



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA**  
**EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**MÁRCIA REJANE SANTOS AQUINO CAVALCANTE**

**A CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E OS FATORES QUE INFLUENCIAM AS BOAS**  
**PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS**  
**ODONTOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA**

**2020**

MÁRCIA REJANE SANTOS AQUINO CAVALCANTE

A CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E OS FATORES QUE INFLUENCIAM AS BOAS  
PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS  
DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Linha de pesquisa: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Maxweel Veras Rodrigues.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C364c Cavalcante, Márcia Rejane Santos Aquino.  
A consciência sanitária e os fatores que influenciam as boas práticas de funcionamento dos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza - Ce / Márcia Rejane Santos Aquino Cavalcante. – 2020.  
104 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Maxweel Veras Rodrigues.
1. Consciência sanitária. 2. Boas práticas. 3. Odontologia. I. Título.

CDD 378

---

MÁRCIA REJANE SANTOS AQUINO CAVALCANTE

A CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E OS FATORES QUE INFLUENCIAM AS BOAS  
PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS  
DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do Título de Mestre.  
Linha de pesquisa: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional.

Aprovado em: 11 /02 /2020.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Maxweel Veras Rodrigues (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dedico essa dissertação aos meus pais, Ana Angélica e Marcelo, à minha irmã, Tatiana, ao meu esposo, Alexandre, e aos meus filhos, João e Marina, pelo carinho, amor e compreensão.

## AGRADECIMENTO

Se você está lendo esta página, é porque eu consegui. Não foi fácil, nem tampouco tranquilo chegar até aqui. Do processo seletivo, passando pela aprovação até a conclusão do Mestrado, muitas batalhas foram enfrentadas. Fui forte e venci. Por essa grande conquista, agradeço:

A Deus, pelo dom da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigada pela Sua eterna compreensão e tolerância, pelo Seu infinito amor e pela Sua força que não me permitiu desistir.

Aos meus filhos, João e Marina, os motores da minha vida, minhas fontes de ternura, alegria, esperança e inspiração. Obrigada por completarem minha vida, por me impulsionarem a ser a cada dia uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Marcelo e Ana Angélica, por terem me dado educação, valores, e por toda sua dedicação, muitas vezes renunciando aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

À minha irmã Tatiana, minha melhor amiga, fonte de inspiração e orgulho. Obrigada pelo amor, companheirismo e parceria, por sempre cuidar de mim como se fosse uma mãe, sendo sempre meu apoio e porto seguro.

Ao meu esposo Alexandre, pelo companheirismo, pelo amor, convívio, paciência e compreensão em relação a minha dedicação aos estudos.

A todos os meus familiares, avós, tios e primos, pelo apoio, torcida e vibração com todas as minhas vitórias e conquistas.

Ao meu orientador Prof. Dr. Maxweel Veras Rodrigues pela a orientação precisa, pelos ensinamentos, incentivo e compreensão.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre e a Prof.<sup>a</sup> Dr. Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa, pela disponibilidade e pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos Professores do mestrado pelos conhecimentos transmitidos.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. E pelos momentos de convivência fraterna que trazem leveza ao dia a dia no enfrentamento de todos os momentos, angústias e vitórias.

Aos colegas de trabalho da Vigilância Sanitária de Fortaleza, em especial, Lianna e Helayne, pela grande ajuda durante a fase de coleta de dados desta pesquisa.

Aos dentistas que se prontificaram a colaborar como entrevistados, pela disponibilidade e satisfação em participar desta pesquisa.

Somos a memória que temos e a  
responsabilidade que assumimos. Sem  
memória não existimos, sem responsabilidade  
talvez não mereçamos existir.

(José Saramago)



## RESUMO

A vigilância sanitária é considerada um campo interdisciplinar de saberes e práticas pautadas na promoção e proteção da saúde da população por intermédio da implementação de concepções e atitudes éticas das relações produtivas, do ambiente e dos serviços. A educação sanitária é um dos instrumentos que a vigilância sanitária dispõe para a construção da consciência sanitária na população, possibilitando o maior alcance da promoção e da proteção da saúde. As funções normativas e regulatórias da vigilância sanitária devem atuar em complementação à função educativa. A consciência sanitária tem a capacidade de estimular uma percepção mais cuidadosa dos profissionais do setor regulado com relação às suas boas práticas. Os estabelecimentos de saúde que exercem atividade de alto risco, como os consultórios e clínicas odontológicas, são passíveis de fiscalização sanitária anual no município de Fortaleza. Este estudo, de caráter qualitativo-quantitativo, com abordagem exploratória e descritiva, tem como objetivo geral analisar o grau de influência dos fatores relacionados à consciência sanitária sobre o cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária nos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza-CE. Como fundamentação teórica para o estudo, o histórico da vigilância sanitária no Brasil e a educação como estratégia de promoção da saúde e construção da consciência sanitária foram abordados. Um questionário elaborado em Escala de Likert, que identifica o grau de influência dos fatores relacionados às boas práticas dos estabelecimentos odontológicos, foi aplicado aos dentistas responsáveis pelos estabelecimentos como ferramenta de coleta de dados. Para a análise dos dados quantitativos e interpretações dos resultados, foram aplicados métodos clássicos de Estatística Descritiva, enquanto para os dados qualitativos, foi realizada uma análise interpretativa do relato dos pesquisados. Os resultados obtidos revelam que os fatores relacionados à consciência sanitária exercem maior influência no cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos. Entretanto, também foi identificada influência nas boas práticas de fatores que envolvem a possibilidade de prejuízo financeiro ao estabelecimento. Os profissionais mais experientes apresentaram maior consciência sanitária em suas boas práticas. Para os pesquisados, a legislação sanitária não é muito exigente e a principal dificuldade para cumpri-la relaciona-se aos custos. Conclui-se, portanto, que os dentistas pesquisados possuem consciência da importância das boas práticas exigidas pela legislação, mas sentem dificuldade em mantê-las devido aos custos relacionados à atividade.

**Palavras-chave:** Consciência sanitária. Boas práticas. Odontologia.

## ABSTRACT

Health surveillance is considered an interdisciplinary field of knowledge and practices based on the promotion and protection of the health of the population through the implementation of concepts and ethical attitudes regarding production relations, the environment and services. Health education is one of the instruments that health surveillance has for the construction of health awareness among the population, allowing for a greater reach of health promotion and protection. The normative and regulatory functions of health surveillance must act in addition to the educational function. Health awareness has the capacity of stimulating a more careful perception of the professionals in a regulated field in relation to their good practices. Dentistry establishments, as they carry out high-risk activities, are subject to annual health inspection in the city of Fortaleza. This qualitative-quantitative study, through an exploratory and descriptive approach, aims to analyze the degree of influence that factors related to health awareness have on the fulfillment of the requirements of good operating practices required by health surveillance in dental establishments in the city of Fortaleza-CE. As theoretical groundwork for the study, the history of health surveillance in Brazil and of education as a health promotion strategy and construction of health awareness were addressed. A questionnaire based on the Likert Scale, which identifies the degree of influence of the factors related to the good practices of dental establishments, to be applied among the dental professionals responsible for the establishments, was used as a data collection tool. For the analysis of the quantitative data and interpretations of the results, classical methods of Descriptive Statistics were applied; whereas for the qualitative data, an interpretative analysis of the respondents' report was carried out. The results reveal that factors related to health awareness have a greater influence on compliance with good practices in establishments. However, it was found that factors that involve the possibility of financial loss to the establishment were considered an influence on the good practices of said establishment as well. The more experienced dental professionals showed greater health awareness in their good practices. For those surveyed, health legislation is not very demanding and the main difficulty in complying with it is related to costs. It is concluded, therefore, that the surveyed dentists are aware of the importance of the good practices required by the legislation, but find it difficult to maintain them due to the costs related to the activity.

**Keywords:** Health awareness. Good practices. Dentistry.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.....	28
Figura 2 -	Esquema de etapas do método proposto.....	43

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição das idades dos pesquisado.....	54
Gráfico 2 -	Percentual do Nível de Escolaridade dos Pesquisados.....	54
Gráfico 3 -	Tempo de Formatura dos Pesquisados por Intervalo.....	55
Gráfico 4 -	Tempo de Atendimento em Consultório Particular dos Pesquisados por Intervalo.....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise do grau de influência dos Fatores e Dimensões Relacionadas ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos n=45.....	64
Tabela 2 -	Resultados dos Fatores.....	68
Tabela 3 -	Resultados da dimensão receio punição da fiscalização.....	69
Tabela 4 -	Análise Comparativa dos Fatores por Faixa Etária.....	72
Tabela 5 -	Análise Comparativa dos Fatores por Tempo de Formação.....	74
Tabela 6 -	Análise Comparativa dos Fatores por Tempo de Atendimento em Consultório Particular.....	76
Tabela 7 -	Opinião dos pesquisadores quanto a exigência da legislação.....	77
Tabela 8 -	Exigências da legislação considerada desnecessárias.....	79
Tabela 9 -	Opinião dos pesquisadores quanto à dificuldade em manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária.....	80
Tabela 10 -	Dificuldades encontradas pelos dentistas para cumprir as boas práticas exigidas pela legislação.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEFIS	Agência de Fiscalização de Fortaleza
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IN	Instrução Normativa
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LACEN	Laboratórios Centrais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PROCON	Programas de Defesa do Consumidor
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SNCM	Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1</b>	<b>Definição do problema.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>20</b>
<i>1.2.1</i>	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>20</i>
<i>1.2.2</i>	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>20</i>
<b>1.3</b>	<b>Estrutura do trabalho.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>As primeiras ações de controle sanitário no Brasil.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>O movimento da Reforma Sanitária e a democratização da saúde no Brasil.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3</b>	<b>O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Cidadania e Saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2</b>	<b>Educação em Saúde.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3</b>	<b>A consciência sanitária como ferramenta de proteção em saúde.....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA DO ESTUDO.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Classificação da pesquisa.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Método proposto.....</b>	<b>41</b>
<i>4.2.1</i>	<i>Etapa 1 – Descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza.....</i>	<i>43</i>
<i>4.2.2</i>	<i>Etapa 2 – Identificar os estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definir a amostra.....</i>	<i>44</i>
<i>4.2.3</i>	<i>Etapa 3 – Elaborar o instrumento de trabalho.....</i>	<i>44</i>
<i>4.2.4</i>	<i>Etapa 4 – Aplicar o instrumento de trabalho.....</i>	<i>45</i>
<i>4.2.5</i>	<i>Etapa 5 – Analisar os dados obtidos.....</i>	<i>45</i>
<b>4.3</b>	<b>Considerações finais sobre a metodologia da pesquisa.....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>APLICAÇÃO DO MÉTODO PROPOSTO E RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1</b>	<b>Etapa 1 – Descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>Etapa 2 – Identificar os estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definir a amostra.....</b>	<b>50</b>

<b>5.3</b>	<b>Etapa 3 – Elaborar o instrumento de trabalho.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4</b>	<b>Etapa 4 – Aplicar o instrumento de trabalho.....</b>	<b>52</b>
<b>5.5</b>	<b>Etapa 5 – Analisar os dados obtidos.....</b>	<b>53</b>
<b>5.5.1</b>	<i>Análise do perfil sócio demográfico e profissiográfico dos pesquisados.....</i>	<b>53</b>
<b>5.5.2</b>	<i>Análise global dos resultados do grau de influência dos fatores e dimensões relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos.....</i>	<b>56</b>
<b>5.5.3</b>	<i>Análise comparativa entre o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos e o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos pesquisados.....</i>	<b>69</b>
<b>5.5.4</b>	<i>Análise interpretativa do relato dos pesquisados.....</i>	<b>76</b>
<b>5.5.5</b>	<i>Considerações finais da análise dos dados.....</i>	<b>82</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>6.1</b>	<b>Conclusões da pesquisa.....</b>	<b>83</b>
<b>6.2</b>	<b>Limitações da pesquisa.....</b>	<b>85</b>
<b>6.3</b>	<b>Sugestões para trabalhos futuros.....</b>	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>93</b>
	<b>ANEXO A - ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE ODONTOLOGIA COM E SEM RAIOS - X INTRA-ORAL.....</b>	<b>97</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária constitui a configuração mais antiga da saúde pública. Em todas as épocas, e universalmente, ações de regulação sanitária foram implementadas sobre as práticas de cura, os medicamentos, os alimentos, a água e o ambiente.

Com o crescimento do comércio, o advento da sociedade industrial e o avanço das forças produtivas, a imposição de práticas de controle sanitário se fez necessária para o estabelecimento de regras relacionadas às atividades de mercado, a fim de garantir a proteção dos meios de vida, ou seja, a proteção dos meios de satisfação de necessidades fundamentais.

A sociedade atual convive com a estimulação e a incorporação contínua de novas necessidades e novos hábitos de consumo, que geram a introdução de grande variedade de produtos e serviços. Este novo modo de vida implica em novas maneiras de produção, de circulação e de consumo de bens e de serviços. Durante todo o dia, o cidadão lida com objetos, produtos e serviços que interferem em sua saúde e que podem, em maior ou menor grau, trazer riscos. Compete à vigilância sanitária implementar as concepções e atitudes éticas sobre a qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços.

No sistema de saúde, a vigilância sanitária integra a atenção à saúde e atua regulando as atividades relacionadas à produção e ao consumo de bens e serviços de interesse à saúde, seus processos e ambientes. Constitui um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde, pois lida com produtos e serviços relacionados com as necessidades básicas dos indivíduos e necessita interagir com a sociedade para gerenciar adequadamente o risco sanitário (BRASIL, 2011).

A vigilância sanitária também funciona como espaço de ação educativa, tanto ampliando o entendimento do risco à saúde envolvido nas situações cotidianas, quanto se relacionando aos direitos da cidadania. A sua atuação, segundo Lucchese (2006), alia a dimensão educativa à possibilidade de ação punitiva formal.

A proteção e a defesa da saúde individual e coletiva são funções da vigilância sanitária. Para garantir o cumprimento de seu papel, a vigilância necessita desenvolver ações articuladas às políticas públicas de promoção da saúde que contribuam de maneira efetiva para prevenção, minimização ou eliminação dos riscos, melhorando a qualidade de vida da população.

Neste capítulo, será apresentada a definição do problema que impulsionou este estudo, bem como sua pergunta norteadora. Em seguida, o objetivo geral e os objetivos

específicos do estudo serão apresentados, finalizando o capítulo com a apresentação da estrutura do trabalho.

### **1.1 Definição do problema**

Os serviços de saúde são considerados espaços que necessitam de ações incisivas e de caráter multidisciplinar por parte da vigilância sanitária, pois são organizações complexas cujas atividades envolvem muitos riscos. Essas ações têm como objetivo promover o cumprimento das normas e regulamentos técnicos existentes, avaliar as condições de funcionamento e identificar riscos e danos à saúde dos pacientes, dos trabalhadores e ao meio ambiente.

Segundo Barreto (2004), o modelo de atuação da vigilância sanitária no Brasil, tradicionalmente, é baseado no poder de polícia, com ações voltadas à elaboração de normas técnicas e jurídicas, à fiscalização e à punição. Entretanto, o objetivo do modelo é a melhoria da qualidade de vida da população, da promoção e da proteção da saúde, o que significa que a vigilância sanitária não pode se limitar a regular, vigiar e punir, mas também deve educar, orientar, informar e advertir.

As ações empreendidas pela vigilância sanitária objetivam ser realizadas a tempo de impedir danos e agravos à saúde dos indivíduos. Para ajudar a alcançar esse objetivo, o modelo de ação da vigilância sanitária, de caráter principalmente coercitivo e punitivo, precisa mudar sua concepção tradicional e assumir uma dimensão educativa, de maneira que a preocupação com o risco sanitário e a qualidade de vida seja incorporada à cultura da sociedade. Educar e informar a população, desenvolvendo a consciência dos riscos a que está exposta e como evitá-los, possibilita uma participação social ativa no processo, dando maior alcance à antecipação dos riscos e diminuição dos prejuízos (LUCHESE, 2001).

A educação sanitária é um dos instrumentos que a vigilância sanitária dispõe para a concretização da promoção e prevenção da saúde. Tem a capacidade de estimular uma percepção mais cuidadosa dos profissionais do setor regulado e de toda a população com relação à saúde. A função educativa, que informa e orienta, torna-se complementar às funções normativas e regulatórias da vigilância sanitária e contribui para a construção de uma consciência sanitária.

Os fiscais e as autoridades sanitárias atuam identificando as irregularidades contidas nos processos produtivos, produtos e serviços ligados à saúde. Para nortear o setor regulado quanto aos riscos dos produtos e serviços, existe uma gama de legislações. A

vigilância sanitária, através de suas ações de fiscalização, age para garantir o cumprimento dessas legislações.

Por meio da inspeção sanitária realizada pelos fiscais, é possível avaliar a qualidade dos processos, dos equipamentos, dos ambientes e das rotinas dos processos de trabalho, com o objetivo de se identificar não conformidades que devem ser corrigidas. Em determinados momentos, a intervenção é necessária, principalmente quando é constatado o risco eminente à saúde da população.

No município de Fortaleza, a Portaria Municipal/SMS nº 273/2018, em seu Art.2º, estabelece que: “[...]a licença sanitária é o documento que formaliza o controle sanitário do estabelecimento, visando garantir boas condições de funcionamento no tocante à saúde da população”. As atividades econômicas consideradas de alto risco, de acordo com a IN/ANVISA/MS Nº16/2017, exigem inspeção sanitária prévia por parte da fiscalização da vigilância sanitária da Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS) para emissão da licença sanitária pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), (FORTALEZA, 2018, p. 41).

As clínicas e consultórios odontológicos com ou sem raio x intraoral são de competência fiscalizatória do município de Fortaleza e se enquadram como atividade econômica de alto risco pela IN/ANVISA/MS Nº16/2017 (BRASIL, 2017). Portanto, necessitam de inspeção sanitária prévia para aquisição de sua licença sanitária de funcionamento. A inspeção sanitária é realizada por uma equipe de fiscalização da AGEFIS com o objetivo de identificar, avaliar e intervir nos fatores de riscos à saúde da população presentes na prestação do serviço e na intervenção sobre o meio ambiente, incluindo o de trabalho, cuja conformidade será atestada por meio da lavratura de termo de vistoria. Em caso de constatação pela fiscalização de alguma não conformidade com a legislação sanitária vigente, a equipe de fiscais poderá lavrar auto de infração, associado ou não a um termo de interdição, quando essas irregularidades são consideradas de alto risco à saúde pela legislação, ou lavrar notificação estabelecendo um prazo para que o estabelecimento se adeque. Ao estabelecimento que apresenta condições sanitárias adequadas à legislação, é concedida a licença sanitária pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com validade de um ano.

De acordo com informações colhidas com os fiscais municipais com expertise em odontologia da AGEFIS, nas inspeções sanitárias aos consultórios e clínicas odontológicas de Fortaleza, os fiscais de vigilância sanitária dificilmente encontram um estabelecimento que esteja cumprindo em sua totalidade a os requisitos de boas práticas exigidos pela legislação sanitária. Os motivos estão relacionados ao desconhecimento da legislação por parte dos responsáveis, aos custos

para se fazê-la cumprir, à negligência dos profissionais, à rotina intensa de trabalho, ao alto fluxo de pacientes, entre outros.

A licença sanitária do estabelecimento odontológico atesta o cumprimento dos requisitos de boas práticas exigidos pela legislação sanitária. É desejado pela vigilância sanitária que esse comportamento esteja associado ao conhecimento e à preocupação dos responsáveis pelo serviço com os riscos relacionados à prática odontológica, o que significa a existência de uma consciência sanitária por parte dos mesmos. Entretanto, a decisão de cumprir as exigências da legislação sanitária pode estar relacionada também a outros fatores, como receio da punição da fiscalização, de sofrer prejuízo financeiro, de ser processado pelo paciente, entre outros.

Tendo em vista os diversos fatores associados à decisão dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos de cumprir as boas práticas legislação sanitária, faz-se o seguinte questionamento: como analisar o grau de influência dos fatores relacionados à consciência sanitária sobre o cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária nos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza-CE?

## **1.2 Objetivos**

Diante do questionamento supracitado, são apresentados, em seguida, os objetivos geral e específicos que irão nortear o estudo.

### ***1.2.1 Objetivo geral***

Analisar o grau de influência dos fatores relacionados à consciência sanitária sobre o cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária nos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza-CE.

### ***1.2.2 Objetivos específicos***

- a) Identificar o comportamento sanitário dos estabelecimentos de odontologia nas inspeções sanitárias no período determinado na pesquisa;
- b) Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos;

c) Relacionar os fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos com o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos.

### **1.3 Estrutura do trabalho**

Este trabalho está estruturado em seis capítulos, descritos a seguir:

O primeiro capítulo traz à introdução do estudo, abordando a definição do problema, o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho.

O segundo capítulo trata sobre a história da vigilância sanitária no Brasil, desde os primeiros registros de sua atividade, ainda no período colonial, até os dias atuais, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O terceiro capítulo traz um referencial teórico sobre a educação como estratégia de promoção da saúde, destacando-se o exercício da cidadania em saúde, a importância da educação em saúde e da consciência sanitária como ferramenta de proteção em saúde.

O quarto capítulo trata da metodologia do estudo, o instrumento, o público-alvo da pesquisa e todos os procedimentos utilizados no sentido de melhor aplicar este estudo.

O quinto capítulo aborda a aplicação do método proposto e a discussão dos resultados obtidos.

No sexto e último capítulo, constam as considerações finais do estudo, limitações da pesquisa e sugestões para trabalhos futuros.

## **2 HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL**

Neste capítulo, será apresentado um breve histórico das ações de controle sanitário implementadas no Brasil, desde o século XVI até os dias atuais, passando pela Reforma Sanitária nos anos 1980 até a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

### **2.1 As primeiras ações de controle sanitário no Brasil**

A vigilância sanitária surgiu na Europa dos séculos XVII e XVIII com a noção de “polícia sanitária”, cujo objetivo era evitar a propagação de doenças pela cidade. Atuava no regulamento do exercício profissional, no combate ao charlatanismo, no saneamento da cidade, na fiscalização das embarcações, dos cemitérios e do comércio de alimentos (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

No Brasil, desde o século XVI, houve ações de fiscalização e de punição relacionadas ao controle sanitário, embora de baixa eficácia. Baseado no modelo existente em Portugal, o controle era realizado pelas Câmaras Municipais e consistia em medidas de higiene pública: limpeza das cidades, controle da água e do esgoto, comércio de alimentos, abate de animais e controle das regiões portuárias (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A chegada da família real portuguesa, em 1808, gerou profundas mudanças no Brasil por causa de sua nova inserção na ordem capitalista mundial, que acarretaram a necessidade de aumentar a produção, defender a terra e cuidar da saúde da população. Intensificou-se o fluxo de embarcações e a circulação de passageiros e de mercadorias com a entrada do País nas rotas comerciais inglesas e de outras nações, gerando-se o maior cuidado com o controle sanitário, a fim de evitar transmissão de doenças epidêmicas e de criar condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Após a declaração da Independência do Brasil, em 1822, os serviços sanitários foram municipalizados. As Câmaras municipais passaram a reorganizar-se e a estabelecer seus Regimentos. Com a instauração da República, em 1889, as administrações sanitárias estaduais começaram a se organizar e a constituir os órgãos de vigilância sanitária nas Unidades da Federação. Entretanto, a nação brasileira ainda era marcada pela manutenção de um quadro sanitário negativo para a população e por sistemas de saúde que se estruturavam voltados para a doença, desconsiderando medidas de cunho preventivo e coletivo e de promoção da saúde (COSTA; ROZENFELD, 2000). O Decreto nº 5.156 de 1904 aprovou o novo Regulamento dos

Serviços Sanitários da União, que previu a elaboração de um Código Sanitário pela União e a instituição do Juízo dos Feitos de Saúde Pública, no Distrito Federal. Ao órgão, caberia o julgamento de causas de interesse de saúde pública e a cobrança de multas e taxas sanitárias (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A emergência do Estado Novo, regime político brasileiro instaurado por Getúlio Vargas em 1937, rompeu a estrutura de poder da Primeira República. Esse Estado era forte, autoritário, centralizador e agia com independência em relação às oligarquias regionais. O período foi marcado pela industrialização, favorecida pela crise internacional de 1929, tendo enorme desenvolvimento a indústria químico-farmacêutica e de agrotóxico. A estrutura da saúde passou por reformas e novas normas e leis foram criadas na época, com destaque para o Decreto nº 3.742/1941, que criou o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNCM). (BODSTEIN, 1987 *apud* COSTA; ROZENFELD, 2000).

Em 1957, foi criado o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia. O órgão federal tinha as atividades voltadas para a regulamentação e registro de medicamentos, controle de importação e circulação de produtos farmacêuticos e correlatos, além de ser responsável pelo registro de diplomas de cursos referentes à área de saúde.

De acordo com Costa e Rozenfeld (2000, p. 31), com a instalação da ditadura militar em 1964, “o país passou a ser conduzido sob a égide do binômio desenvolvimento e segurança”. O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político chamado de “milagre econômico” pelo governo militar, impôs novas demandas ao Estado devido à ampliação da produção industrial e das exportações, o que levou à necessidade de regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos. Reformas no setor saúde também foram necessárias devido ao surgimento de novas demandas sociais. Essas reformas acabaram por abranger a vigilância sanitária (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Segundo Costa, Fernandes e Pimenta (2008), na década de 1970, o termo “vigilância” foi utilizado em substituição ao termo “fiscalização”. Essa nova denominação significou a prática de ações voltadas para a precaução, cuidado e prevenção e não apenas ao controle e punição, antes atribuído aos serviços de fiscalização. Nesse período também ocorreu a regulamentação do exercício de várias profissões da área de saúde com a criação dos Conselhos Federais e Regionais.

Após 1974, com o fim do “milagre econômico”, a conjuntura do país foi marcada pela crise econômica e social e pelas reformas no setor saúde. Nesse período, entrou em curso a Comissão Parlamentar de Inquérito do Consumidor, instalada em 1975, que levantou

denúncias sobre as práticas comerciais da indústria farmacêutica. Para minimizar suas consequências, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso o anteprojeto que originou a lei nº 6.360/1976, chamada de Lei da Vigilância Sanitária. A Lei consagrou a vigilância como responsável pelo controle de qualidade e atribuiu ao produtor a responsabilidade de informar sobre as reações adversas aos medicamentos. Além disso, a Lei da Vigilância Sanitária constituiu um importante instrumento regulatório das atividades que envolvem controle sanitário, se tornando parte de um conjunto de medidas de modernização da saúde influenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (COSTA; ROZENFELD, 2000; COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

No ano de 1976, uma nova estrutura do Ministério da Saúde foi formalizada, através do Decreto nº 79.056/76, na qual o campo de controle sanitário passou à condição de secretaria ministerial, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. A secretaria passou a atender diversas áreas de atuação e foi organizada em diferentes divisões: alimentos; medicamentos; cosméticos, saneantes; portos; aeroportos e fronteiras e administrativa. Segundo Lucchese (2001), a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, ao longo de sua história, sofreu com a falta de infraestrutura necessária para cumprimento de suas atividades e com a manipulação de interesses políticos e empresariais da área. Carente de estrutura de pessoal, normativa, operacional, técnico científica e de suporte político, a secretaria não conseguia dar respostas rápidas às demandas empresariais, tão pouco zelar pela saúde da população através da realização de estudos e análises das demandas.

