necessity of capacitation and instruction in this area in order to reduce the impacts caused to the environment and to the professional's health.

Key-words: odontology; dental waste; Family Health Program; home care; primary health care

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua resíduos de serviços de saúde (RSS) como aqueles que contêm ou potencialmente podem conter, germes patogênicos¹. Esses resíduos são gerados em hospitais, clínicas médicas e odontológicas, farmácias, laboratórios, instituições de ensino unidades de saúde, clínicas veterinárias, serviços de assistência domiciliar dentre outros^{2,3}.

Alguns fatores têm contribuído para o aumento da geração de RSS, como a utilização crescente de produtos descartáveis, o aumento na demanda, aumento da complexidade dos tratamentos médicos e novas tecnologias, tornando necessária a adoção de procedimentos que visem controlar a geração desses resíduos⁴.

Vários estudos em todo o mundo apontam que RSS apresentam riscos à saúde pública semelhantes aos resíduos domiciliares, o que dispensaria cuidados especiais em

seu gerenciamento^{5,6,7,8}. Porém, estudos realizados nas últimas décadas comprovam a periculosidade desses resíduos. Hoje, sabe-se que os resíduos gerados pelos serviços de saúde podem ser tóxicos e até mesmo letais devido ao seu potencial de transmissão de doenças⁹. As doenças mais comumente transmitidas por esses resíduos são as infecções gastroentéricas, infecções respiratórias, infecções de pele, olhos e outras incluindo HIV, hepatite B e C¹⁰.

Resíduos dos serviços Odontológicos

A odontologia gera resíduos do grupo A, do grupo B, do grupo D e do grupo E¹¹. Os resíduos do grupo A ou resíduos biológicos são aqueles que podem apresentar risco de infecção, devido a possível presença de agentes biológicos.

Os procedimentos odontológicos resultam em alguns resíduos tóxicos, constituídos por metais pesados e combinações químicas, que representam riscos graves à saúde humana e podem causar graves impactos ambientais^{12,13}. São os resíduos do grupo B ou resíduos químicos.

Os principais resíduos químicos de interesse em odontologia são: produtos antimicrobianos e citostáticos quando apresentarem prazo de validade vencido ou se tornarem impróprios para o consumo; anestésicos; efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores); saneantes e desinfetantes; resíduos de amálgama e radiografias odontológicas.

E os resíduos do grupo D são resíduos que por não apresentarem riscos químico ou biológico ao meio ambiente e à saúde, podem ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Os resíduos perfurocortantes são todos os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas capazes de cortar ou perfurar (bisturis, agulhas, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas e outros). Devem ser acondicionados em recipientes rígidos, com tampa vedante, estanques, resistentes à ruptura e à punctura. E devem ser dispostos em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.

Odontologia e o Programa Saúde da Família

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser considerada no seu conceito ampliado. Ocorre a passagem de um modelo de atenção à saúde centrado na doença, baseado na hegemonia médica e hospitalocêntrica, para um modelo que incorpora ações de promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁴. O SUS tem como princípios norteadores: universalidade, integralidade e equidade¹⁵.

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e constitui uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral.

Países como os Estados Unidos, Canadá e Reino Unido já haviam obtido sucesso ao aplicar o modelo Médico da Família. Em 1984, Cuba implantou um modelo de saúde baseado na medicina familiar, tendo em vista a prevenção e a promoção da saúde¹⁶.

Embora o PSF tenha sido criado em 1994, a inserção da odontologia no programa só ocorreu no ano 2000¹⁷. Essa inserção ocorre devido à necessidade de ampliar o acesso da população brasileira aos cuidados odontológicos e melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal. O processo de trabalho da equipe de saúde bucal passa a ter o conceito de cuidado e a humanização como eixo de orientação do modelo de atendimento. Há a reorganização das ações voltadas para as linhas de cuidado, atendendo aos vários ciclos e condições de vida¹¹.

Dessa forma, a prestação do cuidado odontológico não deve ficar restrita à Unidade Básica de Saúde, mas incluir ações nos domicílios e nos demais espaços comunitários, estabelecendo vínculo com a população, através de um atendimento humanizado. Esta nova forma de agir exige o desenvolvimento de novas habilidades por parte do odontólogo na organização a atenção à saúde, visto que até então o trabalho desse profissional era centrado na doença e privilegiava ações individuais, curativas e tecnicistas.

A portaria nº 267 de 2001 institui como atribuição do profissional de saúde bucal, dentre outras, programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas¹⁸. As visitas domiciliares constituem uma nova forma de abordagem do odontólogo, e facilitam o acesso aos cuidados de saúde bucal, principalmente para idosos, acamados e pacientes com dificuldade de locomoção. Além disso, o envelhecimento da população faz com que aumente o número de pessoas idosas com doenças crônicas que necessitam de atendimento domiciliar¹⁹.

