

Desigualdades nas condições de controle de infecção em consultórios odontológicos em município brasileiro

Unequal infection control conditions among dentistry offices in a southeastern Brazilian city

Paulo Frazão ¹

Marcia Gabriella L. de Barros Bortolotti ¹

Abstract

The study analyzed infection control conditions in dentistry offices in Cariacica, Espírito Santo, Brazil. Data pertaining to interviewees, location and type of office, setting, equipment, and materials were obtained by direct observation in all the registered services and in twenty unlicensed establishments operated by “non-graduate dentists”. For grouped analysis of infection control measurements in each establishment, a composite indicator based on 19 variables was developed, such that the lower its value, the better the infection control. The results referred to 113 offices. Infection control in offices of “non-graduate dentists” ($\bar{x}_{ICI} = 23.05$, $dp = 11.86$) was four times worse than for private offices. Public dental care services ($\bar{x}_{ICI} = 16.27$; $dp = 6.96$) occupied an intermediate position. Conditions were also four times worse in dentistry offices located in peripheral urban areas. There was a clear-cut division in sanitary conditions within dental care as a whole. A large proportion of the population depending on dental care from unlicensed dentists is exposed to increased risk of cross-infection.

Dental Care; Dental Offices; Dental Infection Control

Introdução

A Vigilância Sanitária é “*um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde*” ¹ (p. 18055). Esta definição introduz o conceito de risco e confere um caráter mais completo ao conjunto das ações, situando-as na esfera da produção e harmonizando-se melhor com o papel do Estado em sua função reguladora da produção econômica, do mercado e do consumo, em benefício da saúde humana ².

Na prestação de serviços relacionados à saúde, há riscos decorrentes do uso de várias tecnologias. Identificados os riscos, é preciso promover ações para controlá-los. Para isso, devem ser empregados vários instrumentos, como legislação, fiscalização, comunicação, educação sanitária, sistemas de informação, monitoramento da qualidade de produtos e serviços, vigilância epidemiológica, entre outros.

No campo da saúde bucal, as ações de Vigilância Sanitária abrangem três dimensões: os estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos, os produtos para higiene bucal e os alimentos e bebidas. Quanto aos estabelecimentos odontológicos, os ambientes e os processos de trabalho apresentam riscos físicos, químicos e biológicos aos pacientes e aos profissionais que neles trabalham ³.

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

P. Frazão
Departamento de Prática de Saúde Pública,
Faculdade de Saúde Pública,
Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 715,
São Paulo, SP
01246-904, Brasil.
pafrazao@usp.br

Os riscos biológicos são representados pela contaminação dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados na prática clínica, possibilitando a infecção cruzada e ocupacional se não forem devidamente preparados para o uso. A partir dos anos 70 e 80, com o crescente aumento de número de casos de hepatite B e C, o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doenças potencialmente letais, e a confirmação da possibilidade de transmissão na prática clínica, tem sido observada maior preocupação com o controle de infecção no ambiente clínico, inclusive nos serviços odontológicos ^{4,5}.

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) criou condições para a implantação de medidas que fortaleceram a gestão municipal, incluindo as ações de vigilância sanitária nas áreas de regulamentação, fiscalização e controle. A implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), a partir de 1998, impulsionou esse processo ao garantir aos municípios um montante mínimo de recursos transferidos de forma regular, destinados, entre outros aspectos, ao financiamento das ações básicas de vigilância e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes, bem como às atividades de educação sanitária.

Pelos aspectos mencionados relacionados ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária e pelos riscos que os estabelecimentos de saúde representam a todos os que neles trabalham e deles se utilizam, é imprescindível investigar as condições sanitárias dos estabelecimentos de assistência odontológica. A produção de conhecimentos científicos sobre essas condições em diferentes tempos e lugares pode auxiliar na identificação dos aspectos que influenciam sua adequação do ponto de vista sanitário e subsidiar medidas no campo das políticas e práticas de vigilância sanitária.

O objetivo deste estudo foi descrever as condições de controle de infecção existentes em estabelecimentos de assistência odontológica do Município de Cariacica, no Estado do Espírito Santo, Brasil, analisando-as segundo características demográficas do respondente e aspectos ligados à localização geográfica e ao tipo de estabelecimento.

Métodos

Área do estudo

Cariacica, um dos 78 municípios do Espírito Santo, ocupa uma área de 285,8km² e localiza-se próximo à capital Vitória (10,5km). Presen-

ta a maior densidade demográfica do Estado e é o terceiro município mais populoso (324.285 habitantes). Entretanto, do ponto de vista da renda, ocupava o 30º lugar (R\$ 215,20) entre os de maior renda *per capita* anual ⁶ e a 15ª posição entre aqueles de menor porcentagem de pobres (renda inferior a R\$ 75,50 *per capita* ano). É uma cidade marcada por características contrastantes. Apresenta aspecto de cidade interiorana em virtude do grande processo de migração e abriga também um parque industrial e comercial, além de uma grande rede de empresas prestadoras de serviço, principalmente as de transporte de cargas e passageiros que se instalaram devido às facilidades de isenção fiscal. O bairro de Campo Grande comporta o maior centro de comércio aberto e diversificado do estado. Seu parque industrial está voltado para a metalurgia.