## **2.2 O movimento da Reforma Sanitária e a democratização da saúde no Brasil**

O início dos anos de 1980 foi marcado pela retomada dos movimentos em direção à redemocratização da sociedade brasileira e ao exercício da cidadania. Órgãos estatais e da sociedade civil começaram a se estruturar, como os Programas de Defesa do Consumidor (PROCON) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), por exemplo. A Vigilância Sanitária (VISA) passou a se tornar mais conhecida e o governo, que oscilava entre a proteção à saúde da população e os interesses do mercado (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Em 1985, o primeiro governo civil, chamado de Nova República, na tentativa de aproximar a vigilância sanitária aos outros segmentos da área da saúde e aos órgãos representantes dos consumidores, incorporou profissionais com formação acadêmica em Saúde Pública aos órgãos de vigilância sanitária no plano federal e em alguns estados. Segundo Costa,



Fernandes e Pimenta (2008), a visão mais abrangente desses técnicos quanto à questão da saúde e dos problemas sanitários contribuiu para o reconhecimento da importância das ações de vigilância sanitária. A nova equipe organizou no final do mesmo ano o Seminário Nacional de Vigilância Sanitária, cujo tema central invocava a definição de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária, abordando questões relacionadas à problemática dos recursos humanos, definição de cargos e carreiras e inserção da vigilância sanitária no campo mais amplo da saúde pública. O resultado do seminário foi a elaboração do Documento Básico sobre uma Política Democrática e Nacional de Vigilância Sanitária, que definia como objeto principal a proteção da saúde da população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, expressou o projeto da nova Política Nacional de Vigilância Sanitária, que tinha como princípios básicos o direito de todos os cidadãos à saúde, sendo esta de obrigação do Estado. Essa temática também fazia parte das ideias mais amplas do Movimento da Reforma Sanitária, que em seguida foram utilizadas na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, completando-se o processo de retorno do país ao regime democrático. A nova Constituição brasileira assume a saúde como direito fundamental do ser humano, e atribui ao Estado o papel de prover essas condições. Em um contexto de implantação de um estado de bem-estar social, deu-se origem ao processo de criação de um sistema público de saúde, universal e descentralizado, transformando profundamente a organização da saúde pública no Brasil. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A nova Constituição estabeleceu que o Estado deve atuar no sentido de reduzir os riscos de doenças e agravos à saúde pública, adotando medidas capazes de garantir a segurança sanitária da população. As ações voltadas para a segurança sanitária são exercidas pela vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e da saúde do trabalhador, que visam garantir o respeito às normas sanitárias existentes. Para Aith, Minhoto e Costa (2009, p. 45):

A Constituição elevou a saúde à categoria de direito social, estabeleceu os fundamentos e fixou os princípios norteadores da política de saúde brasileira; desenhou o marco institucional encarregado de executar essa política na forma do Sistema Único de Saúde e incorporou uma definição de saúde abrangente e progressista, em sintonia com o padrão normativo internacional.

Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a chamada Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, que organiza o Sistema Único de Saúde e traz a definição de vigilância sanitária como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos

problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde” (BRASIL, 1990).

Para Costa e Rozenfeld (2000), essa definição permite que quaisquer bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem aos fatores condicionantes ou determinantes da saúde, passem a ser alvos de ação da Vigilância e objetos de sua fiscalização. O cerne da atividade passa a ser voltado para o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir os riscos à saúde, implicando na revisão de todas as etapas da intervenção da Vigilância Sanitária, do registro ao consumo.

A inserção das ações da VISA nas relações sociais de produção e consumo se justifica por ser onde se originam a maior parte dos problemas de saúde, que podem decorrer de falhas ou defeitos na cadeia de produção ou até de ilicitudes intencionais de fabricantes, comerciantes ou prestadores de serviços. Através da regulação das relações de produção e consumo, se criam instrumentos para proteger a saúde da coletividade, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Logo após a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1990, o governo federal reformulou a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, simplificando sua organização e transformando-a em Secretaria de Vigilância Sanitária. Foi dado início a um período de desregulamentação, cujo propósito era responder de forma rápida e ágil às demandas do setor produtivo. Assim, a concessão de registros tornou-se uma atividade meramente administrativa, sem que fossem feitas as necessárias análises técnicas (LUCCHESI, 2006).

Para Costa e Rozenfeld (2000), o aperfeiçoamento da vigilância sanitária e sua evolução normativa não foram devidamente acompanhados por transformações profundas nas ações dos governos, tanto a nível federal, quanto estadual e municipal. Havia, no período, escassa autonomia dos dirigentes, descontinuidade administrativa, deficiente capacidade técnica e captura do regulador pelo regulado, significando baixa capacidade governativa sobre o setor.

Para opinião pública, tornou-se cada vez mais evidente a fraqueza das autoridades na tomada de decisões firmes, como o predomínio do interesse privado em áreas como medicamentos, sangue, hemoderivados, alimentos, na indicação dos dirigentes da secretaria, assim como nas denúncias de interferência político-partidária e corrupção na Secretaria de Vigilância Sanitária. Como consequência, críticas pesaram sobre a vigilância sanitária, levando ao surgimento de propostas de reformulação do modelo organizacional e operacional da VISA no país (PIOVESAN, 2002).

Em 1994, foi editada a Portaria GM/MS nº 1.565/94, que deliberava sobre a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A portaria, entretanto, nunca foi implementada e iniciaram-se as discussões sobre a criação de uma autarquia para o órgão federal de vigilância sanitária, como preconizado pelo Plano de Reforma do Aparelho do Estado, desenvolvido pelo Governo Federal a partir de 1995 (BRASIL, 2007).

Ao final dos anos 1990, o Brasil acumulava eventos negativos relacionados à área de atuação da vigilância sanitária, que obtiveram grande destaque na mídia nacional e internacional. Falsificação de medicamentos, roubos de cargas de medicamentos, venda de medicamentos sem registro ou contrabandeados e medicamentos de baixa qualidade ou validade vencida formaram um quadro preocupante em relação aos medicamentos do país. Além disso, tragédias como a morte de pacientes de duas clínicas de hemodiálise em Caruaru (PE), em 1996, devido à contaminação da água por algas; o óbito de 85% dos bebês recém-nascidos no Hospital Infantil Nossa Senhora de Nazaré, em Boa Vista (RR), em 1996; registros de problemas com o uso do soro Ringer Lactato, em 1997, levando a óbito 32 pacientes de hospitais em Recife (PE); entre outros acontecimentos, expressaram a fragilidade de regulação sanitária na época (SILVA; COSTA; LUCHESE, 2018).

Os escândalos relacionados à vigilância sanitária fragilizaram a imagem da instituição e do próprio seguimento produtivo, e impulsionaram a edição de muitas normas, além da mudança do modelo da instituição. Na época, estava em curso a reforma do Estado, tendo por eixo as privatizações, descentralização de funções para os estados e municípios e a ampliação das responsabilidades no plano federal de controle de áreas estratégicas (COSTA; ROZENFELD, 2000).

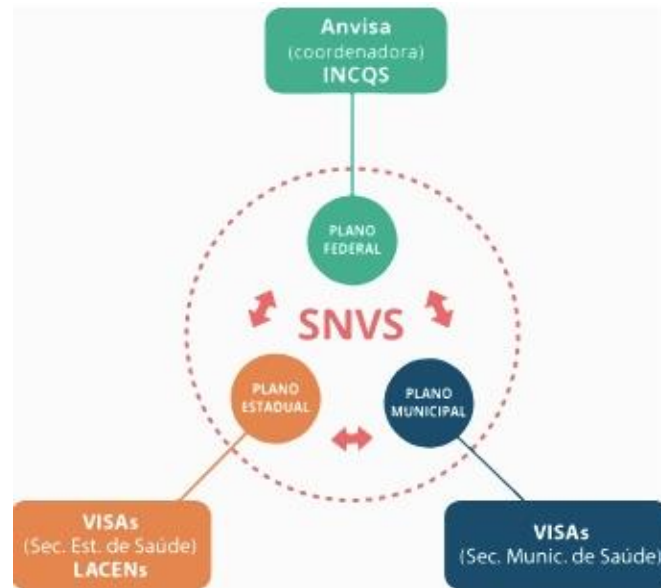
Após nova reorganização administrativa, no contexto da Reforma do Estado e das crises no âmbito da vigilância sanitária, em 1999, foi aprovada a Medida Provisória nº 1.791, pelo Congresso Nacional e editada a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia sob regime especial, ligada ao Ministério da saúde (FORTALEZA, 2015).

### **2.3 O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**

De acordo com a Lei nº 9.782/99, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é formado, no plano federal, pela ANVISA e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz

(FIOCRUZ) e tecnicamente à ANVISA; no plano estadual, pelos órgãos de vigilância sanitária das Secretarias de Estado de Saúde e seus Laboratórios Centrais (LACEN); e, no plano municipal, pelos serviços de vigilâncias sanitárias municipais. A Figura 1 ilustra a estrutura do SNVS.

Figura 1 – Estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária



Fonte: Brasil (2015).

A ANVISA tem por finalidade institucional, de acordo com a Lei nº 9.782/99:

(...) promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (BRASIL, 1999).

A agência incorporou as competências da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária, além de outras como: a Coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial; controle de propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária; monitoramento dos preços de medicamentos; entre outros (LUCCHESI, 2006).

A coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária realizada pela ANVISA aconteceu a partir de um processo de negociação entre seus integrantes. As competências entre as instâncias são pactuadas e compartilhadas sob a ótica da solidariedade e

da responsabilidade. Os órgãos que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, das três esferas de governo, são responsáveis pela elaboração de normas que regulamentam o funcionamento de estabelecimentos que desenvolvem processos produtivos e oferecem serviços à população, respeitando o campo de abrangência de cada um. As normas devem levar em consideração as especificidades locais, não devem contradizer ou divergir de normas das demais esferas de governo e devem obedecer à hierarquia das leis (BRASIL, 2011).

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) tem a função de dar suporte laboratorial às ações de vigilância sanitária em todo o território nacional e coordenar a rede estadual de laboratórios. Os órgãos de vigilância sanitária das Secretarias de Estado de Saúde coordenam os sistemas estaduais, executam as principais ações de fiscalização do sistema nacional e prestam cooperação técnica aos municípios. O componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é representado pelos serviços de vigilância sanitária das secretarias municipais de saúde ou outros órgãos encarregados da questão da saúde, sendo responsáveis pela coordenação, regulamentação e execução de ações locais de vigilância sanitária. (LUCCHESI, 2006).

A nível estadual, o SNVS é formado pelos órgãos de vigilância sanitária das Secretarias Estaduais de Saúde e pelos Laboratórios Centrais Estaduais, responsáveis pelos exames laboratoriais com grandes diferenças de capacidade analítica, além de atenderem também à demanda por exames clínicos. Compete aos órgãos estaduais de vigilância sanitária a coordenação dos sistemas estaduais e a execução das principais ações de fiscalização do sistema nacional, além da cooperação técnica aos municípios. Constituem o componente crítico do SNVS, pois são responsáveis por fazerem o trabalho de articulação entre os níveis federal e municipal, além de deterem a carga mais substancial do trabalho de fiscalização, atuando em serviços de média e alta complexidade (LUCCHESI, 2006).

A atuação da vigilância sanitária municipal está representada pelos serviços de vigilância sanitária das secretarias municipais de saúde ou outros órgãos encarregados da questão saúde nos municípios. Os órgãos possuem a responsabilidade de coordenar, regulamentar e executar ações locais de vigilância sanitária, de acordo com o seu porte e o tipo de habilitação à gestão do SUS. A maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte e nem todos possuem um serviço de vigilância sanitária estruturado. Nesses casos, cabe aos estados complementarem as ações que são de competência dos municípios (BRASIL, 2011).

Nos municípios brasileiros, configuram-se distintos modelos de gestão, devido a diferentes realidades de organização do poder público. As condições de gestão dos municípios definem as ações de vigilância sanitária a serem assumidas. As ações desenvolvidas, de baixa

a alta complexidade, partilhadas ou não com o Estado, devem representar respostas efetivas ao perfil epidemiológico-sanitário local (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

Os municípios atuam como a instância executora preferencial no SNVS. Entretanto, a grande maioria dos órgãos de vigilância sanitária municipais tem ainda uma estrutura muito precária para realizar as ações, principalmente em relação a recursos financeiros, recursos pessoais e autonomia administrativa. A articulação entre as três esferas de governo ainda é precária quanto aos níveis mais periféricos da execução das ações (LUCCHESI, 2006).

Desde a criação da ANVISA, a atuação dos entes do SNVS foi bastante melhorada, com a qualificação de pessoal, melhor estrutura física e outros recursos de fiscalização sanitária. Entretanto, segundo Silva, Costa e Lucchese (2018), a ANVISA ainda possui uma postura centralizadora ao não reconhecer regimentalmente competências técnicas e legais dos níveis estaduais e municipais em alguns processos de trabalho. No âmbito do Sus, não houve a consolidação do SNVS, já que, apesar do sistema está normativamente delineado, sofreu uma reestruturação incompleta, sendo essa observada apenas no componente federal do sistema.

De acordo com Costa e Souto (2014), muitas lacunas de natureza teórico-conceitual permanecem no SNVS, relacionando-se, principalmente, a sua atuação aplicada à hegemonia do modelo médico-assistencial, centrado na doença, e ao insulamento em que a vigilância sanitária foi mantida no país, afastada das demais políticas de saúde e restrita à fiscalização, sendo essa ainda insuficiente exercida.

### 3 A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo, aborda a importância da educação com instrumento de concretização da promoção e da prevenção da saúde. Inicialmente, será apresentado o conceito de cidadania e sua relação com a saúde fazendo uma ligação com a relevância da educação em saúde para a construção de uma consciência sanitária que possibilite ao cidadão uma participação social ativa nos processos relacionados à sua saúde e qualidade de vida.

#### 3.1 Cidadania e Saúde

A palavra “cidadania” provém do latim *civitatem* que significa cidade. Na antiguidade clássica, a cidadania se restringia à participação política de determinadas classes sociais, mostrando-se como um direito de poucos. Na Grécia antiga, eram considerados cidadãos apenas os nascidos em solo grego, assim como em Roma, onde os não nobres e estrangeiros não detinham nenhuma espécie de direitos (MELO, 2014).

De acordo com Melo (2014), na Idade Média, a preocupação política cedeu espaço para a questão religiosa e a ideia de cidadania ficou em segundo plano. A sociedade de estamentos, característica do feudalismo, tinha uma organização de classes composta pela nobreza, clero e camponeses, que detinham direitos e privilégios distintos.

Na Baixa Idade Média, com a degradação do sistema feudal, reaparece a noção de estado centralizado e com ele a clássica visão de cidadania ligada a direitos políticos. Entretanto, mudanças sociais devido às novas necessidades materiais aliadas ao fenômeno da cristianização, fizeram surgir ideais de igualdade, reformulando o conceito de cidadania (MELO, op. cit)

O movimento intelectual do Iluminismo, que surgiu na Europa no século XVIII, promoveu mudanças políticas, econômicas e sociais baseadas nos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. Pensadores como John Locke, considerado o “pai do iluminismo”, defendiam o fim do absolutismo, a liberdade dos cidadãos e a razão como base para a democracia liberal. Jean-Jacques Rousseau em sua obra “*O contrato social*”, afirma que o soberano deveria dirigir o Estado conforme a vontade do povo (MELO, op.cit).

Segundo Melo (2014), as Revoluções Francesa e Americana carregaram consigo ideais de liberdade e igualdade e auxiliaram na busca pela inclusão social. Entretanto, a cidadania liberal do início do século XIX excluía da participação nas decisões e no governo aqueles que não tivessem um mínimo de renda, deixando de incluir boa parte da população. No

mesmo período, as lutas sociais começaram a despontar e a relação entre a sociedade política e seus membros passou a estar vinculada à cidadania. O século XIX presenciou uma alteração progressiva na estrutura do estado liberal com o acesso de um contingente crescente de eleitores à participação no poder, vindos esses da classe proletariada, representando um processo de democratização do estado liberal.

No século XX, as duas Guerras Mundiais foram decisivas para a mudança na ideologia sobre cidadania, em que órgãos internacionais e a própria sociedade civil passaram a entender a cidadania como indissociável aos direitos humanos.

De acordo com Marshall (1967), a cidadania moderna é composta por um conjunto de direitos e obrigações garantidos progressivamente aos membros da sociedade que compreendem três dimensões: a cidadania civil, com os direitos de liberdade característicos do século XVIII; a cidadania política, com os direitos políticos conquistados pelas classes trabalhadoras no século XIX e a cidadania social, desenvolvida no século XX, que consiste na ampliação de uma série de direitos sociais para permitir às pessoas participar do bem-estar econômico e social da comunidade.

A partir dos últimos anos do século XX, o conceito de cidadania foi ampliado para além de um conjunto de direitos civis, políticos e sociais. A nova perspectiva de cidadania, definida como “cidadania ativa”, põe ênfase na comunidade, bem como nas obrigações do indivíduo e propõe um modelo de participação ativa dos cidadãos nas instituições e serviços públicos (SERAPIONI, 2014).

No campo da saúde, a Conferência Internacional realizada em Alma-Ata, em 1978 promovida pela Organização Mundial de Saúde, já destacava a importância da prevenção, do controle, da educação e da participação popular. A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência, afirma que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (BRASIL, 2002).

A Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, apresentou uma Carta de Intenções com o objetivo de se atingir a saúde para todos no ano 2000. O documento afirma que a promoção da saúde é:

(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (...) a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.19).



No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária no início dos anos 1980 defendeu a concepção de participação comunitária vinculada à democratização e serviu como base para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira conferência de saúde com participação e representação popular. O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde fez alusões à participação social em todos os temas aprovados pelos delegados.

O texto constitucional de 1988 assegurou direitos e ampliou o conceito de cidadania ao prever a participação obrigatória de representantes da comunidade em órgãos de consulta e decisões sobre os direitos da criança e do adolescente, bem como na área de educação e saúde. A lei nº 8.080 de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, representa a base legal sobre a participação social no SUS. No mesmo ano, foi instituída a lei nº 8.142, que dispõe da participação da comunidade no SUS e define, em seu artigo 1º a criação de conselhos e conferências de saúde em cada esfera de governo.

Apesar dos avanços importantes obtidos em relação à cidadania no Brasil, o cidadão brasileiro ainda enfrenta um grande obstáculo para garantir o exercício dos seus direitos: a falta de conhecimentos mínimos de quais são os seus direitos e de como defendê-los. Para Diniz (2015), a sociedade precisa desenvolver esforços na construção de seu próprio caminho, de maneira que o cidadão seja o seu próprio representante, com capacidade para decidir o que é melhor para a si e para a coletividade. Para superar esse obstáculo, o autor acredita ser importante o desenvolvimento de uma educação para a cidadania.

Constitui responsabilidade do Estado a garantia dos interesses públicos e este deve intervir quando atividades particulares se mostram contrárias, nocivas ou inconvenientes àqueles interesses. Para que ocorra essa intervenção, normas e regulamentos são necessários, sendo esses cumpridos por seus agentes e órgãos responsáveis pela disciplina e pela restrição de direitos e liberdades individuais em favor do direito público. Esse poder se fundamenta na supremacia que o Estado exerce sobre as pessoas, bens e atividades de seu território, e é chamado poder de polícia (FANUCK, 1987).

A vigilância sanitária possui poder de polícia e o exerce através da fiscalização. Entretanto, a efetivação das práticas sanitárias não está limitada à fiscalização. Para Franco (2005), o desafio da vigilância sanitária é constituir-se como atividade importante de planejamento e programação da saúde, voltada para a construção da qualidade de vida e saúde da população. Para isso, muitas vezes, deve despir-se do poder de polícia.

Para garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, a vigilância sanitária precisa do apoio e colaboração da comunidade. O modelo de atuação da vigilância sanitária não deve estar apenas fundamentado em seu poder de polícia, mas também deverá

incorporar em suas atividades as funções educativa, orientadora e conscientizadora, destinadas aos produtores e prestadores de serviços e todos aqueles objetos de seu controle.

Franco (2005) considera que a educação em vigilância sanitária melhora quando a autoridade sanitária, emissora da mensagem, acredita na importância do diálogo, e se torna completa quando a mensagem chega a um emissor imbuído de cidadania e dotado de entendimento do papel da vigilância sanitária.

### **3.2 Educação em Saúde**

A educação em saúde pode ser definida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem com a finalidade de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Aborda os múltiplos determinantes do comportamento humano e suas ações educativas são delineadas no sentido de constituírem atividades sistematicamente planejadas e vivenciadas voluntariamente com plena compreensão dos seus objetivos implícitos e explícitos (CANDEIAS, 1997).

A educação em saúde envolve a promoção de informações e motivação de comportamentos que mantenham a saúde e previnam doenças. Tem a capacidade de possibilitar ao indivíduo a mudança de seus hábitos de saúde, apoiando-o na conquista de sua autonomia através da apropriação do conhecimento saúde-doença (REIS *et al.*, 2010).

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações relacionadas à saúde, facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender as suas reais necessidades. Tem a capacidade de desenvolver no indivíduo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade e de decidir ações para resolver problemas e modificar situações.

De acordo com Alves (2005), dois modelos de práticas de educação em saúde podem ser delineados: o modelo tradicional e o modelo dialógico. Esses modelos se encontram em polos extremos e se destacam entre as práticas de educação em saúde emergentes e hegemônicas.

Segundo Alves (2005), o modelo tradicional possui como estratégia educativa a informação. Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Cabe ao profissional, explicitar ao usuário comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para manter sua saúde. A informação é verticalizada, ditando comportamentos a serem adotados, para que os usuários sejam capazes de tomar decisões para prevenção de doenças e agravos, além de assumir novos hábitos e condutas. Entretanto, critica-se esse método por não considerar

os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos em saúde, que são orientados por crenças, valores e representações do processo saúde-doença.

No modelo dialógico, o diálogo é o seu instrumento essencial. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber que não é deslegitimado pelos serviços. É um modelo participativo, em que todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferentes. Para Chiesa e Veríssimo (*apud* ALVES, 2005), o modelo tem como objetivo transformar saberes existentes, opondo-se ao modelo tradicional, que preconiza a informação para a saúde. A autonomia e responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde é conseguida pelo desenvolvimento da compreensão da situação saúde. A prática educativa dialógica tem ainda o objetivo emancipatório como uma estratégia que visa a construção de um saber que capacite os indivíduos a tomarem a decisão de quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde. Pela construção de novos sentidos e significados individuais sobre o processo saúde-doença-cuidado, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde.

Para Figueiredo (2010), a aplicação dos princípios do modelo dialógico de educação em saúde constitui um grande desafio, devido à falta de conhecimento e capacitação de muitos profissionais de saúde sobre o modelo. O modelo tradicional ainda apresenta-se fortemente inserido na prática profissional, sendo observado uma mistura dos dois modelos educativos nas atividades de educação em saúde.

No Brasil, até o início do século XX, o setor saúde preocupava-se apenas com as situações de epidemia, ficando a educação em saúde restrita ao ensino de hábitos de higiene. Entretanto, mudanças nas estruturas sociais e políticas como a abolição da escravatura, o desenvolvimento do comércio e da indústria e a migração de trabalhadores do campo para as cidades, levaram ao surgimento de doenças que assolavam os núcleos urbanos e ameaçavam a força de trabalho das atividades capitalistas (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

A partir da década de 1940, ocorreu uma expansão da medicina preventiva com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As ações do Estado aconteciam por meio de estratégias de educação em saúde em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. As ações educativas eram verticais de caráter informativo, com a finalidade de transformar hábitos de vida, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde. A estratégia mais utilizada pelo Estado eram as campanhas sanitárias, que não contextualizavam os problemas sanitários de forma crítica a partir de mudanças coletivas, mas responsabilizavam o indivíduo pela origem de seus problemas de saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, novas discussões sobre o processo saúde-doença ganharam destaque e representaram um grande avanço para o processo de transformação da educação sanitária, como a concepção da saúde como estado de mais completo bem-estar e não mais como ausência de doença (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

A mudança de nomenclatura de educação sanitária para educação em saúde acontece cerca de duas décadas depois devido a mudanças nos paradigmas na prática educativa da época. A educação sanitária baseava-se na concepção que o indivíduo tinha que aprender a cuidar da sua saúde, vista como ausência de doença. Já a educação em saúde, utiliza a concepção que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde a partir do referencial coletivo de conhecimento de sua realidade (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Nos anos 1980, aconteceu a Reforma Sanitária Brasileira, cujas discussões tiveram destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e deram origem ao capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde e estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Na Constituição, pela primeira vez, é dada ênfase aos fatores determinantes e condicionantes da saúde, como condições de vida e trabalho (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

O SUS possui um caráter estruturalmente democrático, em que a promoção de saúde é uma forma de tradução da democracia política e da qualidade informativa em linguagem sanitária. Promover saúde é também possibilitar o acesso a informações, ao conhecimento e serviços e sua ligação com a vida e com valores da comunidade onde está inserido (SILVEIRA, 2012).

Segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2008), para que o SUS seja projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, é necessária a busca por uma concepção da relação saúde e educação que seja resultado da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação nas dimensões social, ética, política, cultural e científica. Para que isso ocorra, o processo de trabalho em saúde e as atribuições e responsabilidades entre trabalhadores precisam ser redefinidos. À medida que se reconhece a potencialidade educativa das ações e dos serviços de saúde, podem-se entender todos os trabalhadores da saúde como educadores, que, juntamente com a população atendida, tornam-se sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde.

A vigilância sanitária pode ser considerada um espaço privilegiado de comunicação e promoção da saúde, já que lida com produtos e serviços presente no cotidiano dos indivíduos e interage com a sociedade através do gerenciamento do risco sanitário. Acopla a necessidade

da dimensão educativa à possibilidade da ação punitiva formal. A ação educativa no âmbito da vigilância sanitária é um espaço precariamente explorado, no que se refere ao entendimento do risco à saúde e aos direitos da cidadania (LUCCHESE, 2006).

O agente de vigilância sanitária deve ser detentor de qualidades e habilidades comunicacionais para que consiga disseminar e distribuir informações, educar e despertar a consciência sanitária, diminuindo os erros e riscos a que a população está exposta. Ações de cunho educativo possibilitam uma divisão da responsabilidade com todos os atores envolvidos no processo, incluindo prestadores e usuários de serviços de saúde.

