

A organização da biossegurança de clínica odontológica em Comunidades Ribeirinhas em Santarém-PA: Relato de experiência

Glaucy Sakai Passos¹
Regiane Cristina do Amaral²

Resumo

A incorporação da equipe de saúde bucal com práticas seguras no atendimento as comunidades ribeirinhas e indígenas torna-se importante por ser um meio ao qual as crianças e adolescentes destas comunidades tradicionais tem maior acesso tanto a processos educativos, preventivos quanto ao tratamento odontológico. Assim o objetivo deste relato é descrever a experiência da biossegurança na organização e montagem de clínicas odontológicas em comunidades ribeirinhas, atendidas pelo Projeto Alto Arapiuns de Saúde Bucal, à luz da legislação vigente. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, quanto a organização da biossegurança de clínica odontológica montada em comunidades ribeirinhas e indígenas. Este modelo adaptado para regiões ribeirinhas e indígenas, de difícil acesso, mostrou-se eficaz especificamente nos itens relacionados ao processamento dos instrumentais, ao uso de EPI pelos dentistas voluntários e a destinação final dos resíduos. Nos itens de estrutura, demonstrou que as medidas de adaptação possibilitam práticas seguras para o atendimento das crianças e adolescentes em próprias comunidades, não sendo encontrado infecções ou dores secundárias, provenientes de infecções. Os relatos positivos, os resultados de atendimento, são desafios a ampliação deste método de trabalho, visto que as condições de saúde bucal, principalmente em regiões de difícil acesso, apontam para a necessidade de repensar as propostas atuais.

Palavras-chave: Saúde bucal; Biossegurança; Comunidades; Prática profissional.

¹ Docente da UniEvangélica – E-mail: glau.sakai@gmail.com

² Docente da Universidade Federal de Sergipe

Abstract

The incorporation of oral health team with safe practices in serving the riverside and indigenous communities it is important as a medium to which children and adolescents these traditional communities have greater access to both educational, preventive procedures on the dental treatment. So the aim of this report is to describe the experience of biosafety in the organization and assembly of dental clinics in riverine communities served by Projeto Alto Arapiuns de saúde bucal in the light of current legislation. This is an experience report, with a qualitative approach, regarding the organization of dental clinic biosafety in riverside and indigenous communities. This model adapted to riverine and indigenous regions of difficult access, was effective in specifically items related to processing of the instruments, the use of PPE by volunteer dentists and disposal of waste. In the structural items, it was shown that the adaptation measures allow safe practices for the care of children and adolescents in the communities themselves, and no infection or secondary pain from infection was found. The positive reports, the results of care, are challenges to expanding this working method, since the conditions of oral health, especially in areas of difficult access, point to the need to rethink the current proposals.

Keywords: Oral health; Biosafety; Communities; Professional practice.

Introdução

O Brasil é marcado pelas diversidades no qual se refletem na existência de comunidades que vivem em lugares remotos onde as distâncias e os obstáculos naturais dificultam ou até mesmo impossibilitam o acesso aos recursos, principalmente em relação a saúde. As comunidades ribeirinhas e indígenas, populações tradicionais, possuem um modo de vida pautado especificamente numa relação profunda com a natureza e seus ciclos, tendo uma estrutura fundamentada no trabalho da própria população, adequando-se ao que a natureza oferece e manejando quando necessário ¹.

A saúde bucal é parte da saúde geral de um indivíduo e dentre os problemas relacionados a saúde bucal está a cárie dentária, uma doença considerada um grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos e

em desenvolvimento, que afeta 60-90% dos escolares e a grande maioria dos adultos². Entretanto esta doença não se mostra equivalente em todos os setores da sociedade. Assim, diante deste quadro de desigualdade em relação à saúde bucal, os órgãos governamentais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), criaram metas para que os países, a fim de que a doença cárie dentária, seja controlada. No ultimo levantamento epidemiológico nacional brasileiro (2010) em relação a saúde bucal, verificou-se que a região Norte apresentou padrões acima do recomendado para a idade de 12 anos segundo a OMS²⁻⁴.

No Brasil, diante do projeto do Brasil Sorridente, formas como unidades de saúde fluvial foram criadas para que as populações ribeirinhas tivessem acesso a saúde. Contudo, apesar desta cobertura via fluvial, existem várias comunidades de difícil acesso para as embarcações maiores, que mesmo oferecendo o atendimento não preenchem a necessidades de todas as comunidades, fazendo com que os índices bucais das mesmas sejam elevados^{5,6,7}.