Em relação ao saneamento, no ano 2000, 95,7% dos habitantes tinham acesso a água tratada; 63,3%, a rede de esgoto sanitário e 76,1%, a coleta de lixo ⁷. A proporção de residentes com 15 anos ou mais de idade alfabetizados era 91,7% em 2002. Quanto à distribuição da renda, 55,83% da renda domiciliar era apropriada pelos 20% mais ricos e o restante (44,17%) pelos 80% mais pobres ⁶. Em 2000, o valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi 0,750.

Segundo dados obtidos no Conselho Regional de Odontologia (CRO), nas últimas três décadas do século XX cresceu o número de dentistas exercendo a profissão na cidade, passando de três cirurgiões-dentistas em 1970, para 93 no ano 2000. Cariacica é composta por 34 unidades de saúde, dez das quais possuem atendimento odontológico. O município encontra-se em Gestão Plena da Atenção Básica, e a Secretaria Municipal de Vigilância à Saúde executa também a gestão de programas de saúde, vigilância epidemiológica e sanitária. Recebe, mensalmente, um incentivo correspondente a R\$ 7.075,00 do Fundo Nacional de Saúde destinado ao financiamento das ações básicas de vigilância e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes, e também às atividades de educação sanitária.

Em 1997, foi criada a Divisão de Vigilância Sanitária e Ambiental (DVSA) da Secretaria Municipal de Vigilância à Saúde, iniciando-se a inspeção nos estabelecimentos de saúde, orientada pela *Lei n. 6.066* ⁸, de 30 de dezembro de 1999, do *Código Estadual de Saúde*; pela *Norma Regulamentadora (NR 06)* da *Portaria n. 3.214* ⁹, de 8 de junho de 1978, e pela *Portaria 139-N* ¹⁰, de 11 de julho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Em 2002, do total de funcionários da DVSA de Cariacica,

dois eram efetivos e os outros 32 trabalhavam por meio de contrato temporário, o que implicava limitações para assegurar a continuidade das atividades realizadas e investimento de recursos na capacitação de pessoal.

População do estudo

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Dados relativos às condições sanitárias foram obtidos em todos os estabelecimentos de assistência odontológica cadastrados na DVSA e na Secretaria Municipal de Finanças, onde havia um total de 93 profissionais cadastrados. Além disso, serviços sem licença sanitária e profissionais em situação irregular do ponto de vista tributário foram identificados pela presença de placas ou anúncios em ruas percorridas pelos auxiliares de pesquisa. Foram considerados estabelecimentos odontológicos todas as unidades que se “*destinavam à realização de procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, e do sistema estomatognático, de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, instalados em áreas autônomas, e/ou no interior de escolas, hospitais, ou outros espaços sociais*”¹¹ (p. 21).

Variáveis do estudo

As variáveis de interesse do ponto de vista das condições de controle de infecção foram identificadas com base na literatura científica, documentos oficiais e roteiros de inspeção empregados por serviços de vigilância sanitária^{12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22}. As variáveis analisadas foram: tipo e localização geográfica do estabelecimento, sexo e idade (em anos) do respondente; ano de graduação do profissional; presença de autoclave e/ou estufa para esterilização de instrumentos e materiais (ES); presença de sugadores com pontas descartáveis (PD), barreiras de proteção para pontas de alta e baixa rotação (CF); parede ou divisória até o teto com ligação de esgoto para cada consultório (AT); piso liso, resistente e impermeável (PI); paredes e divisórias lisas (PAD); ligação hidráulica (LH); portas e janelas lisas (PJ); lavatório específico para mãos com contato indireto e lavatório específico para instrumentos (LE); instalações sanitárias em boas condições (IS); presença de saco plástico branco leitoso para acondicionamento de produtos contaminados (SP); recipiente para material perfuro-cortante (RR); recipiente com tampa para lixo comum (RLC), presença de equipamentos de proteção

individual: luva (EPIL), máscara (EPIM), gorro e/ou toucas (EPIG), óculos de proteção (EPIO) e avental (EPIA).

Os estabelecimentos foram agrupados segundo o tipo de financiamento em particulares e públicos (aqueles sob gerência municipal ou estadual e entidades filantrópicas que recebiam recursos governamentais). Os particulares foram divididos em aqueles sob a responsabilidade de dentistas graduados (autônomo e empresarial) e os de dentistas não licenciados (“dentistas práticos” sem formação universitária).

Coleta dos dados e preparação dos observadores

A técnica de pesquisa empregada foi observação direta de dados objetivos com auxílio de um roteiro aplicado no período de janeiro a maio de 2004.

Em cada estabelecimento foi realizada uma visita para apresentar as características da pesquisa ao profissional responsável e solicitar a sua colaboração. Quando houve permissão, o roteiro de observação foi aplicado no mesmo momento ou durante uma segunda visita previamente agendada, mediante o qual se verificou *in loco* cada um dos itens explicitados no roteiro.

