

A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de saúde e o Ambiente Odontológico

The dental assistant participation in the public health team and the dental environment

Adriana Oliva COSTA^a, Ligia Prandi da SILVA^a, Orlando SALIBA^a,
Artenio José Isper GARBIN^a, Suzely Adas Saliba MOIMAZ^a

^aDepartamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba,
UNESP –Univ Estadual Paulista, 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil

Resumo

Introdução: A composição da equipe de saúde bucal e as condições sanitárias e ergonômicas no ambiente de trabalho influenciam na qualidade do atendimento odontológico prestado ao paciente. **Objetivo:** Neste estudo observacional e transversal, objetivou-se verificar a participação do auxiliar na equipe odontológica do serviço público, bem como os itens relacionados com a legislação sanitária e a existência e a distribuição dos equipamentos no consultório. **Material e método:** A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionários e observações nos locais de atendimento. Foram entrevistados 75 cirurgiões-dentistas de nove municípios do DRS XV – São José do Rio Preto-SP e avaliados 34 consultórios. **Resultado:** Do total de 75 cirurgiões-dentistas, 21 (28%) trabalhavam sozinhos, sendo seis (29%) em escolas e 15 (71%) em UBS. Dos 34 consultórios, dois (6%) não apresentavam qualquer equipamento de esterilização e, dos que possuíam, a autoclave era o meio mais utilizado, em número de 15 (44%). Dos consultórios analisados, 13 (38%) não possuíam lixeiras do lixo comum e, em 18 (53%), as existentes eram inadequadas. Quanto ao lixo contaminado, em 21 (62%), as lixeiras eram inadequadas e, em dois (6%), ausentes. Ou seja: em apenas 11 (32%), as lixeiras para este tipo de lixo eram adequadas. Notou-se ainda que 13 (38%) não tinham lavatórios para mãos; em 23 (68%), havia toalheiro de papel; em 20 (59%), saboneteiras adequadas, e o compressor estava instalado dentro dos consultórios em cinco (15%) dos locais de atendimento. Quanto à adequação dos consultórios para o trabalho auxiliado, todos (n = 19) estavam insatisfatórios. **Conclusão:** A existência do ASB apresentou-se principalmente nos CEOs e nas Unidades de Saúde da Família por exigência legal e foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas, sugerindo a necessidade de reorganização no processo de trabalho e de gestão.

Descritores: Recursos humanos; saúde pública; assistentes de Odontologia.

Abstract

Introduction: The formation of Oral Health Team, healthy and ergonomic work conditions influence on quality of dental attendance to patient. **Objective:** In this observational and cross-sectional study, it was observed the participation of the dental assistants (ASB) on dental team on public health, to verify the items related to health legislation, the existence and distribution of equipment in dental offices. **Material and method:** The data collection was performed using questionnaires and observations on locals for consultation. It were interviewed 75 dentists from 9 cities of Health Regional Department (DRS) – XV – São José do Rio Preto City and it was evaluated 34 dental offices. **Result:** Of total 75 dentists, 21 (28%) worked alone and among them, 6 (29%) worked at school and 15(71%) at Health Basic Unit (UBS). From 34 dental offices, 2 (6%) did not show any equipment for sterilization and among those that had it, the autoclave was the most used method (44%). Among the analyzed dental offices, 31 (91%) had dustbin for common waste and 23 (68%) of contaminated waste was inadequate. It was noted that 13 (38%) did not have local to wash de hands; in 23 (68%) there was paper towel; in 20 (59%) there was ideal soap dishes, and the compressor was installed into dental offices in 5 (15%) of local for attendance. In relation to dental offices adequacy for the help work, all of them (n = 19) were dissatisfied. **Conclusion:** The existence of ASB was present in the Centers of Dental Specialties (CEO) and Units of Family Health due legal exigencies and it were found inadequate healthy and ergonomic conditions, suggesting the necessity of reorganization of work and management processes.

Descriptors: Human resources; public health; dental assistants.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004, tem os objetivos de ampliar a atenção odontológica e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira¹, propondo a reorganização da saúde bucal na atenção básica; a ampliação das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF); a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), e a ampliação do Programa de Fluoretação da água de abastecimento público².