Nas visitas domiciliares realizadas pelo odontólogo é possível realizar o reconhecimento das condições de vida do paciente e sua família, além de dados referentes à sua saúde atual e pregressa; exame clínico inicial; rastreamento de lesões bucais; escovação supervisionada; aplicação tópica de flúor; educação em saúde; exodontias, em unidades dentárias acometidas por doença periodontal ou em restos radiculares²⁰.

Diante da diversidade de ações de saúde realizadas pela equipe de saúde bucal fora da Unidade de Saúde, RSS são gerados nos mais variados locais, inclusive nos domicílios por meio da assistência domiciliar²¹ e precisam de um correto gerenciamento, para não por em risco a saúde pública e o meio ambiente. Stark¹⁹ aponta que um dos desafios enfrentados pelos dentistas durante a assistência domiciliar é o correto manuseio e descarte dos resíduos infectantes gerados. E Lipscomb et al²² alertam que pouco se sabe sobre o risco da exposição ao sangue entre profissionais que atuam na assistência domiciliar.

Como a inserção da odontologia no PSF é recente, os estudos nessa área ainda são escassos, principalmente na área de prevenção e controle de infecção, incluindo o gerenciamento de resíduos. Então, discutir o manejo de resíduos gerados em Unidades de PSF, incluindo aqueles gerados fora da unidade e em assistência domiciliar é fundamental e pode contribuir para prevenir possíveis impactos à saúde das pessoas, profissionais e do ambiente²³.

Assim, o objetivo desse estudo foi analisar, na perspectiva do cirurgião dentista, o manejo dos resíduos odontológicos em Unidades de atenção básica à saúde da família, em três municípios da região serrana do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo. O delineamento definido para esse estudo foi o estudo de campo. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que possuem Equipe de Saúde Bucal²⁴ em três municípios da região serrana do Rio de Janeiro: Teresópolis, Sumidouro e São José do Vale do Rio Preto, nos meses de março a maio de 2013, utilizando-se de metodologia qualitativa. Foram selecionados esses municípios, pois fazem parte do mesmo consórcio intermunicipal para a erradicação dos lixões na região serrana²⁵.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os 13 cirurgiões-dentistas (CD) que atuam nas UBSF desses municípios, distribuídos da seguinte forma: três CD de Teresópolis, quatro CD no município de São José do Vale do Rio Preto e seis CD no município de Sumidouro, de um total de 16 equipes cadastradas pelo Ministério da Saúde, segundo informações do CNES/Datasus (2012)²⁴.

Para coleta dos dados optou-se pela entrevista individual semiestruturada, com roteiro orientador. Após a transcrição, os dados foram analisados segundo a metodologia de Análise de Conteúdo²⁶ e a unidade de análise escolhida foi o tema, por ser considerada a mais útil unidade de análise²⁷.

A proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ e aprovada sob o nº 1102162.8.0000.5240. Seguindo recomendação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os sujeitos convidados a participar desse estudo foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos CD foi construído a partir dos dados de identificação contidos nos instrumentos da pesquisa e mostram que 76,9% dos cirurgiões dentistas participantes da pesquisa são do sexo feminino, 46,15% estão na faixa de 41 a 50 anos, 92,3% tem mais de 14 anos de formado e 76,92% declararam possuir pós-graduação.

Todos os odontólogos entrevistados nesse estudo geravam resíduos similares, com algumas particularidades, em função dos procedimentos realizados, durante seu

processo de trabalho. Os resíduos gerados nessas Unidades de Saúde, classificados por grupos, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Resíduos odontológicos produzidos nas Unidades de PSF, classificados por grupos.

GRUPO A	<p>Algodão/gaze com sangue e/ou saliva.</p> <p>Sugador de saliva.</p> <p>Luvas, máscara, gorro.</p> <p>Elementos dentários extraídos.</p> <p>Tubetes anestésicos após o uso.</p> <p>Fios de sutura sem agulha.</p>
GRUPO B	<p>Efluentes radiográficos, lâminas de chumbo e filme radiográfico.</p> <p>Desinfetantes e saneantes.</p> <p>Tubetes de anestésicos com validade vencida, não utilizados.</p> <p>Resto de amálgama.</p> <p>Medicamentos (cimentos, vernizes, flúor,etc).</p>
GRUPO D	<p>Material reciclável (papel, embalagens de papel, plástico, metal,etc).</p> <p>Material não reciclável (papel toalha e guardanapos usados).</p>

Fonte: Dados coletados pelos autores (2013)

Quando solicitados a conceituarem gerenciamento RSS, verificou-se que seis odontólogos associam gerenciamento apenas ao descarte de resíduos, dois associam à destinação final, dois associam a uma forma de organização dos resíduos; enquanto três associam o gerenciamento aos cuidados desde a geração até a eliminação final. As dificuldades de conceituar gerenciamento de resíduos sugere o desconhecimento do tema.

Alguns estudos^{28,29,30} apontam que apesar de estabelecimentos de serviços odontológicos produzirem resíduos em pequenas quantidades, esses resíduos apresentam os mesmos riscos dos resíduos gerados em instituições hospitalares. Contudo, estabelecimentos odontológicos não costumam fornecer capacitação para seus recursos humanos como cursos periódicos abordando legislação, conscientização ambiental e biossegurança.