Dois auxiliares de pesquisa receberam treinamento sobre o correto preenchimento do roteiro e informações a respeito de cada item a ser observado. O controle sobre o que estava sendo observado foi feito por meio do acompanhamento de cinco observações no momento inicial da coleta dos dados de cada um dos dois examinadores. Após a realização de dez visitas pelo auxiliar, a pesquisadora sorteou cinco roteiros e visitou os estabelecimentos para conferir o registro das observações e o preenchimento do roteiro.

Apuração e análise dos dados

Os dados foram apurados após sua transcrição para o programa Epi Info 6.04d (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

A conferência da digitação dos dados foi realizada através do sorteio sistemático de 11 (9,7%) entre os 113 roteiros de observação. Cada roteiro continha 57 campos e 46 registros. Dos 506 registros examinados, nenhum erro foi encontrado.

As variáveis podem ser analisadas em conjunto ou separadamente. Considerando, entre outros aspectos, o número de variáveis e a con-

tribuição diferenciada de cada uma para o fenômeno em estudo, foi efetuada a análise em conjunto das condições de controle de infecção adotadas em cada estabelecimento. Para isso, foi construído um indicador composto pelas dezenove variáveis, denominado Índice de Controle de Infecção (ICI). Há duas abordagens gerais para construção deste tipo de indicador: uma abordagem empírica e uma teórica²³. Mais do que a simples soma de valores, os componentes do índice foram ponderados diferentemente com base em conhecimentos teóricos²³. Materiais incorretamente esterilizados representam alto risco à saúde, podendo permitir a transmissão de AIDS, hepatite e/ou provocar septicemias e outros agravos, dependendo da forma ou local em que forem utilizados²⁴. Levando-se em conta a importância relativa de cada variável, foram atribuídos pesos correspondentes a valores numéricos de 1 a 12, de acordo com o grau de risco presumido^{12,16,17,20,21} em relação ao controle de infecção em estabelecimentos de assistência odontológica conforme a seguinte fórmula:

$$ICI = \sum (ES \times 12) + (PD \times 6) + (CF \times 6) + (AT \times 1) + (PI \times 1) + (PAD \times 1) + (LH \times 9) + (PJ \times 1) + (LE \times 6) + (LI \times 3) + (IS \times 6) + (SP \times 3) + (RR \times 3) + (RLC \times 3) + (EPIL \times 3) + (EPIM \times 3) + (EPIG \times 3) + (EPIO \times 3) + (EPIA \times 1) + 1$$

Assim, cada estabelecimento recebeu um escore correspondente ao ICI, apurado com base na somatória ponderada dos valores de cada unidade. O ICI pode variar de 1 a 75. Valores próximos à unidade correspondem a melhores condições de controle de infecção.

A adoção desses procedimentos permitiu a obtenção de estimativas correspondentes a valores médios do ICI. Para testar a significância das diferenças entre esses valores quanto ao sexo e idade do respondente, foram empregados o teste “t” de Student e o teste de correlação de Pearson para duas amostras independentes. Em relação ao tipo de estabelecimento odontológico e à localização geográfica, em virtude da característica não-normal da distribuição do ICI em cada grupo, foi utilizada análise de variância para três ou mais amostras por meio do teste de Kruskal-Wallis. As diferenças entre as estimativas foram analisadas considerando-se o nível de 5% para rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,05$).

Resultados

A população do estudo compreendeu 113 estabelecimentos de assistência odontológica e nenhum dentista recusou-se a participar da pes-

quisa. Um número reduzido de dentistas, a maioria dos quais “práticos”, apresentou resistência para participar da pesquisa, o que foi superado com a garantia da confidencialidade dos dados individuais e a aplicação do roteiro de observação em visita previamente agendada. Para assegurar a acurácia das observações, o roteiro foi reaplicado em dez estabelecimentos sorteados para confirmação dos dados registrados. Nenhuma discrepância foi observada.

Do total, 103 (91,1%) estabelecimentos eram particulares e, destes, vinte eram operados por trabalhadores sem título de graduação (“dentistas práticos”), localizados, em sua maioria, nos bairros periféricos. Entre os respondentes, 52,2% eram mulheres. Nos estabelecimentos públicos e nos particulares empresariais predominaram mulheres, enquanto nos operados por dentistas não licenciados os respondentes eram majoritariamente homens (Tabela 1).

A cidade possuía 289 bairros, sendo 260 urbanos e 29 rurais. Os estabelecimentos cadastrados estavam localizados em 21 bairros urbanos. Em dois terços (14) deles, havia serviços sem profissional graduado. Na Tabela 2, é apresentada a distribuição dos estabelecimentos segundo sua localização. A maioria dos estabelecimentos concentrava-se no bairro de Campo Grande (54%) no meio da região central (Figura 1), motivo pelo qual, para efeito de análise, esta região foi subdividida em “Campo Grande” e “outros bairros”, ao passo que as regiões Noroeste, Oeste e Sul foram agrupadas.

