

NEUSA ROSA NERY DE LIMA MORO

**GESTÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE
INFECÇÃO E BIOSSEGURANÇA EM CLÍNICAS
DO CURSO DE ODONTOLOGIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre no Curso de
Pós-Graduação em Educação.

Curitiba 1997

NEUSA ROSA NERY DE LIMA MORO

**GESTÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO
E BIOSSEGURANÇA EM CLÍNICAS DO
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre no Curso de
Pós-Graduação em Educação da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Jayme Ferreira Bueno

CURITIBA

1997

NEUSA ROSA NERY DE LIMA MORO

**GESTÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO
E BIOSSEGURANÇA EM CLÍNICAS DO
CURSO DE ODONTOLOGIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre no Curso de
Pós-Graduação em Educação da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Jayme Ferreira Bueno

CURITIBA

1997

SUMÁRIO

RESUMO.....	iii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	1
1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	4
1.3 TIPO DE PESQUISA E METODOLOGIA.....	7
2. INFECÇÃO EM ODONTOLOGIA E MEDIDAS PREVENTIVAS.....	9
2.1 INFECÇÃO.....	9
Infecções de preocupação especial em Odontologia.....	11
2.2 HBV E HIV EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: EM ESPECIAL NA ODONTOLOGIA.....	21
2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA INFECÇÕES E ACIDENTES EM ODONTOLOGIA.....	28
3. GESTÃO DE CLÍNICAS EM ESCOLAS DE ODONTOLOGIA.....	35
3.1 AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO.....	35
3.2 A GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	51
3.3 ASPECTOS JURÍDICOS E RESPONSABILIDADE TÉCNICA.....	54
3.4 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES E ACIDENTES EM HOSPITAIS E ESCOLAS DE ODONTOLOGIA.....	67
4. A CLÍNICA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR: UM ESTUDO DE CASO.....	75
4.1 OBJETIVOS DA CLÍNICA.....	75
4.2 LEVANTAMENTO DE ACIDENTES E VACINAÇÕES.....	78
4.3 PROGRAMA DE VACINAÇÕES.....	81
4.3.1 O Projeto CASA da UFPR.....	82
4.3.2 Parceria Coordenação do Curso – Projeto CASA.....	83
5. ESTRATÉGIAS PARA VIABILIZAR UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO E BIOSSEGURANÇA.....	86
6. CONCLUSÕES.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	
ANEXO 1 – LEIS, DECRETOS E RESOLUÇÕES.....	122
ANEXO 2 – REGIMENTOS INTERNOS.....	132
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO.....	141
ANEXO 4 – OFÍCIO – PROJETO CASA-UFPR.....	143

RESUMO

Esta dissertação enfoca a necessidade, cada vez maior, de se diminuir a níveis aceitáveis os riscos de infecções adquiridas em decorrência da prática odontológica. Considera indispensável a implantação de um Programa Preventivo dentro dos Cursos de Odontologia, uma vez que é durante a formação profissional que a sedimentação destes conceitos é mais eficiente.

Este estudo é resultado de uma revisão bibliográfica e de pesquisa no Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, para levantamento de dados sobre o número de alunos que sofreram acidentes nas clínicas do Curso. Levantou-se, também, o número de alunos vacinados contra hepatite B. Os resultados mostraram que os acidentes envolvendo alunos é uma realidade no Curso. A maior parte dos estudantes sofreu, no ciclo profissionalizante, algum tipo de injúria com instrumento perfuro-cortante contaminado ou não. Após a análise comparativa com a literatura que aborda erros e responsabilidades médico-odontológico-hospitalar, concluiu-se que existem diferentes níveis de responsabilidade tanto administrativa como individual. Estratégias para a implantação de programas preventivos e de controle de Infecção e Biossegurança foram propostas, desde aspectos de estrutura física das dependências do Curso, padronização de procedimentos, produtos químicos, até aspectos didáticos, pois a lacuna curricular existente em relação ao tema compromete o aprendizado do aluno.

Constatou-se que para o estabelecimento dos programas preventivos é necessário não apenas a atuação das Comissões de Controle de Infecção e Biossegurança, mas também um acompanhamento e participação institucional mais abrangente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O tratamento dental apresenta o problema de controle de infecção, pois os procedimentos são desenvolvidos em um ambiente repleto de microorganismos. Na verdade, pode-se dizer que durante séculos o dentista e sua equipe realizaram seu trabalho independente dos riscos reais de infecção inerentes à prática dental até que se compreendeu, há poucos anos, que as infecções potencialmente letais, como o vírus da hepatite B (HBV) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV), poderiam ser transmitidos na clínica. Hoje, mais do que nunca, há urgente necessidade de se usar métodos eficientes para proteger o odontólogo e os pacientes de doenças adquiridas a partir de infecções cruzadas, transmitidas durante o tratamento odontológico.

A Odontologia, como ciência, vem sofrendo uma evolução natural, o que obriga as pessoas, nela envolvidas, a uma constante

O tema do controle de infecção e da biossegurança foi escolhido em decorrência da minha atuação como membro da Comissão de Controle de Infecção Odontológica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná. Essa situação fez com que, convivendo com elas, observasse as dificuldades no sentido da implantação de medidas preventivas para o Controle de Infecção Odontológica e Biossegurança, tanto por parte dos alunos, quanto pelo pessoal técnico e mesmo pelo corpo docente.

Embora a preocupação com o tema tenha aumentado nos últimos anos, a literatura odontológica específica, no que diz respeito à formação acadêmica, é pobre. Portanto, o conhecimento do problema no interior dos Cursos de Odontologia ainda está sendo analisado por reflexão e transposição de textos correlatos.

A própria forma como o Controle de Infecção e Biossegurança é ensinado, ou seja, fazendo parte do conteúdo de poucas ou nenhuma disciplina, revela-se um descaso que, de certa forma, é consequência da falta de avaliação, tanto do currículo, como do conteúdo e programa das disciplinas nesses cursos.

Neste estudo, pretende-se enfocar, inicialmente, as principais doenças que são objeto de preocupação na Odontologia, o grau de risco

dessas infecções em ambientes odontológicos, as medidas de prevenção e a responsabilidade técnica legal de possíveis acidentes, tanto de pessoal administrativo como do pessoal acadêmico. Será apresentado, também, um estudo de caso efetuado com estudantes do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, em relação aos acidentes e vacinações. Pretende, ainda, abordar propostas estratégicas e métodos, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do Controle de Infecção pelas Comissões e para o melhor cumprimento das Normas de Controle de Infecção Odontológica em Instituições Superiores de Ensino Odontológico por parte da comunidade acadêmica.

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Muitas doenças infecciosas de origem bacteriana ou viral podem ser potencialmente transmitidas nas instalações odontológicas. O risco potencial de transmitir doenças infecciosas durante o tratamento dental, na prática odontológica, surge a cada dia. Além disso, na Odontologia, são atendidos pacientes de ambulatório, relativamente saudáveis, mas com infecções dentárias comuns. Esses fatores, em muitas

situações, tornam difícil ligar a transmissão de infecção ao ambiente odontológico.

Para as clínicas odontológicas, em especial, e para a área de saúde em geral, trata-se de um tema de alta relevância, pois é preocupação de todos os Cursos de Odontologia que, de um modo geral, são carentes de estudos específicos para orientação dos procedimentos preventivos ou de controle de infecção nos ambientes em que se desenvolvem as atividades.

A dificuldade na implantação de um programa de Controle de Infecção e Biossegurança Odontológica em Clínicas de Cursos de Odontologia, que seja eficiente e efetivo, dá margem à formulação dos seguintes problemas:

a) Quais as implicações jurídicas de responsabilidade técnica nos diferentes níveis administrativos de clínicas de Cursos de Odontologia em relação à biossegurança?

b) Quais as estratégias possíveis a serem utilizadas para viabilizar o programa de Controle de Infecção e Biossegurança?

Os problemas apresentados são comumente observados no dia-a-dia das Clínicas Odontológicas dos Cursos de Odontologia.

O Controle de Infecção e Biossegurança em clínicas dos Cursos de Odontologia, na verdade, requer uma metodologia específica, devido à possibilidade de infecções cruzadas ocorridas por negligências do operador, no caso o estudante de odontologia, bem como dos funcionários envolvidos em todo o processo. Assim, o ambiente de clínicas nos Cursos de Odontologia justifica uma maior preocupação em relação ao controle de infecção, pelo elevado número de atendimentos clínicos e, ainda, por apresentarem um “staff” em treinamento, fatores que, em conjunto, caracterizam maior risco de infecções.

Outro aspecto é a questão da formação universitária. Nenhum curso de Odontologia, não só no Brasil, mas também em outros países, oferece uma disciplina específica. Isso faz com que o aluno receba somente informações dispersas a respeito do controle de infecção em odontologia, no ciclo básico, e portanto no início do Curso. Quando chegam aos períodos com disciplinas profissionalizantes, já exercendo atividades práticas em clínicas, geralmente não se recordam ou não sabem como aplicar aqueles conhecimentos teóricos, ficando sujeitos inclusive a um elevado número de acidentes. Faz-se necessário, portanto, encontrar estratégias apropriadas que viabilizem a implantação de um programa de Controle de Infecção e Biossegurança nas clínicas-escolas, para a formação

de hábitos por parte dos estudantes de Odontologia e de toda a comunidade acadêmica envolvida nesses ambientes.

1.3 TIPO DE PESQUISA E METODOLOGIA

Este estudo se apresenta como resultado de uma revisão bibliográfica relacionada à pesquisa empírica no Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, para levantamento de dados sobre o número de alunos que sofreram acidentes nas clínicas do Curso. Foi levantado o número de alunos vacinados contra hepatite B.

Na primeira parte deste estudo, por meio da revisão de literatura, são abordados aspectos conceituais sobre infecção, as principais infecções de preocupação especial em odontologia e as medidas preventivas.

A segunda parte abrange questões relativas à gestão em Clínicas de Escolas de Odontologia, a avaliação como instrumento de gestão; aspectos jurídicos e responsabilidade técnica (administrativa, civil e

penal) e, ainda, prevenção de infecções e acidentes em Hospitais e Escolas de Odontologia.

Na terceira parte, é apresentado um estudo de caso da Clínica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na qual foi realizado um levantamento de acidentes e vacinações, envolvendo a população de alunos do ciclo profissionalizante e o programa de vacinações que foi instituído para os alunos do Curso. Este estudo foi realizado no segundo semestre de 1996, na ocasião da matrícula dos estudantes, oportunidade resultante da instalação da C. C. I. O. no Curso de Odontologia da UFPR.

A quarta parte, baseada na literatura, é composta de propostas de estratégias e recomendações para a implantação de um programa de Controle de Infecção e Biossegurança em Clínicas de Cursos de Odontologia.

Na quinta e última parte, após as reflexões sobre os aspectos anteriores, são apresentadas as conclusões deste estudo.

2 INFECÇÃO EM ODONTOLOGIA E MEDIDAS PREVENTIVAS

2.1 INFECÇÃO

Os seres humanos têm sido sempre hospedeiros de um grande número de microorganismos. A vida microbiológica prolifera no meio ambiente humano. A sobrevivência do homem no meio de germes potencialmente causadores de doenças é devida a mecanismos protetores e a resistências naturais adquiridas, locais e sistêmicas. Infelizmente, esses mecanismos protetores podem ser afetados por traumas, doenças ou alguma forma de tratamento médico, odontológico ou cirúrgico.

A *infecção* é o processo em que, a partir do depósito de microorganismos nos tecidos orgânicos e seu crescimento, resulta uma reação por parte do hospedeiro. Quando o processo infeccioso ocorre em um indivíduo, com microorganismos já existentes na mesma região ou tecido, a infecção é denominada *endógena*. Quando a infecção é causada

por microorganismos estranhos ao meio, que foram levados à área infectada, é denominada *exógena*.