Segundo o Ministério da Saúde³, há duas Modalidades de ESB: Modalidade I, que é composta por um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), e a Modalidade II, que é formada por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (TSB). O aumento da quantidade de equipes implantadas é um indicativo de que novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de Odontologia foram geradas nos últimos anos. Segundo o Ministério da Saúde³, em junho de 2009, já havia 17.818 equipes de saúde bucal implantadas.

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

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

O trabalho auxiliado na Odontologia há anos vem sendo pesquisado e recomendado⁶⁻⁸, considerando-se as inúmeras vantagens que pode proporcionar tanto para o profissional e a equipe de saúde quanto para o paciente, no âmbito individual e coletivo.

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

Todavia, nem sempre as condições físicas do ambiente permitem o trabalho auxiliado ou ainda, em muitas situações, os ASB não desempenham todas as ações a eles permitidas, seja por falta de preparo por parte da própria equipe de saúde bucal,

seja por desconhecimento do profissional sobre as atribuições do ASB estabelecidas por lei. Dada a importância do tema em saúde pública, foi desenvolvido o presente estudo, objetivando verificar a participação do ASB na equipe odontológica do serviço público de saúde e observar os itens relacionados com a legislação sanitária e a existência e a distribuição dos equipamentos adequados ao trabalho da equipe.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo, transversal e observacional, foi desenvolvido em nove municípios, sendo oito deles pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional "José Bonifácio" e ao município de São José do Rio Preto, sede do Departamento Regional de Saúde DRS XV do Estado de São Paulo. Do total de 173 cirurgiões-dentistas existentes nos nove municípios estudados, 75 foram entrevistados. Como critério de inclusão dos profissionais neste estudo, foi considerado o vínculo empregatício no serviço público de saúde; como critério de exclusão, os cirurgiões-dentistas que se encontravam afastados do serviço por licença ou aposentadoria, e os que não aceitaram participar do estudo. Para os profissionais que atuavam em mais de um município, foi considerada a entrevista realizada no primeiro município visitado, no ano de 2009.

Para as entrevistas, foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por questões abertas e fechadas, previamente testado em estudo piloto para verificação da composição das variáveis de estudo e adequações necessárias. As seguintes variáveis relacionadas à composição da equipe de saúde bucal e às informações relativas ao ambiente de trabalho de 34 salas de atendimento odontológico da rede pública foram registradas: tipo de estabelecimento; esterilização; existência de lavatórios com sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira; presença de toalheiro de papel para secagem das mãos e saboneteira suspensa para sabonete líquido; situação dos lixos contaminado e comum na sala de atendimento, presença do compressor no ambiente de trabalho, e a distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento. Para a classificação dos ambientes quanto à adequação da distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento, foram empregados os critérios estabelecidos por Porto¹⁰ (1994) e, para a análise das variáveis, foi seguida a Resolução SS-15 de 18-01-99¹¹, que estabelece condições de instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica.

As entrevistas e as observações do ambiente de trabalho foram realizadas por dois pesquisadores, previamente calibrados, tendo sido adotada uma postura passiva ao observar o ambiente de trabalho dos participantes do estudo.

No estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, protocolo FOA 2008-01660, foi solicitada a autorização para a participação dos cirurgiões-dentistas na pesquisa, bem como a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido a todos os profissionais. Foram garantidos o sigilo das informações e a preservação da identidade, o que permitiu o desenvolvimento da pesquisa sem constrangimento, retratando a realidade vivida

na rotina do dia a dia de trabalho. Os dados foram coletados, digitados numa base eletrônica utilizando-se o *Software Epi Info 2000 versão 3.5.1*.¹² (2008), sendo, posteriormente, realizada a estatística descritiva.

RESULTADO E DISCUSSÃO

1. A Equipe de Saúde Bucal

Foi observada, neste estudo, apenas a existência de Equipe de Saúde Bucal Modalidade I, constituída por um CD e um ASB. Nas entrevistas com CD (n = 75) da rede pública de saúde, foi observado que 54 (72%) possuíam o ASB na equipe de saúde bucal, sendo oito (15%) atuando em escolas, 11 (20%) em CEOs, dez (19%) em USF e 25 (46%) em UBS. Dos 21 (28%) CDs que efetuavam a rotina do seu trabalho sem o auxiliar, seis (29%) desenvolviam suas atividades em escolas e 15 (71%), em UBS. A existência de ASB para a maioria dos dentistas está relacionada ao fato de atuarem em Centros de Especialidades Odontológicas e Unidades de Saúde da Família, pois, segundo a Portaria 267/GM de 06 de março de 2001, o CEO deve contar na sua equipe com ASB, bem como a ESF, para modalidades I e II. Foi constatada uma minoria de 21 CDs (28%) desenvolvendo as atividades odontológicas sem o ASB em escolas e UBS, com agravante notada nas escolas, onde o profissional trabalha de forma isolada, ou seja, sem pessoal auxiliar, em uma equipe que se define multidisciplinar de saúde.