Desta forma o objetivo deste estudo foi produzir informações de uma experiência de organização da biossegurança na montagem de uma clínica odontológica em comunidades ribeirinhas e indígenas, à luz da legislação vigente, tendo em vista os 4 anos vivenciados no projeto Alto Arapius, na região de Santarém- PA, originalmente com ações de prevenção e proteção à saúde e posteriormente na montagem de clínicas em comunidades e elaboração de protocolos de segurança.

Metodologia e População do Estudo

O Estado do Pará, pertencente a região norte, é a unidade federativa mais populosa da macrorregião, segundo estimativa do IBGE em 2014⁸, com pouco mais de 8 milhões de habitantes. Possui mais de 71 milhões de hectares de Florestas, e é banhado pelos Rios Tapajós, Amazonas, nos quais ao redor destes rios e seus afluentes vivem comunidades. A região do Alto Arapius, um rio menor que desagua no Rio Tapajós, possui várias comunidades ribeirinhas

as quais distam entre 100 e 150 quilômetros de Santarém (em linha reta), a sudoeste da confluência do Tapajós com o Amazonas, uma região remota, em que o acesso ao local é via hidroavião ou pequenas embarcações, visto que o rio nem sempre tem profundidade suficiente para navegação de grandes embarcações.

Na região norte do país, Santarém Pará, foi inaugurada em 2011 o Programa de construção de Unidades Fluviais (UBSF), integrada à Política Nacional de Atenção Básica, a fim de ampliação do acesso aos serviços de saúde na região de Santarém⁷.

Há ainda unidades menores que navegam pelos afluentes do rio Arapiuns, sendo que estas possuem na sua estrutura, um consultório para atendimento odontológico, com a presença de um dentista, para o atendimento da população ribeirinha, além de outros atendimentos multiprofissionais. Contudo, estas não são em número suficiente para atender toda a população, além de ser um desafio ao trabalho voluntário de desenvolvimento nesta área, principalmente com ações de promoção a saúde.

Esta bacia dos afluentes do Rio Arapiuns é constituída pelos rios Aruã, Maró, Marózinho e Inambu, às margens dos rios localizam as comunidades ribeirinhas, 18 comunidades ribeirinhas, sendo que estas variam quanto a estrutura e população.

Estas comunidades apresentam características peculiares, pois devido aos rios serem menores, mais estreitos e de menor profundidade, não são próprios para a navegação de barcos maiores, principalmente durante os períodos de seca (outubro a janeiro). A locomoção desta comunidade até a cidade mais próxima Santarém - Pará em casos de urgência se dá em pequenas embarcações, denominadas rabetas. Outra particularidade destas comunidades está o fato das mesmas não terem como fonte principal de nutrição a pesca, pois devido a acidez da região o rio Alto Arapiuns é pobre em peixe, sendo a alimentação deste ribeirinhos provenientes de caça local, farinha ao qual estes plantam e algumas vezes doces provenientes de embarcações que vendem produtos esporadicamente.

Para a assistência odontológica a este grupo, se faz necessário princípios de segurança, biossegurança, que vão além dos desafios com o transporte de todo o material e equipamentos, do cuidado com o meio ambiente e em especial a cultura dos povos ribeirinhos e indígenas. Assim, programar condições adequadas para que intervenções odontológicas sejam realizadas, torna-se um desafio considerando a necessidade de adequações para a biossegurança local.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que busca descrever a realidade de um grupo social, através de relato de experiência da organização da biossegurança de clínicas de atendimento odontológico montada em comunidades ribeirinhas de difícil acesso, no município de Santarém-PA, sem adequada infra-estrutura, como: saneamento básico (água encanada e rede de esgoto), energia elétrica, e outras condições encontradas no meio urbano, para onde as legislações são direcionadas.

O estudo relata a organização do Projeto de Saúde Bucal em 08 comunidades ribeirinhas principais com ampliação de atendimento a dez (10) comunidades secundárias, nos rios Maró, Aruã e Inhambu, na bacia do Arapiuns, um dos afluentes do Rio Amazonas, em Santarém – PA. São consideradas comunidades principais as comunidades que possuem 10 ou mais famílias e possuem uma escola sede.

O relato do projeto refere-se ao período de novembro de 2011 até 2015 abrangendo 27 ações em saúde bucal na região estudada.

Descrição da experiência para o atendimento odontológico

Biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação dos riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços⁹.

Levar a biossegurança a lugares remotos torna-se um desafio ao profissional de saúde, considerando a necessidade de adaptar-se a realidade local sem perder o foco da importância da segurança no uso de medidas de assepsia, desinfecção entre outros⁹⁻¹⁷.