Para que ocorra uma infecção, os organismos de uma fonte ou reservatório precisam atingir um local suscetível em número suficiente, que, pela existência de inúmeras variáveis, é difícil de se definir. Disto decorre a importância do grau de redução de microorganismos que se deve obter, seja nas mãos ou em superfícies cirúrgicas, para se evitar a *infecção cruzada*. Entende-se por *infecção cruzada* a transmissão de agentes infecciosos entre pacientes e equipe, dentro de um ambiente clínico, podendo resultar de contato pessoa a pessoa ou pelo contato com objetos contaminados, que são denominados “agentes” (SARAMAYAKE, L.P., SHEUTZ, F., COTTONE, J. A ., 1993).

A *transmissão* da infecção depende da presença de uma fonte de infecção, veículo pelo qual os agentes infecciosos são transmitidos (sangue, saliva, instrumental contaminado, etc.), e via de transmissão (inalação ou inoculação). Os locais, nos quais os microorganismos podem ser encontrados, são as chamadas *fontes de infecção*. O próprio ambiente, o indivíduo, o instrumental, equipamentos, profissionais e equipe auxiliar são *fontes de infecção*.

O ambiente pode abrigar germes na poeira em suspensão, gotículas de saliva provenientes da fala, espirro ou tosse, aerossóis de turbinas de alta rotação odontológicas, superfície de pisos contaminados por secreções, sangue, etc., poeiras sobre bancadas, armários e inclusive paredes. O próprio paciente constitui-se em uma fonte de infecção em si mesmo, quando não é realizada a anti-sepsia pré-cirúrgica (preparo do campo operatório, eliminando fatores contaminantes). Outras fontes importantes de infecção são os instrumentais inadequadamente esterilizados e erroneamente armazenados; a incorreta desinfecção do equipamento nos intervalos de atendimentos a pacientes; o próprio profissional e equipe auxiliar, quando portadores de infecções ativas ou latentes em vias respiratórias ou na pele.

Infecções de preocupação especial em Odontologia

Além da microflora, existe no meio bucal, a cada momento, um número relativamente pequeno de micróbios patogênicos, geralmente mantidos sob controle, tanto pela própria microflora bucal normal, como por vários mecanismos de defesa de que o nosso corpo dispõe.

Os principais agentes patogênicos, de interesse prioritário para o controle de doenças infecto-contagiosas, são bactérias, fungos e vírus.

Neste capítulo, serão enfocadas as infecções de preocupação especial na Odontologia, devido às seqüelas e letalidade que delas podem advir e também pelo levantamento de dados encontrados na literatura.

Hepatite

O termo “hepatite ” é empregado genericamente para várias doenças similares que são epidêmio e etiologicamente distintas. Assim, podem ter sua origem por doenças inflamatórias, regenerativas, degenerativas do fígado, causadas por vírus, fungos e produtos químicos, inclusive medicamentos.

A “hepatite viral” é considerada uma doença infecciosa aguda, podendo ser causada por cinco tipos de vírus: **A, B, C, D e E**. Três delas, as dos vírus **A, B, e C**, são as de maior preocupação em Odontologia, pelo tipo de transmissão e por serem responsáveis pela grande maioria de doenças hepáticas virais .

Hepatite A

A hepatite A ocorre principalmente em locais onde as medidas de esgoto e a higiene de alimentos são inadequadas. Apesar de que a

transmissão do vírus possa ocorrer por meio de agulhas contaminadas, em geral é transmitida por alimentos e água contaminados via fecal-oral.

O período de incubação da hepatite A é de 15 a 45 dias, porém não existe estado de portador associado à doença. A imunização passiva pela imunoglobulina da hepatite A é efetiva contra a doença clínica, particularmente quando administrada no período inicial de incubação. Portanto, a taxa de morbidade é baixa e, na maioria dos casos, não apresenta seqüelas para o indivíduo afetado. O vírus da hepatite A é inativado pela luz ultra-violeta, pelo aquecimento a 100°C por 5 min e pela exposição em solução para esterilização química, como o glutaraldeído a 2% por 10 horas (SARAMAYAKE, L. P., SHEUTZ, F., COTTONE, J. A., 1993).

Hepatite B

O vírus da hepatite B (HBV) é a maior causa mundial da infecção aguda e crônica do fígado, cirrose e carcinoma hepatocelular primário (câncer de fígado), sendo responsável por 80% desses casos (JUST et al, 1988).

A hepatite B pode ser transmitida por intercuro sexual, parenteral, sangue e hemoderivados, perinatal, procedimentos cirúrgicos e

odontológicos, soluções de continuidade de pele e mucosas, sendo que o período de incubação é de 40 a 160 dias (COTTONE, 1991).

A saliva é infecciosa, como comprovam as experiências de inoculação em primatas (ALTER, H. J., PURCELL, R. H., GERIN, J. L. et al., 1977). O vírus não é encontrado na saliva glandular, mas provavelmente entra na boca pelo líquido da fenda gengival. O risco de infecção com HBV após a exposição da agulha ao sangue de um paciente infectado é de 10 a 30% (SCOTT, R. M., SNITHBHAN, R., BANCROFT, W. et al., 1980).

A estabilidade do vírus da hepatite B no meio ambiente (BOND et al., 1981) e a possibilidade de que quantidades minúsculas de sangue ou de secreções, contendo o agente, sejam capazes de transmitir a infecção justificam as hipóteses, fundamentadas em evidências clínicas, de que a hepatite B pode ser adquirida por inalação de gotículas, ou mesmo por aerossóis contaminados (oriundos de centrífugas ou durante o uso de equipamentos odontológicos de alta-rotação), ou, ainda, pelo transporte manual para a boca de partículas contaminadas presentes na superfície de balcões, em laboratórios clínicos ou em bancos de sangue (SEEF, 1990).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL...,1994), a prevalência da infecção pelo HBV é alta na Amazônia Ocidental (estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima) e áreas do Espírito Santo; é intermediária na Amazônia Oriental (estados do Amapá, Pará e Tocantins), no Centro-Oeste (estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e Distrito Federal) e no Nordeste (estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), e é comparativamente, baixa no Sudeste (estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo), e no Sul (estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina).

A doença aguda é responsável por uma considerável morbidade (relação entre o número de pessoas doentes num dado tempo) e mortalidade (porcentagem de mortes em um determinado período de tempo). Porém, mais importante ainda é o enorme contingente de portadores crônicos do HBV assintomáticos (2.172 casos notificados em 1994, em Curitiba, nas Regionais de Saúde do Município), o que representa um fator de risco a mais na transmissão. Muitos destes indivíduos poderão vir a desenvolver cirrose e carcinoma hepatocelular (câncer de fígado) em razão da doença.

Não existe cura específica para a hepatite B. Na fase aguda, o objetivo do tratamento é manter as funções vitais e permitir a recuperação do fígado. A prevenção é o único meio seguro de combater a doença e pode ser feita passivamente pela administração de imunoglobulina específica para hepatite B, ou por meio de vacinação.

Hepatite C

A hepatite C pode ser causada por vários vírus, que não estão totalmente caracterizados, e a doença não tem uma distribuição geográfica específica. Este tipo de hepatite é responsável por 10 a 15 % de todos os casos agudos de hepatite viral e em geral são associados às transfusões de sangue.

O desenvolvimento da doença é similar ao da hepatite B, porém, em geral, é menos grave. Embora a taxa de portadores na população em geral seja baixa, os números significantes de portadores são encontrados entre os grupos de alto risco, como os de viciados em drogas intravenosas.

A transmissão da hepatite C foi comprovada experimentalmente pelo sangue e saliva (SARAMAYAKE, L. P., SHEUTZ, F., COTTONE, J. A., 1993). Portanto, o seu modo de

transmissão é similar ao da hepatite B. Assim, deve ser considerada como uma infecção de risco na Odontologia.

Hepatite D

A hepatite delta (HVD) é causada por um RNA-vírus defeituoso. Este vírus não pode ser sintetizado a partir da cápsula de seu próprio antígeno, porque é defeituoso, e para se multiplicar ele necessita de presença do antígeno de superfície do HVD (HBsAg). Portanto, clinicamente, esta forma de hepatite só pode desenvolver-se de duas maneiras: o indivíduo pode ser infectado simultaneamente pelo vírus HVB e HVD, ou ser infectado e ser portador do vírus HVB, e, subseqüentemente, vir a ser infectado com o HVD (COTTONE et al., 1991).

Como a hepatite delta é a pior forma de hepatite desenvolvida clinicamente, uma vez que é fulminante, de progressão rápida, letal e acomete somente indivíduos portadores do vírus HVB, a melhor maneira de evitá-la é prevenir a infecção pelo vírus da hepatite B (CONCIL ON DENTAL MATERIALS, INSTR..., 1988; COTTONE et al., 1991).

Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS)

A AIDS foi documentada pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos. Tendo em vista a constatação de sua infectividade e condição de doença letal, cientistas no mundo inteiro vêm estudando as diversas maneiras de evitar sua propagação, enquanto uma vacina profilática ou curadora não é descoberta (FARACO & MOURA, 1992).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus RNA, que infecta células do sistema nervoso central. Em particular, ele destrói as células T *helper* que são fundamentais para montar uma resposta imune bem-sucedida. Por isso, as principais doenças que são observadas na infecção por HIV resultam da supressão da imunidade mediada pelas células do hospedeiro. O envelope externo do vírus mostra variação considerável, devido à sua alta velocidade de replicação, e isso é um dos maiores obstáculos para uma variedade do isolado original do HIV (chamada HIV-1). Em algumas partes do mundo, essa variação é designada como HIV-2.

A infecção primária geralmente é assintomática, embora alguns pacientes possam ter sintomas de grupo, 1 a 12 semanas após a exposição ao vírus. Os anticorpos das proteínas do HIV (anti-HIV) no soro

é o método usado neste período para identificar os indivíduos infectados. Também é possível testar os antígenos.

Estudos de grupos em São Francisco sugeriram que o tempo entre a infecção com o HIV e o desenvolvimento da AIDS variam:

O risco de desenvolver AIDS ou sintomas a ela relacionados são baixo nos primeiros anos após o desenvolvimento de anticorpos HIV. O estudo de homens homo e bissexuais com dados conhecidos de soroconversão indicou que 2% poderiam desenvolver AIDS dentro de 2 anos da infecção com HIV, 10% dentro de 4 anos, 23% dentro de 6 anos, 37% dentro de 8 anos e 48% dentro de 10 anos. O curso da síndrome é altamente variável, e diferentes classificações dividem a progressão em vários estágios da doença: LGP - linfadenopatia generalizada persistente, ARC - complexo relacionado à AIDS e AIDS declarada. (SARAMAYAKE, L. P., SHEUTZ, F., COTTONE, J. A., p.40, 1993)

Os sintomas que podem desenvolver-se meses ou anos após a infecção compreendem linfadenopatia, febre persistente, diarreia, grande perda de peso, doença neurológica e, freqüentemente, leucoplasia capilar com infecções oportunistas, como pneumonia, candidíase orofaríngea e esofágica, meningite meningocócica, citomegavírus e herpes vírus. Um tumor maligno comum é o sarcoma de Kaposi (SK). Outras malignidades também podem ocorrer.