Na Figura 2, é apresentada a taxa de estabelecimentos observada em cada intervalo de valores do ICI, estratificada de acordo com o tipo de estabelecimento. Serviços odontológicos públicos e serviços operados por dentistas não licenciados corresponderam aos intervalos de valores mais elevados do ICI. Verificou-se maior índice de irregularidades nos estabelecimentos dos dentistas práticos ($\bar{x} = 23,05$) e o menor índice relacionado aos estabelecimentos particulares autônomos ($\bar{x} = 7,02$) e empresariais ($\bar{x} = 6,17$), conforme é mostrado na Tabela 3. Os serviços localizados nas regiões Noroeste, Oeste e Sul, onde a maioria dos estabelecimentos eram operados por dentistas práticos, apresentaram pior valor de ICI quanto ao controle de infecção ($\bar{x} = 25,45$). A região de Campo Grande, na qual se concentrava a maioria dos profissionais graduados (Tabela 3), apresentou a menor média de irregularidades ($\bar{x} = 6,67$).

A relação entre o sexo dos respondentes e o índice de irregularidades foi analisada mediante teste “t” Student. Os resultados mostraram relação estatisticamente significativa ($\bar{x}\sigma = 14,48$ e $\bar{x}\varphi = 7,49$; $p = 0,004$) quando foram conside-

Tabela 1

Distribuição dos estabelecimentos segundo o tipo de financiamento e o sexo do responsável. Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2004.

Tipo de financiamento	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Público*	8	72,7	3	27,3	11	100,0
Particular						
Profissional autônomo	37	57,8	27	42,2	64	100,0
Empresarial	13	72,2	5	27,8	18	100,0
Dentista prático	1	5,0	19	95,0	20	100,0
Total	59	52,2	54	47,8	113	100,0

* Público = municipal + estadual + filantrópico.

Tabela 2

Distribuição dos estabelecimentos segundo a região da cidade. Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2004.

Região	Tipo de estabelecimento						Total	
	Público		Particular				N	%
	N	%	Profissional N	%	Dentistas práticos N	%		
Central								
Campo Grande	2	18,2	58	70,8	1	5,0	61	53,9
Outros bairros	5	45,5	16	19,5	5	25,0	26	23,0
Leste	2	18,2	5	6,1	8	40,0	15	13,3
Noroeste + Oeste + Sul	2	18,2	3	3,6	6	30,0	11	9,8
Total	11	100,0	82	100,0	20	100,0	113	100,0

rados tanto os profissionais, quanto os dentistas práticos. Excluindo-se os últimos da análise, a relação perdeu significado estatístico, pois quase todos os dentistas práticos eram homens. Quanto maior a idade, maior o índice de irregularidades de controle de infecção ($r = 0,333$; $p = 0,01$). Entretanto, ao medir a correlação excluindo-se os dentistas práticos do conjunto dos respondentes não foi observada correlação ($r = -0,014$), confirmando a forte influência da idade dos dentistas não licenciados sobre a distribuição etária dos respondentes.

Discussão

Para descrever as condições sanitárias da assistência odontológica no Município de Cariacica, foi realizado um censo no qual foi aplicado um roteiro de observação, contendo dados sobre os respondentes e aspectos de estrutura de

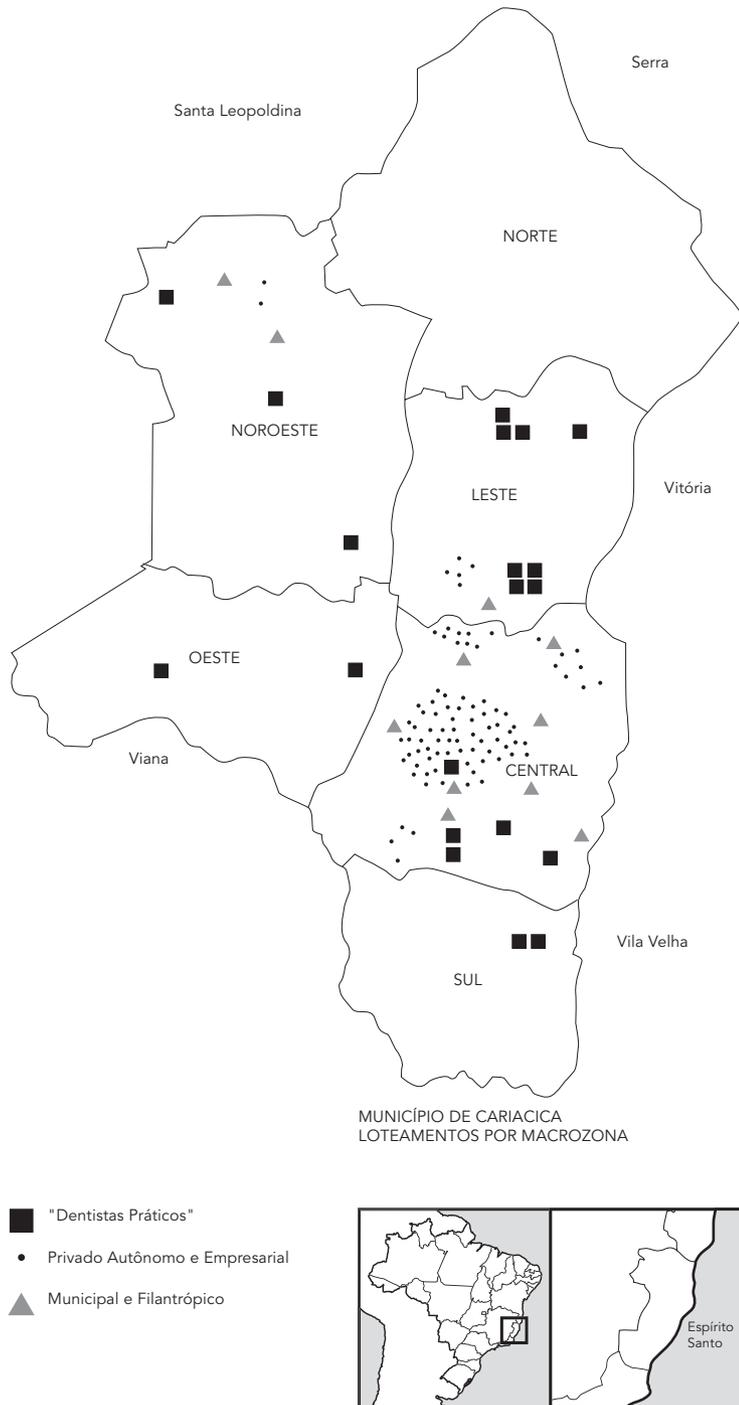
todos os estabelecimentos odontológicos cadastrados. Além disso, foi possível identificar e visitar vinte estabelecimentos não registrados nos sistemas de referência operados por dentistas não licenciados. Foram observados 113 estabelecimentos, sendo 11 públicos (municipal, estadual e filantrópico), 82 particulares (autônomos e empresariais) e 20 operados por dentistas práticos.