### **3.3 A consciência sanitária como ferramenta de proteção em saúde**

A vigilância sanitária, através de suas ações, tem o objetivo de implementar concepções e atitudes éticas na qualidade das relações, nos processos produtivos, no ambiente e nos serviços. Por isso, apresenta potencial para enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no Brasil, que reflete na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos.

A Constituição Federal estabelece um conceito ampliado de saúde que resulta de políticas econômicas e sociais. Essa nova visão demanda um avanço no plano da consciência sanitária de todos os segmentos sociais pela valorização da qualidade das relações, dos produtos, processos, ambientes e serviços (LUCCHESE, 2001).

A partir da necessidade de se traçar diretrizes para formulação de planos de ação em vigilância sanitária que pudessem ser elaborados de forma mais eficiente pelos estados e municípios, a ANVISA, por meio da Portaria nº 1.052 de 08 de maio de 2007, criou o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). A construção da consciência sanitária é um dos eixos de discussão do PDVISA. De acordo com o documento, a parceria com a sociedade é fundamental para a concretização das ações de vigilância sanitária e, portanto, se faz necessário desenvolver atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e o estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade, com a finalidade de incremento da consciência sanitária. A conscientização da população de seus direitos é imprescindível, para que possam cobrá-los, pensando em saúde como um projeto de vida baseado na autonomia, na democracia e na justiça social.

Para cumprir seu objetivo de proteger a saúde da população, a vigilância sanitária necessita utilizar um amplo conjunto de ações com diferentes instrumentos. Um dos seus instrumentos é a legislação sanitária, que estabelece parâmetros e padrões para os serviços, processos e produtos. Essa normatização precisa ser disseminada e internalizada pelo setor

regulado, o que demanda da vigilância sanitária o desenvolvimento de atividades de cunho educativo e orientador para cumprir esse propósito (BRASIL, 2011).

Durante muito tempo, a atuação da vigilância sanitária tinha como principal foco as ações de fiscalização com estratégia de intervenção, na qual predominavam o exercício do poder de polícia. Entretanto, cabe também à vigilância sanitária a divulgação de informações adequadas e pertinentes para estimular uma atitude mais proativa e participativa do cidadão na defesa de sua saúde.

Para alcançar transformações no âmbito da promoção e proteção das condições saúde, a abrangência da atuação da vigilância sanitária nas relações entre regulador e regulado deve ser ampliada. As funções normativas e regulatórias da vigilância sanitária devem ser complementares à função educativa que informa e orienta, contribuindo para a construção da consciência sanitária (LUCCHESI, 2001).

Para Paim (2003), diante de um cenário contemporâneo complexo e tortuoso, a conscientização do setor regulado, da comunidade e dos profissionais de saúde é um pré-requisito para se alcançar um elevado nível de envolvimento com a promoção da saúde da população.

O cidadão consciente frente às questões da saúde, diante de toda a complexidade de exposição a riscos é determinante para o controle sanitário. A vigilância sanitária precisa trabalhar no sentido de concretizar a educação e conhecimento ao setor regulado e não apenas seguir normas e determinações legais para prevenir riscos e garantir a saúde da população. Para Costa e Rozenfeld (2000), limita-se o alcance da vigilância sanitária nas transformações das condições de saúde e da sociedade quando a sua atuação fica restrita ao poder de polícia e à fiscalização. Embora a inspeção sanitária tenha como seu instrumento principal a fiscalização, esta deve ser envolta também de informação e educação enfocando o risco sanitário, e a coerção, quando necessária, também pode ter uma face educativa (LINS, 2001).

Silveira (2012) realizou um estudo com o objetivo de compreender a percepção de profissionais farmacêuticos de farmácias e drogarias acerca de um projeto educacional de informação e conhecimento em vigilância sanitária desenvolvido pela Vigilância Sanitária de Juiz de Fora, em Minas Gerais, cujo propósito era promover a consciência sanitária do setor regulado. Os farmacêuticos entrevistados relataram que através do projeto educacional passaram a ter a percepção de que existem dois papéis por parte da vigilância sanitária, pois até então acreditavam que só existia um, o punitivo. Para eles, também foi possível compreender que além do papel de polícia, existe uma ação de parceria, de educação e de conscientização na atuação da vigilância sanitária. Além disso, entenderam que o papel educativo também passa

pela coerção, que não pode deixar de existir, e que a fiscalização é um instrumento de melhoria da qualidade.

Para a autora do estudo, a fiscalização sanitária não pode se deter apenas a elaborar relatórios quantitativos com o número de inspeções realizadas, interdições, cadastramentos e multas expedidas, pois essas informações pouco contribuem para a construção da consciência sanitária. Uma fiscalização que não gere informação ao setor regulado e ao consumidor perde o sentido, assim como uma punição que não estabeleça uma rede social de condenação tende a se tornar uma ação repetitiva e passiva de proteção corporativa.

Por meio da circulação de informações, pode-se criar uma consciência sanitária embasada na ideia de saúde como necessidade social. Quando as informações são transmitidas de maneira eficiente em vigilância sanitária, promove-se a conscientização, aumentando os acertos e diminuindo os erros e os riscos expostos à população. A construção gradual de uma consciência sanitária acontece a partir das experiências vivenciadas no cotidiano.

Nas inspeções realizadas pelos fiscais de vigilância sanitária de Fortaleza aos estabelecimentos odontológicos, o agente de fiscalização tem a oportunidade de levar aos responsáveis pela atividade informações sobre a legislação sanitária que regulamenta o funcionamento dos serviços, esclarecer dúvidas, ouvir sugestões e, até mesmo, críticas sobre a atividade de fiscalização em vigilância sanitária. As visitas da fiscalização proporcionam a existência de um canal de comunicação e educação em saúde, levando à democratização do conhecimento e representando o caráter pedagógico dos atos administrativos. Entretanto, para que o fiscal de vigilância sanitária possa exercer esse papel, além de técnico deve ser também humanista e ter habilidade de se comunicar, de maneira que possa transformar a informação técnica, que lhe é habitual, em uma informação mais acessível e de fácil entendimento.

O reconhecimento do papel também educativo, além da tradicional atuação coercitiva da fiscalização da vigilância sanitária, ainda é precário dentro das instituições, que minimizam a importância da comunicação e da construção da consciência sanitária, preocupando-se mais com a emissão de licenças e a arrecadação de taxas. É necessário que os gestores se conscientizem dos benefícios que a educação sanitária pode gerar para o controle dos riscos dos estabelecimentos e invistam no treinamento e capacitação de seus agentes sanitários.

## **4 METODOLOGIA DO ESTUDO**

Neste capítulo, é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa e o desenvolvimento do método proposto. Inicialmente, as características da pesquisa serão apresentadas, classificando-a quanto à sua natureza, aos seus objetivos, aos seus procedimentos técnicos e à abordagem do problema. Em seguida, o método aplicado para o alcance dos objetivos propostos no estudo será abordado, através dos procedimentos e instrumentos utilizados na coleta e análise de dados.

### **4.1 Classificação da pesquisa**

A metodologia utilizada nesta pesquisa pode ser classificada, quanto a sua natureza em pesquisa aplicada, tomando como referência a classificação de Ganga (2012). Para o autor, a pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos para a aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais. No caso do presente estudo, a partir do conhecimento do grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas de funcionamento dos estabelecimentos de odontologia do município de Fortaleza, poderão ser propostas estratégias de educação e de promoção da consciência sanitária pela vigilância sanitária para os responsáveis dos estabelecimentos odontológicos. Através da obtenção da opinião dos responsáveis sobre a legislação e as dificuldades para cumpri-la em sua totalidade, será possível fazer uma análise sobre a viabilidade e razoabilidade das exigências de boas práticas constantes na legislação no dia a dia dos estabelecimentos.

A pesquisa inicia-se utilizando fontes bibliográficas como livros, teses, dissertações, artigos e demais fontes relacionadas ao tema com o objetivo de ampliar os conhecimentos relacionados à vigilância sanitária, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, à atuação do serviço de vigilância sanitária no município de Fortaleza e à importância da educação em saúde e consciência sanitária para promoção e prevenção da saúde da população. Em seguida, foram selecionados os estabelecimentos de odontologia que requereram pelo menos três licenças sanitárias nos no período de 2014 a 2018, com o objetivo de se identificar aqueles que costumavam cumprir as exigências da legislação sanitária para atividade odontológica. Tomando como referência a Portaria Municipal/SMS nº 906 de 2019, que regulamenta as boas práticas dos serviços odontológicos no município de Fortaleza, um questionário foi elaborado e aplicado aos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos enquadrados na pesquisa, com a finalidade de se identificar o grau de influência dos fatores



relacionados ao cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento para consultórios odontológicos constante na legislação que compete à atividade. Com base nessas etapas da pesquisa, esta pode ser caracterizada como exploratória e descritiva, já que se assemelha ao conceito apresentado por Gil (2010), que relata a pesquisa exploratória como aquela que proporciona maior familiaridade com o tema, assumindo a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Já a pesquisa descritiva, para o autor, descreve as características de determinadas populações aos fenômenos, utilizando técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionários e a observação sistemática.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa tem caráter documental, pois, levando em conta o conceito estabelecido por Prodanov e Freitas (2013), organiza informações que se encontram dispersas, conferindo-lhes importância como fonte de consulta, na medida em que utilizará os termos lavrados nos processos de licenciamento sanitário como uma fonte de dados para a pesquisa. A pesquisa também assume a característica de um estudo de caso, pois vai ao encontro da definição dada por Yin (2010), propondo-se a investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente visíveis.

Para Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa quantitativa busca traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, utilizando para isso técnicas estatísticas, tendo como fonte um questionário estruturado e objetivo. Já a pesquisa qualitativa, não utiliza dados estatísticos como o centro do processo do processo de análise do problema, pois os dados coletados nessas pesquisas são descritivos e retratam o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Tomando como base os conceitos estabelecidos pelos autores, a presente pesquisa tem abordagem quantitativa, pois traduziu em números a influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas de funcionamento dos estabelecimentos odontológicos. A pesquisa também tem abordagem qualitativa, na medida em que fez uma análise da opinião dos entrevistados sobre a legislação sanitária relativa aos estabelecimentos odontológicos.

## **4.2 Método proposto**

A educação em saúde é capaz de induzir a mudança de comportamento relativo à saúde. As suas ações procuram reforçar hábitos positivos de saúde, de maneira individual e coletiva e devem ser: estimulativas, para levar o indivíduo a participar do processo educativo;

exercitativas, para melhor assimilação, aquisição e formação de hábitos; orientadoras e didáticas, para melhor compreensão do conteúdo pelo indivíduo (REIS *et al.*, 2010).

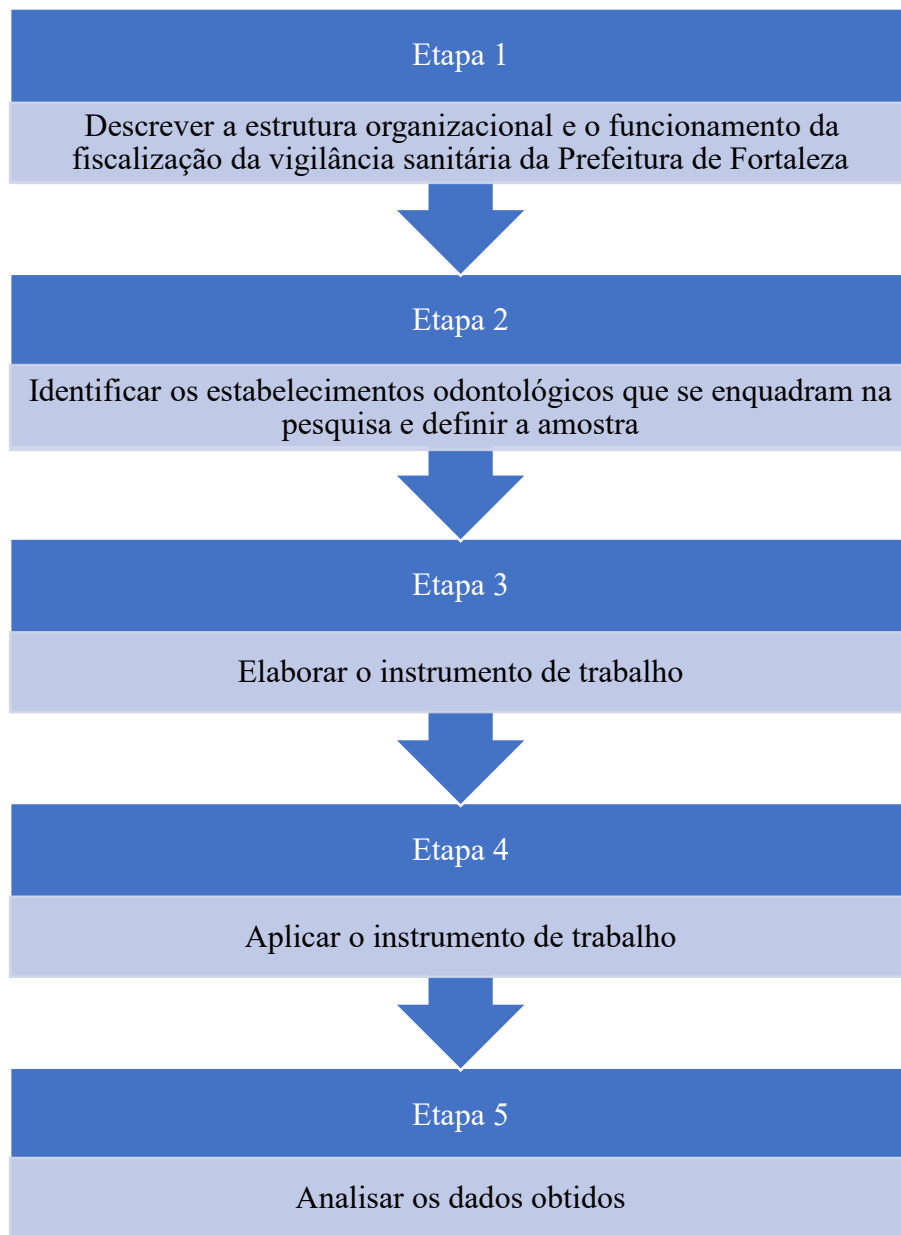
A atuação dos profissionais de saúde, hoje em dia, é mercada pelo rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Além das exigências envolvendo permanente necessidade de atualização e capacitação profissional, é importante que sejam reforçadas práticas que possam tornar os profissionais sempre aptos a garantir a segurança deles próprios como trabalhadores e também dos usuários.

Nesse contexto, identificar a influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas pelos estabelecimentos odontológicos é importante para conhecer se os responsáveis pelo serviço possuem consciência sanitária, e se esse é um fator de grande influência no comportamento sanitário dos estabelecimentos, além de outros fatores, como: receio da punição da fiscalização, da perda de pacientes, de ser processado pelo paciente ou pelo funcionário, entre outros.

As etapas para o desenvolvimento desta pesquisa são descritas e detalhadas a seguir. O presente estudo foi estruturado em cinco etapas: descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária da Prefeitura de Fortaleza; identificar os estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definir da amostra; elaborar o instrumento de trabalho; aplicar o instrumento de trabalho e analisar os dados obtidos.

O esquema abaixo, ilustrado pela Figura 2, mostra a proposta de cada etapa:

Figura 2 – Esquema de etapas do método proposto



Fonte: Elaborada pela autora.

#### ***4.2.1 Etapa 1 – Descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza***

Nesta etapa, descreve-se a estrutura organizacional da vigilância sanitária de Fortaleza e do serviço de fiscalização sanitária do município. Foram explanados os objetivos da atuação da vigilância sanitária, seu campo de ação, o órgão ao qual compete a ação fiscalizatória e como ela acontece. Esta etapa é importante para o entendimento sobre o

funcionamento da vigilância sanitária no município de Fortaleza, o processo de licenciamento dos estabelecimentos e a atuação da fiscalização sanitária.

Ao fim desta etapa, foi possível obter informações que proporcionaram maior familiaridade com funcionamento do serviço de vigilância sanitária de Fortaleza, o que contribuiu para o acesso às informações necessárias para a etapa seguinte de identificação e seleção da amostra do estudo. Portanto, esta etapa relaciona-se com o primeiro objetivo específico deste estudo: Identificar o comportamento sanitário dos estabelecimentos de odontologia nas inspeções sanitárias ao longo do período determinado na pesquisa.

#### ***4.2.2 Etapa 2 – Identificar os estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definir a amostra***

Nesta etapa, relata-se como foi realizado o levantamento de todos os estabelecimentos odontológicos que obtiveram licença sanitária no período estabelecido neste estudo, entre os anos de 2014 e 2018, além dos critérios de seleção daqueles que compuseram a amostra.

Esta fase foi de extrema importância para aplicação do instrumento de coleta de dados e corroborou para o alcance do primeiro objetivo desta pesquisa: Identificar o comportamento sanitário dos estabelecimentos de odontologia nas inspeções sanitárias ao longo do período determinado na pesquisa.

#### ***4.2.3 Etapa 3 – Elaborar o instrumento de trabalho***

Esta etapa corresponde à elaboração do instrumento de trabalho aplicado aos responsáveis técnicos pelos estabelecimentos de odontologia selecionados na pesquisa (Apêndice A). Para o estudo, optou-se por escolher o questionário como ferramenta de coleta de dados, pois, de acordo com Gil (2010), o questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, opiniões, sentimentos, interesses, etc.

O objetivo desta fase é verificar o grau de influência atribuído pelos dentistas aos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas de seus estabelecimentos odontológicos na tentativa de identificar se esse comportamento se relaciona com a consciência sanitária dos entrevistados. Com isso, esta etapa buscou também atingir o segundo objetivo específico deste

estudo: Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos.

#### ***4.2.4 Etapa 4 – Aplicar o instrumento de trabalho***

Nesta etapa, descreve-se como o questionário foi aplicado aos dentistas responsáveis técnicos pelos estabelecimentos selecionados no estudo. Relata-se a realização de pré-teste e os objetivos de sua aplicação. Com isso, assim como a fase anterior, esta fase busca atender o segundo objetivo específico: Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos.

#### ***4.2.5 Etapa 5 – Analisar os dados obtidos***

Nesta etapa, foi realizada a análise dos dados obtidos através do questionário. A tabulação e consolidação das informações coletadas foi realizada através da utilização de recursos de planilha eletrônica. Em seguida, os dados foram exportados para o software estatístico. Para as interpretações e análises dos resultados foram aplicados os métodos estatísticos clássicos de análise descritiva de dados, em particular, testes de hipóteses.

Com base nas interpretações das médias, desvios-padrão e dos coeficientes de variação, foi analisado o comportamento do grau de influência relacionado ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos.

Para a análise da terceira parte do questionário, que corresponde a duas questões abertas uma a respeito da opinião dos pesquisados sobre as exigências da legislação e a outra relacionada às dificuldades enfrentadas para manter as boas práticas dos estabelecimentos odontológicos exigidas pela vigilância sanitária, foi realizada uma análise interpretativa do relato dos participantes.

Através desta etapa, permitiu-se o alcance do segundo e do terceiro objetivos específicos deste estudo: Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos; e Relacionar os fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos com o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos.

### 4.3 Considerações finais sobre a metodologia da pesquisa

Este capítulo apresentou a metodologia da pesquisa e o método proposto para a montagem e análise dos resultados obtidos no estudo. As etapas necessárias para o alcance dos objetivos propostos foram expressas e a eles relacionadas.

O Quadro 1 apresenta a correlação entre os objetivos do estudo e as etapas em que cada um será atingido, de acordo com o que foi descrito na metodologia.

Quadro 1 - Correlação entre objetivos e etapas da pesquisa

<b>PERGUNTA DA PESQUISA</b>		
Como analisar o grau de influência dos fatores relacionados à consciência sanitária sobre o cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária nos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza-CE?		
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ETAPA ONDE O OBJETIVO FOI ALCANÇADO</b>
Analisar o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária sobre o comportamento sanitário dos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza.	1. Identificar o comportamento sanitário dos estabelecimentos de odontologia nas inspeções sanitárias ao longo do período determinado na pesquisa	Etapa 1: Descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza. Etapa 2: Identificação dos estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definição da amostra
	2. Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos	Etapa 3: Elaboração do instrumento de trabalho Etapa 4: Aplicar o instrumento de trabalho
	3. Relacionar os fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos com o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos.	Etapa 5: Analisar os dados obtidos

Fonte: Elaborada pela autora.

No próximo capítulo, serão apresentados os resultados alcançados com a implantação das etapas do método proposto explicitadas neste capítulo.

## **5 APLICAÇÃO DO MÉTODO PROPOSTO E RESULTADOS**

Este capítulo tem o objetivo de mostrar os resultados alcançados com a aplicação do método proposto e, por consequência, com o alcance dos objetivos deste estudo, mediante a realização de todas as etapas de implantação mencionadas no capítulo anterior.

### **5.1 Etapa 1 – Descrever a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza**

Nesta etapa, inicialmente, será descrita a estrutura organizacional do serviço de vigilância sanitária do município de Fortaleza e seu funcionamento, no que concerne ao licenciamento dos estabelecimentos.

#### **a. A vigilância sanitária no município de Fortaleza**

A vigilância sanitária do município de Fortaleza faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Está submetida à Coordenadoria de Vigilância à Saúde, sendo representada pela Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA). Compete à CEVISA as funções de coordenação e regulamentação das ações de vigilância sanitária do município em consonância com as diretrizes do SNVS.

A vigilância sanitária de Fortaleza atua na proteção e prevenção de riscos através do controle de serviços e produtos. Possui poder de polícia, condicionando as ações de interesses particulares em nome da proteção do coletivo e do interesse social. O seu campo de atuação envolve: produtos e serviços alimentícios; produtos e serviços farmacêuticos; produtos e serviços químicos; produtos e serviços relacionados à saúde e prestação de serviços em saúde.

O licenciamento sanitário dos estabelecimentos é concedido pela Secretaria Municipal de Saúde por meio da licença sanitária,

[...] documento que formaliza o controle sanitário do estabelecimento, visando garantir boas condições de funcionamento no tocante à saúde da população, concedendo o direito do estabelecimento de desenvolver atividade econômica de interesse à saúde, no município de Fortaleza, em determinado local de uso público ou privado. (FORTALEZA, 2018, p. 41).

Para fins de licenciamento sanitário, a Secretaria Municipal de Saúde segue a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA/MS nº 153, de 26/04/2017, que classifica

as atividades econômicas de interesse da vigilância sanitária quanto ao seu grau de risco, isto é, quanto ao nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física, à saúde humana e ao meio ambiente em decorrência de atividade econômica. De acordo com o art. 5º da Resolução, são considerados de alto risco as atividades que exigem inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável antes do início da operação do estabelecimento. Os estabelecimentos de baixo risco, de acordo com a mesma Resolução, são as atividades cujo início da operação do estabelecimento ocorrerá sem a realização de inspeção sanitária ou análise documental prévia pelo órgão responsável. A Instrução Normativa – IN/ANVISA/MS nº16, de 26/04/2017, estabelece a lista de classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) classificadas por grau de risco para fins de licenciamento, a qual é utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Todas as atividades econômicas de interesse sanitário devem cumprir a legislação sanitária vigente, ficando a cargo da Agência de Fiscalização de Fortaleza a fiscalização dos estabelecimentos.

A administração executiva da Prefeitura de Fortaleza, atualmente, está dividida em Secretarias Regionais, órgãos responsáveis pela execução das políticas públicas definidas pelo poder executivo municipal. Ao todo são sete secretarias: Secretaria Regional I, Secretaria Regional II, Secretaria Regional III, Secretaria Regional IV, Secretaria Regional V, Secretaria Regional VI e Secretaria Regional do Centro. Cada Secretaria Regional é responsável por uma área do município, abrangendo um número variado de bairros, e dispõem de sede própria para atender a demanda por serviços básicos de infraestrutura, saúde, educação, segurança e meio ambiente. (FORTALEZA, 2014).

Em cada Secretaria Regional, com exceção da Secretaria Regional do Centro, a SMS possui uma coordenadoria responsável pela administração executiva dos serviços de saúde da região. No caso da Secretaria Regional do Centro, a administração dos serviços de saúde fica a cargo da Secretaria Regional II. (FORTALEZA, 2019).

A seguir, será apresentada a estrutura da fiscalização da vigilância sanitária no município de Fortaleza, bem como seu campo de atuação e procedimentos de inspeção sanitária.

## **b. A fiscalização da vigilância sanitária no município de Fortaleza**

Até o ano de 2014, era de responsabilidade da CEVISA a execução das atividades de fiscalização da vigilância sanitária. Entretanto, com a criação da Agência de Fiscalização de Fortaleza - AGEFIS, por intermédio da Lei Complementar nº 190, de 22 de dezembro de 2014,



coube à agência a implementação da política de fiscalização urbana municipal, cujo um dos objetos de fiscalização é a vigilância sanitária.

A AGEFIS é responsável pelo planejamento, gerenciamento, execução, processamento e monitoramento das atividades de fiscalização no município de Fortaleza, que incluem, além da fiscalização sanitária, a de obras e posturas; uso e conservação das vias públicas, passeios e logradouros; funcionamento de atividades; meio ambiente; limpeza pública; entre outras. (FORTALEZA, 2019a).

Os fiscais de vigilância sanitária da AGEFIS são profissionais de nível superior, servidores efetivos das carreiras da área de fiscalização da Prefeitura de Fortaleza. De acordo com informações colhidas na AGEFIS, atualmente, o quadro de fiscais é composto por 05 odontólogos, 17 enfermeiros, 14 nutricionistas, 11 engenheiros de alimentos, 08 veterinários, 04 químicos e 16 farmacêuticos. Aqueles que atuam nas inspeções sanitárias, estão distribuídos nas Secretarias Regionais de Fortaleza e atuam nos estabelecimentos correspondentes a cada secretaria, com exceção da Secretaria Regional do Centro, que não possui fiscais de vigilância sanitária, e cuja área correspondente é fiscalizada pelos fiscais da Secretaria Regional I.

As atividades de fiscalização exercidas pelos fiscais de vigilância sanitária da AGEFIS são priorizadas considerando o risco sanitário, denúncias, histórico dos estabelecimentos, dentre outros planejamentos estratégicos para promoção e preservação da saúde pública. Atuam onde se processe a prestação de serviços, produção, industrialização, o De acordo com o tipo de estabelecimento, produto, processo produtivo e serviço envolvido, é designada uma equipe composta por fiscais com expertise na atividade a ser fiscalizada.

Nas inspeções sanitárias, um dos instrumentos utilizados é o roteiro de inspeção. Grande parte das atividades sanitárias fiscalizadas AGEFIS possui roteiros específicos de fiscalização, desenvolvidos pela CEVISA e publicados através de Portarias Municipais. Estes permitem a avaliação da estrutura dos estabelecimentos, seus processos de trabalho e resultados. A aplicação dos roteiros possibilita a harmonização da avaliação das equipes de fiscalização.