A infecção por HIV tem proporções assustadoras e estima-se que mais ou menos 8 a 10 milhões de pessoas estejam infectadas com o HIV. O maior número de casos nos Estados Unidos e Europa foi

encontrado entre homens homossexuais promíscuos, sendo que os viciados em drogas intravenosas compreendem o segundo grupo mais infectado, seguido pelos parceiros de HIV-infectados e outros indivíduos com padrão de comportamento de alto risco, hemofílicos e outros receptores de transfusões sangüíneas.

Os modos de transmissão do HBV e do HIV, de várias maneiras, são bastante similares. Ambos são transmitidos pelo intercuro sexual, por sangue ou produtos sangüíneos, e de mãe para filho.

O antígeno do HIV foi raramente constatado na saliva de indivíduos infectados. Contudo, sabe-se que os fatores antivirais estão presentes na saliva.

O vírus da AIDS é considerado infectante sob o ponto de vista de que é essencialmente 100% letal e acarreta imenso impacto emocional da doença. Quando técnicas cuidadosas de proteção pessoal e os princípios de desinfecção são atendidos, clínico, equipe e pacientes devem sentir-se seguros contra a transmissão da doença (SOL SILVERMAN JR, 1991).

2.2 HBV E HIV EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

No início da década de 50, começou a ser investigada a questão relativa à hepatite B em profissionais da Saúde. Em 1952, FRAGA FILHO, em sua tese para Cátedra de Clínica Médica, sobre a “Hepatite por vírus”, chamou a atenção para um aspecto importante: a hepatite de soro homólogo, como doença profissional, em médicos, enfermeiras e estudantes, especialmente naqueles que trabalham em bancos de sangue, expostos a contágio, provavelmente se estabelecia por eventuais lesões cutâneas. Ainda em sua tese, menciona três trabalhos publicados na literatura em 1950 e 1951, num dos quais estava registrada a primeira advertência sobre o problema, e, nos outros dois, o relato de 102 casos de hepatite por soro homólogo até então observados nos Estados Unidos e na Noruega.

Embora a preocupação pelo tema seja antiga, somente nos últimos 25 anos, com a evolução tecnológica laboratorial, pode-se investigar a questão com maior rigor científico. POLAKOFF, em 1986, apresentou um levantamento, no qual constatou que, no período de 1980 a 1984, a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B foi acima de seis

vezes maior em profissionais da Saúde que em adultos da população em geral.

Ainda que a lista de doenças infecciosas, que são perigosas para os membros da equipe odontológica, seja extensa, as duas doenças mais críticas são a hepatite B e a AIDS. Devido à sua virulência natural, a hepatite B é a maior ameaça para a equipe odontológica.

Na Odontologia, o risco profissional de transmissão do vírus da Hepatite B, assim como nos outros profissionais da área da saúde, começou a ser considerado na década de 50 (THOMPSON JR. et al., 1953; FOLEY & GUTHEIN, 1956) e passou a ser avaliado, com maior rigor científico, nos últimos anos, com a utilização dos marcadores sorológicos de infecção pelo vírus da Hepatite B.

Os resultados sorológicos encontrados por estudos em diversos países demonstram, quase que invariavelmente, maior prevalência da infecção da Hepatite B em dentistas que na população geral, particularmente nos Estados Unidos (FELDMAN & SCHIFF, 1973; MOSLEY et al., 1975; SEGAL et al., 1976; SMITH et al., 1976).

Os odontólogos constituem grupo de risco, pois na sua atividade profissional se expõem frequentemente ao sangue e à saliva de

portadores do vírus. Em estudo realizado por meio de questionários, SCHIFF et al. (1986), nos Estados Unidos, constataram que, num período de seis meses, 39,3% de 334 dentistas tinham sofrido acidentes durante o trabalho, com picadas de agulha.

Em 1991, ROSCOE, D.; GIBSON, G. C.; NOBLE, M. A. et al. publicaram uma pesquisa realizada no Congresso Anual do Colégio de Cirurgiões Dentistas do *British Columbia*, com 401 dos congressistas participantes. Nesse levantamento, os autores concluíram que a potencial transmissão de viroses pelo sangue entre pacientes e odontólogos, durante o tratamento dental, é uma preocupação contínua. Embora o risco nos últimos 15 anos tenha sido alvo de preocupação, ainda mais com o recente surgimento do HIV, as atitudes de controle de infecção e o uso da vacinação para HBV ainda são pouco significativos.

CAPILOUTO et al. (1992) estimaram que o risco cumulativo de um profissional infectar-se durante o tratamento odontológico rotineiro é 57 vezes maior para o vírus da Hepatite B que para o vírus da imunodeficiência humana.

No Brasil, um estudo pioneiro, realizado em Curitiba por SZPEITER (1976), revelou que o AgHBs e o anti-HBs se encontravam no soro de 750 pessoas (328 médicos, 51 dentistas, 53 técnicos de laboratório

e 318 funcionários da enfermagem e de serviços auxiliares) do *staff* do Setor de Ciências da Saúde e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, e de 750 indivíduos de população não-hospitalar. Esses dados demonstraram a infecção pelo vírus da Hepatite B em 245 (32,7%) pessoas do primeiro grupo (1,7% com AgHBs e 31% com anti-HBs) e em 151 (20,1%) pessoas do segundo grupo. Dos funcionários da enfermagem e de serviços auxiliares, 0,3% tinham sofrido infecção pelo vírus da Hepatite B.

Cerca de 3 a 4 % da população em geral têm HBV; 0,2 a 0,9% estão infectados cronicamente; 15 % dos membros de equipes de consultórios odontológicos são portadores de HBV; 28% de cirurgiões orais têm HBV. Profissionais da área da saúde geralmente correm maior risco de contraírem o HBV. Profissionais de odontologia são 3 a 5 vezes mais susceptíveis de contrair o HBV do que a média da população em geral (LEONARD & EAGLE JÚNIOR, 1992).

Aproximadamente 80 % dos pacientes que são portadores do HBV, na maioria das vezes, não são diagnosticados. Conseqüentemente, os membros da equipe odontológica muitas vezes tratam pacientes portadores sem nenhuma prevenção.

Um estudo realizado por CRAWFORD, em 1975, nos Estados Unidos, revelou, por meio de testes sorológicos de um grupo de cirurgiões-dentistas, que 30% dos cirurgiões e 14% dos clínicos gerais já se haviam exposto ao vírus da hepatite B. Dez anos mais tarde, em 1985, CRAWFORD observou que em um consultório odontológico onde 20 pacientes são atendidos diariamente, ao final de uma semana, passaram por este consultório pelo menos um paciente com hepatite B e um número desconhecido de pacientes com o HIV.

Em 1995, BALDY em sua tese de doutorado, avaliou a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em 250 dentistas residentes em Londrina e em outros municípios do Norte do Paraná, ainda não vacinados contra hepatite B. A avaliação foi feita por intermédio de testes sorológicos específicos para o diagnóstico dessa virose. Os testes sorológicos utilizados por BALDY demonstraram que 1,6% dos dentistas tinham infecção crônica pelo HBV e 24,4% eram naturalmente imunes à hepatite B, isto é, 26% dos dentistas já tinham sido infectados pelo vírus da hepatite B.

Sangue e saliva de pessoas infectadas respingados nos olhos (KEN, 1973), boca, ou na pele lesada, são os maiores riscos de infecção pelo HBV e HIV na área odontológica. Portanto, a AIDS também é uma

infecção que a prática odontológica enfrenta nos dias de hoje. O HIV é o responsável pelo recente retorno ao rigoroso controle de infecção nos consultórios odontológicos. O número de casos de HIV aumenta cerca de 40.000 por ano nos Estados Unidos. O risco para transmissão do HIV, durante os atos operatórios, está mais provavelmente relacionado à duração dos procedimentos e a grandes perdas de sangue (GERBERDING, et al., 1990).

Segundo SOL SILVERMAN JR (1991), se o vírus da AIDS fosse tão infectante quanto o vírus da hepatite B (HBV), milhares de profissionais da área odontológica seriam HIV- positivos sintomáticos ou teriam falecido em consequência da AIDS. Felizmente, este não é o caso. As técnicas de proteção e de esterilização/desinfecção recomendadas e endossadas pelos *Centers for Disease Control* e pela *American Dental Association* parecem adequadas para proteção de clínicos, equipe odontológica e pacientes contra a infecção cruzada com os vírus que causam a AIDS, na ausência de outros fatores de comportamento de alto risco.

Pesquisadores, como LEONARD & EAGLE JR (1992) e GONZÁLES, C.D., PRUHS, R. J., SAMPSON, E. (1994), em seus estudos, concluíram que em uma exposição do HBV percutânea, o risco de

adquirir a infecção é de 6 a 30 %, enquanto que a exposição percutânea do HIV resulta entre 0,36 a 0,4% de risco de adquirir a infecção.

O maior risco de exposição geralmente ocorre na técnica de abertura e fechamento das agulhas contaminadas, com conseqüente perfuração acidental, somando-se também as injúrias (acidentes) durante o procedimento de lavagem do instrumental e pelo aerossol da saliva e sangue resultante do *spray* da alta rotação.

Um estudo realizado num programa de saúde da *American Dental Association*, em sua reunião anual de 1992, estimou relatos de acidentes, encontrando uma taxa, entre dentistas, de 3,21 acidentes por ano (GONZÁLEZ, C.D., PRUHS, R. J., SAMPSON, E., 1994).

Conclui-se, portanto, que, devido à natural invasão em muitos procedimentos dentais, o uso de instrumentos pérfuro-cortantes e o potencial contato com sangue, odontólogos, estudantes de odontologia e auxiliares são potencialmente grupos de risco a serem contaminados com os patógenos transmissíveis pelo sangue e saliva, como o HIV e HBV via exposição ocupacional.

2.3 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA INFECÇÕES E ACIDENTES EM ODONTOLOGIA

Em geral, qualquer procedimento odontológico executado em consultórios, bem como em clínicas, deve ser resguardado por medidas preventivas contra possíveis acidentes e infecções cruzadas. Tendo em vista a possibilidade de ocorrer infecção cruzada pelo HVB entre o paciente e o odontólogo, e vice-versa, e considerando a freqüente exposição ocupacional dos dentistas ao sangue e à saliva de seus pacientes, e o risco eventual de o paciente expor-se acidentalmente ao sangue do profissional que o está atendendo, recomenda-se aos odontólogos a adoção de medidas de controle, com a finalidade de reduzir os riscos de transmissão de doenças infecciosas, entre os dentistas e seus pacientes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1993; FAVERO & BOND, 1993; MOLINARI & RUNNELS, 1991; OSHA, 1991; YOUNG, 1991).

É indispensável o uso rotineiro da investigação do paciente por meio da anamnese (história do paciente) e de exame clínico conjugados, para identificar pacientes considerados de risco em transmissão de doenças. Muitas vezes, sem a coleta de dados, será praticamente impossível detectar infecções importantes, que passam despercebidas, quer por terem período

de incubação longo, quer por terem suas manifestações em estado subclínico. Exemplo disso são os portadores do HIV, que envolvem situações complexas. Nem sempre o paciente fornece voluntariamente algumas informações, como promiscuidade homossexual ou bissexual. Desprovidos de informações que podem esclarecer uma condição de soropositivos, dados clínicos podem nos levar a um diagnóstico provisório, como, por exemplo, uma linfadenopatia generalizada ou candidose oral intratável, geralmente associadas ao quadro imunodepressivo (MARTIN, 1991).

A confirmação do provável diagnóstico só será possível por meio da evidência laboratorial. Porém, em alguns casos, temos dificuldade de acesso ao resultado do teste, por razões psicossociais do próprio paciente, que nos nega tal informação.