Em comunidades ribeirinhas este desafio é ainda maior, visto que se trata de localidades em que o agente antimicrobiano, como medicamentos é escasso ou inexistente, ou seja, muitas vezes se o cuidado com a biossegurança não é determinante, ao invés do bem a esta população, pode-se levar infecções, com dores e inflamações, como por exemplo, em casos de tratamento odontológico, uma alveolite.

No presente relato os tratamentos odontológicos oferecidos às comunidades foram: restaurações (resina e ART – tratamento restaurador atraumático, utilizando ionômero de vidro quimicamente ativado e foto ativado) e extrações dentárias, além de oferecer kits de escovação, ensino de escovação individualizado em modelo, atividades lúdicas educativas e preventivas, escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor.

Ações de biossegurança foram realizadas desde a primeira clínica na Ação 4, em Abril de 2012, na comunidade de São Francisco do Aruã. O Fluxo do protocolo foi estabelecido a partir da ação 09 em Janeiro de 2013 na comunidade de Prainha do Maró e descrito como protocolo em Junho de 2013. Em todas estas comunidades o modelo apresentado foi seguido.

Para que fossem realizados os tratamentos odontológicos foram necessárias as adequações na clinica odontológica¹⁰⁻¹⁷.

Os atendimentos odontológicos são realizados em salas de aula das escolas nas comunidades, sofrendo algumas adequações para que sigam as instruções dos órgãos de Vigilância Sanitária do Brasil. Assim:

I. Iluminação sem ofuscamento ou sombras.

Os atendimentos são realizados em salas de aula, sempre escolhidos o local com melhor ventilação e iluminação natural, considerando que são realizados no período do dia. Utiliza-se como modo auxiliar na iluminação, lanternas individuais

fixadas na cabeça do dentista. Há sempre disponibilidade para o uso de geradores na comunidade, para a iluminação com lâmpadas.

II. Ventilação: circulação e renovação de ar. Deve haver mecanismos para reduzir o nível de unidades formadoras de colônias (ufc) no ar ambiente (aparelho esterilizador de ar e/ou filtros especiais).

Em comunidades ribeirinhas usa-se a ventilação local, visto que não há presença de ar condicionado. Busca-se a melhor localização para a montagem das cadeiras de atendimento.

III. Os estabelecimentos de assistência odontológica que possuem aparelhos de ar condicionado deverão mantê-los limpos e providenciar a troca de filtros periodicamente (6 meses). Manter registro escrito. Sala clínica: uso de filtros classe G3 e sistema de ventilação e/ou exaustão complementar, garantindo desta forma a renovação de ar exterior necessária nestes ambientes. Proibido o uso de ventiladores. *Não se aplica.*

IV. Devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos nos ambientes do EAS. Telar todas as aberturas externas. *Não se aplica*

V. Pisos com material liso, lavável e impermeável. Resistente a produtos de limpeza.

O piso da sala de atendimento é lavado por pessoas da comunidade antes e após cada período de atendimento.

VI. Paredes de alvenaria ou divisórias de cor clara, de material liso, lavável e impermeável. Permitido o uso de tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas desde que resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel.

É respeitada uma medida mínima de 9 metros quadrados para dispersão de aerossóis. Para divisória entre uma cadeira e outra é utilizado separação com panos/cortinas que ao final do atendimento são transportados e higienizados separadamente. A utilização de plásticos como divisória não foi aprovada, devido a temperatura quente e úmida. Outras propostas foram buscadas, sem êxito, mas optou-se pela privacidade de cada atendimento, com a diminuição de

contaminação cruzada, Os lençóis são transportados e tratados como contaminados.

VII. Forros de cor clara sem presença de mofo, infiltrações ou discontinuidades. Na sala clínica devem ser contínuos, sendo proibido o uso de forros falsos removíveis, do tipo que interfira na assepsia dos ambientes. *Não se aplica*

VIII. Superfícies da sala clínica devem ser impermeáveis, permitindo a desinfecção. Proibido o uso de mesas e bancadas de madeira.

As mesas tanto para atendimento quanto para depósito do material a ser utilizado são forradas com panos e em cima destes, são utilizadas toalhas plásticas para que se possa fazer desinfecção com uso de álcool 70%. A cadeira do paciente é forrada com papel filme e procede-se a desinfecção com álcool a 70% após o uso.

IX. As instalações elétricas ou hidráulicas devem ser embutidas ou protegidas por calhas ou canaletas externas, para não haver depósito de sujidade em sua extensão. *Não se aplica.*

X. Janelas - Cortinas de material que permita a higienização - *Não se aplica.*

XI. Escritório separado da área de atendimento. Evitar reservatórios de microrganismos.

O Atendimento para registros e controle de entrada e saída é realizado fora do ambiente da clínica, adequando ao melhor atendimento.