O trabalho sem o auxiliar de saúde bucal acarreta ao CD o acúmulo de funções desenvolvidas diariamente, pois, além das suas atribuições, cabe a ele desempenhar todas as atividades competentes a este profissional, as quais estão reconhecidas e regulamentadas pela LEI n.º 11.889 de 24 de dezembro de 2008⁹. A partir disso, é relevante destacar que, segundo Barros⁶ (1995) e Pereira, Moreira⁷ (1992), é fundamental a presença do ASB nas equipes de saúde bucal.

Embora nos últimos anos tenham sido geradas novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de Odontologia, pelos dados observados neste trabalho, percebe-se que ainda constitui um desafio a presença do ASB na rotina da equipe de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, fragilizando assim a prestação de serviços na atenção em saúde bucal aos usuários do sistema.

2. O Ambiente de Trabalho

Os estabelecimentos de assistência odontológica, no presente estudo, foram caracterizados em: 18 Consultórios Odontológicos tipo I, cinco Clínicas Odontológicas tipo I caracterizadas e uma Clínica Modular. Das 34 salas odontológicas analisadas, 19 (56%) eram utilizadas para o trabalho da equipe de saúde bucal (CD e ASB) e 15 (44%) eram utilizadas apenas pelo CDs.

Das cinco Clínicas Odontológicas Tipo I existentes, foi observado que apenas duas delas apresentaram sala específica para esterilização. No que se refere aos meios de esterilização, foi

constatado que duas (6%) das salas não apresentavam qualquer tipo de equipamento de esterilização, sendo a mesma processada em outra unidade de saúde. Verificou-se a autoclave como meio de esterilização mais utilizado. Estudo de Farinassi¹³ (2007) também observou a autoclave como meio mais utilizado tanto em serviços públicos como no privado, revelando, ainda, a tendência do uso de tal equipamento em função da evolução tecnológica na Odontologia, da eficiência e da agilidade do processo de esterilização, e dos princípios de biossegurança.

Quanto ao uso de estufas, neste estudo, verificou-se que do total de 17 estufas encontradas, apenas uma (6%) estava adequada à Resolução SS 374/1995¹⁴, por apresentar o termômetro de bulbo que indica a temperatura atingida no seu interior e o termostato responsável pela manutenção da temperatura desejada. Destaca-se, contudo, que este meio de esterilização é aceito na legislação sanitária, desde que seja seguida rigorosamente a normatização estabelecida.

Em relação ao descarte do lixo, 31 (91%) consultórios apresentaram lixeiras para descarte do lixo comum inadequadas e 23 (68%) apresentaram lixeiras do lixo contaminado também inadequadas. As lixeiras inadequadas ou a inexistência delas remetem a dificuldades em viabilizar as normas de biossegurança, expondo, assim, a equipe de saúde bucal e os pacientes ao risco de infecção cruzada. Cabe ressaltar a gravidade do acondicionamento de lixo contaminado em saco plástico de diversas cores, uma vez que o seu destino final pode ser aterros sanitários dos municípios, possibilitando a contaminação de terceiros e do meio ambiente^{11,15}.

No que se refere ao material perfuro-cortante, a grande maioria das salas 25 (73%) possuía recipientes¹¹ para descarte apropriado deste material. Farinassi¹³ (2007) também relatou que os ambientes analisados, em sua grande maioria, possuíam caixas adequadas a esta Resolução, no que tange ao descarte do material perfuro-cortante. O descarte adequado de material perfuro-cortante é de fundamental importância, pois pode evitar acidentes e disseminação de doenças infecto-contagiosas.

Em relação aos lavatórios das 34 salas, observou-se que apenas 13 (38%) destas não possuíam lavatório exclusivo para a lavagem das mãos dos profissionais. Em nenhuma sala, havia lavatório específico para instrumentais. Locks et al.¹⁶ (2011) afirmaram que a ação mais importante para a prevenção e o controle de infecções é a lavagem das mãos, pois diminui o potencial patogênico destas.