Tendo em vista as dificuldades para serem detectados pacientes portadores de infecções importantes, muitas vezes sem manifestação característica, a solução preventiva será enquadrarmos qualquer paciente como potencialmente infeccioso. Nesse sentido, elimina-se a necessidade de dois tipos de controle de infecção cruzada: um para paciente de alto risco e outro para os demais pacientes. Assim, pode-se padronizar um controle de infecção cruzada, baseado no conhecimento dos

microorganismos, nos seus modos de disseminação e métodos de prevenção nos seus *habitats*.

Segundo recomenda o CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1988, 1993), as precauções em relação ao sangue e fluidos orgânicos, que passaram a ser denominadas *precauções universais*, devem ser adotadas rotineiramente pelos dentistas no atendimento de qualquer paciente, sem exceção, já que nem todas as pessoas infectadas por algum agente infeccioso podem ser identificadas pela história clínica, pelo exame físico ou, mesmo, por exames complementares.

As *precauções universais* referem-se a:

- a) lavagem das mãos e cuidados especiais com elas;
- b) adoção de medidas protetoras e técnicas de barreira;
- c) manuseio cuidadoso de instrumentos cortantes e de agulhas;
- d) esterilização ou desinfecção do instrumental;
- e) limpeza e desinfecção da unidade odontológica e das superfícies do ambiente;
- f) descarte de materiais que não devem ser reutilizados;

g) destinação de líquidos aspirados pela boca do paciente e outros dejetos;

h) manuseio adequado de fragmentos de tecidos extraídos por biópsia, para exame anatomopatológico.

São claramente identificados como áreas de risco para o odontólogo, os olhos, espirros, aerossóis, instrumentos contaminados, acidentes com instrumentos perfuro-cortantes, superfícies contaminadas e resíduos contaminados. Todos estes itens podem ser convenientemente prevenidos por proteção pessoal, por meio de barreiras mecânicas, como: roupa adequada, máscaras, luvas e óculos, adequada técnica de procedimentos e ainda pelo emprego de métodos de desinfecção e esterilização. Se todas estas medidas forem corretamente desenvolvidas, o controle de acidentes e de infecção serão satisfatórios para qualquer paciente que seja atendido. O controle de infecção em Odontologia só poderá ser praticado pelos envolvidos no processo, se estes forem preparados para isso. O mais importante para a implantação das medidas preventivas é a motivação e a conseqüente conscientização de toda a equipe.

O ensino de aspectos microbiológicos em Odontologia, demonstrações de áreas de risco, palestras regulares para o treinamento do

pessoal, providenciando reforço e revisões dos pontos mais deficientes e padronização de procedimentos corretos devem fazer parte de qualquer programa preventivo.

Além dos aspectos citados em termos de treinamento da equipe odontológica, o controle de infecção deve estar centrado na própria preservação pessoal. Esta é geralmente advinda da possibilidade de ocorrer um acidente ou uma infecção que envolvem aspectos médico-legais e suas conseqüências.

As injúrias (acidentes) por instrumentos pérfuro-cortantes são consideradas, potencialmente, o maior risco em Odontologia. Neste caso, duas soluções preventivas são recomendadas: primeiro, o uso de agulha descartável com dispositivo próprio para o descarte; e a segunda, o uso da técnica da baioneta, em que a agulha descartável é introduzida com a ajuda apenas de uma mão.

Outra medida importante para prevenção de infecções é a vacinação. A lista de doenças que podem ser prevenidas por vacinas é extensa. Em relação à odontologia, quatro vacinas são consideradas importantes para a equipe odontológica: anti-tetânica, anti-poliomielite, anti-tuberculose e anti-hepatite B. A maioria das pessoas tem alguma proteção residual advinda dos programas de imunização infantil.

pessoal, providenciando reforço e revisões dos pontos mais deficientes e padronização de procedimentos corretos devem fazer parte de qualquer programa preventivo.

Além dos aspectos citados em termos de treinamento da equipe odontológica, o controle de infecção deve estar centrado na própria preservação pessoal. Esta é geralmente advinda da possibilidade de ocorrer um acidente ou uma infecção que envolvem aspectos médico-legais e suas conseqüências.

As injúrias (acidentes) por instrumentos pérfuro-cortantes são consideradas, potencialmente, o maior risco em Odontologia. Neste caso, duas soluções preventivas são recomendadas: primeiro, o uso de agulha descartável com dispositivo próprio para o descarte; e a segunda, o uso da técnica da baioneta, em que a agulha descartável é introduzida com a ajuda apenas de uma mão.

Outra medida importante para prevenção de infecções é a vacinação. A lista de doenças que podem ser prevenidas por vacinas é extensa. Em relação à odontologia, quatro vacinas são consideradas importantes para a equipe odontológica: anti-tetânica, anti-poliomielite, anti-tuberculose e anti-hepatite B. A maioria das pessoas tem alguma proteção residual advinda dos programas de imunização infantil.

Segundo MARTIN (1991), o esquema de vacinações recomendado para uma equipe odontológica consiste, basicamente, nas quatro vacinas citadas e que são apresentadas no quadro a seguir:

ESQUEMA DE VACINAÇÕES

Vacina	Administração	Tempo de proteção
Anti-Tetânica	Intramuscular	5 anos
Anti-Poliomielite	Oral	5 anos
Anti-Hepatite B	Intramuscular (0,1,6 meses)	3 a 5 anos
Anti-Tuberculose	Subdérmica	resíduos após 5 anos.

Recomendação de esquema de vacinação para a equipe odontológica (adaptado de MARTIN, 1991, p.38)

Existem duas formas diferentes de prevenir a hepatite B. Na primeira, denominada de *imunização passiva*, o sistema imunológico do indivíduo não participa do processo, uma vez que os anticorpos são injetados no organismo. Estes anticorpos estão contidos na gamaglobulina hiperimune anti-HBs (GHAHB), obtida de doadores selecionados. Apresenta eficácia de 70%, quando administrada logo após o contágio (ANDRADE & FOCACCIA, 1985). A *imunização passiva* deve ser utilizada por indivíduos não imunes, quando houver acidente percutâneo

com sangue contaminado (COTTONE, 1989; MOLINARI, 1990). A segunda forma de prevenção da hepatite B ocorre pela *imunização ativa*, em que há participação direta do sistema imunológico. Este processo foi desenvolvido pela primeira vez por KRUGHAN, em 1971, com relativo sucesso. Atualmente, existem quatro formas de vacinas disponíveis no mundo (ANDRADE, 1985; COTTONE, 1989; COTTONE, 1991; MOLINARI, 1990). Destas, a Engerix-B, de origem belga (Smith Kline Biologicals), e a Heptavax, de origem norte-americana (Merck Sharp & Dolme), já estão disponíveis no mercado brasileiro. A Recombvax (Merck Sharp & Dolme) é produzida e, por enquanto, disponível somente nos Estados Unidos. A Engerix-B e a Recombvax são obtidas da recombinação de DNA (engenharia genética), enquanto que a Heptavax é obtida do soro de doadores humanos (RUNNELLS, R. R., 1991).

Segundo estudos de MARTIN (1991), tanto as vacinas preparadas de soro-derivados, quanto as obtidas por engenharia genética têm eficácia alta, em torno de 95%.

Os profissionais e estudantes da área de saúde devem ser vacinados contra hepatite B, já que fazem parte do grupo de alto risco de contaminação.

3 GESTÃO DE CLÍNICAS EM ESCOLAS DE ODONTOLOGIA

3.1 AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

As teorias administrativas, em sua história, experimentaram diversos enfoques, ora dando ênfase à estrutura e aos produtos, ora ao comportamento humano. Assim, desde a Administração Científica de Taylor, com “ênfase nas tarefas”, a Teoria Clássica de Fayol, seguiram-se outros estudos, como os que deram origem à chamada Teoria das Relações Humanas de Mayo e de outros autores neoclássicos, como Drucker, que também realizou estudos sobre os processos administrativos. Mais tarde, surgiram estudos sobre o desenvolvimento organizacional, com o aparecimento inclusive da “ênfase na tecnologia”. Cada uma das variáveis, tarefas, estrutura, pessoas, ambiente e tecnologia, procurava provocar um gradativo passo no desenvolvimento das Teorias da Administração e de recursos para gestão de organizações.

Classicamente, o processo administrativo é constituído pelas suas funções básicas, a saber: planejamento, organização, direção ou liderança, coordenação e controle. Trata-se de um processo dinâmico e interativo. Essa sequência define o que é administrar, e reflete o pensar de obras americanas de gestão, em artigos de revistas atuais, muitas vezes apenas revestidos de um tom inovador. Essas funções básicas são reconhecidas na administração de qualquer que seja a organização.

O planejamento é a função administrativa pelo qual orienta o que, quando, quem, como se deve fazer e quais os objetivos a alcançar. A organização é a função administrativa que consiste no agrupamento das atividades necessárias para realizar aquilo que foi planejado, envolvendo tarefas, pessoas, órgãos e relações. A direção é a função que orienta e indica o comportamento dos indivíduos na busca dos objetivos a serem alcançados. É uma atividade de comunicação, motivação e liderança. Coordenar é estabelecer a harmonia entre os atos de uma organização de maneira a facilitar o seu funcionamento.

O controle busca assegurar se o que foi planejado, organizado e dirigido realmente atingiu os objetivos pretendidos. O controle é constituído por fases: estabelecimento de padrões ou critérios, observação do desempenho, comparação do desempenho com o padrão estabelecido e a

ação preventiva ou corretiva para corrigir os desvios ou variações. Ainda, o controle pode ocorrer em diferentes níveis: estratégico, tático e operacional (CHIAVENATO, 1993).

Teorias mais recentes de administração, e até mesmo os novos processos de “qualidade total”, aparentemente dão ênfase às pessoas, às suas expectativas e necessidades, sejam estas pessoas ligadas ou não a uma organização. Dizemos aparentemente, porque nem sempre essa pretensa ênfase traduz-se em benefício real às pessoas.

O conceito de qualidade, introduzido na área industrial desde 1959, teria o objetivo de atender às necessidades e aos anseios do ser humano. Nesta visão, nenhuma organização poderia sobreviver se não fosse indispensável a alguém. Expressões como “o cliente é o rei” procuram ilustrar a filosofia da qualidade como totalmente dirigida para aqueles que se beneficiam do produto ou de serviços das organizações.

Nos últimos anos, muitas organizações implementaram uma filosofia abordando o gerenciamento de suas atividades conhecida como “sistema sócio-técnico”. Esta abordagem é baseada na premissa de que:

Cada organização consiste em duas interações de sistemas: um sistema técnico (que define a realização das tarefas) e um sistema social (que prescreve o caminho pelo qual deve ser realizado). Conseqüentemente, a produção desejada pode ser obtida quando os dois sistemas são conjuntamente otimizados. (BONSER, p. 506, 1992)

A literatura administrativa reconhece esses sistemas como Gerenciamento da Qualidade Total, utilizado como uma estratégia para a otimização do sistema sócio-técnico. Dentre os mais proeminentes líderes intelectuais destes movimentos incluem-se Joseph Juran (1989), que instituiu a Triologia Planejamento, Controle e Melhoria; Philip Crosby (1979); Kaoru Ishikawa (1985) e o mais conhecido “guru”, W. Edwards Deming (1986).