Durante as inspeções, os fiscais de vigilância sanitária identificam irregularidades presentes nos serviços, processos produtivos e produtos relacionados à saúde que podem trazer riscos à população. Utilizando as legislações que norteiam as atividades de interesse à saúde, em determinados momentos, é necessária a intervenção, e a fiscalização pode agir desencadeando punições diante das irregularidades encontradas. Em casos de risco eminente à saúde da população, é preciso exercer o poder de polícia, inerente à fiscalização da vigilância sanitária (SOUZA; COSTA, 2010).

## **5.2 Etapa 2 – Identificar os estabelecimentos odontológicos que se enquadram na pesquisa e definir a amostra**

Nesta etapa, será realizado um levantamento dos estabelecimentos odontológicos cadastrados na Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) que obtiveram licença sanitária no período de 2014 a 2018 e, a partir dessa informação, serão selecionados aqueles que possuem, pelo menos, três licenças sanitárias emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde no período estudado. A razão para a escolha do período ocorreu devido ao fato que, de acordo com informações colhidas nas coordenadorias regionais de saúde das Secretarias Regionais de Fortaleza, só seria possível obter informações fidedignas e sem sua totalidade sobre as licenças sanitárias emitidas a partir do ano de 2014, pois o sistema de emissão de licença sanitária mais antigo da Secretaria Municipal de Fortaleza disponível para acesso e consulta, conhecido como “Admin”, só fornece informações das licenças emitidas a partir do ano de 2014. Em 2018, a Secretaria de Saúde passou a utilizar um novo sistema com essa finalidade, chamado de “Fortaleza Online”.

A licença sanitária dos estabelecimentos de odontologia têm validade de um ano, de acordo com as legislações municipais referentes à licença sanitária que vigoraram entre 2014 e 2018: Portaria Municipal/SMS nº 186/2012, Portaria Municipal/SMS nº 136/2015, Portaria Municipal/SMS nº 459/2017 e Portaria Municipal/SMS nº 273/2018, que encontra-se em vigor atualmente. Considerando o tempo de tramitação do processo até sua conclusão e consequente concessão da licença sanitária, foi identificado que o maior número de licenças sanitárias emitidas apresentadas por um estabelecimento no período de 2014 a 2018 era de quatro licenças, entretanto, o quantitativo de estabelecimentos que possuíam esse número era muito pequeno. Portanto, foi estabelecido que se enquadrariam no estudo todos aqueles estabelecimentos que obtinham, no mínimo, três licenças sanitárias no período determinado.

Para se obter o quantitativo de estabelecimentos de atividade odontológica que recebeu licença sanitária entre os anos de 2014 e 2018, foi solicitado às coordenadorias de saúde das Secretarias Regionais de Fortaleza, com exceção da Secretaria Regional do Centro, que não possui, a lista de licenças sanitárias emitidas em cada ano do período estabelecido na pesquisa. A partir dessa lista, foram selecionados os estabelecimentos que possuíam entre as atividades licenciadas a atividade de odontologia e, então, identificados aqueles que possuíam três licenças sanitárias emitidas entre 2014 e 2018.

Enquadraram-se no estudo 62 estabelecimentos de odontologia, sendo 20 pertencentes à área de atuação da Secretaria Regional II, 5 à Secretaria Regional I, 8 à Secretaria

Regional III, 24 à Secretaria Regional IV e 5 à Secretaria Regional VI. Não foi identificado nenhum estabelecimento odontológico da Secretaria Regional V que se enquadrasse na pesquisa.

### **5.3 Etapa 3 – Elaborar o instrumento de trabalho**

Para elaboração do questionário, foi tomada como base a legislação municipal em vigor no ano de 2018, a Portaria Municipal/SMS nº 790 de 2018 (ANEXO A), que regulamentava a prestação de serviços de saúde em clínicas e consultórios de odontologia com e sem raio x intraoral quanto às boas práticas de funcionamento, além de aprovar o roteiro de inspeção, que servia como instrumento fiscal de padronização da inspeção sanitária. Essa Portaria esteve em vigor até o mês de setembro de 2019, quando foi revogada pela Portaria Municipal nº 906 de 2019, que ainda vigora atualmente. A razão para a escolha da legislação revogada, mas em vigor no ano de 2018, deu-se em virtude do período estabelecido na pesquisa para a seleção dos estabelecimentos que possuíam pelo menos três licenças sanitárias, entre os anos de 2014 e 2018.

O questionário foi estruturado em três partes, sendo a primeira composta por questões sobre o perfil dos responsáveis técnicos dos estabelecimentos de odontologia selecionados na pesquisa. As perguntas se relacionam ao gênero, à idade, ao tempo de formatura, à escolaridade e ao tempo de consultório particular. A segunda parte do questionário contém 40 perguntas fechadas, agrupadas em categorias, com linguagem simples e direta.

Para a mensuração das respostas, optou-se pela utilização da escala de Likert, uma mensuração multi-item idealizada com a finalidade de medir as atitudes por meio de opiniões de forma objetiva. Também denominada como uma escala de opinião, a escala de Likert é amplamente aceita e estável, sendo a mais usada em administração (LUCIAN, 2016).

De acordo com Matas (2018), o número de alternativas de resposta afeta as propriedades psicométricas das escalas tipo Likert. À medida que se aumenta o número de itens da escala, a confiabilidade do instrumento cresce, entretanto, esse aumento é significativo entre quatro a sete alternativas e menos significativo a partir de sete alternativas.

Para Dalmoro e Vieira (2013), a complexidade da tomada de decisão pode interferir nos resultados, portanto, em questionários com um grande número de questões, deve-se utilizar escalas menores a fim de diminuir o número total de opções a serem analisadas.

No questionário do presente estudo, a escala foi polarizada em quatro categorias, eliminando-se, dessa forma, o ponto central (neutro), relativo à categoria de indecisos. Segundo

Collings (2006), a opção neutra pode fazer os respondentes sentirem-se mais confortáveis em responder, mas, ao mesmo tempo, pode gerar ambivalência e indiferença do respondente, destonando da verdadeira opinião do mesmo. Assim, nessa pesquisa, a escala apresenta-se polarizada em quatro categorias, apresentando dois campos de variação, de influente e não influente, conforme apresentado a seguir:

<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
1 Não tem influência 2 Tem pouca influência 3 Tem influência 4 Tem muita influência

A terceira parte do questionário compõe-se de duas questões abertas, a primeira com o intuito de saber se os pesquisados consideram a legislação aplicada aos estabelecimentos odontológicos no município de Fortaleza muito exigente, e a segunda com a finalidade de saber se os dentistas pesquisados sentem dificuldade para manter seus consultórios/clínicas dentro dos padrões exigidos pela legislação sanitária.

#### **5.4 Etapa 4 – Aplicar o instrumento de trabalho**

Inicialmente, foi realizado um pré-teste com cinco responsáveis técnicos de consultórios odontológicos de uma Secretaria Regional de Fortaleza com o objetivo de se obter um *feedback* quanto à clareza e a pertinência das questões. Aos participantes foi feita uma explanação sobre os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser utilizada e informada, também, a possibilidade de serem feitos comentários e sugestões de outras perguntas ao pesquisador. O *feedback* foi positivo para as questões apresentadas, havendo bom entendimento dos participantes quanto às perguntas do questionário. Não foram sugeridas novas perguntas, mas alguns participantes elogiaram os objetivos da pesquisa e solicitaram informações posteriores sobre os resultados obtidos.

Aprovado o pré-teste, o instrumento de trabalho foi aplicado aos dentistas responsáveis técnicos dos estabelecimentos enquadrados na pesquisa, através de uma abordagem presencial e individual. Entretanto, durante o período de entrega, foi constatado que 7 consultórios e clínicas, dos 62 estabelecimentos selecionados, haviam encerrado suas atividades. No total, foram entregues 55 questionários. Em alguns casos, os dentistas, ao receberem os questionários, prontamente o preencheram e devolveram. Entretanto, na maioria dos casos, o questionário foi entregue e recolhido posteriormente. A aplicação e recolhimento dos questionários teve a duração de um mês, pois em algumas situações os estabelecimentos encontravam-se fechados no momento da primeira visita e em outras os dentistas responsáveis

passaram mais tempo para devolvê-los. Ligações telefônicas foram realizadas no intuito de sensibilizar os pesquisados sobre a importância da sua colaboração. Com isso, foram obtidas 45 respostas (82%) do total de 55 questionários entregues.

## **5.5 Etapa 5 – Analisar os dados obtidos**

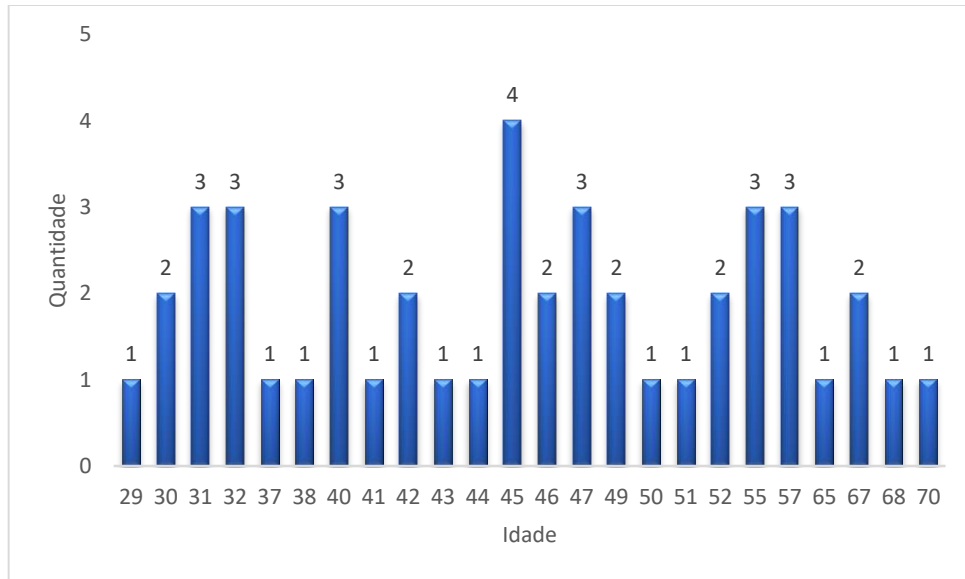
Nesta seção, são expressos os resultados da análise dos dados obtidos, com base no perfil sócio demográfico e “profissiográfico” dos dentistas envolvidos na pesquisa, da análise global dos resultados do grau de influência dos fatores e dimensões relacionados ao cumprimento das boas práticas dos consultórios odontológicos e comparativa com o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos pesquisados e da análise interpretativa das respostas das questões abertas propostas no questionário.

### ***5.5.1 Análise do perfil sócio demográfico e profissiográfico dos pesquisados***

Através do Gráfico 1, foi verificado que a idade da maioria dos pesquisados (30 entrevistados) encontra-se no intervalo de 40 a 65 anos de idade, sendo a idade mínima de 29 anos e a máxima de 70 anos. A média de idade dos pesquisados é de 46 anos.

Esses dados podem ser explicados pelo fato de que, para possuírem no mínimo três licenças sanitárias, os estabelecimentos necessitam de um tempo médio de 5 anos de funcionamento, levando em consideração o tempo de tramitação dos processos de licenciamento até sua conclusão no período determinado na pesquisa. Além disso, deve-se considerar a idade mínima de conclusão da graduação dos dentistas, que está por volta dos 22 anos, já que o curso de odontologia tem a duração mínima de 5 anos e os estudantes, normalmente, ingressam na faculdade a partir dos 17 anos. A média de idade dos pesquisados, de 46 anos, explica-se pela razão de os dentistas, geralmente, esperarem um tempo após a graduação para montarem seus próprios consultórios particulares, já que a implantação do serviço envolve investimentos altos.

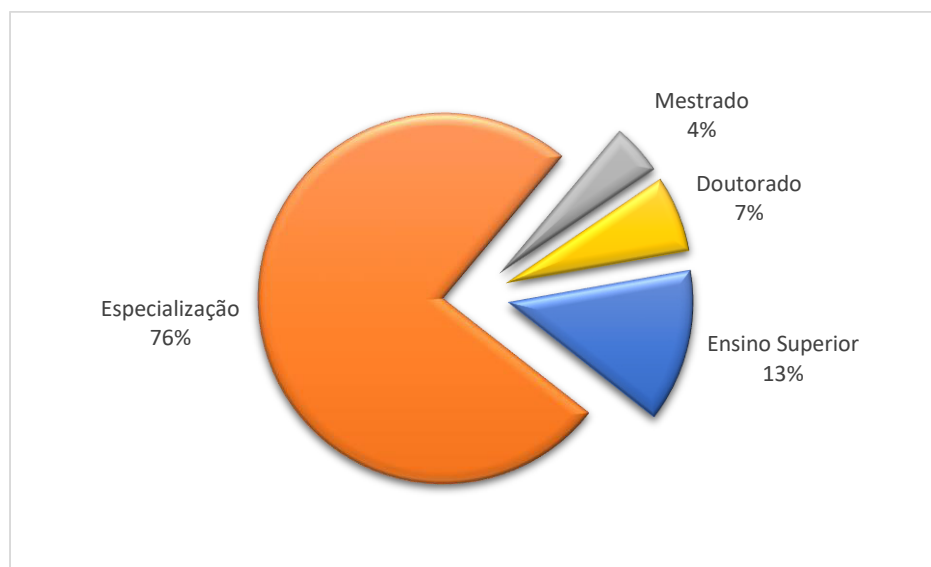
Gráfico 1 - Distribuição das idades dos pesquisados



Fonte: elaboração própria

Com relação ao nível de escolaridade, os dados obtidos mostram que a maioria dos pesquisados (87%) possui pós-graduação, sendo a modalidade especialização a mais encontrada entre os cursos de pós-graduação concluídos pelos dentistas envolvidos no estudo, como mostra o Gráfico 2. Esses dados levam a crer que os dentistas procuraram se capacitar e aumentar seus conhecimentos após a conclusão da graduação, condição fundamental para que se mantenham atualizados quanto às novas técnicas e procedimentos que surgem na área, bem como das boas práticas que as envolvem.

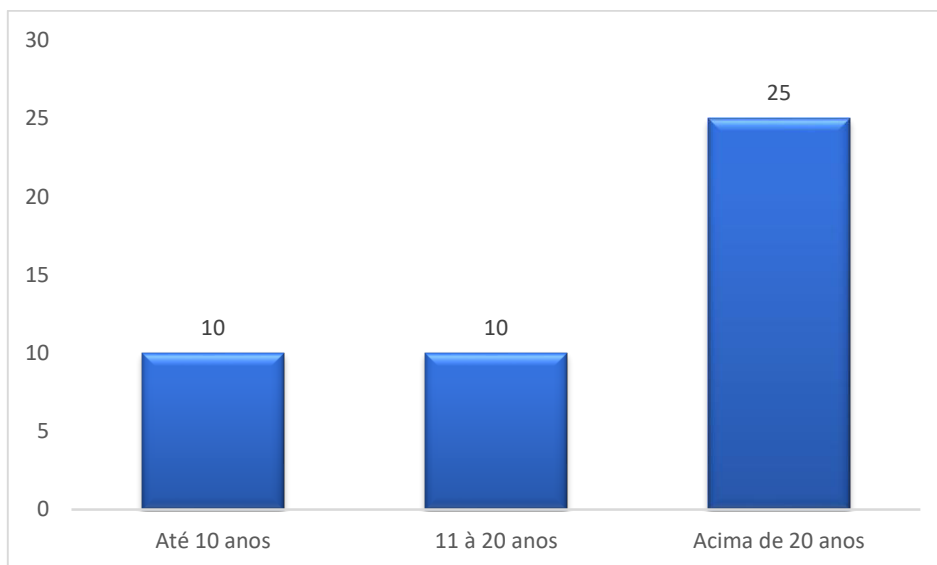
Gráfico 2 - Percentual do Nível de Escolaridade dos Pesquisados



Fonte: elaboração própria

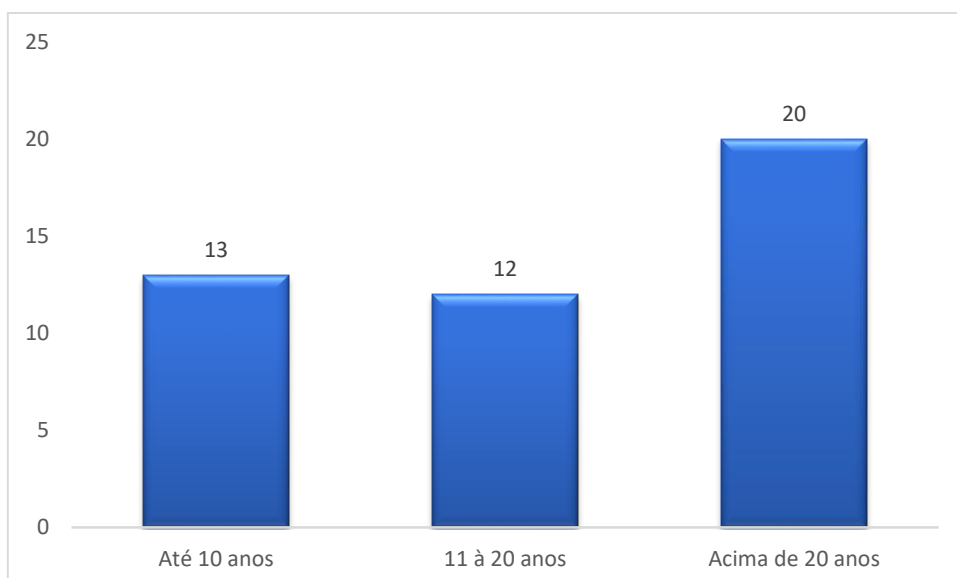
No que concerne ao tempo de formatura dos pesquisados, os dados obtidos revelam maior número de dentistas (25) no intervalo acima de 25 anos de conclusão da graduação (Gráfico 3). Esse resultado tem relação com os dados encontrados quanto ao tempo de atuação em consultório particular constantes no Gráfico 4, que apontam um maior número de dentistas no intervalo acima de 20 anos de atendimento em consultório particular, indicando que os dentista com maior experiência profissional são maioria entre os responsáveis pelos estabelecimentos que possuem pelo menos três licenças sanitárias no período de 2014 a 2018.

Gráfico 3 - Tempo de Formatura dos Pesquisados por Intervalo



Fonte: elaboração própria

Gráfico 4 - Tempo de Atendimento em Consultório Particular dos Pesquisados por Intervalo



Fonte: elaboração própria

A seguir, serão apresentados os resultados da análise de dados global dos fatores e dimensões relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos constantes no questionário.

### ***5.5.2 Análise global dos resultados do grau de influência dos fatores e dimensões relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos***

Nesta seção, serão apresentados os resultados do grau de influência no cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos relacionado a cada um dos fatores estabelecidos e suas respectivas dimensões.

O questionário mede o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas dos consultórios odontológicos com o intuito de se verificar a existência de consciência sanitária por parte dos dentistas pesquisados. Na escala de Likert, quanto maior o valor da categoria, maior a influência positiva do fator. Entretanto, algumas dimensões têm sentido contrário ao gradiente da escala, já que se relacionam com a consciência sanitária de forma invertida. Nestes casos, os valores foram inseridos na codificação de forma contrária com a finalidade de manter o mesmo sentido do constructo.

Para este estudo, estabeleceu-se que as médias maiores ou iguais a 3 serão consideradas como satisfatórias em relação à consciência sanitária, enquanto as médias abaixo desse valor serão consideradas insatisfatórias para a existência de consciência sanitária.

- **Fator Recepção e Sanitários**

Em relação ao fator **recepção e sanitários** (item 1 da Tabela 1), observa-se que os pesquisados atribuíram maior média ao grau de influência no subitem 1.2, correspondente à dimensão **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (3,87). Essa dimensão está relacionada à existência de consciência pelos dentistas nesse fator, já que leva em consideração os riscos à saúde dos pacientes. Pelas respostas dos pesquisados, a dimensão **conforto e a satisfação dos pacientes** (subitem 1.1) possui influência considerável no cumprimento das boas práticas relacionadas à recepção e sanitários, com média 3,69, próxima de 4, indicando que os dentistas demonstram preocupação com o bem-estar dos pacientes atendidos em seu serviço.

A dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 1.3), que se configura como um motivo alheio à demonstração de consciência sanitária, obteve média 2,24, mostrando



que nesse fator os dentistas possuem baixa consciência sanitária, tendo receio da punição da fiscalização. O resultado indica que, apesar de demonstrarem ter consciência sanitária quanto aos riscos relacionados à recepção e sanitários, os dentistas pesquisados cumprem a legislação sanitária também pelo receio de sofrer alguma penalidade pela vigilância sanitária, a qual pode impactar em multa, interdição, perda de licença sanitária, entre outras sanções. Esse comportamento mostrou-se similar em todos os fatores analisados a seguir.

- **Fator Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)**

Quanto ao fator **Procedimentos Operacionais Padronizados** (item 2 da Tabela 1), a dimensão **uniformidade, eficiência e coordenação das atividades realizadas no consultório** (subitem 2.1) apresentou média 3,64 mostrando ter influência considerável no fator. A dimensão **otimização do tempo de trabalho** (subitem 2.2), apresentou média 3,33 indicando também ter influência nas boas práticas relacionadas ao fator. Os POPs são procedimentos escritos de forma clara e objetiva com a finalidade de manter o processo de trabalho em funcionamento através de uma padronização, buscando assegurar que as ações de boas práticas sejam executadas conforme o planejado, evitando-se desvios na execução das atividades do serviço. Assim, verifica-se que os dentistas têm consciência do objetivo e importância do documento para as boas práticas do serviço. No entanto, a dimensão **receio da punição fiscalização** (item 2.3), apresentou média 2,44, mostrando baixa consciência sanitária dos dentistas, sendo uma dimensão influenciadora do cumprimento das boas práticas do fator em questão.

- **Fator Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos**

Sobre o fator **limpeza, desinfecção e esterilização de artigos** (item 3 da Tabela 1), as dimensões **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (subitem 3.1), **controle dos riscos de contaminação dos profissionais** (subitem 3.2) e **sucesso do tratamento** (subitem 3.3) apresentaram-se com a mesma média (3,78), indicando terem muita influência no fator. As duas primeiras dimensões relacionam-se com a existência de consciência, por parte dos pesquisados, dos riscos de contaminação dos envolvidos no atendimento odontológico, indicando a existência de consciência sanitária no cumprimento das boas práticas do serviço. A terceira dimensão, **sucesso no tratamento**, mostra preocupação dos dentistas com o resultado

do tratamento, já que caso haja erros no processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos, estes podem impactar negativamente no resultado final do tratamento.

O **receio da punição da fiscalização** (subitem 3.4) apresentou-se com média 2,33, baixa para a consciência sanitária indicando que, para os dentistas, o temor de sofrer alguma penalidade por infringir a legislação em relação ao processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos tem influência na sua decisão de cumprir as exigências da vigilância sanitária.

- **Fator Das Instalações e do Equipamento de Raio X intraoral**

Com relação ao fator **das instalações e do equipamento de raio x intraoral** (item 4 da Tabela 1), a dimensão **sucesso do tratamento** (subitem 4.3) foi a que obteve maior média (3,67) em seu grau de influência, indicando que para os dentistas essa é a dimensão mais importante para a decisão de cumprir os requisitos de boas práticas relacionadas ao serviço de raio x. A qualidade final de um exame radiográfico está diretamente relacionada tanto com as condições de funcionamento do aparelho radiográfico, quanto com as instalações físicas onde as tomadas radiográficas são realizadas e processadas. Com isso, entende-se que os dentistas pesquisados compreendem a relação entre manter as boas práticas relacionadas às instalações e ao equipamento de raio x e o sucesso do tratamento, sendo esse o provável motivo da média do fator ter se apresentado alta.

As dimensões relacionadas à consciência sanitária quanto ao controle dos riscos do serviço de raio x para os envolvidos no serviço odontológico, **controle dos riscos radioativos para os profissionais** (subitem 4.2) e **controle dos riscos radioativos para os pacientes** (subitem 4.1) , também demonstraram ter influência no fator, com médias 3,61 e 3,58, respectivamente. Esses resultados indicam que, apesar de mostrarem ter consciência sanitária quanto aos riscos do serviço de raio x, os pesquisados têm preocupação maior com a qualidade final da radiografia, a qual implicará no resultado e no sucesso do tratamento.

A dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 4.4) apresentou média 2,31, baixa para a consciência sanitária, indicando que o temor de sofrer uma penalidade pela vigilância sanitária tem influência na decisão dos dentistas em cumprir a legislação.

- **Fator Gerenciamento de Resíduos**

Quanto ao fator **gerenciamento de resíduos** (item 5 da Tabela 1) as duas dimensões relacionadas à consciência sanitária, **controle dos riscos biológicos e químicos para os profissionais que manejam o lixo** (subitem 5.1) e **controle dos riscos biológicos e químicos para o meio ambiente** (subitem 5.2), obtiveram médias 3,84 e 3,87, respectivamente, com muita influência sobre o fator, sugerindo que os dentistas possuem consciência quanto aos riscos envolvidos no incorreto descarte dos resíduos gerados na atividade odontológica, indicando uma consciência sanitária por parte dos pesquisados quanto ao fator analisado.

A dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 5.3) apresentou média 2,24, indicando ter influência no comportamento do estabelecimento quanto ao gerenciamento de resíduo. A baixa consciência sanitária da dimensão pode ser explicada pelo fato de a legislação municipal relacionada ao gerenciamento de resíduos sólidos ser bastante rigorosa quanto ao gerenciamento de resíduos de saúde, estabelecendo prazos curtos e multas onerosas.

- **Fator Limpeza e Desinfecção da Sala de Procedimentos**

Em relação ao fator **limpeza e desinfecção da sala de procedimentos** (subitem 6 da Tabela 1), as dimensões **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (subitem 6.1) e **controle dos riscos de contaminação dos profissionais** (subitem 6.2), obtiveram a maior média do grau de influência, ambas de 3,89, com muita influência no fator em questão. As duas dimensões indicam que os pesquisados têm consciência dos riscos sanitários relacionados à limpeza e desinfecção da sala de procedimentos, levando a entender que a consciência sanitária está presente na sua decisão de cumprir as boas práticas relacionadas ao fator.