Como todos os RSS, os resíduos odontológicos necessitam de um correto gerenciamento. A RDC 306/2004 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, aponta que: “o gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente”².

Dessa forma, todos os geradores de RSS devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), observando a quantidade e as características dos resíduos produzidos. Ferreira, Gorges e Silva³¹ apontam alguns benefícios que ocorrem com a implantação do PGRSS: diminui a probabilidade de infecções em pacientes, através de disposição adequada dos RSS; evita a possibilidade de contaminação de funcionários com materiais contaminados; evita a contaminação de materiais a serem utilizados; inibe a propagação de doenças; e preserva o meio ambiente.

Quando questionados sobre quais procedimentos adotariam em caso de acidentes com perfurocortantes as respostas mais comuns foram: lavar o local lesionado com água e sabão; passar álcool; informar ao enfermeiro da equipe; encaminhar a pessoa ferida para o médico solicitar exames; e procurar o serviço de urgência ou hospital. Observa-se que embora haja aderência a busca por um atendimento de urgência, muitos profissionais ainda relutam em procurar atendimento após o acidente.

Acidentes com perfurocortantes em odontologia são comuns³². Alguns estudos^{32,33} apontam que o procedimento mais comum, adotado por dentistas após essas lesões, é a lavagem do local afetado. Essa conduta talvez se dê ao fato do profissional

não perceber os riscos ou a falta de conhecimentos. Treasume e Treasure³⁴, em uma pesquisa na Nova Zelândia, concluíram que os dentistas percebem que o risco de ser infectado por sangue de resíduos é pequeno. Alguns estudos^{35,36,37} acrescentam que o convívio com ambiente insalubre diminui a percepção de risco. Garcia e Blank³³ apontam a introdução do módulo de biossegurança nos cursos de graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento e atualização, como forma de diminuir os riscos ocupacionais a que estão expostos os odontólogos.

Quanto ao conhecimento da legislação de RSS encontrou-se o seguinte resultado: 10 dentistas informaram não ter conhecimento e três informaram conhecer muito pouco. Outros estudos^{38,28} apontam o desconhecimento da legislação pelos profissionais de saúde. E esse fato não se aplica só ao Brasil. Hashim, Mahrouq e Hadi³⁹, em um estudo no Emirado de Ajman, nos Emirados Árabes Unidos, verificaram que 83,7% dos profissionais não conheciam as legislações locais sobre gerenciamento de resíduos.

Com relação à segregação dos resíduos, encontrou-se o seguinte resultado: sete dentistas separavam os resíduos comuns (Grupo D) dos infectantes (Grupo A) e seis colocavam os dois na mesma lixeira. Alguns estudos^{38,28} apresentam resultados semelhantes onde não há segregação desses resíduos. E isso ocorre também em outros países: Garcia⁴⁰, em um estudo no México identificou que não havia segregação nos resíduos comuns e infectantes; Al-Khalitet al⁴¹, em um estudo na Palestina, identificou que 100% dos profissionais entrevistados descartavam resíduos infectantes junto com resíduos comuns. Porém a não segregação desses resíduos torna o processo de tratamento muito dispendioso.

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS)⁴² orienta que na gestão e gerenciamento de resíduos deve ser observada a seguinte ordem de prioridade: não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento e disposição final adequada.

Quanto ao descarte dos resíduos químicos (grupo B) esse estudo procurou identificar como é feito o descarte dos resíduos de amálgama, efluentes radiográficos, filme radiográfico, lâminas de chumbo, medicamentos e desinfetantes.

Com relação ao descarte dos resíduos de amálgama foram encontrados os seguintes resultados: quatro profissionais não fazem amálgama, seis acondicionam em

recipiente tampado com água, dois acondicionam em recipiente tampado seco e um descarta junto com resíduos perfurocortantes. O amálgama dental teve sua primeira utilização há mais de 150 anos e ainda hoje é amplamente utilizado devido a dificuldade de encontrar outro material com as mesmas propriedades: fácil manipulação, alta durabilidade e baixo custo⁴³.

O amálgama odontológico é composto por um pó metálico (liga de prata, cobre e estanho) e contém em média 53% de mercúrio. O mercúrio é um metal tóxico que se aloja nos tecidos humanos. E quando liberado no meio ambiente atinge a cadeia alimentar. Grigoletto⁴³ aponta que apesar de alguns autores afirmarem que o melhor meio para armazenar resíduos de amálgama seja a glicerina e outros autores considerarem a água um meio aceitável, a recomendação da ADA- associação Dental Americana é colocar os resíduos de amálgama em recipientes inquebráveis, hermeticamente fechados e imersos em solução fixadora de radiografia.