DEMING (1990), originalmente com o uso da estatística para a gestão da qualidade, também destacou em sua metodologia o lado humano da organização. Em sua abordagem, determinou quatorze componentes de sua filosofia como princípios para Qualidade Total, são eles:

1. *Estabelecer constância de propósitos para a melhoria do produto e do serviço, objetivando tornar-se competitivo e manter-se em atividade;*
2. *Adotar uma nova filosofia, onde a administração deve conscientizar-se de suas responsabilidades em termos de qualidade;*
3. *Utilizar métodos permanentes de avaliação no processo;*
4. *Estabelecer transações a longo prazo com os fornecedores-parcerias;*
5. *Promover a melhoria constante nos produtos;*
6. *Instituir a liderança no ambiente organizacional;*
7. *Instituir treinamento como rotina;*
8. *Afastamento do medo para que todos possam trabalhar livremente e com criatividade;*
9. *Eliminação de barreiras entre as diferentes áreas;*

10. *Estabelecer um sistema de comunicação produtiva;*
11. *Abandono de cotas numéricas de produção na supervisão e no controle;*
12. *Restaurar o orgulho da execução, onde cada empregado possa orgulhar-se do que faz;*
13. *Instituir um sólido programa de educação e aperfeiçoamento dos empregados;*
14. *Criar processos de ação para a transformação.*

A aplicação desses princípios na área educacional é ainda recente, porém, segundo FORESTER (1994), os resultados poderão ser animadores quando consideradas as especificidades da Instituição de Ensino e a adequação do processo ao contexto no qual essa Instituição desenvolve suas atividades.

No entanto, existem críticas importantes que mostram que a ênfase nas pessoas, pretendida pelas Teorias Administrativas, na maioria das vezes é apenas um disfarce para atingir os objetivos reais da organização e não das pessoas, como apregoam.

Baseado em conceitos extraídos da Sociologia e da Ciência Política, FARIA (1985), em sua obra “O autoritarismo nas organizações”, faz críticas à Teoria Geral da Administração, revelando que muitos textos que a compõem evidenciam formas de autoritarismo nas organizações. O autor acrescenta que as razões centrais da ideologia burguesa, na teoria

administrativa, esconde-se atrás de falsos enfoques e justificativas, como “bem-estar social, distribuição da riqueza, justiça social, etc.”

Ao analisar a teoria administrativa, FARIA percebe que se explicita e se faz crer que a preocupação de algumas teorias é com o ser humano. O discurso evidencia um relacionamento com determinadas fases do desenvolvimento capitalista, produto de episódios históricos específicos, em que o homem é visto isoladamente, em grupo, em cooperação, em relações informais, etc. Porém, o autor acentua que a preocupação central, na verdade, está voltada à “força trabalho”, que, em função das necessidades do capital, utiliza-se de instrumentos para torná-la eficiente, eficaz, satisfeita, leal e com qualidade.

O papel de cada um na geração da qualidade deve ser compreendido por todas as pessoas que fazem parte da organização. Para CROSBY (1994), “conceitos são essenciais” e a educação para compreendê-los é algo obrigatório; contudo, se for feito algo por parte de alguém, nada acontecerá. “Fazer algo”, no caso da melhoria da qualidade, exige atos que modifiquem realmente a mentalidade e o estilo administrativo da instituição. O processo de instalar a melhoria da qualidade é uma “viagem sem fim”. Alterar uma cultura de modo que ela nunca recue não é tarefa fácil de realizar. Porém, modificar a mentalidade

não é questão de ensinar às pessoas várias técnicas, novas, ou substituir seus padrões de comportamento. É uma questão de trocar valores e proporcionar modelos de funções. Isto é realizado como uma mudança de atitude.

Nesse sentido, a gestão não é um fim em si mesmo, mas um meio de fazer com que os procedimentos sejam realizados da melhor forma possível, com o menor custo e com maior eficiência e eficácia. A tarefa administrativa, nas últimas décadas, tornou-se incerta e desafiadora, pois foi atingida por inúmeras variáveis, mudanças e transformações carregadas de ambigüidades. O administrador defronta-se com problemas multifacetados e cada vez mais complexos, e sua atuação será disputada por eventos e informações contraditórias que complicam o diagnóstico perceptivo e a visão dos problemas a resolver ou das situações a enfrentar.

Para atender a essas necessidades globais, tanto da organização em geral como das pessoas envolvidas em todo o processo, são necessários desdobramentos dos seus objetivos, fixando suas políticas, diretrizes, metas, programas, procedimentos, métodos e normas, dentro de uma focalização orientada desde a maior amplitude de alcance para o menor, e para um nível de detalhamento gradativamente maior (STONER & FREEMAN, 1995).

O processo que envolve toda a instituição, mobilizando-a em todos os níveis, das atividades estratégicas às operacionais, a partir da plena integração entre áreas e grupos de trabalho, visando atingir objetivos que promovam seu desenvolvimento é reconhecido por FARIA (1996) como “Planejamento Democrático Institucional”. Fundamentalmente, é um processo e, como tal, uma atividade dinâmica que, a partir de diagnóstico apropriado e da definição de princípios, busca definir objetivos ou resultados a serem empregados, os prazos a serem observados e os sistemas de avaliação que permitirão atingi-los ou atualizá-los.

Na análise do Planejamento Democrático Institucional, FARIA identifica três níveis, totalmente interdependentes:

- a) *Operacional: define atividades ou tarefas específicas de áreas ou grupos de trabalho, correspondentes a ações, resultantes de metas mais gerais, e que se realizam na base da organização (áreas fim e áreas meio);*
- b) *Integrativo: busca uma coordenação entre áreas/grupos de trabalho internas, visando potencializar as atividades operacionais (evitar repetições; diminuir custos; etc.), solucionar divergências e canalizar esforços através de uma plena interação horizontal (entre áreas/grupos) e vertical (entre níveis do planejamento);*
- c) *Estratégico: a partir da definição do compromisso institucional, fixa programas e objetivos estratégicos, visando o desenvolvimento da instituição no âmbito da comunidade externa em que atua, de forma a que possa responder suas demandas e necessidades no interesse coletivo. (FARIA, p.1, 1996)*

No sentido de alcançar eficiência, eficácia e efetividade, a administração das instituições tornou-se cada vez mais complexa. A ênfase

pragmática nas técnicas, com a utilização de fórmulas e receitas universais de gerência já utilizadas com sucesso, sem que se visualize cada situação como uma nova e diferente situação, não basta. Mais importante do que a “terapêutica” é o “diagnóstico correto”. Nisto, reside a essência fundamental da administração com visão estratégica de cada operação; isto é, a necessidade de visualizar cada procedimento, cada atividade dentro de um contexto ambiental mais amplo e que se modifica a cada momento. O que realmente deve ser considerado é que, em gestão, nada é absoluto ou definitivo, tudo é relativo e tudo depende da situação do momento.

Para uma organização poder estabelecer seus reais objetivos, e quais os melhores meios de atingi-los, deverá empregar-se um processo de avaliação, como salientam os autores citados neste capítulo. Utilizada há muito tempo pelas empresas, para obter melhor qualidade para seus produtos, redução dos seus custos e, sobretudo, para aumentar o grau de satisfação dos seus clientes, a avaliação é um importante instrumento de gestão em qualquer organização que esteja preocupada com os seus clientes. Na verdade, a avaliação é um processo permanente da organização que, no entanto, torna-se indispensável a partir do momento em que possibilite aos administradores da instituição o conhecimento detalhado do

processo, e, o que é mais importante, permita-lhes saber se os seus objetivos estão ou não sendo alcançados.

O sentido da avaliação em uma instituição como a Universidade não tem o mesmo caráter de uma avaliação em uma empresa privada produtora de bens. É necessário salientar que os critérios para se avaliar uma organização universitária devem ser específicos para o seu contexto. O gerenciamento em organizações universitárias é tarefa difícil, pois existem diferentes realidades em seu próprio interior e características peculiares que a definem como organização complexa. A própria estrutura organizacional e processo decisório com abordagens multifacetadas dos problemas, envolvendo várias pessoas que concorrem na tomada de decisão, e ainda a rotatividade administrativa são agravantes em todos os processos.

Observam-se vários modelos de governo convivendo em um mesmo espaço, afetando qualquer processo administrativo. Os modelos variam desde o burocrático (legalista), o colegiado, o político, em que o poder é difuso (BALDRIDGE, 1971), até mesmo uma *anarquia organizada*, em que os elementos podem estar *frouxamente articulados* (WEICK, 1978).

Essa coexistência dos diversos modelos de governo em organizações universitárias induz a uma reflexão do quão importante é o conhecimento do ambiente acadêmico, de suas características, suas interações, as quais geram efeitos, tanto no planejamento, quanto na administração dessas organizações.

Existe no meio universitário um difícil relacionamento no que diz respeito à avaliação. Isto se deve às próprias peculiaridades da instituição de ensino, que centra no homem suas ações no processo ensino-aprendizagem e, assim, assume um maior grau de complexidade no processo.

Para MEYER (1993), a prática da avaliação é pré-requisito para que as instituições universitárias alcancem e mantenham qualidade e excelência. Nesse sentido, não obstante essas nuances, a avaliação institucional, seja ela em qualquer nível de sua organização, assume um caráter de grande relevância, pois, por intermédio dela, pode-se obter um diagnóstico da situação em todos os sentidos, do que resulta maior dinamicidade para alcançar seus objetivos. Possibilita o conhecimento permanente de seu desempenho no tocante a sua eficiência, eficácia e efetividade, de forma que seu prestígio não seja mantido apenas por sua tradição adquirida no passado, mas também pela renovação, pela abertura

de novos caminhos, que a ela possibilitem uma maior aproximação com as exigências da sociedade atual em mudança, com visão dos novos horizontes do futuro. Assim, a partir da avaliação, elaborado o diagnóstico organizacional, estabelecidos os objetivos, a organização terá condições de definir quais as estratégias para alcançá-los.

Muitas são as justificativas para a adoção de um processo de avaliação numa organização universitária. Entre elas, destacam-se:

- a) *Ela precisa ser avaliada para conhecer-se melhor e, a partir daí, identificar-se com o seu compromisso de gerar e reproduzir conhecimento, assim como garantir a eficiência dos seus processos e a eficácia dos seus serviços e produtos;*
- b) *Deve ser avaliada de forma sistemática para que a qualidade dos seus processos mantenha-se pertinente com a formação de profissionais e cidadãos compatíveis com os paradigmas do momento;*
- c) *Não pode perder de vista a necessidade que tem de contar com recursos humanos de boa qualidade e com recursos apropriados, para cumprir com seus compromissos científicos e sociais;*
- d) *Deve ser avaliada para que se mantenha estimulada a se desenvolver, e para que possa fugir de situações que a levem à acomodação e prejuízo da qualidade;*
- e) *Deve rever permanentemente os comportamentos organizacionais e manter a sua transparência e credibilidade interna e externa;*
- f) *Necessita ser avaliada para que os resultados da avaliação, seja nos seus acertos, seja nas suas falhas, sirvam de elemento para a elaboração do plano de ação institucional.* (COMISSÃO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS, 1994, P. 2-3)

No Projeto de Avaliação Institucional da Comissão Nacional de Instituições de Ensino Superior, o processo de avaliação proposto deve buscar atender a uma tríplice exigência da universidade contemporânea:

- a) *um processo contínuo de aperfeiçoamento do desempenho;*
 - b) *uma ferramenta para o planejamento e gestão universitária;*
 - c) *um processo sistemático de prestação de contas à sociedade.*
- (TRINDADE, p.7, 1994)

Para que isto ocorra, cumpre à organização observar três princípios básicos: a aceitação ou conscientização da necessidade de avaliação por todos os segmentos envolvidos; reconhecimento da legitimidade e pertinência dos princípios norteadores e dos critérios a serem adotados e o envolvimento direto de todos os segmentos da comunidade acadêmica na sua execução e na implementação de medidas para melhoria do desempenho institucional. Este conceito encerra uma abrangência maior, uma vez que enfoca não apenas os aspectos acadêmicos da vida universitária, que são fundamentais, mas valoriza também a questão do gerenciamento da organização universitária, fator preponderante para o cumprimento de sua missão, além de enfatizar a avaliação com instrumento permanente de satisfação à sociedade, que é, sem dúvida, a razão de ser da Universidade.