Para controlar as possíveis fontes de viés, o roteiro foi composto de dados objetivos que não dependiam da percepção subjetiva do examinador ou do responsável, e parte das observações realizadas pelos dois examinadores treinados foi conferida durante a coleta dos dados pelo pesquisador principal. Com base nesses procedimentos, admite-se que as estimativas produzidas sejam representativas do município e de cada tipo de estabelecimento.

Das trinta unidades de saúde sob a direção da Secretaria Municipal de Vigilância à Saúde

Figura 1

Distribuição dos tipos de estabelecimentos de assistência odontológica nas regiões do município. Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2004.



do município, dez possuíam atendimento odontológico no momento da pesquisa. Foi notada ausência de equipamentos e espaço físico adequado para instalação de consultórios odontológicos nas unidades de saúde que não possuíam o serviço. Falta de manutenção técnica em equipamentos como estufas, cadeira de atendimento clínico, peças de mão e compressores foi um dos motivos encontrados para a presença de consultórios odontológicos desativados em determinadas unidades de saúde.

Aspectos de estrutura dos estabelecimentos de assistência odontológica foram observados sob critérios e normas técnicas de Vigilância Sanitária em vigência em nosso país. Essas condições, embora não suficientes, são necessárias para o controle da infecção cruzada de doenças infectocontagiosas e para a qualidade da assistência odontológica. Podem contribuir, ainda, para aumentar o índice de sucesso clínico e reduzir o risco de infecção ocupacional que afeta os profissionais.

Maior valor de ICI foi observado nas regiões Sul, Noroeste e Oeste, área onde predominaram estabelecimentos operados por dentistas "práticos". A região de Campo Grande, que concentrava a maioria dos profissionais graduados, apresentou o menor índice de irregularidades.

Analisando a população do estudo como um todo, sexo e idade dos respondentes exerceram influência estatisticamente significativa sobre os valores do ICI. Seus valores foram superiores para o sexo masculino e quanto maior a idade. Entretanto, esse significado estatístico não se manteve quando os dentistas não licenciados foram removidos da análise, demonstrando a influência dos últimos na distribuição etária e por sexo da população do estudo.

Cariacica está entre os municípios mais populosos do Estado, entretanto, do ponto de vista da renda *per capita* anual, ocupa apenas uma posição mediana. Nos últimos anos, seu parque industrial e comercial atravessou vertiginoso crescimento e o mercado de serviços de saúde, entre os quais, serviços odontológicos, experimentaram forte expansão concentrando-se no bairro de Campo Grande. Em 2004, 107 cirurgiões-dentistas encontravam-se registrados no CRO atuando em Cariacica, e os resultados apresentados mostraram sua extrema concentração distributiva.

Neste período de crescimento do mercado de serviços na cidade, o sistema de saúde brasileiro atravessou amplo processo de reforma. O Município de Cariacica assumiu a gestão das ações de atenção básica à saúde e muitas medidas foram adotadas para conferir organicida-

Figura 2

Distribuição percentual dos estabelecimentos segundo o tipo e o Índice de Controle de Infecção. Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2004.