Uma solução para o gerenciamento de resíduos químicos é a logística reversa, que representa um grande avanço trazido pela PNRS⁴², pois estabelece que o produto retorne ao seu fabricante e entre novamente no ciclo produtivo, impedindo que seja disposto inadequadamente no meio ambiente.

Apesar dos profissionais entrevistados não seguirem exatamente as recomendações da ADA, percebe-se uma grande preocupação com esses resíduos. Isso talvez se dê a existência de muitos dados na literatura que comprovem o potencial tóxico do mercúrio para a saúde humana e para o meio ambiente.

Quanto aos resíduos gerados durante os exames radiográficos odontológicos, apenas quatro dos profissionais entrevistados afirmaram realizar esse procedimento nas Unidades de Saúde. Com relação ao descarte de efluentes radiográficos (revelador e fixador), três odontólogos declararam jogar direto na rede de esgoto (pia) e um afirmou levar para descartar em serviço público. Os quatro odontólogos que fazem exames radiográficos descartam os filmes radiográficos no lixo comum. Quanto às lâminas de chumbo cada entrevistado descarta de um jeito: lixo comum, lixo infectante, coletor de perfurocortante e armazenamento para uso particular.

Os efluentes de processamento radiográficos são classificados no Grupo B por apresentarem substâncias químicas que podem causar riscos à saúde pública e ao meio

ambiente e quando não forem submetidos a processos de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos³.

O pequeno número de odontólogos entrevistados e que realizam exame radiográfico é uma limitação desse estudo. Porém o problema investigado é relevante quando se considera o volume total desses resíduos em todas as Unidades de Saúde. E os resultados desse estudo estão de acordo com outros divulgados na literatura^{44,45} que afirmam que os odontólogos não gerenciam corretamente os produtos radiográficos. Mota³⁸ e Bohner⁴⁵ apontam a necessidade de uma capacitação para orientar os profissionais da odontologia quanto ao correto descarte desses resíduos.

Quanto ao descarte de medicamentos e desinfetantes os odontólogos entrevistados nesse estudo afirmaram utilizar várias opções: descarte como resíduo infectante; descarte em recipiente para perfurocortante quando a embalagem é pequena e no lixo infectante quando a embalagem é grande; descarte na rede de esgoto quando a substância é líquida e no lixo infectante quando sólida ou semissólida; entrega para o serviço público se a embalagem estiver fechada (fora da validade) e descartar no lixo comum quando a embalagem estiver aberta (em uso).

Observa-se a dificuldade em estabelecer um padrão para o descarte desses resíduos. Oliveira⁴⁶ aponta que esse problema atinge os serviços de saúde como um todo, não apenas a Odontologia. Mota³⁸ observou que 85,7% dos profissionais da rede privada e 76,5% da rede pública descartavam os resíduos químicos líquidos direto na rede de esgoto.

Esse tema é relevante, pois esse tipo de resíduo não é gerado apenas pela odontologia, mas sim por vários outros serviços de saúde e em vários domicílios.

Quanto ao descarte de resíduos perfurocortantes (grupo E) são os seguintes os resultados desse estudo: 12 odontólogos afirmam que descartam em coletores próprios enquanto apenas um declara descartar em recipiente de plástico (garrafa pet). Porém cinco odontólogos afirmam descartar no lixo comum brocas, lixas de aço e limas endodônticas, enquanto oito profissionais descartam esses materiais no coletor próprio.

Mota³⁸ encontrou resultados semelhantes em seu estudo, onde a maioria descarta de forma correta os resíduos perfurocortantes. E, segundo Nazar, Pordeus e Werneck²⁸; e Fornaciari⁴⁷, na maioria dos casos, ocorre a segregação correta dos

perfurocortantes, porém as brocas e limas endodônticas não são corretamente segregadas.

Garcia e Zanetti-Ramos⁴⁸ alertam que o descarte inadequado desses resíduos expõe a riscos tanto os trabalhadores de saúde, os trabalhadores da coleta de resíduos e os catadores. Torga⁴⁹ acrescenta que a diminuição desses riscos será alcançada através da implantação do PGRSS e capacitação dos profissionais.

Manejo de resíduos odontológicos gerados na assistência domiciliar nas Unidades de Saúde da Família

Na estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliar é um procedimento rotineiro, preferencialmente realizado pelo agente comunitário de saúde⁵⁰. Porém, quando realizada pela equipe de saúde bucal caracteriza-se com um instrumento valioso para atingir os objetivos propostos pelo PSF, pois através da visita domiciliar o profissional de saúde bucal se aproxima das famílias, reforçando o vínculo entre eles.

As visitas da equipe de saúde bucal às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando à identificação dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário, ampliam e qualificam as ações de saúde⁵⁰. Além de possuir grande importância para o conhecimento da situação de saúde da família, a visita domiciliar proporciona o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e possibilita a execução de alguns procedimentos, principalmente para pessoas com dificuldade de locomoção⁵¹. Sendo assim, deveria ser realizada por todas as equipes de saúde bucal inseridas no PSF.