A qualidade na educação, na visão de DIAS SOBRINHO (1994), é um juízo valorativo que se constrói socialmente. Avaliar a

qualidade para o autor, implica necessariamente uma tomada de posição que pressupõe a escolha de um sistema valorativo dentre vários outros possíveis num determinado meio social. Pondera que a qualidade não está nos fragmentos, na separação, mas sim na integração, nas relações de conjunto.

No entender de DIAS SOBRINHO (1994), a avaliação é inseparável dos processos educativos. A Universidade é uma instituição social, histórica e de natureza pedagógica, e é constituída de distintas relações: “entre pessoas, entre conhecimentos, entre estruturas formais”. As avaliações parciais fazem parte dessas relações, de diversas formas e em diferentes momentos. O autor ainda revela que:

...muitas vezes, as avaliações tecem uma rede de iniciativas e julgamentos de múltiplas direções: professores avaliam estudantes e por estes são avaliados, docentes emitem pareceres sobre atividades acadêmicas de seus pares, departamentos e institutos que prestam contas de seu trabalho e apresentam relatórios periódicos; alguns colegiados desenvolvem mecanismos avaliatórios sobre seus cursos. (DIAS SOBRINHO, p.33, 1994)

O autor ainda afirma que quase todas essas iniciativas são isoladas e parciais, embora todas elas de alguma forma estejam referidas à qualidade do exercício dos princípios fundamentais da Universidade, a ciência e a pedagogia, realizados no ensino, na pesquisa e na extensão.

Nesse sentido, a avaliação se incorpora aos processos de desenvolvimento da instituição avaliada, para fazer parte da vida

universitária, correlativamente à busca da qualidade em todas as atividades. Sendo assim, é um processo coletivo que envolve amplamente a comunidade de uma instituição, como um valor introjetado no cotidiano, um capital permanente do seu patrimônio cultural.

BATTEN & TRAFFORD (1985) também compartilham a mesma opinião, quando consideram que a avaliação além de ser um processo com propósito de levantamento da qualidade, deve tornar-se parte integrante das Instituições, formando de sua prática um hábito constante. Para que esta situação se concretize, deve haver acima de tudo uma opção política, com comprometimento e desenvolvimento de processos avaliativos condizentes com seu contexto.

Na compreensão de ZAINKO (1994), a avaliação deve ser entendida como o processo cíclico de ver, julgar e agir, superação da fragmentação do processo pedagógico, tendo como finalidade primeira a verificação de como o conhecimento está sendo incorporado pelo aluno. E também como modifica a compreensão de mundo desse aluno e como eleva sua capacidade de participar da realidade onde está vivendo. Assim, concluiu que: “o processo educativo deve ser desenvolvido de forma global e articulada, onde as ações devem ser dirigidas para o crescimento da visão de mundo dos alunos, por meio da compreensão da realidade”.

Em geral, a maioria dos autores considera que a qualidade de uma organização universitária diz respeito à sua missão. Essa missão deve ser construída pela auscultação de clientes internos, externos, e ainda grupos de interesse como a comunidade em geral, fornecedores, líderes pensadores, pesquisadores e o Estado, obedecendo a padrões de valores que visem a satisfazer plenamente a todos. No caso destas organizações, essa missão deve ser construída com base não apenas em aspectos tecnológicos e científicos, mas, sobretudo, nas que oferecem ensino na área da Saúde e possuem ambientes de risco à infecção. Estes são os aspectos preventivos, que envolvem questões políticas, sociais, culturais e econômica, isto devido ao tipo de comunidade, tanto interna como externa, com a qual o processo organizacional está envolvido.

3.2 A GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Transportando esses conceitos para uma Instituição de Ensino na Área da Saúde, podendo envolver Hospitais ou Clínicas-Escolas, a parte administrativa deve adotar os meios específicos necessários para o controle de infecção e biossegurança, pois muitos procedimentos envolvem responsabilidades técnicas e que resultam, na maioria das vezes, em implicações legais.

Para ETZIONI (1989), nas organizações de finalidades múltiplas, como as Instituições de Ensino na área da Saúde, alguns tipos de conflito são inevitáveis. Frequentemente, os diversos objetivos apresentam à organização exigências incompatíveis com suas possibilidades. Pode haver conflito quanto à distribuição de meios, tempo e energia para cada objetivo. O estabelecimento de um conjunto de prioridades, que definem claramente a importância relativa dos diversos objetivos, reduz as consequências prejudiciais desses conflitos, embora não eliminem o problema. Essas organizações poderão lançar mão de técnicas administrativas para a identificação e diagnóstico de sua real situação, como o reconhecimento, avaliação e controle de riscos.

O risco, onde quer que se encontre, deve ser profundamente analisado, visando a sua eliminação ou ao seu controle. Desde que um conjunto de ações possa ser viabilizado, a compreensão de sua natureza pode ser levada a efeito. Esse conjunto de ações recebe o nome de Investigação e Análise Ambiental. A tomada de decisão, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), deve ser fundamentada tecnicamente em três conceitos básicos:

- a) Reconhecer (riscos): identificar, caracterizar, saber apontar qual dos agentes de risco de dano à saúde estão presentes no ambiente de trabalho;*
- b) Avaliar (riscos): é saber quantificar e verificar, de acordo com determinadas técnicas, a magnitude do risco. Se é maior ou menor, se é grande ou pequeno, comparado com determinados padrões;*
- c) Controlar (riscos): é adotar medidas técnicas, administrativas, preventivas ou corretivas de diversas naturezas, que tendem a eliminar ou atenuar os riscos existentes no ambiente de trabalho. (BRASIL, p.29, 1995).*

Riscos Biológicos

A necessidade de proteção contra um risco biológico é definida pela fonte do material, pela natureza da operação ou experimento a ser realizado, bem como pelas condições de realização. Não há controvérsias sobre o risco de contaminação quando se trabalha com patógenos conhecidos. Existem normas e classificações

que regem níveis de contenção adequados para o seu manuseio. Entretanto, as instituições devem possuir meios de tratar novos riscos.

A implementação de novas técnicas de segurança deve ser adotada sempre que as medidas existentes se mostrarem ineficazes. De forma compartilhada a direção deve planejar e criar metas específicas, bem como sistemas e métodos bem definidos para alcançar os objetivos de biossegurança. Deve haver um envolvimento dos dirigentes na atitude de criar metodologias para os professores na reformulação pedagógica e para o encorajamento dos funcionários na participação dos assuntos referentes à biossegurança. A alta direção deve reforçar os valores e encorajar a liderança em todos os níveis hierárquicos.

A melhoria contínua dos padrões de biossegurança deve ser alcançada criando-se agilidade e eficiência na solução de seus problemas. Deve-se criar uma base quantitativa, para avaliação dos processos instituídos e para o fornecimento de informações, para o planejamento de futuros ciclos de melhoria dos padrões de Controle de Infecção e Biossegurança implantados e para a própria formação universitária.

3.3 ASPECTOS JURÍDICOS E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

As atividades desenvolvidas na área da saúde por médicos, odontólogos, hospitais, clínicas e outros, são de grande relevância para a sociedade, pois permitem a concepção e preservação da vida dos homens. Essas atividades devem valer-se de pessoas habilitadas e de extenso aparelhamento técnico, que continuamente, vem sendo introduzido nesses setores pela conjugação entre ciência e tecnologia.

BITTAR (1991) salientou que o influxo direto sobre os direitos da personalidade humana, como a vida, a saúde, a integridade física e psíquica, e outros, constitui o elenco de prerrogativas fundamentais reconhecidas pelo homem na defesa de sua essencialidade. Novas tecnologias e experiências abrem uma nova era no relacionamento entre as entidades e os profissionais da área médico-odontológico-hospitalar com a população em geral, exigindo a atenção de administradores, cientistas, legisladores, estudiosos, enfim, de todos que se interessam pela pessoa humana em sua vida diária.

A Odontologia, mesmo exercendo sua atividade em esferas específicas do corpo humano, nem assim deixa de atingir direitos inerentes à personalidade, como a saúde, a higiene física, a intimidade, o sigilo, o respeito,

dispondo, outrossim, de instrumental tecnológico avançado e de risco, e alguns de alto risco, sujeitando-se, pois, também, ao império do sistema protetivo.

No plano do relacionamento médico-odontológico-hospitalar com os pacientes, entram na linha de frente dos debates as questões sobre o aperfeiçoamento de esquemas vigentes e a eliminação de infecções cruzadas, a eliminação de erros na medicina e na odontologia, e, especialmente, o sancionamento do responsável em suas atividades normais.

Para BITTAR (1991), com a evolução tecnológica, descortina-se, para o cientista e para o profissional, um mundo totalmente diverso do atual, mas que se deve conduzir pelo respeito aos princípios e às normas básicas da convivência humana, que têm no Direito a sua sede. Mais do que nunca, ante a tão extraordinárias perspectivas, devem Ética e Ciência caminhar unidas, na constante busca do bem-estar da humanidade, ainda o valor supremo da existência terrena. O descompasso deve conduzir, pois, à responsabilidade do faltoso, nos níveis próprios, científicos ou profissionais, conforme a hipótese, a fim de que se recomponha o equilíbrio rompido com o desrespeito às balizas definidas no plano jurídico, em que encontram as regras próprias de harmonização dos vários interesses na sociedade.

Exercendo influência direta sobre o corpo ou parte dele, as atividades na área da saúde, exigem, de um lado, conhecimento e habilidade

especial do profissional e, de outro, plena consciência dos deveres éticos e jurídicos que do exercício da atividade lhe advêm, a fim de que se reduzam, ao máximo, para os pacientes e para o povo em geral, efeitos negativos possíveis nessa área. A necessidade de sanção, que tem sua fonte no sentimento de justiça, é confirmada e aumentada pela consideração de que, em benefício do interesse geral, é preciso incentivar as ações úteis e conter as que não têm esse caráter. A responsabilidade do agente, nas atividades desenvolvidas na área da saúde, pode envolver uma pessoa física ou jurídica, pois o Direito constitui sistema protetivo multiforme, na defesa dos valores fundamentais da essência humana, exatamente como condição para coexistência pacífica na sociedade (BITTAR, 1991).

Basicamente, em três planos o lesado pode obter satisfação de interesses no âmbito jurídico, a saber: administrativo, mediante submissão do agente a procedimentos próprios, perante os órgãos de controle de atividades e das profissões envolvidas, estatais e paraestatais; penal, por meio da perseguição pessoal do agente, perante a Justiça criminal, sob os sancionamentos específicos; e civil, por via da sujeição do patrimônio (ou da pessoa, quando possível) do lesante aos efeitos correspondentes, na órbita da satisfação de danos, ou outra cabível.

Responsabilidade administrativa

Na esfera administrativa, diante de órgãos estatais (Ministérios ou Secretarias de Saúde e outros) ou paraestatais (Conselhos de Ética), pode o agente vir a sofrer sanções administrativas, como as de multa, suspensão de exercício da atividade, cassação de registro para exercício e outras. No relacionamento com os Conselhos de Ética, em que se aplica o Código correspondente, têm-se observado, no entanto, dificuldades no sancionamento de profissionais faltosos, diante do errôneo espírito corporativo e da influência da perícia, que, exercida por outros agentes do setor, acaba desclassificando as infrações, ou negando a sua existência ou a sua caracterização, ou, em última instância, minimizando o seu alcance (PANASCO, 1984).