As médias do grau de influência das dimensões **sucesso do tratamento** (subitem 6.3) e **conforto e satisfação do paciente** (subitem 6.4), com valores de 3,80 e 3,73, respectivamente, demonstraram que os dentistas também estão preocupados com o resultado final dos tratamentos e com a satisfação dos pacientes com o serviço. A limpeza e desinfecção da sala de procedimentos são procedimentos que, quando não realizados, podem ser facilmente notados pelos pacientes e frequentadores do consultório. Um ambiente limpo e organizado traz sensação de conforto e bem-estar a quem o frequenta, o que influencia diretamente na satisfação do paciente com a qualidade final do atendimento, bem como na sua decisão de retornar ao serviço e indica-lo a outras pessoas. Portanto, acredita-se que as altas médias alcançadas nas dimensões **sucesso do tratamento** e **conforto e satisfação do paciente** para a limpeza e desinfecção da sala de procedimentos estejam relacionadas com a preocupação dos dentistas em fidelizar seus pacientes e aumentar sua cartela de clientes.

A dimensão receio da punição da fiscalização (subitem 6.5), que não se relaciona positivamente com a consciência sanitária quanto à influência no cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos, obteve média baixa, de 2,36, indicando ter influência no comportamento sanitário dos pesquisados.

- **Fator Medicamentos, Produtos e Materiais de Consumo**

Quanto ao fator **medicamentos, produtos e materiais de consumo** (subitem 7 da Tabela 1), a dimensão **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (subitem 7.1) apresentou a maior média (3,78), seguida pela dimensão **sucesso do tratamento** (subitem 7.2), que teve sua média muito próxima à primeira (3,76). Os dados demonstram que os pesquisados têm consciência sanitária e consideram importante controlar os riscos de contaminação dos pacientes relacionados ao fator em aos medicamentos, produtos e materiais de consumo. Esses riscos estão relacionados à validade dos materiais, procedência, condições ideais de armazenamento, entre outros, que acabam tendo também relação direta com o resultado final do tratamento odontológico, podendo ser uma justificativa para as médias apresentadas serem altas e próximas uma da outra.

Verificou-se que a dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 7.3) obteve média 2,33, mostrando baixa consciência sanitária dos dentistas e influência na decisão de cumprir as boas práticas relacionadas a medicamentos, produtos e materiais de consumo.

- **Fator Abastecimento de Água e Condições de Saneamento**

No fator **abastecimento de água e condições de saneamento** (item 8 da Tabela 1), as médias das dimensões, **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (item 8.1) e **controle dos riscos de contaminação dos instrumentais** (item 8.3) obtiveram maior valor, sendo as duas iguais (3,71), mostrando ter influência considerável no fator. A dimensão **sucesso do tratamento** (item 8.4) e a dimensão **controle dos riscos de contaminação dos profissionais** (item 8.2), apresentaram média 3,69 e 3,67, respectivamente, sendo também de grande influência. Observa-se, com esses dados, que os dentistas pesquisados possuem consciência sanitária quanto aos riscos oriundos das más condições de abastecimento de água e saneamento. Entretanto, essa consciência é maior quando os riscos estão relacionados aos pacientes e ao procedimento, indicando mais uma vez a preocupação dos pesquisados com o

resultado final do tratamento e com a satisfação do paciente quanto ao serviço, fatores que estão diretamente ligados à fidelização do paciente.

A dimensão **receio da punição fiscalização** (subitem 8.5) apresentou-se com média 2,38 indicando que o temor de sofrer uma penalidade pouca influência na decisão dos dentistas em cumprir as boas práticas de abastecimento de água e saneamento, o que significa baixa consciência sanitária na dimensão.

- **Fator Saúde do Trabalhador**

Quanto ao fator **saúde do trabalhador** (item 9 da Tabela 1), a dimensão **controle dos riscos de contaminação dos profissionais** (subitem 9.1) apresentou-se com a maior média (3,82), indicando ter muita influência sobre o cumprimento das boas práticas relacionadas à saúde dos profissionais. Essa dimensão relaciona-se com a preocupação dos responsáveis técnicos com a sua saúde e de seus funcionários durante o trabalho, sinalizando, através do resultado apresentado, que os dentistas possuem consciência sanitária neste fator.

A dimensão **receio da perda de dia de trabalho dos profissionais** (subitem 9.2) apresentou a menor média (1,69). Essa dimensão não está relacionada positivamente com a consciência sanitária e pode ser justificada pelo temor dos dentistas pesquisados em perder um dia de atendimento, o que pode gerar prejuízo financeiro e insatisfação dos pacientes.

A dimensão **receio de ser processado pelo funcionário** (subitem 9.3) apresentou-se com uma baixa média (2,13). Essa dimensão também não se relaciona com a consciência sanitária e indica que a decisão dos dentistas em cumprir as exigências relacionadas à saúde do trabalhador sofre influência do temor em ser processado pelo funcionário.

O **receio da punição da fiscalização** (subitem 9.4) apresentou média 2,47, indicando, como em todos os outros fatores do estudo, que os dentistas temem sofrer sanções da vigilância sanitária, o que tem influência na sua decisão de cumprir as determinações da legislação.

- **Fator Produtos e Medicamentos Usados nos Procedimentos**

Quanto ao fator **produtos e medicamentos usados nos procedimentos** (item 10 da Tabela 1), as dimensões **sucesso do tratamento** (subitem 10.2) e **controle dos riscos de contaminação dos pacientes** (subitem 10.1) mostraram ter importância no cumprimento das boas práticas relacionadas aos produtos e medicamentos usados nos procedimentos, com

médias 3,87 e 3,80, respectivamente. O resultado implica que os dentistas possuem consciência sanitária quanto aos riscos relacionados ao não cumprimento das boas práticas que envolvem os produtos e medicamento usados nos procedimentos e que essa prática pode afetar o resultado final do tratamento, evidenciando, mais uma vez, a preocupação dos envolvidos na pesquisa com o resultado final do procedimento realizado no paciente.

O **receio da punição da fiscalização** (subitem 10.3), terceira dimensão analisada, mostrou baixa consciência sanitária dos dentistas, com média 2,42, indicando que, mesmo apresentando consciência sanitária quanto aos riscos, os dentistas ainda são influenciados pelo temor de sofrer uma penalidade pela vigilância sanitária para cumprir as boas práticas em odontologia.

- **Fator Manutenção e Conservação dos Equipamentos**

Em relação ao fator **manutenção e conservação dos equipamentos** (subitem 11 da Tabela 1) os resultados mostraram a mesma média (3,73) para as dimensões **sucesso do tratamento** (subitem 11.1) e **satisfação do paciente** (subitem 11.2), indicando que os dentistas pesquisados se preocupam com o resultado dos procedimentos executados nos pacientes e com a percepção destes sobre o tratamento, já que ambas têm influência na decisão de cumprir as boas práticas relacionadas ao fator.

A dimensão **receio de sofrer prejuízo financeiro** (subitem 11.3) apresentou média baixa para a consciência sanitária, de 1,80, indicando que a dimensão tem influência sobre a decisão dos dentistas em realizar as manutenções e conservações dos equipamentos. Os equipamentos utilizados na atividade odontológica são, em sua grande maioria, de alto custo, motivo pelo qual compreende-se a preocupação dos pesquisados em realizar as manutenções dos mesmos. Ademais, um equipamento com defeito ou fora de funcionamento, pode comprometer o atendimento e gerar ainda mais prejuízo financeiro.

A dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 11.4), com média 2,53, mostra mais uma vez ter influência nas boas práticas dos dentistas pesquisados.

- **Fator Manutenção e Conservação da Estrutura Física**

Quanto ao fator **manutenção e conservação da estrutura física** (item 12 da Tabela 1), observou-se a maior média (3,73) na dimensão **conforto e segurança para o paciente** (subitem 12.2), seguida pela dimensão **satisfação do paciente** (subitem 12.3), com média 3,71,

ambas mostrando ter muita influência no fator e inferindo a existência de consciência sanitária por parte dos dentistas pesquisados, além de evidenciar a preocupação destes com o bem-estar dos pacientes e com a percepção dos mesmos sobre a qualidade do serviço prestado.

A dimensão **conforto e segurança para os profissionais** (subitem 12.1) também mostrou ter influência considerável nas boas práticas relacionadas à manutenção e conservação da estrutura física (média 3,64). O resultado dessa dimensão indica que os dentistas se preocupam também com o seu ambiente de trabalho e acreditam na importância de este ser seguro e confortável para toda a equipe de profissionais.

A dimensão **receio da punição da fiscalização** (subitem 12.4) mostrou média 2,58, baixa para a consciência sanitária, indicando a dimensão ser influente no fator analisado

Tabela 1 – Análise do grau de influência dos Fatores e Dimensões Relacionadas ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos =45

<b>Fatores e Motivos Associados</b>	<b>Não tem influência</b>	<b>Tem pouca influência</b>	<b>Tem influência</b>	<b>Tem muita influência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>1. Recepção e Sanitários</b>						
1.1 Conforto e Satisfação do paciente	4,44%	0,00%	17,78%	77,78%	3,69	0,70
1.2 Controle de riscos de contaminação dos pacientes	2,22%	2,22%	2,22%	93,33%	3,87	0,55
1.3 Receio da punição da fiscalização	33,33%	26,67%	22,22%	17,78%	2,24	1,11
				<b>Média</b>	<b>3,27</b>	
<b>2. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)</b>						
2.1 Uniformidade, eficiência e coordenação das atividades realizadas no consultório	2,22%	2,22%	24,44%	71,11%	3,64	0,65
2.2 Otimização do tempo de trabalho	2,22%	13,33%	33,33%	51,11%	3,33	0,80
2.3 Receio da punição da fiscalização	20,00%	33,33%	28,89%	17,78%	2,44	1,01
				<b>Média</b>	<b>3,14</b>	
<b>3. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos</b>						
3.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	6,67%	0,00%	2,22%	91,11%	3,78	0,77
3.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	6,67%	0,00%	2,22%	91,11%	3,78	0,77
3.3 Sucesso do tratamento	4,44%	2,22%	4,44%	88,89%	3,78	0,70
3.4 Receio da punição da fiscalização	28,89%	24,44%	31,11%	15,56%	2,33	1,07
				<b>Média</b>	<b>3,42</b>	
<b>4. Das instalações e do equipamento de raio-x intraoral</b>						
4.1 Controle de riscos radioativos para os pacientes	5,26%	2,63%	21,05%	71,05%	3,58	0,79
4.2 Controle de riscos radioativos para os profissionais	5,26%	2,63%	18,42%	73,68%	3,61	0,79
4.3 Sucesso do tratamento	2,63%	7,89%	10,53%	81,58%	3,67	0,74
4.4 Receio da punição da fiscalização	34,21%	21,05%	28,95%	18,42%	2,31	1,13
				<b>Média</b>	<b>3,29</b>	
<b>5. Gerenciamento dos resíduos</b>						

Continua...



Continuação...

<b>Fatores e Motivos Associados</b>	<b>Não tem influência</b>	<b>Tem pouca influência</b>	<b>Tem influência</b>	<b>Tem muita influência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
5.1 Controle dos riscos biológicos e químicos para os profissionais que manejam o lixo	0,00%	2,22%	11,11%	86,67%	3,84	0,42
5.2 Controle dos riscos biológicos e químicos para o meio ambiente	0,00%	0,00%	13,33%	86,67%	3,87	0,34
5.3 Receio da punição da fiscalização	33,33%	24,44%	26,67%	15,56%	2,24	1,09
				<b>Média</b>	<b>3,32</b>	
<b>6. Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos</b>						
6.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	2,22%	2,22%	0,00%	95,56%	3,89	0,53
6.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	2,22%	2,22%	0,00%	95,56%	3,89	0,53
6.3 Sucesso do treinamento	2,22%	2,22%	8,89%	86,67%	3,80	0,59
6.4 Conforto e satisfação do paciente	4,44%	0,00%	13,33%	82,22%	3,73	0,69
6.5 Receio da punição da fiscalização	31,11%	24,44%	22,22%	22,22%	2,36	1,15
				<b>Média</b>	<b>3,53</b>	
<b>7. Medicamentos, produtos e materiais de consumo</b>						
7.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	0,00%	4,44%	13,33%	82,22%	3,78	0,52
7.2 Sucesso do tratamento	4,44%	0,00%	11,11%	84,44%	3,76	0,68
7.3 Receio da punição da fiscalização	28,89%	26,67%	26,67%	17,78%	2,33	1,09
				<b>Média</b>	<b>3,29</b>	
<b>8. Abastecimento de água e condições de saneamento</b>						
8.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	0,00%	6,67%	15,56%	77,78%	3,71	0,59
8.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	0,00%	8,89%	15,56%	75,56%	3,67	0,64
8.3 Controle dos riscos de contaminação dos instrumentais	0,00%	6,67%	15,56%	77,78%	3,71	0,59
8.4 Sucesso do tratamento	2,22%	4,44%	15,56%	77,78%	3,69	0,67
8.5 Receio da punição da fiscalização	24,44%	33,33%	22,22%	20,00%	2,38	1,07
				<b>Média</b>	<b>3,43</b>	
<b>9. Saúde do trabalhador</b>						
9.1 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	2,22%	2,22%	6,67%	88,89%	3,82	0,58

Continua...

Continuação...

<b>Fatores e Motivos Associados</b>	<b>Não tem influência</b>	<b>Tem pouca influência</b>	<b>Tem influência</b>	<b>Tem muita influência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
9.2 Receio de perda de dia de trabalho dos profissionais	60,00%	20,00%	11,11%	8,89%	1,69	1,00
9.3 Receio de ser processado pelo funcionário	42,22%	24,44%	11,11%	22,22%	2,13	1,20
9.4 Receio da punição da fiscalização	24,44%	28,89%	22,22%	24,44%	2,47	1,12
				<b>Média</b>	<b>2,53</b>	
<b>10. Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos</b>						
10.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	2,22%	4,44%	4,44%	88,89%	3,80	0,63
10.2 Sucesso do tratamento	2,22%	2,22%	2,22%	93,33%	3,87	0,55
10.3 Receio da punição da fiscalização	24,44%	31,11%	22,22%	22,22%	2,42	1,10
				<b>Média</b>	<b>3,36</b>	
<b>11. Manutenção e conservação dos equipamentos</b>						
11.1 Sucesso do tratamento	2,22%	2,22%	15,56%	80,00%	3,73	0,62
11.2 Satisfação do paciente	2,22%	2,22%	15,56%	80,00%	3,73	0,62
11.3 Receio de sofrer prejuízo financeiro	48,89%	28,89%	15,56%	6,67%	1,80	0,94
11.4 Receio da punição da fiscalização	20,00%	24,44%	37,78%	17,78%	2,53	1,01
				<b>Média</b>	<b>2,95</b>	
<b>12. Manutenção e conservação da estrutura física</b>						
12.1 Conforto e segurança para os profissionais	4,44%	2,22%	17,78%	75,56%	3,64	0,74
12.2 Conforto e segurança para os pacientes	4,44%	0,00%	13,33%	82,22%	3,73	0,69
12.3 Satisfação do paciente	4,44%	2,22%	11,11%	82,22%	3,71	0,73
12.4 Receio da punição da fiscalização						

Fonte: elaboração própria

Fim.

Pela Tabela 2, fazendo uma análise global, observa-se que dos doze fatores relacionados, apenas dois deles não obtiveram média acima de 3, **manutenção e conservação dos equipamentos** (item 11, média 2,95) e **saúde do trabalhador** (item 9, média 2,53). Esse resultado indica que a decisão de cumprir as boas práticas relacionadas à manutenção e conservação dos equipamentos e à saúde do trabalhador está relacionada a outros fatores que não aqueles que dizem respeito à consciência sanitária. No caso da primeira, a dimensão responsável pela baixa média do fator foi o **receio de sofrer prejuízo financeiro** (item 11.3, média 1,80), já no caso da segunda, deveu-se ao **receio da perda do dia do trabalho dos profissionais** (item 9.2, média 1,69). Ambas as dimensões se relacionam com a questão financeira do estabelecimento, mostrando que, para os dentistas, fatores que possam causar perda de receita e prejuízo financeiro são de grande preocupação, por isso, procuram evitá-los, cumprindo as boas práticas preconizadas para o serviço.

De acordo com a Tabela 2, a maior média encontrada entre os fatores aconteceu no fator **limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e equipamentos** (item 6, média 3,53). Logo após, o fator **abastecimento de água e condições de saneamento** (item 8, média 3,43) e os fatores **limpeza, desinfecção e esterilização de artigos** (item 3, média 3,42) e **manutenção e conservação da estrutura física** (item 12, média 3,42). Os resultados mostram que os fatores que os dentistas apresentam consciência sanitária mais satisfatória são aqueles relacionados aos riscos de contaminação do procedimento, pois mesmo no fator **abastecimento de água e condições de saneamento** (item 8 da Tabela 2), as dimensões que se relacionam com o controle de riscos de contaminação dos instrumentos e dos pacientes foram as que mais pontuaram. Ao se realizar o controle dos riscos de contaminação dos procedimentos, as chances de se obter o sucesso no tratamento e a satisfação do paciente aumentam.

Um ambiente limpo e organizado também traz satisfação e conforto ao paciente, o que influencia na sua decisão de retornar ao serviço, bem como de indicá-lo a outras pessoas. Como consequência, alcança-se a fidelização do paciente e a possibilidade de aumento da cartela de clientes, contribuindo para o crescimento da receita e para o equilíbrio financeiro do estabelecimento. Essa pode ser considerada uma explicação para a influência que os fatores apresentaram no cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos envolvidos no estudo.

Tabela 2 – Resultados dos Fatores

Fatores	Média	Desvio
1 - Recepção e Sanitários	3,27	0,45
2 - Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)	3,14	0,43
3 - Limpeza, desinfecção e esterelização de artigos	3,42	0,49
4 - Das intalações e do equipamento de raio-x intraoral	3,21	0,71
5 - Gerenciamento dos resíduos	3,32	0,41
6 - Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos	3,53	0,42
7 - Medicamentos, produtos e materiais de consumo	3,29	0,45
8 - Abastecimento de água e condições de saneamento	3,43	0,46
9 - Saúde do trabalhador	2,53	0,63
10 - Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos	3,36	0,45
11 - Manutenção e conservação dos equipamentos	2,95	0,41
12 - Manutenção e conservação da estrutura física	3,42	0,50

Fonte: elaboração própria

Em todos os fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos de odontologia foi incluída a dimensão **receio da punição da fiscalização**. A intenção desta autora é identificar se um possível temor de sofrer uma multa, interdição ou outra penalidade pela fiscalização possui influência na decisão dos dentistas em cumprir os requisitos de boas práticas preconizadas pela legislação sanitária.

Através da Tabela 3, observa-se que a média da dimensão **receio da punição da fiscalização** mostrou-se abaixo de 3 em todos os fatores analisados, isto é, insatisfatória para a consciência sanitária. A média final da dimensão foi de 2,39. Observando os valores atribuídos aos desvios-padrão (DV), identifica-se que a variabilidade da dimensão registrou um valor baixo, com coeficiente de variação (CV) de 0,04, abaixo de 30%. Para Fávero *et. al* (2009), duas faixas de classificação para o CV podem ser consideradas: se abaixo de 30%, significa que há homogeneidade dos dados e maior representatividade; mas, se acima de 30%, significa que os dados são heterogêneos, assim, com menor grau de representatividade. O resultado mostra que há uniformidade nas respostas dos pesquisados quanto à influência exercida pelo receio da punição da fiscalização sobre a decisão dos dentistas em cumprir as boas práticas em seus estabelecimentos.

De acordo com a Lei Municipal nº 8222 de 1998, as infrações sanitárias poderão ser punidas da seguinte maneira:

Art. 2º Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal, as infrações sanitárias serão punidas alternativamente ou cumulativamente, com as seguintes penalidades:

I - advertência;

II - apreensão, inutilização ou interdição do produto;

III - suspensão de atividades, vendas ou fabricação de produtos;

IV - interdição parcial ou total de atividade ou de

estabelecimento;  
 V - suspensão ou cassação da licença ou alvará;  
 VI - multa, cujo recolhimento deverá ser efetuado no prazo máximo de 20 (vinte) dias. (FORTALEZA, 2014).

A maioria das penalidades previstas na legislação sanitária resulta em algum prejuízo financeiro aos responsáveis pelo estabelecimento. Esse prejuízo pode acontecer de forma direta, através do recebimento de uma multa, por exemplo, ou indireta, consequente de uma interdição ou suspensão de atividades, que resultam em perda de dia de trabalho e diminuição da receita. Além disso, uma repercussão negativa sobre o estabelecimento pode ser gerada, levando a uma possível diminuição na sua cartela de clientes. Com isso, levando em consideração também o resultado dos outros fatores analisados no estudo, pode-se inferir que, novamente, os dentistas mostram-se preocupados com a receita de seus consultórios e com a atividade financeira do serviço, razões de grande influência em suas boas práticas.

Tabela 3 – Resultados da dimensão receio da punição da fiscalização

<b>Itens correspondentes à dimensão receio da punição fiscalização</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Coefficiente de Variação</b>
1.3	2,24	1,11	0,50
2.3	2,44	1,01	0,41
3.4	2,33	1,07	0,46
4.4	2,31	1,13	0,49
5.3	2,24	1,09	0,49
6.5	2,36	1,15	0,49
7.3	2,33	1,09	0,47
8.5	2,38	1,07	0,45
9.4	2,47	1,12	0,45
10.3	2,42	1,10	0,45
11.4	2,53	1,01	0,40
12.4	2,58	1,12	0,43
Média	2,39	0,10	0,04

Fonte: elaboração própria

Na próxima seção, as diferenças entre as médias dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas e a faixa etária dos dentistas pesquisados, seu tempo de formação e tempo de consultório particular foram verificadas no intuito de se descobrir se as mesmas são significativas ou não.

### ***5.5.3 Análise comparativa entre o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos e o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos pesquisados***

Para verificar a diferença dos fatores, foram utilizados os testes de Kruskal Wallis (para três categorias) e o teste de Mann-Whitney (para duas categorias). Estabeleceu-se o nível de significância de 1% (fortemente significativo) e 5% (significativo), que são normalmente utilizados. Contudo, neste trabalho, utiliza-se, também, o nível de significância de 10% (fracamente significativo).

Deseja-se testar as seguintes hipóteses para três categorias:

$H_0$  : Os fatores são iguais em termos de consciência sanitária

$H_1$  : Há pelo menos um fator diferente em termos de consciência sanitária

Para duas categorias, as hipóteses testadas são:

$H_0$  : Os fatores são iguais em termos de consciência sanitária

$H_1$  : Os fatores são diferentes em termos de consciência sanitária

- **Análise Comparativa dos Fatores por Faixa Etária**

Nesta análise, busca-se verificar se há diferença quanto à consciência sanitária dos dentistas pesquisados tendo em vista a faixa etária dos mesmos. Acredita-se que os dentistas mais novos, por terem concluído a graduação a menos tempo, estariam mais atualizados quanto às boas práticas da atividade odontológica. Ademais, profissionais de mais idade, de acordo com a experiência da autora no exercício da fiscalização sanitária, são mais resistentes às mudanças e atualizações concernentes ao funcionamento da atividade odontológica, deixando muitas vezes de cumprir a legislação, pelo hábito de trabalhar há muito tempo de outra maneira e também por não considerarem importantes as mudanças.

De acordo com a Tabela 4, ao se comparar a média dos fatores analisados com a faixa etária dos pesquisados, observa-se que apenas no **item 9 saúde do trabalhador** e no **item 11 manutenção e conservação dos equipamentos** o teste de hipótese apontou alguma significância, com nível descritivo fracamente significativo (0,085 e 0,084, respectivamente).

Para o fator **saúde do trabalhador (item 9)**, a faixa etária até 35 anos apresentou a menor média (2,11), enquanto as demais faixas etárias, entre 36 e 55 anos e acima de 55 anos, apresentaram a mesma média (2,63). Ao se realizar o teste de hipóteses utilizando as faixas mais nova e mais velha, o nível descritivo não apresentou significância para os níveis 1%, 5% e 10% desejados neste trabalho (0,139), indicando que não há diferença significativa em relação à consciência sanitária do fator saúde do trabalhador entre os dentistas até 35 anos de idade e acima de 55 anos de idade, apesar de suas médias terem se apresentado diferentes.

No fator **manutenção e conservação dos equipamentos (item 11)**, apesar do resultado ter apontado nível descritivo fracamente significativo quando comparadas as três faixas etárias, ao se realizar o teste de hipótese somente com as duas faixas extremas, até 35 anos e acima de 55 anos, não foi encontrada significância no nível descritivo, o que aponta que não existe diferença significativa na consciência sanitária entre os dentistas mais jovens, em início de carreira, e os mais velhos para o fator considerado.

Ao se comparar somente as faixas etárias até 35 anos e acima de 55 anos, apenas o fator **Procedimentos Operacionais Padronizados (item 2)** mostrou nível descritivo (0,027) significativo a 5% de significância, indicando que os dentistas pesquisados mais novos possuem maior consciência da importância de se padronizar os procedimentos operacionais do consultório, já que apresentaram média maior (3,26) que os dentistas considerados mais velhos (2,88). Esse resultado pode estar associado ao fato de os profissionais mais velhos já estarem habituados a sua rotina de trabalho e não acreditarem na importância da elaboração do documento e de sua implantação para a melhora dos procedimentos operacionais do serviço, o que vai ao encontro dos motivos que levaram a autora a realizar esta análise.

Tabela 4 – Análise Comparativa dos Fatores por Faixa Etária

Fatores	Até 10 anos		11 à 20 anos		Acima de 20 anos		Nível descritivo do teste para as três categorias	Nível descritivo do teste para as categorias até 35 anos e Acima de 55 anos
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
1. Recepção e Sanitários	3,19	0,24	3,32	0,46	3,17	0,59	0,579	0,888
2. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)	3,26	0,22	3,18	0,47	2,88	0,40	0,128	0,027
3. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos	3,42	0,18	3,43	0,51	3,38	0,71	0,695	0,423
4. Das instalações e do equipamento de raio-x intraoral	3,39	0,33	3,28	0,48	2,78	1,29	0,701	0,481
5. Gerenciamento dos resíduos	3,15	0,24	3,36	0,43	3,38	0,45	0,375	0,277
6. Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos	3,49	0,15	3,58	0,42	3,43	0,61	0,327	0,541
7. Medicamentos, produtos e materiais de consumo	3,11	0,17	3,35	0,48	3,29	0,52	0,258	0,277
8. Abastecimento de água e condições de saneamento	3,38	0,45	3,46	0,46	3,38	0,54	0,767	0,815
9. Saúde do trabalhador	2,11	0,28	2,63	0,65	2,63	0,69	0,085	0,139
10. Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos	3,30	0,26	3,38	0,49	3,38	0,49	0,740	0,185
11. Manutenção e conservação dos equipamentos	2,72	0,20	3,05	0,44	2,84	0,38	0,084	0,673
12. Manutenção e conservação da estrutura física	3,53	0,34	3,46	0,49	3,16	0,65	0,319	0,200

Fonte: elaboração própria

- **Análise Comparativa dos Fatores por Tempo de Formação**

A análise comparativa dos fatores por tempo de formação (Tabela 5) tem o intuito de descobrir se há diferença quanto à consciência sanitária levando em consideração o tempo de conclusão da graduação do profissional. Acredita-se que o profissional que tem menor tempo de graduação encontra-se mais atualizado quanto às boas práticas de funcionamento dos consultórios odontológicos e a sua importância para o controle dos riscos inerentes à atividade.