Para reduzir o risco de transmissão de microrganismos à equipe, a limpeza e/ou a descontaminação de artigos não devem ser realizadas no mesmo lavatório para lavagem de mãos. Saliba et al.⁸ (1998), Pezzato, Cocco¹⁷ (2004) e Queluz¹⁸ (2005) concordaram que a ausência dos dispositivos acionadores de torneiras, de papel toalha e de sabonete líquido torna o ambiente de trabalho inadequado às normas de biossegurança, expondo a equipe a riscos de saúde.

Quanto às instalações dos compressores, verificou-se que cinco (15%) apresentaram o compressor instalado dentro do ambiente de trabalho e, destes, um (20%) encontrava-se sem

proteção acústica. Segundo Nogueira¹⁹ (1983) e Mendel²⁰ (1993), esta ocorrência pode ocasionar a diminuição da acuidade auditiva e sensorial da pessoa, interferindo na sua vida social e profissional. Os profissionais de saúde e os gestores devem dar maior importância ao Artigo 38º inciso VII da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999¹¹, uma vez que os danos causados à saúde dos profissionais são irreversíveis. Como exemplos de tais danos, citam-se a perda ou a diminuição da audição e o estresse profissional gerados pelo barulho no ambiente de trabalho (Tabela 1).

Das salas odontológicas, em 19 (56%) era realizado o trabalho auxiliado. No que se refere ao posicionamento do Raio-X, observou-se que 19 (100%) salas estavam inadequadas, sendo que,

na grande maioria, 12 (63%), tal aparelho não existia e, em 7 (37%), não estava instalado na parede, conforme indica o referido autor.

A partir dos resultados apresentados (Tabela 2), percebe-se que dificuldades são vivenciadas no trabalho da ESB dos municípios avaliados. Ao se analisar a distribuição dos equipamentos existentes nas salas de atendimento odontológico, foi observado que todas as salas não apresentaram o bom posicionamento dos equipamentos para o trabalho auxiliado, segundo as especificações da ISO 40738²¹ (1980). Conforme estas, convencionou-se um esquema em que o centro é a boca do paciente e, a partir do centro, são traçados quatro círculos concêntricos (A, B, C e D), cada um com um afastamento de 0,5 m, indicando a posição exata de cada equipamento.

Tabela 1. Distribuição dos consultórios odontológicos do Sistema Único de Saúde de municípios paulistas, segundo as condições sanitárias. Araçatuba, 2009

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

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

Tabela 2. Distribuição dos consultórios odontológicos do sistema público de saúde de municípios paulistas, segundo análise ergonômica, Araçatuba, 2009

Condições físicas e posição do equipamento*	Planta nº 1 (n = 15)						Planta nº 3 (n = 4)						Total (n = 19)			
	Adequado		Inadequado		Ausente		Adequado		Inadequado		Ausente		Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metragem da sala	9	60	6	40	0	0	1	25	3	75	0	0	10	53	9	47
Porta de entrada	13	87	2	13	0	0	4	100	0	0	0	0	17	89	2	11
Lavatório do CD	3	20	5	33	7	47	4	100	0	0	0	0	7	37	12	63
Cadeira	4	27	11	73	0	0	1	25	3	75	0	0	5	26	14	74
Equipos	15	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	19	100	0	0
Mesa auxiliar	4	27	11	73	0	0	2	50	2	50	0	0	6	32	13	68
Armário fixo	3	20	4	27	8	53	1	25	1	25	2	50	4	21	12	79
Raio-X	0	0	5	33	10	67	0	0	2	50	2	50	0	0	19	100

*A análise foi realizada com base na proposta ergonômica de Porto¹⁰ (1994).

Com relação ao posicionamento dos equipamentos, o círculo A corresponde ao espaço ideal de pega, onde está o equipo e a unidade auxiliar; o círculo B, o espaço máximo de pega, onde está a mesa auxiliar e as gavetas do armário fixo quando abertas, e o círculo C, a área total da sala de tratamento, onde ficam as pias e os armários fixos. A partir deste esquema, foi sugerida por Porto¹⁰ (1994) a divisão do ambiente em duas áreas por meio do eixo 6-12 horas, sendo que posição 12 horas é indicada pela cabeça do paciente. Esta divisão tem como finalidade separar o ambiente em duas áreas: à direita da cadeira, área do cirurgião-dentista, e à esquerda da cadeira, área do auxiliar. Ao não se atentar a esses detalhes na montagem das salas odontológicas, ficam comprometidos o conforto, a eficiência ou a função, podendo, assim, ocasionar maior desgaste físico dos profissionais, menor eficiência do trabalho e, conseqüentemente, prejuízos para a saúde do trabalhador.