Para FAYOL (1990), não se concebe a autoridade sem a responsabilidade, isto é, sem a sanção, recompensa ou penalidade que acompanha o exercício do poder. A responsabilidade é uma consequência da autoridade, seu resultado natural, sua contra-partida indispensável.

Em relação à Responsabilidade Técnica em Biossegurança, em especial nas Instituições de Ensino Odontológico, objeto de interesse neste estudo, identificam-se diferentes níveis de responsabilidade em relação aos envolvidos no processo: o aluno estagiário, o supervisor (docente), as chefias de

Departamento, a Coordenação do Curso, o diretor do Setor de Ciências da Saúde e, ainda, a própria Instituição na pessoa do reitor, caracterizada como responsabilidade solidária (CÓDIGO CIVIL, Art. 1521, inciso IV).

Com a instalação das Comissões Permanentes de Controle de Infecção Odontológica em Cursos de Odontologia, alguns programas têm sido prescritos. Porém, nem sempre as Instituições atendem a algumas exigências, seja por falta de verbas, seja pela não priorização dos Setores de Saúde. Nesse sentido, o não fornecimento de condições mínimas de biossegurança ao Curso, muitas vezes com equipamentos antigos e avariados, que dificultam procedimentos preventivos em relação ao controle de infecção e até mesmo a falta de recursos humanos que colaborem com o andamento e a supervisão dos programas, resultará em um risco cuja responsabilidade recairá como um todo na Instituição no caso, a Universidade. Exemplo disto são as constantes ameaças por parte dos pacientes insatisfeitos em procurar o PROCON ou mesmo o Tribunal de Pequenas Causas, no sentido de garantirem seus direitos.

O Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Odontológica Permanente do Curso de Odontologia da UFPR (C.C.I.O., 1994), em seu Cap. III, Art.7º (anexo 2), estabelece que aos chefes dos Departamentos compete: nomear os membros da C.C.I.O e propiciar a infra-estrutura necessária à sua correta operacionalização . Ao mesmo tempo, a chefia do

Departamento tem responsabilidade no que se refere aos seus funcionários, professores e técnico-administrativos, quando envolvidos em acidentes perfeitamente previsíveis e evitáveis.

Cabe à Comissão de Controle de Infecção Odontológica fazer cumprir a Legislação da Secretaria de Estado da Saúde vigente quanto às recomendações e padrões de biossegurança, propor estratégias para viabilizar a padronização de procedimentos, desenvolver meios de capacitação e reciclagem dos recursos humanos voltados para o controle de infecção na prática odontológica; estimular a pesquisa e eventos na área; propor atualização das normas ou padrões, quando necessário, segundo o avanço técnico-científico e a experiência acumulada (Resolução nº. 11/94 - Secretaria de Estado da Saúde - PR).

Em 1994, foi aprovado o Regimento Interno da C.C.I.O da UFPR (ANEXO 2), e, no que diz respeito à sua competência, estabelece em seu Cap.III:

Art. 1º - À Comissão de Controle de Infecção compete:

I- definir diretrizes para as ações de controle de infecção e biossegurança;

II- retificar o programa de controle de infecção e biossegurança;

III- avaliar sistematicamente e periodicamente as medidas de controle de infecção e biossegurança propostas;

IV- comunicar, regular e periodicamente, às Chefias dos Departamentos, a situação do controle de infecção e cumprimento das normas de

biossegurança pelos Docentes, Discentes e funcionários durante o desenvolvimento das atividades clínicas e promover amplo debate na comunidade acadêmica;

V- propor medidas de biossegurança, considerando as características e necessidades da Instituição;

VI- propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e cumprimento das normas de biossegurança;

VII- capacitar funcionários para o desempenho de tarefas perigosas;

VIII- dar advertências aos responsáveis pelas clínicas do não cumprimento das normas de biossegurança e propor pena disciplinar.

A profilaxia de acidentes e de infecções cruzadas é dever de todos.

Cada um tem responsabilidades no problema e a todos cabe preveni-lo. Para que haja uma evidente mudança de atitudes frente aos riscos, é necessário que todos fiquem atentos à situação do local de atuação, exigindo o mínimo de condições de trabalho com segurança, especialmente na área de educação do odontólogo em fase de formação.

Responsabilidade penal

Na área penal, têm sido reprimidas ações delituosas julgadas pelos tribunais, com a imposição de sanções aos lesantes, mas em níveis tímidos, dada, especialmente, a dificuldade de realização da prova da culpa pela vítima e das disposições técnicas possíveis no terreno médico-odontológico-

hospitalar. Acresce realçar, ainda, a questão do fator risco em determinadas intervenções que influencia negativamente as decisões, ficando o acusado, em consequência, isento de sanções.

Para ocorrer a responsabilidade penal, é preciso analisar e considerar toda a situação que envolve cada caso específico. Esta análise do envolvimento, sua ação, as circunstâncias, é que fornecerá as situações de causa e efeito; o justo e o injusto; se houve desrespeito às regras, se o ato estava de acordo com a técnica necessária e devida para o evento. O juiz terá de valer-se de todos os fatos: da opinião de peritos, leis, ética, costume e técnicas usuais do atuar profissionalmente, para poder valorar e decidir sobre o caso (PACHECO,1991).

Quando se trata de biossegurança e saúde, a negligência pode ser a principal causadora de acidentes. É necessário atentar para que o descuido profissional não finde em tragédia.

Para que ocorra o resultado penal, é necessário que haja uma relação de causalidade. Assim, o resultado, que depende da existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido (Ministério da Saúde, 1995). Incide alguém em culpa quando o agente, deixando de empregar a atenção ou diligência de que era capaz, em face das circunstâncias, não prevê o resultado

que podia prever, ou prevendo-o, supõe levianamente que não se realizaria ou que poderia evitá-lo. É necessário que o agente tenha dado causa sem que tenha desejado o resultado. No entanto, procede culposamente quem age sem o necessário cuidado e julga que o resultado não se dará. O limite da culpa é a previsibilidade do dano, isto é, que não seja possível escapar o fato à perspicácia comum.

Segundo PACHECO (1991), apresenta-se o crime culposos com duas características: uma conduta voluntária em oposição ao dever; um resultado não desejado, mas que a lei define como crime, mesmo que o agente não possa prever. Essa é a culpa inconsciente. O resultado não é previsto pelo agente, embora previsível. É a culpa comum, que se manifesta pela imprudência, negligência ou imperícia. Na culpa consciente, o resultado é previsto pelo sujeito, que espera levianamente que não ocorra ou que possa evitá-lo. É também chamada “culpa com previsão”. Neste caso, o sujeito ativo é sabedor do resultado previsto, mas não espera que ele aconteça (HUNGRIA, 1979). A nossa lei não faz distinção entre as formas consciente e inconsciente, mas a doutrina sim.

A graduação da culpa para a medida da pena é função do juiz em cada caso concreto, segundo o dispositivo da lei, sem atender a qualquer classificação de graus estabelecidos. O Código Penal não define o delito

culposo. No art.18, inciso II, faz apenas referências às modalidades de delito culposo, com as expressões negligência, imperícia e imprudência. Via de regra, a negligência manifesta-se pela omissão e torna-se penalmente relevante quando aquele que se omite devia e podia agir para prevenir o resultado. Os crimes omissos são aqueles em que o agente deixa de fazer algo, produzindo, desta forma, incidentes não esperados. A negligência, segundo PACHECO (1991), pode-se configurar na área da Saúde, por exemplo, na situação de contágio por instrumentos sem os cuidados de anti-sepsia e nos casos de negligência nos cuidados pré e pós-operatórios e, ainda, em muitas outras situações que podem ocorrer nesta área. Assim, a negligência é a falta de precaução, de diligência, de cuidados no prevenir danos.

A imperícia supõe arte ou profissão. Consiste na incapacidade, na falta de conhecimento ou habilitação para o exercício de determinada especialidade. Pode provir, ou da falta de prática, ou da ausência de conhecimentos técnicos de profissão, ofício ou arte, pois todas essas atividades têm princípios e normas que devem ser reconhecidos pelos que a elas se dedicam.

A imprudência se caracteriza quando o profissional da Saúde toma atitudes não justificadas, precipitadas, sem usar de nenhuma cautela. O profissional ou responsável, nesta circunstância, tem plena consciência de sua

atuação, mas, agindo com uma conduta abusiva, vai preencher as condições de uma falha. Precipitado, deixando de considerar os mais elementares e evidentes princípios da cautela, talvez até mesmo pelo excesso de confiança, comete uma imprudência.

Responsabilidade Civil

No plano civil, em que mais ampla satisfação se pode alcançar para os lesados, várias são as medidas cabíveis, de cunho cautelar ou de fundo, destinadas a retirar efeitos e ações que firam direitos de pacientes e de usuários ou de outras pessoas atingidas, ou conforme o caso, que deva ressarcir danos, ou desfazer operações, ou fixar pena pecuniária e assim por diante (KFOURI NETO, 1994).

São responsáveis as pessoas físicas ou jurídicas que exercem as atividades e as profissões do setor de Saúde, podendo ser acionadas, conforme a hipótese, por fato próprio ou de terceiro relacionado (por exemplo: o responsável pela clínica, por falha de um aluno ou professor supervisor; o departamento, por erro de seu funcionário).

Para a responsabilização, deve-se provar o conjunto de requisitos próprios, a saber: ação do agente, dano em outrem, nexa causal entre ambos. Cumpre, portanto, haver relação de causalidade entre a ação ou omissão do agente e o resultado lesivo experimentado pela vítima. Cabe verificar-se, com cautela, em cada hipótese, as circunstâncias do fato, para atribuir-se, com precisão, a responsabilidade ao verdadeiro culpado.

Na responsabilização civil, os objetivos principais são o de ressarcimento de danos morais, ou patrimoniais, que ao lesante compete efetivar, seja repondo ao patrimônio do lesado os prejuízos sofridos, seja compensando-o de sofrimentos morais suportados, nos termos e com o alcance que a teoria em questão impõe.

Compete ao lesado o acionamento das vias referidas, existindo, ademais, no campo penal, ações de caráter público, cuja titularidade cabe ao Ministério Público. Pode haver acumulação de pedidos, nas diferentes áreas, possibilitando-se sancionamentos diversos ao lesante e, mesmo, a sua submissão, em todos os efeitos próprios cabíveis.

No caso de Instituições de Ensino, em relação à categoria de estagiários, estes são aprendizes, devendo sobre eles vigorar a regra de que não podem agir sem preceptor (professor ou supervisor). O fato de serem aprendizes, no entanto, não elimina a necessária diligência nas suas tarefas, bem

como não retira sua responsabilização. Contudo, agindo com culpa em situações em que se demonstre a omissão ou displicência do orientador, responderá este solidariamente, como também todos os encarregados pelo curso do estágio, que deve operar obrigatoriamente em cada entidade, bem como da própria Instituição. Considera-se que é seu dever manter tal atividade educacional sem que tal situação provoque danos a seus pacientes. É situação, segundo FRANCISCO (1991), que se enquadra perfeitamente no art. 1521, IV, do Código Civil.

Conclui-se que na Área da Saúde os aspectos jurídicos e de responsabilidade técnica assumem grande importância pela característica própria e conseqüente perigo de acidentes que possam pôr em risco a saúde ou a vida dos participantes das atividades no setor.

3.4 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES E ACIDENTES EM HOSPITAIS E ESCOLAS DE ODONTOLOGIA

A preocupação com a infecção hospitalar no mundo foi reforçada na década de 70, porém os grandes progressos dos estudos sobre o assunto surgiram na década de 80. Em 1980, inúmeras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar já existiam no Brasil. A Organização Mundial de Saúde, preocupada com o problema, criou em 1981 uma comissão encarregada de estudar o problema em âmbito mundial. Estimava este grupo uma taxa de infecção hospitalar de 5 a 10% para os Estados Unidos, 3 a 11% para a Europa e 12% para o Brasil (PAULINO,1991). Na imprensa, as notícias sobre casos de infecção hospitalar aparecem com frequência e geralmente são alarmantes e cercadas de sensacionalismo.