Entretanto, segundo os relatos, esta é uma atividade pouco executada por esses profissionais: quatro odontólogos alegaram não fazer visitas domiciliares por falta de transporte e outros cinco declararam que esse procedimento não faz parte de sua rotina de trabalho.

Com relação aos procedimentos realizados nessas visitas domiciliares têm-se os seguintes relatos: exodontia, remoção de sutura, restauração temporária, remoção de tártaro, escovação, aplicação tópica de flúor, exame bucal, orientação dos cuidadores. E esses procedimentos geram resíduos (Quadro 2) que necessitam ser gerenciados adequadamente.

A ampliação do atendimento para “além dos muros dos estabelecimentos de saúde”, chegando ao domicílio através da assistência prestada pelos **homecare** e pelos profissionais da Estratégia da Saúde traz como consequência a geração de RSS nos domicílios²¹.

Ainda são poucos os estudos no Brasil sobre resíduos gerados de assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família e, geralmente, o enfoque principal está nos procedimentos realizados pela enfermagem. Alves²¹ aponta para a necessidade de maior produção científica e trabalhos que abordem protocolos e práticas de manejos de resíduos nessa área. Pouco se sabe sobre o risco da exposição ao sangue entre profissionais que atuam na assistência domiciliar²².

Quadro 2: Resíduos odontológicos produzidos na assistência domiciliar em unidades de PSF, classificados por grupos.

GRUPO A	Algodão/gaze com sangue e/ou saliva. Luvas, máscara, gorro. Elementos dentários extraídos. Tubetes anestésicos após o uso. Fios de sutura sem agulha.
GRUPO D	Papel, embalagens de papel, de plástico, de metal, etc.. Papel toalha e guardanapos.
GRUPO E	Lâminas de bisturi. Agulhas de sutura. Agulhas de anestesia.

Fonte: Dados coletados pelos autores (2013)

Conforme a legislação², os resíduos provenientes da assistência domiciliar são de responsabilidade da unidade geradora e devem ser acondicionados e transportados

pelos profissionais que realizaram o atendimento ou por profissionais treinados e devem ser encaminhados para o estabelecimento de saúde de referência.

Quando indagados sobre a forma como realizavam o descarte dos resíduos gerados na assistência domiciliar: três responderam que levam de volta para a unidade e apenas um afirmou descartar na casa do paciente como se verifica nos relatos abaixo:

“A gente traz para a unidade. Colocamos tudo junto em um saquinho plástico”
CD 01.

“Geralmente, quando vou fazer algum procedimento como extração, eu mesmo levo meu saquinho de lixo. Eu não gosto de deixar luva na casa do paciente. A agulha eu reencapo na própria carpule.” CD 02

“Trago para cá. Coloco dentro de uma sacolinha de plástico. Quando eu uso uma lâmina de bisturi eu coloco ali também. Não tem risco de acidente, pois eu pego umas três ou quatro compressas de gaze, enrolo a lâmina e coloco na sacolinha de plástico. E a agulha que eu usei para anestésiar eu reencapo, senão a gente mesmo pode se furar. Na unidade dou o destino certo”. CD 08

“Uma luva ou um algodão utilizado na visita domiciliar, eu peço para o paciente jogar fora”. CD 06

Embora a maioria dos profissionais leve os resíduos da assistência domiciliar para a Unidade de Saúde observa-se nas declarações acima que não há um correto manejo desses resíduos. Não ocorre segregação entre resíduos infectantes e comuns; não há a utilização do saco de lixo branco leitoso para resíduos infectantes; não há utilização de coletores específicos para perfurocortantes; utiliza-se a prática de reencapar agulhas.

É importante destacar que, ao se acondicionar o resíduo infectante junto com o comum este se torna contaminado, aumentando o custo para o tratamento. Além disso, muitos resíduos poderiam ser segregados e reciclados. Alves *et al*²¹ apontam que a responsabilidade de fornecer os insumos para o acondicionamento de resíduos infectantes e perfurocortantes é responsabilidade da Unidade de Saúde da área de adscrição.

Quanto à prática de reencapar agulhas, Alves *et al*²¹ alertam que a literatura recomenda que não seja feito, porém acrescentam que ao transportar a agulha reencapada para a unidade de saúde o profissional minimiza o risco de acidentes.

No Brasil raramente são adotadas medidas de gerenciamento de resíduos da assistência domiciliar e quando ocorre referem-se apenas aos perfurocortantes²³. Segundo Stark⁵², um dos desafios enfrentados pelos dentistas durante a assistência domiciliar é o correto manuseio e descarte dos resíduos infectantes gerados.

Lipscomb et al²² acrescentam que o equipamento de proteção individual (EPI), quando disponível, reduz o risco de infecção em caso de exposição, entretanto, o EPI costuma ser subutilizado ou utilizado inadequadamente nos procedimentos realizados durante a assistência domiciliar.