Além disto, a falta do bom posicionamento dos equipamentos também coloca em risco toda a cadeia asséptica que deve ser

realizada durante o atendimento odontológico, para proporcionar a segurança tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Barreto et al.²² (2011) concluíram que, mesmo em uma área restrita de atendimento e com a presença de barreiras físicas, ocorre a contaminação por aerossóis, além dos limites da área do consultório.

Obviamente, o posicionamento inadequado dos equipamentos pode estar relacionado a causas multifatoriais, como: a estrutura física da sala, o projeto hidráulico e elétrico da sala, e a existência de aparelhos obsoletos ou sucateados dentro da sala de atendimento, além da falta de conhecimento dos profissionais de saúde bucal sobre os princípios ergonômicos.

Conclui-se que a existência do Auxiliar em Saúde Bucal ocorreu principalmente nos CEOs e nas Unidades de Saúde da Família por exigência legal. Foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas, o que sugere a necessidade de reorganização no processo de trabalho e na gestão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente 2006 [citado em 2009 Maio 18]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família 2009 [citado em 2009 Mar18]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php
4. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 20 Set. 1990.
5. Conrado JGL. É preciso aperfeiçoar as ações de controle sanitário na Odontologia. J CROSP. 2009 (125):16-7.
6. Barros OB. Ergonomia 3: auxiliares em odontologia. São Paulo: Pancast; 1995.
7. Pereira AC, Moreira BHW. A utilização do auxiliar odontológico para aumento da produtividade nos serviços públicos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1992; 46:851-4.
8. Saliba TA, Eleutério D, Saliba CA, Moimaz SAS. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. Rev Pos-Grad. 1998; 5:171-6.
9. Brasil. Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). [citado em 2009 Maio 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm
10. Porto FA. O consultório odontológico. São Paulo: Scritti; 1994.
11. Brasil. Ministério da Saúde. São Paulo (Estado). Resolução SS-15 de 18 janeiro de 1999. Aprova a Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas [citado em 2009 jun. 10]. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br>
12. EPI Info 3.5.1: software para profissionais de saúde [computer program]. Atlanta: CDC; 2008.
13. Farinasi JA. Biossegurança no ambiente odontológico. Sotau Rev Virtual Odontol. 2007;1(3):24-30.
14. Brasil. Ministério da Saúde. São Paulo (Estado). Resolução SS-374, publicado em Diário Oficial do Estado, Seção I, de 15 de dezembro de 1995. Altera a Norma Técnica sobre a organização do Centro de Material e Noções de Esterilização [citado em 2009 Jun 10]. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/sanitaria/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NBR 9191/2000. Resíduos de serviços de saúde; Classificação. Rio de Janeiro: ABNT; 2000.
16. Locks L, Lacerda JT, Gomes E, Serratine ACP. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):569-75. PMID:22165405. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300019>
17. Pezzato LM, Cocco MIM. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. Saúde Debate. 2004; 28(68):212-9.
18. Queluz DP. Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. Rev Odontol Ciênc. 2005; 20(49):270-80.
19. Nogueira DP. Riscos Ocupacionais de dentistas e sua prevenção. Rev Bras Saúde Ocup. 1983; 11(41):16-24.

20. Mendel ID. Occupation risks in dentistry: comforts and concerts. J Am Dent Assoc. 1993;124:41-9.
21. International Standard Organization. Dental equipment – items of dental equipment at the working place: ISO 4073. Geneva; 1980.
22. Barreto ACB, Vasconcelos CPP, Girão CMS, Rocha MMNP, Mota OML, Pereira SLS. Environmental contamination by aerosols during treatment using ultrasonic devices. Braz J Periodontol. 2011; 21(2):79-84.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Suzely Adas Saliba Moimaz
Rua José Bonifácio, 1193, 16015-050 Araçatuba – SP
e-mail: sasaliba@foa.unesp.br; secrdos@foa.unesp.br

Recebido: 09/08/2012
Aprovado: 05/11/2012