XII. O espaço clínico não deve conter plantas, aquários, quadros, sofás, brinquedos e outros materiais que possam se constituir em focos de insalubridade.

Utiliza-se a sala de aula, coma retirada de carteiras e outros objetos.

XIII. Compressor de ar comprimido instalado em ambiente com tomada de ar externa e/ou com proteção acústica eficiente. Se instalado no banheiro deve ser acoplado através de ducto a ponto de captação de ar externo. *Não se aplica*

XIV. O lavatório deve ter água corrente (água potável da rede pública), de uso exclusivo para lavagem de mãos, com dispositivo que dispense o contato de mãos com a torneira durante o seu fechamento (inclusive no lavatório da auxiliar, se houver). Toalhas de papel descartável não reciclado e sabonete líquido. As

clínicas que realizam cirurgias devem possuir lavabo cirúrgico (100 x 50 x 50 cm) e utilizar degermante líquido para as mãos.

Para a lavagem das mãos utiliza-se água corrente proveniente de um poço ou irrigada com água de rio antes e no final do atendimento e na presença de sujidade. Na ausência de sujidade visível, utiliza-se álcool gel a 70% de uso individual.

XV. As clínicas devem contar com equipamentos para esterilização fora da área de atendimento - CME (Central de Material Esterilizado), que devem apresentar duas áreas distintas (área suja e área limpa) e ventilações independentes, diretas ao exterior e separadas até o teto, com guichê de passagem, sem cruzamento de fluxo, sendo uma área dotada de ponto de água, cuba e bancada para recepção de material contaminado, expurgo e lavagem e outra para o preparo, esterilização, guarda e distribuição do material.

O material é esterilizado na cidade em clínicas que oferecem suporte e tem licença de funcionamento atendendo RDC 15 de 15 de Março de 2002¹⁷.

XVI. É extremamente aconselhável que os consultórios isolados tenham CME separado da sala clínica. Na sala clínica adotar bancadas separadas para lavagem de mãos e lavagem de instrumentais para que o fluxo de materiais seja adequado. Quando estiverem na mesma bancada deve ter distância compatível entre elas, ou barreira para que respingos da pia para lavagem de instrumental não contamine a de lavagem de mãos (lavatório).

Esse procedimento é realizado nas clínicas com licença de funcionamento, fora da comunidade,

XVII. A sala de espera deverá proporcionar condições para que os pacientes aguardem o atendimento sentado e possuir boa ventilação natural ou artificial.

A espera é realizada em ambiente externo, com adaptação de cada comunidade, utilizando-se o tempo, para o trabalho de educação em saúde bucal ou ensino de escovação individualizada em modelo de ensino

XVIII. Sanitário masculino e feminino, água potável e copo descartável; Um dos banheiros adaptado para uso de pacientes portadores de necessidades especiais. *Não se Aplica*

XIX. Cadeira, equipo, refletor, mocho, sugador de saliva, amalgamador elétrico e demais equipamentos limpos e dentro das normas técnicas e as legislações específicas.

Os equipamentos são encapados com papel filme e limpos através de fricção do álcool 70%, após cada atendimento.

XX. Possuir DML – Depósito de Material de Limpeza – Sala destinada a guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

Não se aplica, visto que não há estoque de material e o DML faz parte da estrutura da clínica no município.

XXI. Todas as áreas “molhadas” do EAS devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados. *Não se aplica*

XXII. Rodapés: Não arredondar. Evitar ressalta junto à parede. Instalação de som: somente caixa de som, preferencialmente metálica, dentro da sala clínica. Vestiário para o profissional e auxiliares. Ambientes incompatíveis: Escritório x Sala Clínica, CME x DML, Copa x Sala Clínica. *Não se aplica.*

XXIII. Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) - Obrigatório para toda a equipe.

Aplicável em todos os atendimentos. Luvas para atendimento clínico e cirúrgico, que devem ser descartadas a cada paciente. Avental de proteção. Máscaras descartáveis. Óculos de proteção profissional e nos pacientes em procedimento que promovam dispersão mecânica de partículas durante o ato operatório. Gorro. Opcionais: Gorro e sapatilha descartável para o paciente. Obs.: Os EPI devem ser utilizados somente no local de atendimento.

XXIV. Instrumentais – Todos os itens são aplicados, sendo a esterilização realizada em clínica apropriada, que no caso deste protocolo é em Santarém - PA ou Anápolis-GO.

O instrumental necessário para o funcionamento deve ser compatível com:

- ✓ O processo de esterilização adotado, o nº de pacientes atendidos e o tipo de procedimento realizado. O material é organizado em Kits individuais, com

planejamento prévio, organizados a partir da fase inicial de identificação das crianças a serem atendidas.