Ao se comparar as três faixas etárias analisadas na pesquisadas, observa-se que no item **limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos (item 6)** o nível descritivo (0,030) mostrou-se significativo a 5% de significância. Entretanto, ao se comparar as faixas de tempo de formação mais nova e mais velha, até 10 anos de formado e acima de 20 anos de formado, o teste de hipóteses apontou nível descritivo (0,054) fracamente significativo, porém muito próximo a 5%. Os pesquisados com mais de 20 anos de formados apresentaram maior média (3,57), mostrando ter mais consciência sanitária que os profissionais com menos tempo de graduação.

O item **gerenciamento de resíduos** (item 5) apresentou resultado fracamente significativo (0,076) quando comparadas as três faixas de tempo de formação, mas ao se realizar o teste de hipóteses com as duas variáveis extremas de tempo de formação, não foi encontrada significância. O resultado indica que nesse fator, não há diferença significativa entre a consciência sanitária dos dentistas com menos tempo de formação e os dentistas mais experientes.

Ao se comparar apenas as faixas até 10 anos de formação e acima de 20 anos de formação, o fator **saúde do trabalhador** (item 9) apresentou nível descritivo (0,004) fortemente significativo a 1% de significância, com os dentistas acima de 20 anos de formação mostrando maior média (3,04). Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os dentistas com maior tempo de profissão terem também mais experiência e maturidade, o que implica em maior preocupação com a sua saúde e de seus funcionários.

O fator **manutenção e conservação dos equipamentos** (item 11), ao se comparar apenas os dentistas com até 10 anos de formação e acima de 20 anos de formação, apresentou nível descritivo (0,050) significativo a 5% de significância, sendo a média maior encontrada entre os dentistas com tempo de formação acima de 20 anos (3,03). O resultado pode ser explicado pelo fato de que os dentistas com maior tempo de formação possuem também mais tempo de atuação no exercício profissional e, conseqüentemente, maior experiência com a utilização dos equipamentos, incluindo episódios de quebra e o conserto, levando-os a ter maior consciência sobre a importância de realizar a manutenção e conservação dos equipamentos.

Tabela 5 – Análise Comparativa dos Fatores por Tempo de Formação

Fatores	Até 10 anos		11 à 20 anos		Acima de 20 anos		Nível descritivo do teste para as três categorias	Nível descritivo do teste para as categorias Até 35 anos e Acima de 55 anos
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
1. Recepção e Sanitários	3,20	0,23	3,13	0,28	3,35	0,55	0,213	0,255
2. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)	3,23	0,22	3,00	0,31	3,16	0,52	0,230	0,483
3. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos	3,45	0,20	3,35	0,17	3,43	0,65	0,115	0,287
4. Das instalações e do equipamento de raio-x intraoral	3,35	0,34	3,17	0,33	3,15	0,93	0,500	0,852
5. Gerenciamento dos resíduos	3,20	0,28	3,13	0,32	3,44	0,45	0,076	0,122
6. Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos	3,50	0,14	3,48	0,19	3,57	0,54	0,030	0,054
7. Medicamentos, produtos e materiais de consumo	3,17	0,24	3,23	0,35	3,36	0,54	0,236	0,141
8. Abastecimento de água e condições de saneamento	3,40	0,43	3,40	0,40	3,46	0,51	0,704	0,577
9. Saúde do trabalhador	2,68	0,29	2,93	0,54	3,04	0,44	0,110	0,004
10. Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos	3,33	0,27	3,23	0,35	3,43	0,53	0,182	0,339
11. Manutenção e conservação dos equipamentos	2,75	0,20	2,95	0,51	3,03	0,41	0,182	0,050
12. Manutenção e conservação da estrutura física	3,55	0,33	3,43	0,31	3,36	0,61	0,687	0,529

Fonte: elaboração própria

- **Análise Comparativa por Tempo de Atendimento em Consultório Particular**

Nesta análise, constante na Tabela 6, esta autora tem o intuito de identificar se há diferença quanto à consciência sanitária quando se leva em consideração a experiência de atuação em consultório particular. O atendimento em ambiente particular difere do atendimento público, já que no primeiro caso o dentista é o proprietário do estabelecimento, sendo o responsável por todos os seus processos de trabalho, documentações, manutenções, planejamento, e sustentabilidade financeira. Assim, acredita-se que aqueles profissionais com

maior tempo de consultório particular tenham mais consciência sanitária quanto às boas práticas relativas à atividade odontológica, devido à maior experiência exercendo essa responsabilidade.

De acordo com a Tabela 6, ao se comparar os fatores relativos ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos com o tempo de atuação dos pesquisados em consultório particular, não foi encontrada significância entre as três faixas de tempo de consultório.

Ao se comparar apenas as faixas até 10 anos de atuação em consultório particular e acima de 20 anos de atuação em consultório particular, o fator **limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e equipamentos** (item 6), mostrou-se com nível descritivo (0,062) fracamente significativo a 10% de significância. Já o fator **saúde do trabalhador** (item 9), apresentou-se com nível descritivo (0,030) significativo a 5%, com maior média entre os dentistas com mais de 20 anos de consultório particular (3,00). O resultado pode ser explicado pela maior experiência de atuação no serviço pelos dentistas, que leva a uma maior probabilidade de terem sofrido ou presenciado algum acidente de trabalho envolvendo os profissionais.

Tabela 6 – Análise Comparativa dos Fatores por Tempo de Atendimento em Consultório Particular

Fatores	Até 10 anos		11 à 20 anos		Acima de 20 anos		Nível descritivo do teste para as três categorias	Nível descritivo do teste para as categorias Até 35 anos e Acima de 55 anos
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
1. Recepção e Sanitários	3,18	0,26	3,28	0,34	3,32	0,59	0,537	0,298
2. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs)	3,15	0,26	3,11	0,38	3,15	0,55	0,802	0,928
3. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos	3,44	0,18	3,46	0,26	3,38	0,71	0,598	0,353
4. Das instalações e do equipamento de raio-x intraoral	3,27	0,37	3,35	0,27	3,07	1,02	0,897	0,902
5. Gerenciamento dos resíduos	3,19	0,26	3,28	0,40	3,43	0,47	0,214	0,102
6. Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos	3,49	0,13	3,58	0,23	3,53	0,60	0,146	0,062
7. Medicamentos, produtos e materiais de consumo	3,18	0,22	3,31	0,39	3,35	0,58	0,380	0,181
8. Abastecimento de água e condições de saneamento	3,43	0,38	3,50	0,41	3,39	0,54	0,859	0,928
9. Saúde do trabalhador	2,73	0,31	3,04	0,50	3,00	0,48	0,216	0,030
10. Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos	3,31	0,25	3,33	0,38	3,42	0,58	0,405	0,235
11. Manutenção e conservação dos equipamentos	2,81	0,34	3,04	0,44	2,99	0,43	0,292	0,221
12. Manutenção e conservação da estrutura física	3,48	0,33	3,56	0,28	3,29	0,66	0,487	0,524

Fonte: elaboração própria

### 5.5.4 Análise interpretativa do relato dos pesquisados

Nesta seção, serão analisados os resultados obtidos na terceira parte do questionário, referente à opinião dos pesquisados sobre às exigências da legislação sanitária aplicada aos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza e sobre às dificuldades encontradas para manter as boas práticas exigidas.

De acordo com a Tabela 7, ao serem indagados sobre se consideram a legislação sanitária referente às boas práticas dos estabelecimentos odontológicos muito exigente, os

dados revelaram que 60% dos dentistas pesquisados não consideram a legislação muito exigente. Para 33,3% dos pesquisados, a legislação sanitária é muito exigente, enquanto 6,7% a consideram exigente em parte.

Tabela 7 – Opinião dos pesquisadores quanto a exigência da legislação

<b>Opinião</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Sim	15	33,3
Não	27	60,0
Em parte	3	6,7

Fonte: elaboração própria

Entre os pesquisados que não consideraram a legislação sanitária para consultórios odontológicos exigente, alguns complementaram suas respostas considerando as exigências necessárias para proteção da saúde dos profissionais, dos pacientes e do meio ambiente. Entretanto, outros recomendaram ser importante que a fiscalização tenha bom senso e razoabilidade na aplicação da legislação.

A Tabela 8 apresenta as exigências consideradas desnecessárias para os profissionais que acreditam que a legislação sanitária referente às boas práticas para consultórios odontológicos muito exigente. A necessidade de realização semanal do controle biológico da esterilização em autoclave foi a mais citada, aparecendo em 8 respostas. A Portaria Municipal nº 790/2018 estabelecia que o processo de esterilização do serviço de odontologia fosse monitorado através de indicadores biológicos semanalmente, esta exigência permanece na Portaria Municipal nº 906/2019, que revogou a primeira e é utilizada atualmente. De acordo com os respondentes, a periodicidade estabelecida para a realização do monitoramento biológico poderia ser maior.

O prazo de renovação das documentações também recebeu destaque entre as exigências da legislação consideradas desnecessárias, em especial, o prazo de validade da licença sanitária, citado em 4 respostas. A Prefeitura Municipal de Fortaleza, através da Secretaria Municipal de Saúde, estabelece o prazo de um ano de validade para o documento. Essa determinação esteve prevista em todas as legislações municipais relativas à matéria que compreenderam o período estabelecido na pesquisa, Portaria Municipal/SMS nº 186/2012, Portaria Municipal/SMS nº 136/2015 e Portaria Municipal nº 459/2017. Atualmente, vigora a Portaria Municipal nº 273/2018, que institui o fluxo e as documentações necessárias para a solicitação da licença sanitária e dá outras providências, na qual consta também o prazo de um ano para renovação da licença sanitária dos estabelecimentos de alto e baixo risco. Os dentistas

consideram que os prazos das documentações relativas à licença sanitária e às manutenções que envolvem as atividades do consultório poderiam ser mais longos, pois a realização das mesmas gera alto custo ao estabelecimento. Para a licença sanitária, houve a sugestão de que o histórico do comportamento sanitário de cada estabelecimento fosse anteriormente considerado para a determinação do prazo de validade de sua licença sanitária.

A necessidade de laudo técnico do aparelho de raio x também foi citada como desnecessária em 3 respostas. A legislação sanitária para consultórios odontológicos com aparelhos de raio x periapical exige a apresentação de laudo técnico fornecido por profissional especialista em radiodiagnóstico. No entanto, no município de fortaleza, existem poucos profissionais com essa capacitação, o que torna a aquisição do laudo demorada e dispendiosa. O exame de raio x é considerado um exame complementar ao tratamento, sendo, normalmente, pouco utilizado pela maioria dos dentistas. Com isso, acredita-se serem essas as razões pelas quais os dentistas podem ter apontado a necessidade de apresentação do laudo técnico do aparelho de raio x como desnecessária.

O laudo de potabilidade da água foi considerado desnecessários por dois respondentes. Ambos alegaram que pelo fato de a água ser proveniente do sistema público de abastecimento de água, não haveria a necessidade de apresentação de seu laudo de potabilidade. No entanto, a empresa responsável pelo abastecimento público de água garante sua potabilidade até a chegada ao estabelecimento, pois há a possibilidade de que no sistema de encanamento ou de armazenamento de água do local esteja com sujidades capazes de comprometer a qualidade da água que sai das torneiras, razão pela qual é exigido o laudo de potabilidade da água proveniente do estabelecimento.

A necessidade de descarte após o uso das escovas de *Robinson* utilizadas em procedimentos de profilaxia bucal, por serem consideradas de uso único, foi considerada uma exigência desnecessária por um pesquisado. A presença de matéria orgânica nos instrumentos dificulta a esterilização, por isso é necessária uma limpeza prévia à esterilização para garantir que a mesma seja eficaz. Para Schmidt, Yonekura e Gil (2008), a limpeza e eliminação de micro-organismos das escovas de *Robinson* é de difícil realização, por isso recomenda que as escovas devam ser descartadas após o uso. Entretanto, Ribeiro (2018) realizou um estudo no qual utilizou detergente enzimático para desinfecção de taças de borracha e escovas de *Robinson* submetendo-as, em seguida, à esterilização em autoclave. Os resultados mostraram que o processo de esterilização em autoclave foi eficaz na eliminação dos micro-organismos, não havendo necessidade de fazer o descarte de escovas de *Robinson* e taças de borracha após

serem utilizadas no procedimento de profilaxia. O tema é polêmico e divide opiniões devido a carência de estudos sobre o assunto, o que explica a razão de ter sido citado por um pesquisado.

Outra exigência relatada por um dentista relacionou-se à localização do compressor no estabelecimento. De acordo com a Portaria Municipal/SMS nº 790/2018, o compressor deverá estar instalado em local com condições de salubridade favoráveis. Alguns consultórios odontológicos não dispõem de área externa suficiente para acomodação de seu compressor, como é o caso dos estabelecimentos localizados em prédios comerciais, por exemplo. Nestes casos, é comum que os dentistas utilizem a área dos banheiros para abrigar o equipamento, entretanto, o local é inadequado por não oferecer condições favoráveis de salubridade, não sendo, portanto, aceito pela fiscalização, o que gera a insatisfação do dentista. É importante que o profissional ao decidir instalar seu consultório, procure um local que possibilite o atendimento aos requisitos de boas práticas exigidos pela legislação sanitária.

Alguns dentistas envolvidos fizeram observações sobre a postura dos fiscais no momento das vistorias. Para os pesquisados, os agentes deveriam agir com maior razoabilidade e bom senso durante as inspeções, sendo menos rígidos e observando as particularidades e possíveis limitações de cada estabelecimento. Salientaram também que falta clareza nas considerações feitas pelos fiscais, o que gera confusão no entendimento das exigências pelos fiscalizados.

Tabela 8 – Exigências da legislação considerada desnecessárias

Nº	Exigências	Nº de Respostas
1	Realização semanal do teste biológico da autoclave	8
2	Renovação anual da licença sanitária	4
3	Prazos curtos para realização de novas manutenções de equipamentos e da estrutura física	4
4	Laudo técnico do aparelho de Raio X periapical	3
5	Laudo de potabilidade da água	2
6	Escova de <i>Robinson</i> como artigo de uso único	1
7	Local de instalação do compressor	1

Fonte: elaboração própria

Quanto às dificuldades para manter as boas práticas exigidas pela legislação nos estabelecimentos odontológicos, constante na segunda pergunta da terceira parte do questionário, os resultados constantes na Tabela 9 apontaram que 21 dos dentistas pesquisados consideram difícil manter as boas práticas constantes na legislação sanitária. Para 20 dentistas,

não há dificuldade em manter as boas práticas, enquanto para um deles essa dificuldade é encontrada em parte. Deixaram de responder à pergunta 3 pesquisados.

Tabela 9 – Opinião dos pesquisadores quanto à dificuldade em manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária

<b>Opinião</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Sim	21	46,6
Não	20	44,4
Em parte	1	2,3
Não responderam	3	6,7

Fonte: elaboração própria

Entre os dentistas que não consideraram difícil manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária em seus consultórios odontológicos, alguns complementaram que à medida que as boas práticas exigidas são incorporadas à rotina do serviço, tornam-se um hábito, ficando mais fácil mantê-las.

A Tabela 10 apresenta as dificuldades para a manutenção das boas práticas exigidas pela legislação sanitária nos estabelecimentos relatadas pelos pesquisados. A principal consideração feita pelos dentistas sobre as dificuldades para manter as boas práticas em seus serviços relacionou-se ao custo. Para os dentistas envolvidos na pesquisa, os valores cobrados para renovação de documentos, como licença sanitária, alvará dos bombeiros, laudo técnico do aparelho de raio x, entre outros, são muito caros. As manutenções dos equipamentos e estrutura física também são consideradas de alto custo pelos responsáveis pelo serviço odontológico. Toda essa documentação tem prazo de validade reduzido na legislação, havendo a necessidade de renovação em um curto espaço de tempo, o que torna o processo ainda mais dispendioso, de acordo com os pesquisados.

A burocracia para aquisição da licença sanitária e para manutenção do consultório também obteve destaque entre as dificuldades encontradas pelos dentistas pesquisados. Alguns relataram que as regras e procedimentos para aquisição de determinadas documentações tornam o processo difícil e demorado, o que acaba desestimulando os profissionais a manter as boas práticas e seguir as recomendações constantes na legislação.

Outra dificuldade bastante citada relacionou-se à conscientização da equipe de trabalho quanto à necessidade de cumprir as boas práticas exigidas pela legislação sanitária. Os dentistas destacaram que precisam reforçar constantemente a rotina diária com os profissionais



que atuam nos estabelecimentos para que seja possível estabelecer o controle dos riscos da atividade e a garantia da segurança dos envolvidos no serviço.

As constantes mudanças na legislação também foram apontadas como uma das dificuldades encontradas para o cumprimento das boas práticas exigidas. A informação e a comunicação inadequada, também presentes entre os relatos, contribuem para dificultar a manutenção dos procedimentos do estabelecimento em acordo com a legislação. No período estabelecido na pesquisa para seleção dos estabelecimentos com no mínimo três licenças sanitárias, entre os anos de 2014 e 2018, vigoraram duas legislações municipais referentes à regulamentação dos serviços odontológicos com ou sem raio x periapical, a Portaria Municipal/SMS nº 19/2003 e a Portaria Municipal/SMS nº 790/2018, que entrou em vigor apenas em julho de 2018. Acredita-se que alguns dentistas foram levados a relatar essas dificuldades devido à recente revogação da Portaria Municipal/SMS nº 790 em setembro 2019, apenas pouco mais de um mês após sua publicação, pela Portaria Municipal/SMS nº 906/2019, atualmente em vigor.

Aparece na resposta de um dos pesquisados a alta quantidade de exigências da legislação como uma dificuldade para a manutenção das boas práticas no consultório odontológico. O alto volume de atendimento do consultório também foi relatado em uma das respostas do estudo. As boas práticas exigidas pela legislação sanitária envolvem procedimentos e técnicas que requerem tempo e organização para serem executadas satisfatoriamente. Um alto fluxo de pacientes, sem a determinação de um intervalo adequado para o preparo seguro do próximo atendimento, aliado a uma rotina desgastante de trabalho dos profissionais contribuem para o desajuste das boas práticas do atendimento odontológico.

Tabela 10 – Dificuldades encontradas pelos dentistas para cumprir as boas práticas exigidas pela legislação

<b>Nº</b>	<b>Dificuldades</b>	<b>Nº de Respostas</b>
1	Custo	12
2	Burocracia	4
3	Conscientização da equipe de trabalho	4
4	Constantes mudanças na legislação	2
5	Informação inadequada	1
6	Comunicação inadequada	1
7	Alta quantidade de exigências	1
8	Alto volume de atendimento	1

Fonte: elaboração própria

### ***5.5.5 Considerações finais da análise dos dados***

Após a análise dos resultados da aplicação do método proposto, constata-se que os dentistas pesquisados possuem consciência sanitária satisfatória em quase todos os fatores relacionados às boas práticas dos estabelecimentos odontológicos, pois apresentaram resultados positivos, acima de 3 para a consciência sanitária. O receio da punição da fiscalização, fator alheio àqueles relacionados à consciência sanitária, exerce influência considerável no comportamento sanitário dos pesquisados, uma vez que em todos os fatores obteve média abaixo de 3 para o constructo.

Comprovou-se também que entre os dentistas mais novos e os dentistas mais velhos não há diferença significativa quanto à consciência sanitária, com exceção das práticas relacionadas à padronização dos procedimentos operacionais de seus consultórios, nas quais os dentistas mais novos possuem mais consciência. A consciência sanitária relacionada à saúde do trabalhador é mais presente entre os dentistas com maior tempo de formação e maior tempo de consultório particular, já que o fator apresentou nível descritivo significativo nas duas análises comparativas. Os dentistas com mais tempo de formação e mais tempo de atendimento em consultório particular também apresentam mais consciência em relação à limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e equipamentos. Quanto à manutenção e conservação dos equipamentos, os dentistas com maior tempo de formação possuem maior consciência sanitária.

Através das respostas dos participantes quanto às exigências da legislação referente às boas práticas para estabelecimentos odontológicos constata-se que a maioria dos dentistas não a consideram muito exigente. A necessidade de realização semanal do teste biológico da autoclave e o prazo curto para realização de renovações de documentações são as exigências consideradas mais desnecessárias entre os pesquisados.

A proporção de dentistas que consideram difícil manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária em seus consultórios odontológicos é praticamente igual a dos que as não consideram. A maior dificuldade encontrada, de acordo com os pesquisados, relaciona-se aos custos que envolvem a manutenção das boas práticas dos consultórios.

## 6 CONCLUSÃO

Este capítulo contém as considerações finais acerca do estudo e a demonstração de como o objetivo geral e os objetivos específicos foram alcançados. As principais conclusões obtidas com a análise de dados serão apresentadas, além das limitações do estudo e das sugestões para trabalhos científicos futuros.

### 6.1 Conclusões da pesquisa

Os estabelecimentos que prestam serviços odontológicos são classificados pela ANVISA como estabelecimentos de saúde de alto risco sanitário, já que a atividade de odontologia envolve a geração de diversos riscos à população e ao meio ambiente. Assim, é imprescindível que as boas práticas preconizadas pela legislação sanitária sejam cumpridas pelos estabelecimentos para se garantir a prática segura da atividade odontológica. A vigilância sanitária do município de Fortaleza - CE realiza ações de fiscalização nesses estabelecimentos com o objetivo de prevenir danos e agravos à saúde da população, utilizando seu poder de polícia, quando necessário. Entretanto, previne-se mais efetivamente os riscos quando a consciência sanitária está presente no comportamento dos estabelecimentos.

No que se refere ao objetivo específico “Identificar o comportamento sanitário dos estabelecimentos de odontologia nas inspeções sanitárias ao longo do período determinado na pesquisa”, o assunto foi abordado nas seções 5.1 e 5.2 da aplicação do método, onde, na primeira seção foram descritas a estrutura organizacional e o funcionamento da fiscalização da vigilância sanitária de Fortaleza, para então possibilitar, na seção seguinte, a identificação do comportamento sanitário dos estabelecimentos e seleção daqueles que se enquadrariam na pesquisa.

Quanto ao segundo objetivo específico do estudo “Identificar os principais fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos”, os resultados foram expressos na seção 5.5.2 da aplicação do método, onde foram mostradas as médias e os desvios-padrão que representam o grau de influência dos fatores, e suas dimensões, relacionados às boas práticas dos estabelecimentos odontológicos.

Em relação ao objetivo específico “Relacionar os fatores influenciadores das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos com o perfil sócio demográfico e profissiográfico dos responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos”, os resultados foram abordados também na seção 5.5.3 da aplicação do método, mediante à análise da significância entre as

médias dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas e a faixa etária dos dentistas pesquisados, seu tempo de formação e tempo de consultório particular.

Portanto, este estudo, de caráter exploratório e descritivo, teve como objetivo geral analisar o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária sobre o comportamento sanitário dos estabelecimentos odontológicos do município de Fortaleza. Para alcance desse objetivo, utilizou-se como estratégia metodológica a aplicação de um questionário, utilizando a Escala de Likert para mensuração das respostas.

Ao se analisar o grau de influência dos fatores relacionados à decisão dos dentistas em cumprir as boas práticas constantes na legislação sanitária, constatou-se que os dentistas pesquisados possuem consciência sanitária satisfatória em praticamente todos os fatores relacionados às boas práticas dos estabelecimentos odontológicos, com exceção daqueles relacionados à saúde do trabalhador e manutenção e conservação dos equipamentos. O receio da punição da fiscalização, fator alheio àqueles relacionados à consciência sanitária, exerce influência considerável no comportamento sanitário dos pesquisados, uma vez que em todos os fatores obteve média abaixo de 3 para o constructo. Observou-se que todos os fatores não relacionados à consciência sanitária que apresentaram alguma significância no estudo estão ligados aos custos envolvidos no serviço odontológico, concluindo-se que a possibilidade de sofrer prejuízo financeiro possui relevância na decisão dos dentistas em cumprir as boas práticas exigidas pela legislação sanitária.

Conclui-se que, em geral, os dentistas pesquisados possuem consciência sanitária e que essa está presente e exerce influência nas boas práticas de funcionamento de seus estabelecimentos. Entretanto, os profissionais ainda enxergam a atuação da vigilância sanitária com receio de seu caráter coercitivo e punitivo. É preciso que a vigilância sanitária do município de Fortaleza promova mudanças na sua forma de atuação, de maneira a torná-la mais próxima do setor regulado, no sentido de concretizar a educação e conhecimento ao setor, formando uma parceria na proteção da saúde da população.

Os resultados mostraram que entre os dentistas mais novos e os dentistas mais velhos não há diferença significativa quanto à consciência sanitária, com exceção das práticas relacionadas à padronização dos procedimentos operacionais de seus consultórios, nas quais os dentistas mais novos apresentaram maior média.

A consciência sanitária quando comparada ao tempo de graduação e ao tempo de atuação em consultório particular não mostrou nível descritivo com alguma significância na maioria dos fatores, com exceção dos fatores saúde do trabalhador, limpeza e desinfecção da

sala de procedimentos e manutenção e conservação dos equipamentos. Em todos, os dentistas mais experientes na profissão e no atendimento em consultório particular mostraram-se mais conscientes.

Os resultados permitem concluir que o tempo de experiência na profissão contribuem para a construção da consciência sanitária dos profissionais. Nesse sentido, faz-se necessário que a vigilância sanitária aumente sua atuação sobre os estabelecimentos cujos responsáveis técnicos têm menor tempo de atuação na profissão assumindo uma dimensão educativa, de maneira que a preocupação com o risco sanitário seja incorporada à cultura desses profissionais.

Através das respostas dos participantes quanto às exigências da legislação referente às boas práticas para estabelecimentos odontológicos constatou-se que a maioria dos dentistas não a consideram muito exigente. O prazo de validade do teste biológico da autoclave, da licença sanitária e das documentações em geral se destacaram entre as exigências consideradas desnecessárias pelos pesquisados.

A proporção de dentistas que consideram difícil manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária em seus consultórios odontológicos é praticamente igual a dos que as não consideram. A maior dificuldade encontrada, de acordo com os pesquisados, relaciona-se aos custos que envolvem a manutenção das boas práticas dos consultórios.

Conclui-se que os dentistas pesquisados, em geral, possuem consciência da importância das boas práticas exigidas pela legislação, mas sentem dificuldade em mantê-las devido aos custos relacionados à atividade. A necessidade de renovação das documentações e manutenções em prazos curtos, aumentam ainda mais os custos envolvidos no serviço odontológico, o que acaba desestimulando os responsáveis pelo serviço a manter-se em acordo com a legislação.