Alves et al²¹ alertam que o PGRSS da Unidade de Saúde da Família deve incluir o gerenciamento dos resíduos gerados nos domicílios incluindo os gerados pelos profissionais e aqueles gerados pelo usuário e/ou cuidador. Fiske e Lewis⁵³ recomendam incluir assistência domiciliar odontológica nos currículos da graduação e de cursos técnicos da equipe odontológica.

Uma limitação desse estudo foi o pequeno número de odontólogos entrevistados que realizavam visitas domiciliares. Contudo, os resultados mostraram que o problema investigado é relevante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos realizados nas últimas décadas apontam a periculosidade dos RSSe, dentre eles, dos resíduos odontológicos. O presente estudo objetivou abordar o manejo dos resíduos odontológicos gerados na Atenção Básica, especialmente em unidades de PSF, onde a atenção à saúde bucal incorpora práticas de assistência domiciliar. A pesquisa foi realizada em três municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro. Foi possível concluir que a maioria dos odontólogos não conhece a legislação sobre RSS e que o manejo desses resíduos apresenta falhas nessas unidades.

Esse trabalho não pretendeu esgotar o tema e sim estimular o debate. Uma limitação desse estudo foi o pequeno número de odontólogos entrevistados, porém procurou-se fazer um recorte de uma determinada área e compará-lo com os estudos encontrados na literatura internacional. Verificou-se que os problemas de gerenciamento de RSS encontrados nesse estudo não são diferentes daqueles relatados pelos diversos autores referenciados. Portanto, aponta-se a necessidade de incluir nos currículos dos

cursos de graduação em odontologia e nas capacitações e treinamento das equipes de saúde bucal os temas resíduos odontológicos e assistência domiciliar.

COLABORADORES: Moraes LB trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, coleta de dados, interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação, revisão crítica do artigo e na aprovação de sua versão final. Cohen SC e Kligerman DC orientaram o estudo e trabalharam na interpretação e análise dos resultados, elaboração, redação, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 World Health Organization. Safe health-care waste management. Geneva World Health Organization. 2004.
- 2 Ministério da Saúde (Brasil). RDC n. 306 de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 10 dez 2004.
- 3 Conselho Nacional de Meio Ambiente (Brasil). Resolução n. 358 de 29 de abril de 2005. Dispões sobre o tratamento e a disposição final de resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005 mai04.
- 4 Naime RH, Ramalho AHP, Naime IS. Diagnóstico do sistema de gestão dos resíduos sólidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Estudos Tecnológicos. 2007;3(1):12-36.
- 5 Zanon U. Riscos infecciosos imputados ao lixo hospitalar. Realidade epidemiológica ou ficção sanitária? Rev. Soc Bras Med Trop. 1990;23(3):163-70.
- 6 Dugan SFX. Regulated medical waste: in any of it infectious? N Y State J med. 1992;92(8):349-52
- 7 Rutala WA, Mayhall CG, Medical Waste. Infect Control HospEpidemiol. 1992;13(1):38-48.
- 8 Ferreira JA. Lixo hospitalar e domiciliar: semelhanças e diferenças. [tese] Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
- 9 Costa SHM. Tratamento e disposição final de resíduos de medicamentos e de rejeitos radioterápicos: estudo comparativo entre a legislação internacional e a brasileira. [Dissertação] Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2010.
- 10 Campos MM. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.[Monografia] Gestão Ambiental. UCAM.2011.[Acessado 2012 setembro 20] Disponível em: <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias.publicadas/k216190.pdf>

- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Serviços Odontológicos – Prevenção e Controle de Riscos. 2006.
- 12 Chaves LC. Acondicionamento inadequado de materiais perfurocortantes: risco à saúde humana e ambiental. *ArqMéd ABC*. 2002; 26(3):44-50.
- 13 Hiltz M. The environmental impact of dentistry. *J Can Dent Assoc*. 2007; 73(1):59-62. PMID:17295946.
- 14 Palú APN. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão dos odontólogos do Paraná. 2004. [Dissertação] Universidade Estadual de Londrina.
- 15 Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
- 16 Chaves MM. 1999. Em defesa da Saúde da Família. *Boletim da ABEM*, 3(27).ago/set.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2000.
- 18 Brasil, Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. **Diário oficial da União** 2001mar 07.
- 19 Stark AM. Disposal options for infectious medical waste generated during home-based care. *SpecCareDentist*; 18(5):207-13,1998 sep-oct.
- 20 Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev.Saúde.Com*. 2006;2(2):135-142.
- 21 Alves AB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, Rodrigues EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília 2012;65(1):128-34.
- 22 Lipscomb J, Sokas R, McPhaul K, Scharf B, Barker P, Trinkoff A, Storr C. Occupational blood exposure among unlicensed home care workers and home care registered nurses: are they protected? *American Journal of industrial medicine*. 2009;52:563-570.
- 23 Consoni AJ, Siqueira AO. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços de saúde na assistência domiciliar. *Rev. GestIntegr Saúde Trab Meio Ambiente*. 2007;1(3):1-9.
- 24 Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde do Brasil - **CNES. Equipes de Saúde. RJ**. [Acessado em 2012 out 10]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipperj.def>.