- ✓ O instrumental esterilizado deve ser guardado em caixas fechadas e devida ventilação. Deverão ser de fácil limpeza (fórmica/semanal), em local seco, arejado, livre de odores e umidade (jamais embaixo da pia com conexão de água e/ou esgoto). Local de acesso exclusivo da equipe de saúde bucal. (RDC 15/2012)¹⁷.
- ✓ Todo instrumental é embalado em papel grau cirúrgico e reesterilizado ao final da ação, considerando os riscos inerentes ao transporte e ambiente das comunidades.
- ✓ Fazer validação do processo de esterilização. Uso de indicadores químicos e/ou biológicos. Clínicas de suporte, atendendo a RDC 15/2012¹⁷.
- ✓ As brocas devem ser esterilizadas em autoclaves.
- ✓ Usar uma bandeja, um jogo de instrumental e um jogo de brocas para cada paciente.

Resíduos (Todos os itens são aplicados)

XXV. A destinação final de todo material perfuro cortante deve ser feita em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia de substância infectante e contendo solução desinfetante. Descartado junto com o lixo hospitalar.

O resíduo tipo E-Material Pérfuro-cortante, retorna ao município em caixas de paredes rígidas, lacradas e em sacos leitosos com risco infectante e são entregues em clínica de apoio no município de Santarém, para destinação final.

A RDC 306/2004¹², no qual dispõe sobre o regulamento técnico para gerenciamento dos RSS, classifica os resíduos, segundo o quadro abaixo. Destes, são aplicados nas clínicas montadas nas comunidade atendidas pelo Projeto Alto Arapiuns de Saúde Bucal, as classes A, D e E.

Sobre o grupo A4 - Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, há orientação para o uso de sacos brancos leitosos com indicação de resíduos infectantes, os *que “não contenham sangue ou líquido na forma livre”*.

Forma livre é a saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima.

Dessa forma, considerando o conceito, os debates de “risco biológico” e o quantitativo de resíduos a serem transportados para a cidade, decide-se por descartar em sacos brancos e leitosos, com risco infectante, gases, compressas e materiais que apresentem sangue em forma de gotejamento. Os demais serão descartados como resíduo comum.

No recinto dos estabelecimentos, os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa, acionado por pedal, separados em lixo comum e lixo contaminado. Usar saco branco leitoso com indicação de “infectante” para o resíduo com contaminação biológica;

O local para guardá-los deve ser limpo, isento de poeira, ventilado, de modo a não propiciar possíveis contaminações.

Após esterilização o material é deixado em caixas fechadas, com mecanismo de renovação de ar para serem transportadas até a comunidade, acatando o critério de material limpo e contaminado.

XXVI. O material contaminado deverá sofrer tratamento adequado, no caso do presente protocolo estes sofrem o tratamento descrito abaixo:

Imersão - em solução diluída de detergente enzimático, recolhidas e recolhidas antes de 15 minutos, para enxague (na clínica, após cada uso).

Enxague - em água corrente (poços, ou água de rios, retiradas em balde), de acordo com a disponibilidade da comunidade.

Secagem – o material é espalhado em mesas impermeabilizadas e deixadas em ar ambiente- ambiente protegido , posteriormente secadas com compressas limpa e secas, antes de acondicioná-las para o transporte.

Transporte - O material é transportado para as clínicas a fim de sofrer o reprocessamento indicado (na cidade).

Na clínica (cidade) - todos os instrumentais passam por todas as fases de reprocessamento.

XXVII. Possuir abrigo externo próprio para coleta hospitalar.

Nas clínicas autorizadas no município.

Quanto ao funcionamento da clínica são aplicados:

- ✓ Os profissionais de saúde devem estar alertas de que sua atividade, assim como de seus auxiliares, é uma atividade de risco, portanto um protocolo rigoroso de procedimentos deve ser seguido.
- ✓ Quando este protocolo é quebrado o risco de uma infecção ou lesão pode atingir não somente a equipe, mas também a integridade física e a saúde dos pacientes.
- ✓ Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento dos trabalhos.
- ✓ Todo instrumental e material que penetra na boca do paciente deve estar esterilizado.
- ✓ As pontas devem ser protegidas com barreiras de proteção de material impermeável e de uso único.
- ✓ É necessário a utilização de barreiras nos locais manipulados durante os procedimentos odontológicos, utilizando para este fim, lâminas plásticas de PVC, sobre-luvas, papel laminado ou sacos plásticos. Equipo, alça do refletor, etc.
- ✓ Estabelecer um intervalo entre as consultas para os procedimentos adequados ao controle de infecção no ambiente clínico. Trocar material descartável após o atendimento de cada paciente e fazer tratamento das superfícies.
- ✓ Adotar rotinas de biossegurança.
- ✓ Não é permitida a esterilização de brocas em soluções.