## **6.2 Limitações da pesquisa**

Constitui-se como uma das limitações da pesquisa o pequeno tamanho da amostra. Em todo o universo de estabelecimentos odontológicos existente no município de Fortaleza, apenas 55 possuíam no mínimo três licenças sanitárias no período estabelecido pela pesquisa e estavam em funcionamento para participação na pesquisa. Desses, apenas 45 retornaram o questionário respondido.

Outra limitação relaciona-se à divergência do tamanho das amostras por Secretaria Regional, pois a maioria dos estabelecimentos selecionados na pesquisa concentravam-se nas

Secretarias Regionais IV e II, impossibilitando a realização de uma análise comparativa do grau de influência dos fatores por região de localização dos estabelecimentos.

A faixa etária entre 36 e 55 anos de idade obteve amostra com maior representatividade, 28 dos 45 pesquisados, limitando os resultados da análise comparativa do grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento das boas práticas dos estabelecimentos odontológicos entre as faixas etárias mais nova e mais velha dos dentistas envolvidos no estudo.

### **6.3 Sugestões para trabalhos futuros**

A pesquisa aqui apresentada retratou a consciência sanitária dos dentistas responsáveis pelos estabelecimentos odontológicos que têm o hábito de dar entrada em seu processo de licença sanitária anual. Entretanto, este estudo não pode ser generalizado à todos os estabelecimentos odontológicos presentes no município de Fortaleza, já que a grande maioria não solicita anualmente sua licença sanitária.

Através da metodologia adotada neste estudo, sugere-se que a investigação seja ampliada a todos os estabelecimentos que prestam o serviço de odontologia no município de Fortaleza, para que se possa ter maior conhecimento sobre a consciência sanitária presente nos dentistas que os representam e, assim, propor estratégias para a atuação da vigilância sanitária municipal.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Curso básico em vigilância sanitária unidade 02**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=3&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_3\\_advancedSearch=false&\\_3\\_groupId=0&\\_3\\_keywords=curso&\\_3\\_assetCategoryIds=508943&\\_3\\_delta=200&\\_3\\_resetCur=false&\\_3\\_cur=1&\\_3\\_struts\\_action=%2Fsearch%2Fsearch&\\_3\\_format=&\\_3\\_assetTagNames=curso+b%C3%A1sico&\\_3\\_andOperator=true&\\_3\\_forMDate=1441824476958](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_3_advancedSearch=false&_3_groupId=0&_3_keywords=curso&_3_assetCategoryIds=508943&_3_delta=200&_3_resetCur=false&_3_cur=1&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_format=&_3_assetTagNames=curso+b%C3%A1sico&_3_andOperator=true&_3_forMDate=1441824476958). Acesso em: 12 jul. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Instrução normativa nº 16, de 26 de abril de 2017**. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/IN\\_16\\_2017\\_.pdf/e721c3cd-2fcc-40f9-9e22-6e62d751328c](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/IN_16_2017_.pdf/e721c3cd-2fcc-40f9-9e22-6e62d751328c). Acesso em: 4 nov. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada n. 153, de 26 de abril de 2017**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=369377>. Acesso em: 09 set. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Curso Básico de Vigilância Sanitária: unidade 02. Brasília: [s.n.], 2015. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/3428144/Unidade\\_02+-+Sistema+Nacional+de+Vigil%C3%A2ncia+Sanit%C3%A1ria/def1a54a-7bea-4319-8307-7d52a85b29ab](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/3428144/Unidade_02+-+Sistema+Nacional+de+Vigil%C3%A2ncia+Sanit%C3%A1ria/def1a54a-7bea-4319-8307-7d52a85b29ab). Acesso em: 15 maio 2019.

AITH, F.; MINHOTO, L. D.; COSTA, E. A. Poder de polícia e vigilância sanitária no Estado Democrático de Direito. *In*: COSTA, E. A. **Vigilância sanitária temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. 240 p. (Coleção Sala de Aula, 7).

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saude, Educaçao*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, abr./jun. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200010&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Lei 8142, de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 8080, 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, set. 1990.

BRASIL. Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999 - define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa - in n.º 16, de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre a lista de Classificação Nacional de Atividades Econômicas classificadas por grau de risco para fins de licenciamento sanitário. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 80, 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 24 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.565, de 26 de agosto de 1994**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a distribuição da competência material e legislativa da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e estabelece procedimentos para articulação política e administrativa das três esferas de governo do Sistema Único de Saúde 1994. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052\\_08\\_05\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html). Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1052, de 8 de maio de 2007**. Aprova e dar divulgação ao Plano Diretor de Vigilância Sanitária, na forma do Anexo a esta Portaria. Saúde Legis, Brasília, DF, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052\\_08\\_05\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html). Acesso em: 10 abr. 2019.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

COLLINGS, D. P. **Selecting a questionnaire response scale for student feedback surveys**: a comparison of psychometric properties and student preferences among three alternatives. Perth, Austrália: Murdoch University, 2006.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995-1004, jun. 2008.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 15-40.



COSTA, E.A.; SOUTO A.C. Área Temática de Vigilância Sanitária. *In*: Paim, J.S.; Almeida Filho, N.A. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: ARTMED, 2014. p. 327-341.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **RGO revista gestão organizacional**, Chapecó, v. 6, n. 3, 2013.

DINIZ, J. F. Obstáculos ao exercício da cidadania no Brasil. **Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública**, Pombal, v. 36, n. 1, p. 49-54, jan.-mar., 2015.

EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. S. **Vigilância sanitária**. São Paulo: Petrópolis, 1998. 465 p.

FALKENBERG, M.B *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FANUCK, L. C. Justiça na saúde quem age na defesa do povo. **Saúde em Debate**, n. 19, p. 12 – 14, set./out. 1987. Disponível em: [http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.19+-+set&pesq=justi%E7a&x=57&y=11](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.19+-+set&pesq=justi%E7a&x=57&y=11). Disponível em: 14 ago. 2019.

FÁVERO, L. P. L., BELFIORE, P. P., SILVA, F. L. da, CHAN, B. L. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-21, jan. fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. Acesso em 11 jul. 2010.

FORTALEZA. **Agefis - Agência de Fiscalização de Fortaleza**, Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-344>. Acesso em: 17 mar. 2019.

FORTALEZA. **Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza**. Fortaleza: [s.n.], 2014. Disponível em: <http://salasituacional.fortaleza.ce.gov.br/acervo/documentById>. Acesso em: 17 set. 2019.

FORTALEZA. Portaria SMS nº 136/2015. Estabelecer a documentação necessária, na forma dos anexos desta Portaria, para a emissão da Licença Sanitária dos estabelecimentos que estão sob a fiscalização da vigilância sanitária, seja de caráter inicial ou de renovação, bem como trâmite de solicitação da referida licença e dá outras providências. Parágrafo Único. Esta Portaria aplica-se a todos os estabelecimentos sob a competência da vigilância sanitária do município de Fortaleza, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares. **Diário oficial do município**, Fortaleza, 26 de maio de 2015. Disponível em: [https://portal.seuma.fortaleza.ce.gov.br/fortalezaonline/portal/legislacao/Licenca\\_Sanitaria/PORTARIA%20SMS%20N%C2%BA%20136.pdf](https://portal.seuma.fortaleza.ce.gov.br/fortalezaonline/portal/legislacao/Licenca_Sanitaria/PORTARIA%20SMS%20N%C2%BA%20136.pdf). Acesso em: 16 ago. 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria N° 273/2018, Institui o fluxo e as documentações necessárias para a solicitação de licença sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, 01 mar. 2018. Disponível em: [http://portal.seuma.fortaleza.ce.gov.br/fortalezaonline/servletrepositoriolegislacao?arquivo=PORTARIA\\_SMS\\_N\\_273.2018.pdf&pasta=isencaoLicencaSanitaria](http://portal.seuma.fortaleza.ce.gov.br/fortalezaonline/servletrepositoriolegislacao?arquivo=PORTARIA_SMS_N_273.2018.pdf&pasta=isencaoLicencaSanitaria). Acesso em: 14 ago. 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria N° 906/2019. Regulamenta a prestação de serviços de saúde em Clínicas e Consultórios Odontológicos com e sem Raios-X Intra-Oral quanto às boas práticas de funcionamento na forma que indica e revoga a Portaria Municipal/SMS n° 790 de 16 de julho de 2018. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, 13 set. 2019. Disponível em: <https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario.php?objectId=workspace://SpacesStore/07543e68-31b1-4547-bfed-db37f8be51cc;1.0&numero=16587>. Acesso em: 17 set. 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SMS n° 186, de 13 jun. de 2012**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242518>. Acesso em: 22 set. 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SMS n° 459, de 22 de março de 2017**. Disponível em: <https://futurelegis.com.br/legislacao/132177/Portaria-SMS-N%C2%BA-459-de-22-03-2017>. Acesso em: 09 maio 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS n° 790 de 16 de julho de 2018. **Diário oficial do município**, Fortaleza, 25 de julho de 2018.

FRANCO, F. C. **Consciência sanitária: uma questão de comunicação e saúde: um estudo sobre a Vigilância Sanitária de Vitória**. 2005. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) — Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2005. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/898/1/Fabiana%20Campos%20Franco.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

GANGA, G. M. D. **Trabalho de conclusão de curso (TCC) na engenharia de produção: um guia prático de conteúdo e forma**. São Paulo: Atlas, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LINS, M.J.C. **Necessidades e demandas de informações: uma abordagem a partir da Vigilância Sanitária**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESI, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. *In*: SETA, M. H.; PEPE, V. L. E; OLIVEIRA, G. O. (org.). **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 33-47.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 329 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001.

- LUCIAN, R. Repensando o uso da escala Likert: tradição ou escolha técnica? **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 12-28, jan./abr. 2016.
- MAIA, C. S. **inserção da vigilância sanitária na política de saúde brasileira**. 2012. 200 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- MARSHALL, T.H. **Cidadania Classe social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.
- MATAS, A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. **REDIE**, Ensenada, v. 20, n. 1, p. 38-47, mar. 2018.
- MELO, G. C. Evolução histórica do conceito de cidadania e a Declaração Universal dos Direitos do Homem. **Jusbrasil**, [s.l.], 2014. Disponível em: <https://getulio.jusbrasil.com.br/artigos/112810657/evolucao-historica-do-conceito-de-cidadania-e-a-declaracao-universal-dos-direitos-do-homem>. Acesso em: 18 set. 2019.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. Educação em saúde. In: PEREIRA, I. B, LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.) **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-86.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. p.15-35, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 ago. 2019.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.
- PIOVESAN, M. F. **A Construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA**. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- PRODANOV, C. C. F.; ERNANI, C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, jan. 2010.
- RIBEIRO, G.F. Efetividade do processo de esterilização em taças de borracha e escovas de Robinson. **Acervo Digital São Lucas**, [s.l.], 2018. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2673>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4829 – 4839, 2014.

SILVA, J. A. A.; COSTA, E. A.; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância sanitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1953-1961, jun. 2018.

SILVEIRA, S. M. C. **A informação através da educação como uma interface entre a vigilância sanitária e profissionais farmacêuticos do setor regulado**. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 3, p. 3329-3340, 2010

SCHMIDT, D.R.C.; YONEKURA, C.S.I.; GIL, R.F. Instrumento para avaliação de detergentes enzimáticos. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p. 282-289, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

### PESQUISA SOBRE O CUMPRIMENTO DE BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO NOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Quest. No: \_\_\_\_\_

Este questionário tem como objetivo conhecer qual o grau de influência dos fatores relacionados ao cumprimento dos requisitos de boas práticas de funcionamento exigidos pela vigilância sanitária no seu consultório odontológico, bem como a sua opinião sobre a legislação aplicada e as dificuldades enfrentadas para adequação. Por favor, avalie as questões abaixo e marque com um **X** na proposição que considera mais adequada, conforme as legendas. Será garantido o anonimato e o sigilo das respostas e as mesmas serão utilizadas unicamente para fins de estudo.

Sua colaboração é muito importante para esta pesquisa e desde já agradecemos.

#### **Dados do(a) entrevistado(a):**

Gênero: (1) Masculino (     )           (2) Feminino (     )

Idade: \_\_\_\_\_(em anos completos)

Tempo de formado: \_\_\_\_\_(em anos completos)

Escolaridade: (1) Ensino Superior (     ) (2) Especialização (     ) (3) Mestrado (     )  
(4) Doutorado (     )

Tempo de consultório particular: \_\_\_\_\_(em anos completos)

Bairro de localização do consultório atual: \_\_\_\_\_.

#### **LEGENDA**

<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
<b>1</b> Não tem influência <b>2</b> Tem pouca influência <b>3</b> Tem influência <b>4</b> Tem muita influência

Em relação às boas práticas de funcionamento do seu consultório, qual o grau de influência dos seguintes itens para sua decisão de cumprir os requisitos exigidos pela legislação sanitária:

<b>1. Recepção e sanitários destinados ao público:</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
1.1 Conforto e satisfação do paciente	1 2 3 4
1.2 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	1 2 3 4
1.3 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>2. Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs):</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
2.1 Garantia da uniformidade, eficiência e coordenação das atividades realizadas no consultório	1 2 3 4
2.2 Otimização do tempo de trabalho	1 2 3 4
2.3 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>3. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos:</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
3.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	1 2 3 4
3.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	1 2 3 4
3.3 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
3.4 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>4. Das instalações e do equipamento de raios x intraoral:</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
4.1 Controle dos riscos radioativos para os pacientes	1 2 3 4
4.2 Controle dos riscos radioativos para os profissionais	1 2 3 4
4.3 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
4.4 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>5. Gerenciamento dos resíduos:</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
5.1 Controle dos riscos biológicos e químicos para os profissionais que manejam o lixo	1 2 3 4
5.2 Controle dos riscos biológicos e químicos para o meio ambiente	1 2 3 4
5.3 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>6. Limpeza e desinfecção da sala de procedimentos e dos equipamentos:</b>	GRAU DE INFLUÊNCIA
6.1 Controle dos riscos de contaminação do paciente	1 2 3 4
6.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	1 2 3 4

6.3 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
6.4 Conforto e satisfação do paciente	1 2 3 4
6.5 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>7. Medicamentos, produtos e materiais de consumo:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
7.1 Controle dos riscos de contaminação do paciente	1 2 3 4
7.2 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
7.3 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>8. Abastecimento de água e condições de saneamento:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
8.1 Controle dos riscos de contaminação dos pacientes	1 2 3 4
8.2 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	1 2 3 4
8.3 Controle dos riscos de contaminação dos instrumentais	1 2 3 4
8.4 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
8.5 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>9. Saúde do trabalhador:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
9.1 Controle dos riscos de contaminação dos profissionais	1 2 3 4
9.2 Receio de perda de dia de trabalho dos profissionais	1 2 3 4
9.3 Receio de ser processado pelo funcionário	1 2 3 4
9.4 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>10. Produtos e medicamentos utilizados nos procedimentos:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
10.1 Controle dos riscos de contaminação do paciente	1 2 3 4
10.2 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
10.3 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4
<b>11. Manutenção e conservação dos equipamentos:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
11.1 Sucesso do tratamento	1 2 3 4
11.2 Satisfação do paciente	1 2 3 4
11.3 Receio de sofrer prejuízo financeiro	1 2 3 4
11.4 Receio da punição fiscalização	1 2 3 4

<b>12. Manutenção e conservação da estrutura física:</b>	<b>GRAU DE INFLUÊNCIA</b>
12.1 Conforto e segurança para os profissionais	1 2 3 4
12.2 Conforto e segurança para o paciente	1 2 3 4
12.3 Satisfação do paciente	1 2 3 4
12.4 Receio da punição da fiscalização	1 2 3 4

1. Você considera a legislação sanitária referente às boas práticas para consultórios odontológicos muito exigente? Em caso afirmativo, quais exigências você considera desnecessárias?

---



---



---



---



---



---



---

2. Você considera difícil manter as boas práticas exigidas pela legislação sanitária no seu consultório odontológico? Em caso afirmativo, quais as maiores dificuldades?

---



---



---



---



---



---



**ANEXO A - ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE ODONTOLOGIA COM E SEM RAIOS - X INTRA-ORAL**  
**DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO**

**FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018**

**QUARTA-FEIRA - PÁGINA 44**

cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público.

ANEXO II

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE ODONTOLOGIA COM E SEM RAIOS - X INTRA-ORAL

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA</b>					
Razão social:					
Nome de Fantasia:					
Endereço: (Rua/Av.)			Nº	Compl.:	
Bairro:	Município:		UF:	Cep:	
CNPJ/CPF:	Fone:			Fax	
E-mail:					
Nº do alvará de func.:		Nº da licença sanitária:			
Data da emissão: ___/___/___		Data de validade: ___/___/___			
Natureza da Instituição: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Outros					
Ramo de Atividade:		Código:	Aut. Funcionamento:		
Responsável Técnico:		Conselho Regional Nº:			
Responsável legal:		Nº de funcionários:			
Horário de funcionamento Manhã: ___:___ h às ___:___ h Tarde: ___:___ h às ___:___ h Noite: ___:___ h às ___:___ h					
<b>2. MOTIVO DA INSPEÇÃO</b>					
<input type="checkbox"/> Rotina de trabalho					
<input type="checkbox"/> Programas específicos de vigilância sanitária					
<input type="checkbox"/> Atendimento à denúncia					
<input type="checkbox"/> Solicitação de licença sanitária					
<input type="checkbox"/> Renovação de licença sanitária					
<input type="checkbox"/> Reinspeção					
<input type="checkbox"/> Outros, especificar _____					
<b>3. CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>					
<input type="checkbox"/> Consultório odontológico					
<input type="checkbox"/> Clínica odontológica					
<input type="checkbox"/> Instituição de ensino odontológico					
<input type="checkbox"/> Outros					
<b>4. TIPO DE SERVIÇO</b>					
<input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Conveniado <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Universitário					
<input type="checkbox"/> Outro					
<b>5. ESPECIALIDADE</b>					
<input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortodontia <input type="checkbox"/> Prótese bucomaxilofacial					
<input type="checkbox"/> Prevenção <input type="checkbox"/> Implantodontia <input type="checkbox"/> Outros					
<input type="checkbox"/> Dentística <input type="checkbox"/> Endodontia <input type="checkbox"/> Periodontia					
<input type="checkbox"/> Prótese dentária					
<b>6. ATENDIMENTO AO PÚBLICO</b>					
		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
6.1	A área específica para recepção/espera possui dimensionamento compatível com a demanda?	N			
6.2	Possuem sanitários para o público masculino e feminino adaptados para portadores de necessidades especiais?	N			
6.3	Os sanitários possuem pia com água corrente, suporte para papel toalha, papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal?	I			
6.4	Os sanitários se encontram em boas condições de higiene?	N			
6.5	Há disponibilização de preparação alcoólica para fricção anti-séptica das mãos nos ambientes em geral, devidamente rotulados?	N			
<b>7. DOCUMENTAÇÕES</b>					
		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
7.1	A instituição possui Licença Sanitária atualizada?	N			
7.2	Os prontuários dos pacientes estão devidamente preenchidos, com dados completos, anamnese, anotações de exames complementares entre outras informações?	N			
7.3	Os prontuários dos pacientes se encontram devidamente organizados em arquivo próprio ou em sistema informatizado?	N			
7.4	Todas as atividades realizadas na Clínica estão devidamente licenciadas (licença sanitária atualizada)?	N			
7.5	As atividades realizadas são aquelas especificadas na Licença Sanitária?	N			
7.6	Possui certificado de Regularidade do Estabelecimento junto ao Conselho de Classe?	N			
7.7	Possui responsável técnico devidamente habilitado no Conselho de Classe correspondente?	I			
7.8	Possui Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), escritos, contendo instruções claras e bem definidas, datados, assinados pelo responsável técnico e responsável legal?	I			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 45

7.9	Os POP's possuem a descrição de todas as atividades realizadas no estabelecimento e disponíveis em cada setor correspondente?	I			
7.10	Possui Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES ?	N			
7.11	O estabelecimento possui contrato com empresas terceirizadas?Quais? -----	N			
7.12	As empresas terceirizadas possuem licença sanitária?	N			
7.13 Documentações para consultórios que realizam Raios X intra-oral:		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
7.13.1	Possui disponível memorial descritivo de proteção radiológica atualizado, conforme Apêndice I, realizado por profissional habilitado? (verificar comprovante de habilitação) Obs: Atualização do memorial descritivo de proteção radiológica, deve ser realizada anualmente ou quando houver alterações não descritas anteriormente.	I			
7.13.2	Possui levantamento radiométrico, assinado por especialista em física de radiodiagnóstico, ou certificação equivalente, reconhecida pelo Ministério da Saúde, anexado ao memorial descritivo? Obs: Devem possuir nos seguintes casos: a) Após a realização das modificações autorizadas (infra-estrutura física). b) Quando o estabelecimento possuir sua estrutura física em não conformidade com a legislação vigente (dimensionamento com valor mínimo ao recomendado e paredes sem ser de alvenaria). c) Quando ocorrer mudança na carga de trabalho semanal* (mudança no número de exames realizados por semana ou alteração nos parâmetros operacionais mais utilizados, como kV, mAs ou tempo) ou na característica ou ocupação das áreas circunvizinhas. *carga de trabalho: realização de número superior a 4mAs por semana. d) Quando decorrer o período de quatro anos desde a realização do último levantamento radiométrico. Obs: Ver comprovante do profissional que realizou o documento para certificação da sua habilitação profissional.	I			
7.13.3	Possui projeto básico de construção das instalações, conforme Apêndice II?	I			
<b>8. ESTRUTURA FÍSICA</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
8.1	O estabelecimento está instalado em local salubre?	I			
8.2	A edificação é sólida, sem rachaduras, sem infiltrações, sem vazamentos ou sem quaisquer outras alterações que comprometam a sua estrutura física?	N			
8.3	Possui instalações confortáveis com climatização e iluminação adequadas à atividade proposta?	N			
8.4	As luminárias estão em bom estado de conservação?	N			
8.5	As instalações elétricas são protegidas e estão em bom estado de conservação?	N			
8.6	As instalações hidráulicas estão em bom estado de conservação? Obs: Verificar vazamento, torneiras quebradas, descarga, chave geral e outros.	N			
8.7	Possui Pisos, ( ) Sim ( ) Não, Paredes, ( ) Sim ( ) Não revestidos com material liso, lavável, impermeável, resistente a produtos químicos e em bom estado de conservação e limpeza?	N			
8.8	As portas e janelas encontram-se em boas condições de uso?	N			
8.9	O teto é de alvenaria, forrado, pintado e encontra-se em bom estado de conservação e limpeza?	N			
8.10	O piso é dotado de ralo sifonado com tampa escamoteável?	N			
8.11	O ambiente é limpo e conservado? Obs: Verificar se há poeira e mofo.	N			
8.12	O ambiente é livre de insetos e roedores?	N			
8.13	O serviço de saúde garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas para impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos?	N			
8.14	Em caso do não atendimento aos itens 8.10 e 8.11, o controle químico é realizado por empresa habilitada utilizando produtos desinfestantes regularizados pela Anvisa e possuidora de licença sanitária e ambiental?	I			
8.15	O controle químico, caso se faça necessário, é realizado trimestralmente?	I			
8.16	O estabelecimento mantém equipamentos de proteção contra incêndios, dentro do prazo de validade, e seguindo as normas vigentes preconizadas pelo corpo de bombeiros?	N			
<b>9. VENTILAÇÃO E CLIMATIZAÇÃO</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
9.1	A ventilação artificial é realizada por meio de equipamento(s) higienizado(s), com manutenção adequada ao tipo de equipamento e troca periódica de filtros de acordo com a norma do fabricante.	N			
9.2	Possui registro dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema de climatização conforme instrução do fabricante disponível em local de fácil acesso ao profissional.?	N			
<b>10. SALA DE PROCEDIMENTOS E EQUIPAMENTOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
10.1	Os POP's estão implementados?	I			
10.2	Há espaço suficiente para circulação entre móveis e equipamentos?	N			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 46

10.3	A área destinada aos procedimentos é exclusiva? Obs: É proibido o consumo de alimentos e bebidas.	I			
10.4	Todas as salas possuem recipientes para perfuro cortantes em altura que permita a visualização da abertura para o descarte?	I			
10.5	Há pia completa disponível ao profissional (provida de água corrente, suporte para papel toalha, papel toalha descartável, sabonete líquido e lixeira com tampa de acionamento por pedal)?	I			
10.6	A torneira possui acionamento automático?	R			
10.7	Está disponível ao profissional solução alcoólica a 70% para desinfecção das mãos?	I			
10.8	Submete o paciente a bochecho com solução anti-séptica, antes de iniciar o procedimento odontológico, a fim de reduzir o número de microorganismos na cavidade oral?	I			
10.9	O mocho odontológico apresenta bom estado de conservação e limpeza?	N			
10.10	O refletor odontológico apresenta bom estado de conservação e limpeza?	N			
10.11	A cuspeira encontra-se em perfeito estado de limpeza, com água corrente e sem vazamento na junção ou encanamentos?	N			
10.12	O sugador de saliva a ar comprimido ou elétrico está em boas condições de uso e limpeza, provido de pontas descartáveis substituídas a cada paciente?	I			
10.13	O equipo odontológico está em perfeitas condições de limpeza e funcionamento provido de instalações adequadas?	N			
10.14	A caneta de alta rotação esta em perfeitas condições de uso sendo submetida à limpeza prévia com água e sabão e realizada desinfecção com álcool 70% a cada paciente ou coberta com invólucro apropriado a cada paciente?	I			
10.15	A caneta de baixa rotação e contra ângulo esta em perfeitas condições de uso sendo submetida a limpeza prévia com água e sabão e realizada desinfecção com álcool 70% a cada paciente ou coberta com invólucro apropriado a cada paciente?	I			
10.16	As canetas odontológicas quando em contato com sangue são limpas e esterilizadas?	I			
10.17	A seringa tríplice esta em perfeitas condições de uso sendo submetida à limpeza prévia com água e sabão e realizada desinfecção com álcool 70% a cada paciente ou coberta com invólucro apropriado a cada paciente?	I			
10.18	O micromotor esta em perfeitas condições de uso sendo submetida a limpeza prévia com água e sabão e realizada desinfecção com álcool 70% a cada paciente ou coberta com invólucro apropriado a cada paciente.	I			
10.19	Equipamentos complementares estão em perfeitas condições de uso sendo submetida à limpeza e desinfecção com álcool 70% a cada paciente, conforme recomendação do fabricante, ou coberta com invólucro apropriado a cada paciente?	C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
	a. Porta amalgama (maquira):	I			
	b. Aparelho de fotopolimerização:	I			
	c. Bisturi elétrico:	I			
	d. Aparelho de ultra som:	I			
	e. Outros	I			
10.20	Resíduos de amálgama sem elementos estranhos (gazes, algodão, etc.) são colocados em recipientes inquebráveis e tampados hermeticamente e cobertos com uma lâmina de água?	I			
10.21	São de uso único, sendo descartados após o uso?	C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
	a) Agulhas	I			
	b) Fio de sutura	I			
	c) Agulhas de anestesia	I			
	d) Tubetes de anestesia	I			
	e) Matriz de aço	I			
	f) Matriz de celulose	I			
	g) Sugadores plásticos	I			
	h) Ponta plástica de seringa tríplice	I			
	i) Cunha plástica ou de madeira	I			
	j) Discos e lixas para polimento	I			
	k) Escova de Robson	I			
	l) Lâmina de bisturi	I			
	m) Extirpa nervo	I			
	n) Luvas de procedimento e cirúrgica	I			
	o) Fita carbonada	I			
	p) Envelope de papel grau cirúrgico	I			
	q) Dique de borracha	I			
	r) Babador	I			
	s) Outros	I			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 47