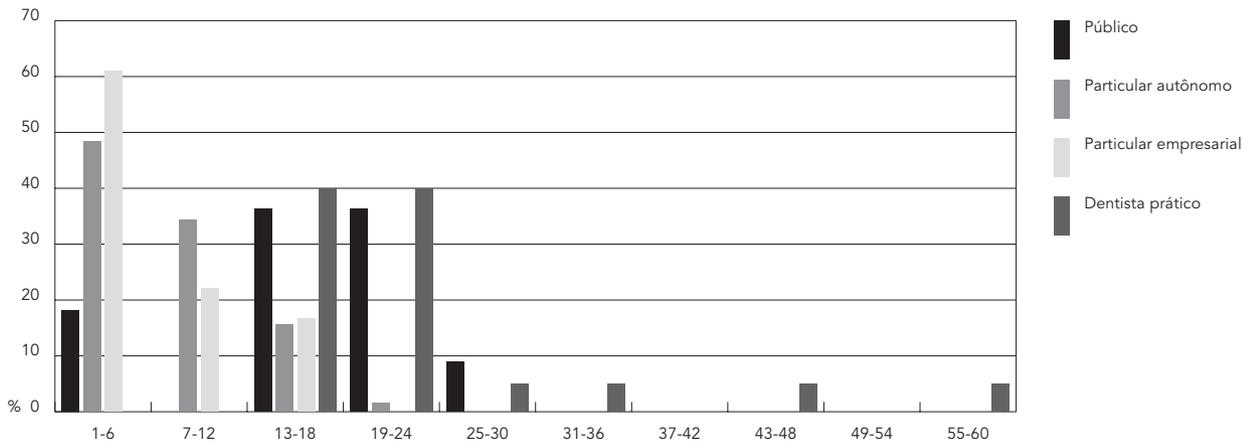


Tabela 3

Média, desvio-padrão (dp) e separatrizes dos valores do Índice de Controle de Infecção segundo o tipo de estabelecimento odontológico e a região do município. Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2004.

Estabelecimento	N	Média	dp	1º quartil	Mediana	3º quartil	Ranques*
Público**	11	16,27	6,96	13,00	18,00	22,00	83,14
Particular							
Autônomo	64	7,02	5,06	4,00	7,00	10,00	44,91
Empresarial	18	6,17	4,91	3,25	4,00	10,00	40,08
Dentista não licenciado	20	23,05	11,86	16,00	19,00	23,75	96,55
Região do município	N	Média	dp	1º quartil	Mediana	3º quartil	Ranques***
Centro							
Campo Grande	61	6,67	5,26	4,00	4,00	10,00	42,44
Outros bairros	26	10,42	6,37	4,00	10,00	16,00	60,52
Leste	15	16,13	7,06	7,00	17,00	22,00	83,27
Noroeste+Oeste+Sul	11	25,45	16,15	16,00	22,00	33,00	93,59
Total	113	10,62	9,36	4,00	8,00	16,00	

* Estatística Kruskal Wallis = 50,766; p = 0,000.

** Público = municipal + estadual + filantrópico.

*** Estatística Kruskal Wallis = 36,497; p = 0,000.

de gerencial, adquirir recursos materiais, expandir a rede básica e ampliar a responsabilidade local com a implementação de programas de saúde, farmácia básica e consultas médico-odontológicas. Todavia, a oferta de serviços públicos odontológicos é ainda muito pequena, e os poucos recursos disponíveis vêm sendo dirigidos à assistência materno-infantil e à consulta de urgência, permanecendo um contingente populacional bastante significativo sem acesso à assistência odontológica pelo SUS e aos procedimentos cirúrgicos e protéticos.

Consoante ao processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, o município vem assumindo progressivamente papel principal no exercício da responsabilidade sanitária, estando as ações básicas concernentes a alimentos, serviços de saúde de baixa e média complexidade, farmácias e drogarias, escolas, creches, asilos, funerárias, salões de beleza, óticas e produtos cosméticos sob sua atribuição, ao passo que ações de alta complexidade encontram-se sob a responsabilidade do órgão estadual.

É lícito admitir que as condições sanitárias dos serviços odontológicos na cidade guardam relação com esse processo de descentralização. Se, de um lado, pode-se considerar que ele tem contribuído para proteger a população que frequenta estabelecimentos particulares, por outro, pode-se levantar a hipótese de que as ações não têm atingido os estratos mais numerosos da população que frequentam os serviços públicos e os estabelecimentos operados por dentistas não licenciados. Não foi propósito do estudo identificar todos esses estabelecimentos, mas, pelas características do processo de regulação profissional marcado pela exclusão dos “dentistas práticos”²⁵ e de desenvolvimento do sistema econômico e de saúde da cidade, pode-se estimar que o número seja elevado.

Analisando o contexto brasileiro, especialistas defendem que alguns fatores reforçam a idéia de que esse número pode ser significativo, entre os quais, a baixa oferta de serviços públicos básicos para o atendimento da população de baixa renda, a existência de um segmento do mercado de serviços odontológicos não preenchido pelo setor privado, especialmente agravado pelo problema da distribuição da renda e dos profissionais de odontologia que tendem a permanecer nos grandes centros urbanos²⁵.