- ✓ O Cirurgião-dentista e auxiliares devem saber esclarecer sempre os métodos de esterilização utilizados. Se possível, esses procedimentos devem ser registrados por escrito. As rotinas de esterilização devem ser bem claramente executadas. Não deve haver quebra destas rotinas.
- ✓ Os materiais que não podem ser esterilizados devem ser desinfetados.
- ✓ É vedada a utilização de pastilhas de formol.
- ✓ O responsável técnico pelo estabelecimento de assistência odontológica deverá ser Cirurgião dentista (CD), com inscrição no CRO de seu estado. Há a presença de um responsável técnico, um CD em todo o atendimento.
- ✓ Toda investigação de diagnóstico e a indicação do procedimento odontológico são de responsabilidade do CD.
- ✓ O meio apropriado (1ª escolha), dentro do consultório, para esterilização de compressas de gaze é a autoclave. Não se esteriliza compressas de gaze em estufa.
- ✓ Antes da realização de procedimentos cirúrgicos é obrigatória a utilização de sabão líquido com antisséptico.
- ✓ É obrigatória a vacinação contra Hepatite B e Tétano para todos os profissionais da equipe de saúde bucal, além de febre amarela e a orientação para a complementação do cartão do adulto.

Não se aplica

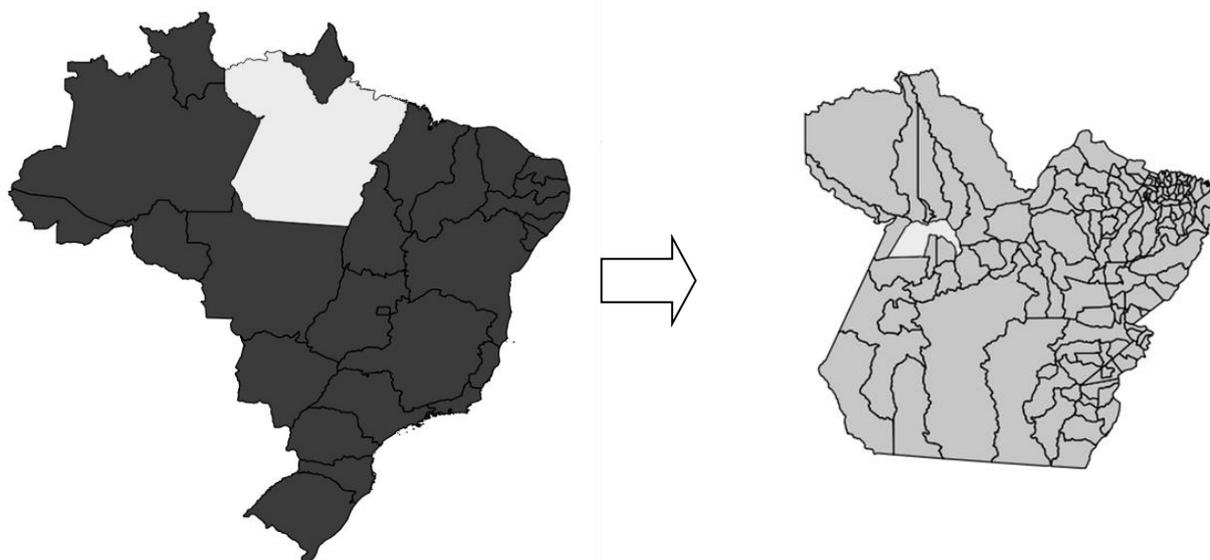
- ✓ É vedado o uso de secadores de ar por turbilhamento.
- ✓ É obrigatória a desinfecção de moldagens, devido a presença de sangue e saliva, e a esterilização de moldeiras plásticas e metálicas
- ✓ É proibido o uso de equipamento a base de radiação ultravioleta e ebulidores como métodos de esterilização
- ✓ Toda estufa deve possuir termômetro de bulbo para a sua correta calibração e/ou controle de temperatura.

A vacinação da equipe é checada anteriormente, bem como os registros profissionais. O processo de biossegurança da clínica é organizado e fiscalizado por um profissional capacitado.

Na análise crítica dos resultados, do quadro acima, verifica-se que nos 19 itens, 10 não são aplicáveis às condições da região e 09 apresentam orientações diferenciadas, 08 com resultados efetividade nos resultados e 02 com resultados frágeis, os quais se referem a ventilação e o uso das divisórias de tecidos.