- 25 INEA. **Instituto Estadual do Ambiente**. Programa Rio sem Lixão. [Acessado em 2012 dez 10]. Disponível em: <http://www.inea.rj.gov.br/web/sea/exibeconteúdo?article>
- 26 Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70 LDA; 2010.
- 27 Franco MLPL. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora. 2008
- 28 Nazar MW, Poudeus IA, Werneck MAF. Gerenciamento de resíduos sólidos de odontologia em postos de saúde da rede municipal de Belo Horizonte, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005. 17(2):237-42.
- 29 Silva CE, Hoppe AE, Ravanello MM, Mello N. Medical Wastes management in the South of Brasil. *Waste Manag*. 2005;25:600-5.
- 30 Corrêa LB, Lunardi VL, De conto SM, Galiuzzi, MC. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(18):571-84.
- 31 Ferreira DDM, Gorges J, Silva LE. Plano de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde: o caso do setor odontológico de uma entidade sindical. *InterSciencePlace: RevCient Int*. 2009;2(9):18p
- 32 Teixeira CS, Pasternak-Júnior B, Silva-Souza YTC, Correa-Silva SR. Medidas de prevenção pré e pós-exposição a acidentes perfurocortantes na prática odontológica. *RevOdontoCiên*.2008;23(1):10-4.
- 33 Garcia LP; Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Rev Saúde Pública*.2008;42(2):279-86.
- 34 Treasure ET, Treasure P. An investigation of the disposal of hazardous wastes from New Zealand dental practices. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):328–31.
- 35 Bragança DPP. Verificação do conhecimento de cirurgiões-dentistas na cidade de Macaé-RJ sobre condutas frente a acidentes biológicos, aspectos éticos e legais. Piracicaba.[monografia]Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de odontologia.2009 [Acessado em 2013 jan 03. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/dos/odonto_legal/downloads/pos_especial/especializacao/daniel_braganca_monografia.pdf.
- 36 Saliba JF, Ispere C; Carrara, A. Conhecimento e atitudes de profissionais da saúde frente à exposição ocupacional a material biológico. *RevCien Trab*.2011;13(40):113-115.

- 37** AP, Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV; Prado MA. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. *RevBrasEnferm.*2006; 59(1):72-7
- 38** Mota SM. Gerenciamento de resíduos gerados nos consultórios odontológicos nas redes pública e privada da cidade de Montes Claros – MG. Belo Horizonte. [dissertação] Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia;2003.
- 39** Hashim R; Mahrouq R; Hadi N. Evaluation of dental waste management in the Emirate of Ajman, United Arab Emirates. *J. Int. Dent Med. Rev.*2011; 4(2):64-9
- 40** Garcia RG. El manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos em los consultorios dentales. Estudio de campo. *Rev ADM.* 2004; 61(4):137-41.
- 41** Al-Khatib IA, Monou M, Moslesh AS, Al-subu MM, Kassinos D. Dental solid and hazardous waste management and safety practives in developing countries: Nablus district, Palestine. *Waste Manag Res.* 2010;28:436-44.
- 42** BRASIL. Lei 12.305, de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, altera a Lei 9.605 e dá outras providências. 2010. Diário Oficial da União 02 ago.
- 43** Grigoletto JC, Oliveira AS, Muñoz, SIS;Alberguini LBA, Takayanagui AMM. Exposição ocupacional por uso de mercúrio em odontologia: uma revisão bibliográfica. *Cienc& Saúde Colet.*2008;13 (2):533-542.
- 44** Fernandes MM. Conhecimento dos formandos em odontologia sobre plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: aspectos éticos e legais. Campinas.[monografia]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de odontologia de Piracicaba. 2009
- 45** Bohner LOL, Bohner TOL, Mafaldo IAC, Peres PEC, Rosa MB. Difusão de material informativo sobre o descarte de resíduos odontológicos entre acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas da região Sul do Brasil. *Rev Eletrônica curso de especialização em Educação Ambiental da UFSM.*20113(3):476-81[acesso em 20 jan 2013]Disponível em:http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs_2.2.2/index.php/remoa/article/viewArticle/3317.
- 46** Oliveira PC. Avaliação dos níveis de poluição ambiental dos serviços com radiologia odontológica na cidade de Itabuna-Bahia. Ilhéus. [dissertação] Universidade Estadual de Santa Cruz. Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; 2006.