10.22	As brocas de aço e pontas diamantadas encontram-se em perfeito estado de uso, esterilizadas e armazenadas de forma adequada?	I			
10.23	A cadeira de procedimentos odontológicos esta livre de furos, rasgos, sulcos ou reentrância?	I			
10.24	A cadeira de procedimento odontológico possui revestimento de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização?	I			
10.25	É realizada a desinfecção ou troca do invólucro da cadeira a cada atendimento?	I			
10.26	Há armários para guarda de pertences pessoais dos funcionários?	R			
10.27	Possuem armários exclusivos, limpos, sem umidade, mantidos fechados, para acondicionamento de produtos, artigos e materiais esterilizados e/ou descartáveis destinados à execução dos procedimentos?	I			
10.28	Os móveis, objetos e utensílios estão íntegros e em bom estado de conservação e limpeza?	I			
10.29	Os materiais e artigos odontológicos utilizados são adequados a atividade fim do estabelecimento?	I			
10.30	Os materiais e artigos odontológicos utilizados estão em quantitativo compatíveis com a demanda de atendimento?	I			
10.31	As almotolias são rotuladas com identificação, data de envase e validade?	I			
10.32	Existe troca periódica de sete dias das substâncias fracionadas?	I			
10.33	As almotolias são higienizadas periodicamente, de acordo com os descritos nos POP's?	I			
10.34	O compressor está instalado em lugar com condições de salubridade favoráveis?	I			
10.35	O compressor possui proteção acústica e filtro regulador de ar?	I			
<b>11. ABASTECIMENTO DE ÁGUA E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
11.1	Possui registro semestral de comprovação da lavagem e desinfecção da caixa d'água?	I			
11.2	Realiza exame microbiológico e físico-químico da água do reservatório em intervalo semestral, com comprovação por laudo laboratorial?	I			
11.3	Realiza exame microbiológico para bebedouros ou a troca do filtro periodicamente de acordo com o fabricante?	I			
11.4	Possui interligação com sistemas públicos de abastecimento de água potável e de esgoto sanitário?	I			
11.4.1	Caso o estabelecimento não esteja ligado aos serviços públicos de água e/ou esgoto, o proprietário adota as providências sanitariamente adequadas, visando o suprimento de água potável e ao destino final dos objetos?	N			
<b>12. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
12.1	Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS aprovado pelo órgão competente?	N			
12.2	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado no estabelecimento, conforme legislação em vigor?	I			
<b>13. LIMPEZA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
13.1	Realiza limpeza e desinfecção, conforme o caso, com produto apropriado, de pisos, bancadas, superfícies, mobiliários e equipamentos antes e após expediente de trabalho e quando necessário?	I			
13.2	É realizado o processamento adequado dos seguintes artigos: afastadores e moldes?	I			
13.3	É realizado o processamento adequado dos moldes antes de ser encaminhado ao laboratório?	I			
13.4	Após a limpeza, os artigos são secos com a utilização de pano limpo, exclusivo para esta finalidade ou secadora de ar quente/frio ou ar comprimido medicinal?	I			
13.5	Utiliza detergente neutro ou enzimático, conforme recomendação do fabricante, para realização da limpeza dos artigos odontológicos?	I			
13.6	Caso seja feita a desinfecção química, o produto utilizado possui registro no MS/ANVISA?	I			
13.7	Durante a desinfecção química, ocorre imersão total do artigo na solução adequada em recipiente plástico?	I			
13.8	Em caso de uso de substância fotossensível para realização de desinfecção química, é utilizado recipiente opaco?	I			
13.9	Observa e respeita o tempo de exposição indicado pelo fabricante, mantendo o recipiente fechado durante a desinfecção química?	I			
13.10	Para os artigos submetidos à desinfecção química, são realizados múltiplos enxágues com água potável?	I			
13.11	Após a limpeza, os artigos são secos para posterior imersão na solução química?	I			
13.12	Os artigos que foram submetidos à desinfecção química são utilizados para uso imediato?	N			
13.13	Os artigos submetidos à desinfecção química são armazenados temporariamente em caixa limpa, fechada, desinfetada e identificada?	I			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 48

13.14	A limpeza é realizada imediatamente após o uso do artigo? Obs: a imersão deve ser realizada em solução aquosa de detergente com PH neutro ou enzimático, usando cuba plástica, mantendo os artigos totalmente imersos para assegurar limpeza adequada.	I			
13.15	O preparo da solução e o tempo de permanência do material imerso seguem as orientações recomendadas pelo fabricante?	I			
13.16	Na limpeza manual a fricção é realizada com acessórios não abrasivos e que não liberam partículas?	I			
13.17	Os acessórios utilizados na limpeza são trocados periodicamente, conforme a necessidade?	I			
13.18	Existe barreira física, quando a barreira técnica não for suficiente para a garantia da qualidade do processamento de artigos seguindo fluxo unidirecional?	I			
13.19	As bancadas possuem dimensões compatíveis com a atividade fim?	N			
13.20	Os produtos esterilizados ou desinfetados são armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz direta e submetidos à manipulação mínima?	I			
13.21	Em caso da inexistência de área exclusiva para armazenamento de artigos, estes são acondicionados em locais fechados com material que possibilite a limpeza e o estoque conforme a demanda?	I			
13.22	Faz distribuição adequada dos pacotes na autoclave em relação a posição e tipo de material a ser submetido ao processo de esterilização?	I			
13.23	Os materiais e artigos reprocessados são acondicionados em embalagens adequadas e identificados com data da esterilização e assinatura do responsável?	I			
13.24	Os artigos submetidos ao processo de esterilização são monitorados? a) Possui fita teste em todos os pacotes? ( ) b) Indicador biológico semanal ( ) Obs: Verificar registro.	I			
13.25	E respeitado o prazo de validade de 7 (sete) dias quando os artigos não são armazenados em condições ideais de restrição ao acesso, temperatura e umidade adequados, e este encontra-se íntegro e seco?	I			
13.26	O estabelecimento possui o registro de manutenção preventiva dos equipamentos utilizados no reprocessamento dos artigos com periodicidade, estabelecido pelo fabricante?	I			
13.27	Usa equipamento regularizado pela ANVISA para esterilização de materiais e artigos em temperatura e tempo de exposição recomendados?	I			
13.28	As leitoras dos indicadores biológicos e as seladoras térmicas são calibradas com periodicidade de acordo com as instruções do fabricante?	I			
13.29	Os pacotes a serem reprocessados são fechados com seladora ou material indicado ao tipo de embalagem, conforme norma do fabricante?	I			
13.30	As embalagens utilizadas para esterilização são de uso único? Obs: exceção – tecido de algodão (algodão cru 100%, algodão 33% + poliéster 67%, algodão 50% + poliéster 50%; gramatura 200g/m <sup>2</sup> /cm <sup>2</sup> ); contêiner rígido; Para tecido de algodão, não é permitido o uso de embalagens de tecido de algodão reparadas com remendos ou cerzidas e sempre que for evidenciada a presença de perfurações, rasgos, desgaste do tecido ou comprometimento da função de barreira, a embalagem deve ter sua utilização suspensa.	I			
<b>14. REGISTRO DE PRODUTOS E MEDICAMENTOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
14.1	Todos os produtos, incluindo os produtos de interesse à saúde, utilizados são devidamente registrados/notificados no Ministério da Saúde/ANVISA, são usados de acordo com o recomendável pelo fabricante e estão dentro do prazo de validade?	I			
<b>15. SAÚDE DO TRABALHADOR</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
15.1	Notifica acidente de trabalho, através da CAT (comunicado de acidente do trabalho)?	N			
15.2	Possui rotina do fluxo do encaminhamento do trabalhador (por escrito), no caso de acidente com perfurocortante e contaminação com material biológico, estabelecido no POP?	N			
15.3	Há fornecimento de EPI em quantidade e qualidade adequadas para atender as necessidades de todos os procedimentos do estabelecimento. Obs: Verificar estoque.	I			
15.4	Possui programa e registro de treinamento para toda a equipe, com conteúdo conforme a necessidade da atividade fim, com periodicidade validada no POP pelo Responsável técnico e ministrada por profissional habilitado?	N			
15.4.1	Obs: solicitar programa de curso, data, local, número, nome dos participantes período de realização e carga horária.	N			
<b>16. IMUNIZAÇÃO</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
16.1	Os trabalhadores são imunizados contra hepatite B, tétano e rubéola (mulher em idade fértil), e outras conforme a necessidade do serviço?	N			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 49

17. RAIOS X INTRA BUCAL		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
17.1	Existe apenas um equipamento de Raios X instalado na sala?	I			
17.2	Está disponível uma cópia do leiaute da sala com a localização do equipamento e distâncias até as paredes?	N			
17.3	O titular mantémno serviço, um exemplar da Portaria Federal nº 453 de 01/06/ 1998 ou outra legislação que venha a substituí-la e é assegurado que cada membro da equipe tenha acesso para consulta?	N			
17.4	Existem registros atualizados periodicamente de manutenção preventiva e corretiva do equipamento de Raios X e das processadoras, conforme a norma do fabricante e legislação vigente?	I			
17.5	Dimensões da sala estão de acordo com a RDC 50? Obs: Sala com aparelho de raios X no mesmo ambiente: A = 6m <sup>2</sup> (Área mínima); Sala sem cadeira odontológica, usada apenas com aparelho de raios X: A = 4m <sup>2</sup> (Área mínima).	I			
17.6	As portas permitem o perfeito fechamento, evitando entrada inadvertida de pessoas na sala durante as exposições?	I			
17.7	O cabeçote se apresenta íntegro, sem rachaduras, sem vazamento de óleo e permanece estável na posição ajustada para o disparo?	I			
17.8	O tamanho do campo na saída do localizador é superior a 6 cm? (Entre 4 e 5 cm deve haver um sistema de alinhamento e de posicionamento do filme).	I			
17.9	O localizador possui extremidade de saída aberta?	I			
17.10	O comprimento do localizador satisfaz o requisito de distância foco pele? (Mínimo de 18 cm para tensão 60 kV; mínimo de 20 cm para tensão entre 60 e 70 kV; 24 cm para tensão 70 kV).	I			
17.11	Um sinal luminoso e sonoro é observado no painel de comando quando o feixe de radiação é emitido?	I			
17.12	A emissão do feixe só ocorre com pressão contínua do disparador?	I			
17.13	A tensão nominal mínima do tubo de raios X é 50 kVp?	I			
17.14	A desativação do equipamento de raios x é comunicada por escrito à autoridade sanitária local com declaração, conforme Apêndice III, informando o destino do equipamento de raios x e a guarda dos arquivos e assentamentos, inclusive dos históricos ocupacionais?	N			
17.15	As salas onde se realizam os procedimentos radiológicos e a sala de comando são classificadas como áreas controladas?	N			
17.16	Em exames intra-orais, o operador mantém uma distância mínima de 2 m do tubo e do paciente durante as exposições? Obs: Esta distância é desnecessária quando o disparador estiver situado em outra sala.	I			
17.17	A distância é desnecessária quando o disparador estiver situado em outra sala.	N			
17.18	No caso de carga de trabalho superior a 30 mA/min por semana, o operador se mantém atrás de uma barreira protetora com uma espessura mínima de 0,5 mm equivalentes ao chumbo?	I			
17.19	O localizador dos raios x possui chumbo na sua composição?	I			
17.20 MONITORAÇÃO INDIVIDUAL		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
17.20.1	Todo indivíduo que trabalha com raios-x diagnósticos usa, durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada, dosímetro individual de leitura indireta, trocado mensalmente?	I			
17.20.2	Faz uso de dosímetro individual para os serviços odontológicos com equipamento periapical e carga de trabalho superior a 4mA min / semana?	I			
17.20.3	Durante a utilização de avental plumbífero, o dosímetro individual é colocado sobre o avental, aplicando-se um fator de correção de 1/10 para estimar a dose efetiva?	I			
17.20.4	O dosímetro individual é de uso exclusivo do usuário no serviço para o qual foi designado?	I			
17.20.5	Os dados de monitoração (mensais, anuais) estão registrados, atualizados, contabilizados no ano calendário, informados e com ciência do pessoal monitorado?	I			
17.20.6	Após a jornada de trabalho, os dosímetros são guardados em local seguro, isento de radiação, baixa umidade, temperatura amena, junto ao dosímetro padrão e sob supervisão do SPR (supervisor de proteção radiológica)? Obs: É permitido ainda ao RT assumir também as funções de SPR, desde que as funções sejam compatíveis e não haja prejuízo em seu desempenho. É aconselhável ficar na área de recepção ou área que mantenha uma distância do equipamento.	I			
17.21 CONTROLE DE SAÚDE		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
17.21.1	Todo profissional exposto está submetido a um programa de controle de saúde baseado nos princípios gerais de saúde ocupacional?	N			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 50

17.21.2	Exames periódicos de saúde não podem ser utilizados para substituir ou complementar o programa de monitoração individual 5 anos, exceto dos dados de monitoração individual que devem ser armazenados por um período mínimo de 30 anos após o término da atividade com radiação, exercida pelo indivíduo monitorado. Podem ser utilizados meios adequados de armazenamento digital. Obs: Item válido para consultórios carga de trabalho superior a 4mA min / semana?	N			
<b>17.22 REGISTROS DE RADIODIAGNÓSTICO</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
17.22.1	O responsável legal pelo serviço mantém um sistema de registro de dados, conforme discriminado neste Regulamento, sobre os procedimentos radiológicos realizados, sistema de garantia da qualidade, controle ocupacional implantado e treinamentos realizados?	N			
17.22.2	O titular zela pela integridade dos assentamentos (registros) por 5 anos?	N			
17.22.3	Os dados de monitoração individual são armazenados por um período mínimo de 30 anos após o término da atividade com radiação, exercida pelo indivíduo monitorado? Obs: Podem ser utilizados meios adequados de armazenamento digital.	N			
17.22.4	Para cada equipamento de raios-x há vestimenta plumbífera que garanta a proteção do tronco dos pacientes, incluindo tireóide e gônadas, com pelo menos o equivalente a 0,25 mm de chumbo?	I			
17.22.5	O serviço possui instalações adequadas para revelação dos filmes?	N			
17.22.6	Para radiografias intra-orais, é permitida a utilização de câmaras portáteis de revelação manual, desde que confeccionadas com material opaco?	N			
17.22.7	Os filmes são armazenados em local protegido do calor, umidade, radiação e vapores químicos? OBS: pode ser armazenado na geladeira.	I			
17.22.8	Os reveladores estão dentro do prazo de validade?	N			
<b>17.23 TESTES DE CONTROLE DE QUALIDADE (INCLUSO NO MEMORIAL DESCRITIVO)</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
17.23.1	O programa de garantia da qualidade inclui os registros dos testes e avaliações realizados nos equipamentos e os resultados obtidos, assim como a documentação e verificação dos procedimentos operacionais e das tabelas de exposição?	I			
17.23.2	A tensão medida no tubo é inferior a 50 kVp, com uma tolerância de - 3 kV?	I			
17.23.3	Durante as exposições, é disponível vestimenta de proteção individual compatível com o tipo de procedimento radiológico e que possua, pelo menos, o equivalente a 0,25 mm de chumbo?	I			
17.23.4	O sistema de controle de duração de exposição é eletrônico e está limitado a, no máximo, 5 segundos?	I			
17.23.5	O comprimento do cabo do botão disparador é maior ou igual a 2 metros (quando não exista cabine ou biombo)?	I			
17.23.6	Existem vestimentas plumbíferas para cada equipamento, para proteção do tronco dos pacientes, incluindo tireóide e gônadas, com pelo menos o equivalente a 0,25 mm de chumbo, durante as exposições?	I			
17.23.7	Os EPI's estão em bom estado de conservação e higiene e acondicionadas em suporte próprio?	I			
17.23.8	O sistema de disparo com retardo está desativado?	I			
17.23.9	Obs: É proibido sistema de retardo.	I			
17.23.10	As portas são mantidas fechadas durante os exames?	I			
17.23.11	Em adição às características gerais aplicáveis, todo equipamento de raios x para uso odontológico atende os requisitos de radiação de fuga?	I			
17.23.12	Em radiografias intra-orais, o cabeçote está adequadamente blindado de modo a garantir um nível mínimo de radiação de fuga?	I			
<b>18. CÂMARA ESCURA</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
18.1	É confeccionada de material opaco (vedada contra a entrada de luz)?	I			
18.2	Estão disponíveis cronômetro e termômetro e tabela de revelação para garantir o processamento nas condições especificadas pelo fabricante?	I			
18.3	Os filmes e as soluções em uso estão dentro do prazo de validade?	I			
<b>19. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
19.1	As luvas de procedimento são de uso único para cada paciente?	I			
19.2	No caso de tocar com as mãos contaminadas, as superfícies e objetos como receituários, radiografias, telefone, maçanetas caneta, usa-se sobreluvas?	N			
19.3	Utiliza luvas de nitrila ou neoprene na execução dos processos de limpeza, desinfecção dos artigos e ambientes e na manipulação de produtos químicos?	I			
19.4	O avental do profissional é de uso exclusivo para o ambiente de trabalho, fechado e de mangas longas, trocado diariamente ou quando apresentar sujidades?	N			
19.5	Na execução dos processos de limpeza, desinfecção dos artigos e ambientes e na manipulação de produtos químicos, utiliza-se avental impermeável?	I			
19.6	A máscara é trocada sempre que apresentar sujidades ou umidade?	I			
19.7	Utiliza máscara com filtro na execução dos processos de limpeza, desinfecção dos artigos e ambientes e na manipulação de produtos químicos?	I			

# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 51

19.8	O protetor ocular utilizado é limpo após cada procedimento?	I			
19.9	Utiliza óculos de proteção na execução dos processos de limpeza e desinfecção dos artigos e ambientes e na manipulação de produtos químicos?	I			
19.10	Utiliza óculos de proteção para procedimentos com laser e fotopolimerização (LED)?	I			
19.11	Utiliza gorro dentro da sala de procedimentos?	I			
19.12	Utiliza sapatos fechados?	I			
9.13	Para cada equipamento de raios x existe vestimenta plumbífera que garanta a proteção do tronco dos pacientes, incluindo tireóide e gônadas, com pelo menos o equivalente a 0,25 mm de chumbo?	I			
9.14	O serviço deve provê vestimentas de proteção individual para a proteção dos pacientes, da equipe e de eventuais acompanhantes?	I			
<b>20. MEDICAMENTOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
20.1	Todos os medicamentos/produtos estão armazenados de forma ordenada, seguindo as especificações do fabricante e sob condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade?	I			
20.2	Os medicamentos/produtos estão limpos, protegidos da ação direta da luz solar, umidade e calor?	I			
20.3	Os medicamentos/produtos estão armazenados em gavetas, prateleiras ou suporte equivalente, afastados do piso, parede e teto?	N			
20.4	Os medicamentos/produtos vencidos e/ou avariados estão segregados dos demais produtos, de modo a evitar sua entrega ao consumo?	I			
<b>21. ARMAZENAMENTO MATERIAIS DE LIMPEZA</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
21.1	Possui local para guarda e organização de produtos e equipamentos de limpeza? Obs: Em salas comerciais, onde não existir espaço suficiente para DML, este se encontra dentro do banheiro, contendo as seguintes adaptações: torneira baixa, ralo escamoteável, suporte para rodo/vassouras; prateleiras/armários fechados suspensos, para guarda dos produtos de higiene/limpeza/desinfecção entre outros.	N			
21.2	Possui material de limpeza adequado, em quantidade e qualidade suficientes?	N			
21.3	Possui pia com profundidade adequada?	I			
<b>22. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
22.1	O serviço de saúde garante que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam?	I			
22.2	Os materiais, equipamentos, artigos odontológicos e aparelhos possuem registro ou notificação na ANVISA/MS, conforme legislação em vigor?	I			
22.3	Existe um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para os equipamentos utilizados em geral, assinado e datado? OBS: Ver registro.	N			
<b>23. PROIBIÇÃO DE PRODUTOS FUMÍGEROS</b>		C (*)	SIM	NÃO	NA (**)
23.1	É atendida a Lei Federal nº 9.294 de 15/07/1996, no seu artigo 2º, onde proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público?	N			
LOCAL: _____		DATA: ____/____/____			

## APÊNDICE I Memorial descritivo

1) Descrição do estabelecimento e de suas instalações, incluindo: • Identificação do serviço e seu responsável legal. • Relação dos procedimentos radiológicos implementados. • Descrição detalhada dos equipamentos e componentes, incluindo modelo, número de série, número de registro na Anvisa, tipo de gerador, ano de fabricação, data da instalação, mobilidade e situação operacional. • Descrição dos sistemas de registro de imagem (cassetes, tipos de combinações tela-filme, vídeo, sistema digital, etc.). • Descrição da(s) câmara(s) escura(s), incluindo sistema de processamento. 2) Programa de proteção radiológica, incluindo: • Relação nominal de toda a equipe, suas atribuições e responsabilidades, com respectiva qualificação e carga horária. • Instruções a serem fornecidas por escrito à equipe, visando à execução das atividades em condições de segurança. • Programa de treinamento periódico e atualização de toda a equipe. • Sistema de sinalização, avisos e controle das áreas. • Programa de monitoração da área, incluindo verificação das blindagens e dispositivos de segurança. • Programa de monitoração individual e controle de saúde ocupacional. • Descrição das vestimentas de proteção individual, com respectivas quantidades por sala. • Descrição do sistema de registro e arquivamento de informações. • Programa de garantia de qualidade, incluindo programa de manutenção dos equipamentos de raios X e processadoras. • Procedimentos para os casos de exposições acidentais de pacientes, membros da equipe ou público, incluindo sistemática de notificação e registro. 3) Relatórios de aceitação da instalação: • Relatório do teste de aceitação do equipamento de raios X, emitido pelo fornecedor após sua instalação, com o aceite do responsável legal pelo estabelecimento. • Relatório de levantamento radiométrico, emitido por especialista em física de radiodiagnóstico (ou certificação equivalente), comprovando a conformidade com os níveis de restrição de dose estabelecidos na Portaria SVS/MS nº 453, ou outra que vier substituí-la. • Certificado de adequação da blindagem do cabeçote emitido pelo fabricante.

## APÊNDICE II Projeto de Construção das Instalações



# DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 25 DE JULHO DE 2018

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 52

1) Projeto básico de arquitetura das instalações e áreas adjacentes, conforme a RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha substituí-la, incluindo: • Planta baixa e cortes relevantes apresentando o layout das salas de raios X e salas de controle, posicionamento dos equipamentos, painel de controle, visores, limites de deslocamento do tubo, janelas e mobiliário relevante. • Classificação das áreas do serviço, indicando os fatores de uso e os fatores de ocupação das vizinhanças de cada instalação. • Descrição técnica das blindagens (portas, paredes, piso, teto, etc.), incluindo material utilizado, espessura e densidade. 2) Relação dos equipamentos de raios X diagnósticos (incluindo fabricante, modelo, mA e kVp máximas), componentes e acessórios, previstos para as instalações. 3) Relação dos exames a serem efetuados, com estimativa da carga máxima de trabalho semanal, considerando uma previsão de operação de cada instalação por, no mínimo, cinco anos. 4) Planilha de cálculo de blindagem assinada por um especialista em física de radiodiagnóstico.

## APÊNDICE III

### INSTRUÇÃO PARA DESCARTE DE MÁQUINAS DE RAIOS X DESCARTE DE MÁQUINAS QUE PRODUZEM RADIAÇÃO IONIZANTE (RAIOS X)

Para se desfazer de uma máquina que produz radiação ionizante (radiação X) você deve desabilitar por completo a unidade a ser descartada. Em certos casos é melhor contatar uma empresa que lida com montagem e desmontagem de equipamentos para geração de raios X para realizar a tarefa de desmontagem do equipamento para futura comercialização como sucata. Para que o equipamento gerador de radiação seja desabilitado é necessário remover o cabeçote (unidade que acomoda o tubo de raios X) do sistema e os fios de conexão (cortando-os). O tubo de raios X, após removido, não deve ser quebrado, pois o mesmo encontra-se sob vácuo e ao realizar a operação de quebrá-lo você poderá se ferir com os fragmentos de vidro (procure interromper os pinos que fazem o contato do tubo com o sistema gerador – use um alicate). Antes de descartar a unidade geradora como sucata, preencha um formulário de retirada de funcionamento com os dados pertinentes à máquina e encaminhe-o às autoridades competentes.

Dados do Estabelecimento:

Nome da Empresa:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Licença Sanitária

Responsável Técnico:

Dados Referentes à Máquina:

Fabricante:

Modelo Número:

Série Número:

Número de Registro:

Quilovoltagem e Miliampereagem:

Dados Referentes à Empresa que vai receber a Máquina

Nome da Empresa:

Endereço:

Licença Sanitária:

Ciência do Procedimento:

Assinatura do Proprietário

### CRITÉRIOS E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

Os critérios para a avaliação do cumprimento dos itens do Roteiro de Inspeção baseiam-se no risco potencial inerente a cada item, visando a qualidade e segurança do funcionamento dos estabelecimentos.

CRITÉRIOS	
IMPRESINDÍVEL = I	Considere-se Imprescindível (I) aquele item que podem influir em grau crítico na qualidade e segurança do funcionamento dos estabelecimentos. Os quesitos assim considerados compõem um conjunto de exigências legais contidas em resoluções, portarias federais, estaduais e municipais, sendo obrigatório o cumprimento integral dos mesmos de forma imediata.
NECESSÁRIO = N	Considera-se Necessário (N) aquele item que pode influir em grau menos crítico na qualidade e segurança do funcionamento dos estabelecimentos. Os quesitos assim considerados compõem um conjunto de exigências legais contidas em resoluções, portarias federais, estaduais e municipais. Verificado o não cumprimento dos mesmos, deve-se estabelecer um prazo p/ adequação, de acordo com a complexidade das ações corretivas que se fizerem necessárias.
RECOMENDÁVEL = R	Considera-se Recomendável (R) aquele item que pode influir em grau não crítico na qualidade e segurança do funcionamento dos estabelecimentos. Este critério possibilita verificar as condições para a melhoria do funcionamento do estabelecimento.
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO	
SIM = S	Marcar sim quando estiver de acordo (atender o solicitado no item).