Dos 08 itens acima verificados, em todos há efetividade nos resultados, sendo 04 aplicados fora da comunidade, 02 na comunidade e 02 iniciam na comunidade e finalizam fora da comunidade. Estes itens que estão diretamente relacionados a segurança de instrumentais e da equipe são todos aplicáveis, mesmo em uma comunidade sem as condições adequadas para o atendimento.

Figura 1: mapa localização Santarém-PA.



Quadro 1: Ações realizadas de novembro de 2011 a novembro de 2015. Santarém-PA.

Descrição	n
Número de ações realizadas	27
Número de comunidades alcançadas	20
Total de crianças e adolescentes cadastrados nas Comunidades	908
Total de crianças e adolescentes que passaram por alguma ação de educação em saúde	861
Total de crianças e adolescentes que receberam algum atendimento clínico	745
Total de ações de educação em saúde bucal realizadas	32
Total de orientação de escovação supervisionada	1272
Kits (escova dental, creme dental e fio dental) distribuídos	2851

Aplicação Tópica de Flúor	1220
Atendimento clínico – profilaxia	1105
Atendimento clínico – restaurações (ionômero de vidro e resina)	2264
Exodontia	922

Figura 2: Ilustração da montagem da mesa com plásticos e /ou papel filme, favorecendo a desinfecção.



Quadro 2: Fases de transporte e processamento do material odontológico.

INSTRUMENTAL		NA COMUNIDADE	CLÍNICAS AUTORIZADAS /MUNICÍPIOS (SANTARÉM/ANÁPOLIS)
ESTERILIZADO	1. Recipiente fechado de uso exclusivo para transporte de material esterilizado.	1. Os instrumentais chegam esterilizados e organizados em Kits (sonda, espelho, pinça, cureta) – sobre bandejas e vedados com papel Grau cirúrgico, devidamente processados. 2. Os kits são disponibilizados em mesa impermeabilizadas com plástico ou papel filme.	1. Em clínica com licença de funcionamento, na cidade de Santarém ou local de origem, o material odontológico é reprocessado e reesterilizado.

LIMPO/ CONTAMINADO	1. Caixas Plásticas tipo Tupperware, com tampas, exclusivo para transporte de material contaminado.	1. Após a utilização o material odontológico é deixado em solução com detergente enzimático, antes da limpeza inicial, na comunidade. 2. Enxágüe em água corrente proveniente de poços ou rio. 3. Secagem- Espalhados numa mesa e individualmente, para secagem em ar ambiente. Posteriormente secados com papel toalha. 4. Acondicionados em caixas plásticas vedadas (p'roprias para material contaminado), para transporte até o município.	1. Os instrumentais são processados em clínicas na cidade. Passam por todas as fases, da higienização até o empacotamento e guarda. São reesterilizados a cada ação, independente do uso.
-------------------------------	---	---	---

Quadro 03: Destino dos resíduos finais ao atendimento odontológicos

Destino Final	Retorno para coleta do Município		Tratamento na comunidade		NA
Materiais	Saco Branco leitoso-Risco Infectante		Lixo Comum Queimar conforme rotina da comunidade		
	Recipiente e de parede rígida com tampa vedável.	Recipiente e Parede Rígida			
Luvas de Látex sem presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis, ou com pouco volume (sem gotejamento).			x		
Luvas de Látex com presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis, com grande volume de sangue "Gotejamento"		x			
Máscaras, gorros, aventais descartáveis, sem presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis, ou com pouco volume (sem gotejamento).			x		
Máscaras, gorros, aventais descartáveis, com presença de sangue ou fluidos corpóreo visível em grande volume "gotejamento".		x			

Toalhas de papel sem presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis ou com pouco volume “sem gotejamento”.			x		
Toalhas de papel com presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis em grande volume “gotejamento”.		x			
Compressas de gaze , rolete de algodão sem presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis ou com pouco volume “ sem gotejamento”			x		
Compressas de gaze , rolete de algodão com presença de sangue ou fluidos corpóreos visíveis em grande volume “gotejamento”.		x			
Resíduos da cuspideira lixeiras com saco de lixo e areia			x		
Resíduos de Amálgama					x
Fio de suturas agulhas	x				
Lâminas	x				
Tubetes anestésicos	x				
Papel Grau cirúrgico sem sujidade visível, ou com pouco volume “ sem gotejamento”			x		
Papel Grau cirúrgico com sujidade visível ou com grande volume “gotejamento”		x			
Sugador descartável			x		
Agulha de anestesia	x				
Lixas de acabamento de resina		x			
Lixa de Aço		x			
Fita matriz	x				
Cunha de madeira sem presença de sangue ou Fluidos Corpóreos visíveis ou com pequeno volume “ sem gotejamento!			x		
Cunha de madeira com presença de sangue ou Fluidos Corpóreos visíveis ou com grande volume “gotejamento”		x			

Quadro 4: Resumo dos itens.