- 47 Fornaciari KV. Avaliação das práticas de manejo de resíduos de serviços de saúde (RSS) na faculdade de Odontologia/UERJ. Rio de Janeiro. [dissertação] Universidade do rio de Janeiro, Curso de Engenharia Ambiental;2008.
- 48 Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad saúde Publica. 2004;20(3):744-52.
- 49 Torga LF. Percepção do risco ocupacional dos trabalhadores durante a disposição final de resíduos de serviços de saúde do tipo perfurocortantes em aterros sanitários. In: Anais do 24^o congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental;2007. Belo Horizonte, 2007.
- 50 Brasil. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal. **Diário oficial da União** 2001 mar 07.
- 51 Calado GS. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família.** [Dissertação]. FIOCRUZ. 2002
- 52 Stark AM. Disposal options for infectious medical waste generated during home-based care. Spec Care Dentist; 1998;18(5):207-13.
- 53 Fiske J; Lewis D. The development of standards for domiciliar dental care services:guidelines and recomendations. Bristish Society for disability and oral health. 2000.[Acessado 2013 out 10]Disponívelem: <http://www.bsdh.org.uk/guidelines/domicil.pdf>.

Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:

Local de trabalho:

Idade: 21-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 ()

Gênero: M () F ()

Local de graduação: _____ Ano: _____

Pós-graduação S () N () Área: -----

Tempo de atuação no Programa Saúde da Família (PSF): _____

Trabalha com Atendente de Consultório Dentário (ACD)? S () N ()

IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

1) Quais atividades você desempenha como odontólogo no PSF?

1.1 Na unidade de saúde

1.2 Fora da unidade de saúde

2) Quantas são as instituições de convívio coletivo existentes na área de abrangência da Unidade?

----escolas---- creches -----asilos -----orfanatos

3) Nessas instituições, são realizadas ações de saúde bucal?

() sim () não () em algumas

Quais instituições? _____

Quais ações? _____

4) A equipe de saúde bucal (ESB) realiza visita domiciliar?

sim não

4.1 Junto com outros profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, etc.) ou só aESB?

4.2 Que procedimentos são realizados durante as visitas?

5. A equipe de saúde bucal participa das reuniões de equipe?

5.1 Com que frequência essas reuniões são realizadas?

5.2 Quais os principais temas que são discutidos nas reuniões?

5.3 O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde foi abordado alguma vez nessas reuniões? SIM NÃO

6.3.1 Em caso afirmativo, quais temas de gerenciamento:

coleta acondicionamento tratamento disposição final

IDENTIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO SOBRE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)

7) Você já participou de alguma capacitação sobre RSS? Em caso afirmativo, qual?

8) No seu entendimento, quais as principais normas e legislações sobre RSS?

9) O que você entende por gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde?

10) Se ocorresse um acidente com resíduo infectante perfurocortante, quais procedimentos que você adotaria?

11) Você sabe como é realizado o manejo dos resíduos odontológicos no município?
Comente.

12) Você sabe qual o destino dos resíduos dos serviços odontológicos no município?
Comente.

13) Você conhece as etapas do gerenciamento de resíduos de saúde odontológicos?
Comente.

14) Como é realizado em seu ambiente de trabalho o descarte de:

14.1 resíduos sólidos infectantes

14.2 resíduos perfurocortantes

14.3 resíduos de amálgama

14.4 Efluentes radiográficos

14.5 Lâminas de chumbo

14.6 medicamentos, desinfetantes e esterilizantes.

15) Como é realizado o descarte e a coleta dos resíduos gerados fora da unidade de saúde, em atividades de promoção da saúde em escolas, creches, fábricas e visitas domiciliares?

16) Em sua opinião, os resíduos sólidos de saúde odontológicos podem trazer danos ao meio ambiente? Comente.

19) Quais as dificuldades que o profissional de odontologia tem para um correto gerenciamento desses resíduos?

Comentário livre (opcional)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Análise do gerenciamento de resíduos odontológicos em Unidades Básicas de Saúde da Família, na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, na perspectiva do cirurgião-dentista”, a ser realizada pela mestrande Liliane Barbosa de Moraes, sob orientação da prof.^a Dra. Débora CynamonKliberman .

O Sr.(a) foi selecionado devido ao fato de exercer suas atividades profissionais em unidade de saúde de PSF, em um município da região serrana do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Instituição.

O objetivo desse estudo é analisar a percepção do profissional de saúde bucal quanto ao gerenciamento de resíduos odontológicos produzidos na prática diária. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista realizada pela pesquisadora. O benefício advindo de sua participação será a contribuição para a melhor compreensão da percepção que o profissional de saúde bucal das Unidades de PSF possui sobre o gerenciamento de resíduos odontológicos.

Esse estudo apresenta baixo risco de constrangimento, risco esse inerente ao procedimento de entrevista. Para minimizar qualquer risco ou incômodo, as entrevistas serão feitas individualmente e serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pelo Sr. (a). Os resultados serão divulgados sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Caso alguma pergunta gere algum tipo de constrangimento o Sr. (a) não precisa respondê-la.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o

telefone e endereço do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Liliane Barbosa de Moraes

Pesquisadora principal: Dra. Déborah Cynamon Kligerman Tel: (21) 2598-2745

CEP – ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 5º andar – Manguinhos - Rio de Janeiro

CEP: 21.041-210

Autorizo a gravação da entrevista.

SIM NÃO

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

-----, ---/---/-----

Em caso de dúvidas quanto á condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, situado à Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21.041-210