Dos 113 estabelecimentos visitados, constatou-se que poucos consultórios apresentavam as condições necessárias para aplicar as normas básicas de Vigilância Sanitária. De cada dez, apenas um mostrou condições adequa-

das para assegurar controle de infecção cruzada. As piores condições foram encontradas em estabelecimentos localizados em regiões periféricas, nos serviços operados por dentistas não licenciados e nos serviços públicos odontológicos.

Estudos sobre a aplicação de procedimentos de controle de infecção em consultórios odontológicos também têm mostrado importantes disparidades^{26,27,28}. Investigando as características da prática odontológica na Malásia, Razak et al.²⁹ observaram importantes variações conforme o sexo, a idade e o padrão de emprego dos profissionais. Idade e tempo decorrido após a formação do profissional têm representado fator relevante em vários estudos^{27,28,30,31}.

Neste estudo, a seleção e a ponderação de certas variáveis visando à elaboração de um ICI permitiram a distribuição e comparação dos serviços existentes na cidade, de modo equivalente, em uma escala gradual, análise que não seria possível pelo tratamento das variáveis separadamente. Cada estabelecimento foi incluído num ponto da escala. Admite-se que esse tipo de indicador possa dar uma visão geral das condições sanitárias oferecidas pelo conjunto dos estabelecimentos e auxiliar nas atividades de monitoramento de eventuais mudanças nessas condições, avaliando os fatores mais influentes. A adoção desse procedimento permitiu a obtenção de estimativas do ICI que foram analisadas conforme as características dos respondentes, a localização e o tipo de serviço classificado de acordo com a fonte de financiamento e a presença de profissional ou de dentista não licenciado.

Em que pese esses aspectos, é importante destacar que a construção do indicador foi efetuada com base em uma abordagem teórica, levando em consideração o grau de risco presumido, relacionado a determinadas condições de estrutura do serviço, sendo útil para a comparação das características entre os estabelecimentos e a identificação dos aspectos mais associados a condições desfavoráveis de controle de infecção. Outras dimensões relevantes do ponto de vista da Vigilância Sanitária, como as relacionadas ao processo de trabalho, ou seja, ao modo como essas condições entram em operação, e aos resultados obtidos, não foram objeto desta investigação.

Em nosso país, não se dispõem de base de dados sobre as condições de controle de infecção nos serviços de saúde. A pesquisa não foi precedida de um estudo-piloto que utilizasse dados empíricos para testar o instrumento empregado pelo fato de que o teste de um indicador implicaria seleção de uma amostra hetero-

gênea cuja composição, para ser determinada, necessita de mais investigações que, como a presente, sejam capazes de identificar fatores e aspectos que influenciam as condições de controle de infecção.

Considerações finais

As informações produzidas permitiram concluir que existe uma profunda divisão nas condições sanitárias da assistência odontológica oferecida à população determinada pelas características de desenvolvimento do sistema econômico, do sistema de saúde e da profissão odontológica na Cidade de Cariacica, onde uma parcela significativa da população, que depende de assistência odontológica oferecida por estabelecimentos operados por “dentistas práticos”, está exposta a condições sanitárias de elevado risco à infecção cruzada provocada pela inexistência de barreiras à transmissão de agentes de doenças infecciosas.

Pode-se afirmar ainda que esse “muro” se reflete nas condições de proteção à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos odontológicos, expondo mais intensamente à infecção

ocupacional os que exercem seu ofício em estabelecimentos operados por dentistas não licenciados do que aqueles que trabalham nos demais tipos de estabelecimentos.

Cariacica apresenta um IDH considerado médio (0,5-0,8) e em relação aos municípios brasileiros, ocupa a 1.864ª posição. Considerando que 3.643 (66,2%) cidades estão em situação pior, com base nos resultados deste estudo é lícito recomendar que municípios que apresentem características semelhantes às aqui apresentadas desenvolvam ações de diagnóstico da realidade e considerem a possibilidade de planejar um esforço para, sem prejuízo da manutenção da vigilância nas áreas mais centrais, assistir as áreas mais periféricas e criar condições para a redução e controle dos riscos sanitários oferecidos pelos estabelecimentos operados por dentistas não licenciados. Reproduzir a ação da profissão que leva à exclusão dos “dentistas práticos” parece não ser um bom caminho para assegurar melhores níveis de proteção da população. Nesse sentido, é fundamental, também, identificar medidas que visem a criar condições para ampliar a oferta e cobertura dos serviços públicos odontológicos.

Resumo

Analisar as condições de controle de infecção dos estabelecimentos de assistência odontológica do Município de Cariacica, Espírito Santo, Brasil. Dados relativos ao respondente, localização e tipo de estabelecimento, bem como às condições do ambiente, equipamentos e materiais, foram recolhidos mediante observação direta em todos os serviços odontológicos e em vinte estabelecimentos operados por “dentistas práticos”. Para efetuar a análise, foi construído Índice de Controle de Infecção (ICI) composto de 19 variáveis, e quanto menor o seu valor, melhores as condições de controle. Foram observados 113 estabelecimentos. A condição nos estabelecimentos mantidos por dentistas não licenciados ($\bar{x}_{ICI} = 23,05$, $dp = 11,86$) foi quatro vezes pior em relação ao melhor valor observado nos estabelecimentos particulares. Em condição intermediária, localizaram-se os serviços públicos ($\bar{x}_{ICI} = 16,27$; $dp = 6,96$). Os serviços localizados nas regiões periféricas apresentaram condição quatro vezes pior. Observou-se profunda divisão nas condições sanitárias da assistência odontológica. Uma parcela significativa da população, que depende de assistência odontológica oferecida por estabelecimentos operados por “dentistas práticos”, estava exposta a condições sanitárias de elevado risco à infecção cruzada.