Nº	Itens de verificação	Aplicação ao item verificado
I.	Iluminação	OD
II.	Ventilação	OD
III.	Cuidados com ar condicionado	NA
IV.	Uso de telas	NA
V.	Piso lavável	OD
VI.	Divisórias/paredes	OD
VII.	Forros sem mofo	NA
VIII.	Superfície q permite higienização	OD
IX.	Instalações protegidas por canaletas	NA
X.	Janelas com cortinas higienizáveis	NA

XI.	Escritório separado para atendimento	OD
XII.	Espaço de atendimento sem plantas	OD
XIII.	Compressor de ar comprimido em ambiente externo	NA
XIV.	Lavatório de água para as mãos	OD
XVII	Sala de espera confortável	OD
XVIII	Sanitários M e F	NA
XX	DML	NA
XXI	Ralos para locais molhados	NA
XXII	Rodapés	NA

A=Aplicado; OD- Orientação Diferenciada; NA= Não Aplicado; E=Efetivo; F= Frágil

Quadro 5: Processamento de Instrumentais; Destinação Final Dos Resíduos; Uso de EPI

Itens verificação	Aplicação ao item verificado	Resultado
XV.	Esterilização fora da área da clínica	Aplicado fora da comunidade
XVI	CME separado da clinica	Aplicado fora da comunidade
XIX	Cadeiras, equipo, equipamentos limpos	Aplicado na comunidade
XXIII	Uso de EPI	Aplicado na comunidade
XXIV	Esterilização de instrumentais	Aplicado fora da comunidade
XXV	Destinação Final	Aplicado fora da comunidade e na comunidade
XXVI	Processamento de materiais contaminados	Aplicado na Cidade
XXVII	Abrigo Externo para Coleta	Aplicado na comunidade e na cidade

Considerações finais

A montagem de uma clínica com protocolo de biossegurança, adaptado para regiões ribeirinhas de difícil acesso, demonstram que mesmo sem as condições estruturais adequadas, é possível aplicar os princípios de biossegurança e obter práticas seguras aos comunitários e a equipe.

Agradecimentos

Aos organizadores e colaboradores do projeto Alto Arapiuns.

Referências

1. FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; PEREIRA, Henrique dos Santos; WITKOSKI, Antônio Carlos **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus: EDUA, 2007.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report**. Geneva: WHO, 2003.
3. WHO (World Oral Health). **Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: manual de instruções**. Genebra: OMS, 1997.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Resultados Principais** [internet]: 2012 [citado em 2014 mai 4]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
5. Cohen, C.F.; Souza, S.R.; Guedes, P.D.; Salino, A.V.; Rebelo, M.A.B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**. 2009; 25(8)1:1827-1838.
6. AMARAL, R.C.; CARVALHO; D.A.; BRIAN; A.; SAKAI, G.P. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas - Pará, Brasil. **Rev. Bras. Odontol**. 2017;74(1):18-22.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Unidades Básicas de Saúde Fluviais**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0290_28_02_2013.html
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/santarem.html?>
9. Penna, P.M.M.; Aquino, C.F.; CATANHEIRA, D.D.; BRANDI, I.V.; CANGUSSU, A.S.R.; MACEDO, S.E.; SARI, R.S.; SILVA, M.P.; MIGUEL, A.S.M. Biossegurança: uma revisão. **Arq. Inst. Biol**. 2010;77(3): 555-465.
10. BRASIL. VIGILANCIA SANITÁRIA. Anvisa. **Legislação pertinente**: Portaria nº 612/97 – SES/Go.RDC 50, de 21/02/2002, RDC 307/02. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>. Acessado em: 07/06/2019.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde** 2ª Edição – Ministério da Saúde – 1994 (Portaria 1598). Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/superficie.pdf>. Acessado em: 07/06/2019
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 2616 de 12/05/98** – Controle de Infecção Hospitalar. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acessado em: 07/06/2019.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anvisa. RDC 306/2004**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0306_07_12_2004.pdf/95eac678-d441-4033-a5ab-f0276d56aaa6. Acessado em: 07/06/2019.
14. GESTÃO DE RESÍDUOS E PRODUTOS PERIGOSOS. **Resolução 358/2005 CONAMA**. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462>. Acessado em: 07/06/2019.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3523**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3523_28_08_1998.html. Acessado em: 07/06/2019.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. **Serviços odontológicos: Prevenção e controle de riscos**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/manual_odonto.pdf. Acessado em: 07/06/2019.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RDC n 15. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html