Assistência Odontológica; Consultórios Odontológicos; Controle de Infecções Dentárias

Colaboradores

M. G. L. B. Bortolotti participou do planejamento, da análise dos resultados e da redação do trabalho. A coleta dos dados e demais atividades de campo foram realizadas sob sua supervisão. P. Frazão orientou todas as etapas da pesquisa, elaborou e revisou a versão final do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde: Lei federal n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
2. Costa EA, Rozenfeld S. Fundamentos da vigilância sanitária. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
3. Narvai PC. Vigilância sanitária e saúde bucal. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
4. Vaisrub S. Editorial: hepatitis B – traffic in the dentist's office. JAMA 1975; 232:1270.
5. Rabello SB, Godoy CVC, Santos FJW. Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico. Rev Bras Odontol 2001; 58:184-7.
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Indicadores de desenvolvimento humano municipais. <http://www.pnud.org.br/atlas> (acessado em 22/Out/2004).
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
8. Espírito Santo. Lei n. 6.066. Diário Oficial do Espírito Santo 1999; 31 dez.
9. Brasil. Portaria n. 3.214. Diário Oficial da União 1978; 17 jun.
10. Espírito Santo. Portaria n. 139-N. Diário Oficial do Espírito Santo 1996; 23 jul.
11. São Paulo (Estado). Resolução SS 15 de 18 de janeiro de 1999: Normas técnicas para as instalações dos estabelecimentos de assistência odontológica. Diário Oficial do Estado 1999; 19 jan.
12. Rossetini STO. Vias potenciais de contaminação cruzada no consultório odontológico e meios propostos para seu controle [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984.
13. Ministério da Saúde. Portaria federal GM/MS 1.884/94 de 11 de novembro de 1994. Aprova normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde, a serem observadas, em todo o território nacional, na área pública ou privada. Diário Oficial da União 1994; 15 dez.
14. São Paulo (Estado). Portaria CVS-11, de 04 de julho de 1995: dispõe sobre condições ideais de trabalho relacionadas ao controle de doenças transmissíveis em estabelecimentos de assistência odontológica. Diário Oficial do Estado 1995; 5 jul.
15. American Dental Association. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. J Am Dent Assoc 1996; 123:672-80.
16. Cottone JA, Terezhalmay GT, Molinari JA. Practical infection control in dentistry. 2ª Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1996.
17. Martiniano CR, Martiniano CRQ. Infection control and management of hazardous materials for the dental team. 2ª Ed. St. Louis: Mosby; 1998.
18. Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
19. Divisão de Vigilância Sanitária e Ambiental. Roteiro de inspeção de estabelecimentos odontológicos. Cariacica: Secretaria Municipal da Saúde; 2000.
20. Guandalini SL, Melo NSFO, Santos ECP. Biossegurança em odontologia. 2ª Ed. Curitiba: Odontex; 1999.
21. Mello NSFO. Biossegurança na prática odontológica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000.
22. Ten CY, Pereira AC, Daruge E. Manual de vigilância sanitária para cirurgiões-dentistas. Rev Odontol UNICID 2002; 14:45-55.
23. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press; 1995.
24. Eduardo MBP. Vigilância sanitária. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).
25. Carvalho CL. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
26. Duffy RE, Cleveland JL, Hutin YJ, Cardo D. Evaluating infection control practices among dentists in Valcea, Romania, in 1998. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25:570-5.
27. Song KB, Choi KS, Lang WP, Jacobson JJ. Hepatitis B prevalence and infection control among dental health care workers in a community in South Korea. J Public Health Dent 1999; 59:39-43.
28. Verrusio AC, Neidle EA, Nash KD, Silverman Jr. S, Horowitz AM, Wagner KS. The dentist and infectious diseases: a national survey of attitudes and behavior. J Am Dent Assoc 1989; 118:553-62.
29. Razak IA, Lind OP. Cross-infection control in Malaysian dental practice. Singapore Dent J 1995; 20:11-5.
30. Angelillo IF, Villari P, D'Errico MM, Grasso GM, Ricciardi G, Pavia M. Dentists and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and behavior in Italy. J Public Health Dent 1994; 54:145-52.
31. Ten CY, Pereira AC, Daruge E. Avaliação das condições sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica, consultório odontológico tipo I. Rev Paul Odontol 2001; 23:4-10.

Recebido em 10/Jun/2005

Versão final reapresentada em 02/Set/2005

Aprovado em 14/Set/2005