Em 1985, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Nacional de Controle de Infecções Hospitalares, referenciando Centros de Treinamento em diversos pontos do país com o objetivo de formar mão-de-obra orientada para as ações de controle nos hospitais. Dos cinquenta e cinco Centros de Treinamento credenciados até setembro de 1990, quarenta e dois estão ativos, sete foram descredenciados e seis aguardam novo

credenciamento, tendo sido treinados cerca de oito mil profissionais de nível universitário.

Cabe às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar orientar, treinar e reciclar periodicamente os profissionais da área de Saúde no que tange a: padronização das técnicas, desempenho das técnicas, conhecimento dos riscos inerentes aos procedimentos, conhecimento dos riscos inerentes ao paciente, conhecimento dos riscos inerentes ao desempenho de suas funções, conhecimento dos riscos inerentes ao ambiente hospitalar, orientação ao paciente e familiares, e conscientização sobre a importância da lavagem das mãos. Este último item, procedimento simples, é de importância fundamental para o controle de infecção hospitalar.

Algumas das infecções hospitalares não podem ser prevenidas, por serem decorrentes da própria condição dos pacientes, que já se encontram enfraquecidos pela doença que motivou a internação, ou pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticos agressivos, ou que provoquem baixa na resistência do organismo. Nesse sentido, constata-se que as infecções hospitalares são inerentes ao ambiente hospitalar. Assim, as taxas de infecções hospitalares dependem das características dos hospitais: clientela (níveis sócio-econômico, cultural e nutricional), sistema de

controle e de vigilância epidemiológica, dimensão do hospital, hospital-escola (grande número de estudantes) e número de leitos nas enfermarias.

Segundo PAULINO (1991), nos hospitais onde as Comissões de Controle de Infecções Hospitalares atuam efetivamente, nos grandes centros do Brasil e de outros países, a taxa ideal de infecção hospitalar é estimada em 6%. Isto representa 6 casos de infecção hospitalar para 100 altas hospitalares.

Assim como o ambiente hospitalar está sujeito a infecções cruzadas, o ambiente de clínicas odontológicas também, principalmente em locais onde funcionam cursos de odontologia, cujos operadores ainda estão em treinamento, portanto mais sujeitos a acidentes. Devido à preocupação com esses ambientes, a Secretaria da Saúde do Estado, baseada na Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1993, emitiu a Resolução nº 11/94 (anexo 1), a qual estabelece que todas as Instituições de Ensino de Graduação, Pós-Graduação e Pesquisa do Estado, independente da natureza da entidade mantenedora, com Serviço Clínico/Cirúrgico de Odontologia, deveriam, a partir daquela data, manter Comissão de Controle de Infecção em Odontologia - C.C.I.O.

Poucas informações existem a respeito da exposição ocupacional ao sangue contaminado no meio odontológico, fornecidas

especialmente nas Escolas de Odontologia. Um estudo realizado na *Marquette University School of Dentistry*, nos anos 1989-90, 1990-91 e 1991-92, descreveu a frequência, tipo e distribuição da exposição ocupacional clínica entre seus estudantes de odontologia, estudantes de higiene dental, *staff* odontológico e corpo docente. Esse estudo serviu para identificar o alto risco dos procedimentos clínicos e áreas clínicas de exposição ocupacional ao sangue contaminado em Escola de Odontologia. Salientou a frequência do risco encontrada nos estudantes, equipe e corpo docente e enfatizou a necessidade de um desenvolvimento urgente para a redução do risco (GONZÁLES, C.D.; PRUHS, R.J.; SAMPSON, E. - 1994).

Em 1987, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estimou que, dos 300.000 casos de hepatite B ocorridos por ano, 12.000 eram de profissionais da saúde, e que aproximadamente 250 deles morriam devido a esta infecção. De 1989 a 1991, a incidência da hepatite B caiu 24%. Em contraste, a prevalência de 1982 a 1988 mostrou declínio de 75% no número de profissionais da saúde infectados pelo HBV. Este declínio foi associado à aceitação das precauções universais e ao fato de 80% das pessoas vacinadas para HBV nos Estados Unidos, desde 1982, serem profissionais da Saúde (CLEVELAND, 1994).

HADIE (1992), levando em consideração que os profissionais da Saúde pertencem a um grupo de risco à exposição do HBV em sua prática profissional, e depois de mais de 10 anos de experiência com vacinas para o HBV, ponderou que o programa de vacinação, neste segmento da sociedade, deveria ser prioritário, principalmente pelo alto risco na exposição quando em acidentes com instrumentos perfuro-cortantes. Sugeriu, ainda, que toda a equipe odontológica, principalmente quando em treinamento, deve ser encorajada para ser vacinada.

THAWEBOON, B.; WASI, C. e LOUSIRIROTCHANAKUL, S. (1989) estudaram o efeito da vacinação contra hepatite B em 57 estudantes de odontologia, soronegativos. Foram aplicadas 3 injeções mensais em um ano. No período de um ano, a soroconversão foi de 47% a 100% em um mês após a aplicação da última dose.

Em 1993, na cidade do México, foi realizada uma investigação em estudantes do último ano do Curso de Odontologia, na qual foram identificados alguns critérios e atitudes dos estudantes diante de pacientes HIV⁺ e HVB⁺, assim como seus critérios relativos às barreiras preventivas ante a infecção. O estudo aclarou aspectos importantes sobre a prática e as atitudes de futuros profissionais próximos a graduar-se. O artigo ressalta que a maior parte dos estudantes descreveu, por meio dos questionários, a

percepção do problema de infecção HIV como sumamente importante, até o ponto de que 93,5% estiveram de acordo com que a ameaça do HIV havia mudado a forma que se dava na atenção dental. É muito provável que esta evolução não seja produto somente da experiência pessoal direta, e sim de uma mescla desta e de muitas rotinas que são ensinadas na clínica. Os autores salientam que nenhuma daquelas escolas investigadas tinha um segmento curricular especificamente dedicado ao controle de infecções (MAUPOMÉ-CARVANTES, G. & BORGES-YÁÑES, S. A. - 1993).

De acordo com a legislação vigente na UFPR (Lei nº. 6.494/77, Decreto nº. 87.487/82, Resolução nº. 19/90-CEP da UFPR - anexo 1), o aluno estagiário deverá obrigatoriamente estar segurado contra acidentes pessoais. O controle do seguro fica a cargo da Coordenação do Curso, que deverá emitir uma listagem contendo o nome dos alunos estagiários e data de nascimento à Coordenadoria Geral de Estágios, para início da cobertura por plano Coletivo de seguro contra acidentes pessoais. No caso do Curso de Odontologia da UFPR, apenas os alunos do 8º. período são considerados estagiários. Porém, alunos de outros períodos desenvolvem atividades práticas nas Clínicas do Curso e não estão cobertos pelo seguro.

A Coordenação do Curso é responsável pela prevenção de acidentes e infecções cruzadas que possam vir a envolver os alunos. Portanto, é importante oferecer programas preventivos, como esquemas de vacinações em conjunto com os órgãos responsáveis da Universidade.

O Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, atento aos dados realistas encontrados na literatura, estabeleceu em conjunto com o "Projeto Casa" (responsável pela assistência médico-odontológica do comunidade acadêmica da UFPR), um programa de vacinação contra o vírus da Hepatite B para os alunos do Curso, desde janeiro de 1993.

Como em outros lugares do Brasil, o Curso de Odontologia da UFPR não oferta uma disciplina específica de Biossegurança, porém seu conteúdo, por iniciativa dos docentes, faz parte da disciplina de Terapêutica Aplicada ministrada aos alunos do 4º. período. O reforço desses conteúdos são necessários, uma vez que a reforma no currículo do Curso não está concluída. Portanto, cabe à Comissão de Controle de Infecção Odontológica proporcionar ao aluno, e até mesmo aos outros envolvidos no processo, também uma atualização em relação às técnicas e substâncias de utilização no Controle de Infecção.

Para que haja a possibilidade da implantação dos programas de Biossegurança, toda a Instituição deve ser envolvida, proporcionando uma conscientização de que o risco, com muita frequência, encontra-se presente. É necessária, também, a conscientização da necessidade de boas condições físicas e de recursos humanos para a prevenção de acidentes.

4 A CLÍNICA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR: UM ESTUDO DE CASO

4.1 OBJETIVOS DA CLÍNICA

O curso de Odontologia visa à formação de profissionais clínicos gerais com conhecimentos integrados para atender às necessidades globais dos pacientes. A finalidade da Clínica, no curso de Odontologia, é a de integrar o ensino teórico ao treinamento, como recurso de aprendizado das diversas matérias profissionalizantes.

Nesse sentido, o Regimento da Clínica do Curso de Odontologia da UFPR (1988), em seu Art. 4º. (anexo 2), dispõe que a Clínica funcionará, objetivando:

a) Conhecimentos: promover a integração dos conhecimentos obtidos nas disciplinas curriculares preparando o aluno para o exercício profissional;

b) Habilidade: desenvolver a habilidade necessária à aplicação de seus conhecimentos concorrendo para uma atividade objetiva, simples e econômica;

c) Conduta: desenvolver conduta compatível com a dignidade humana e conceito ético-profissional;

d) Integração Social: preparar o aluno para uma compreensão das necessidades globais da comunidade e para o planejamento racional de seu atendimento.

A prática na Clínica, como parte do ensino, aparece sempre com destaque na formação do Odontólogo e é sempre relacionada às questões de competência técnica, convivência com a realidade e capacidade de decisão.

No ambiente das Clínicas, estão instalados equipamentos odontológicos que variam em número entre 10 a 48, de acordo com o local da atividade da disciplina a ser desenvolvida. Nesses locais, os alunos prestam atendimento à comunidade, gratuitamente. Como o volume de atendimentos é grande, o controle de infecção odontológica deve ser desenvolvido rigorosamente e mais freqüentemente, como num ambiente hospitalar, pela alta rotatividade de pessoas que circulam em suas dependências.

O aluno, além de desenvolver os procedimentos específicos de cada matéria, também deve observar o conhecimento adquirido quanto às

normas do controle de infecção que recebeu no 4º. período do curso, integrando este às demais intervenções.

Ao desenvolver suas atividades na Clínica, o aluno em treinamento fica mais sujeito a acidentes durante os procedimentos e ainda durante o processo de lavagem de seu instrumental contaminado. Daí a importância da observação rigorosa no controle de acidentes e infecção cruzada por parte dos responsáveis pela Clínica.

Este estudo apresenta um levantamento de acidentes e de vacinações em alunos do Curso de Odontologia da UFPR, para retratar a realidade no que diz respeito aos acidentes ocorridos com alunos e o risco a que os mesmos estão sujeitos quando chegam às disciplinas profissionalizantes, em que as práticas são desenvolvidas nas Clínicas. O estudo foi desenvolvido durante a matrícula dos alunos no 2º semestre de 1996, a partir do 5º período do Curso, e seguiu algumas diretrizes que são apresentadas a seguir.

4.2 LEVANTAMENTO DE ACIDENTES E VACINAÇÕES

Para o levantamento de acidentes e vacinações, foi elaborado um questionário (anexo 3) com perguntas abertas e fechadas e entregue em mãos aos alunos no dia em que efetuaram suas matrículas. Na metodologia, foram considerados, para o levantamento de acidentes, toda população de alunos que fizeram suas matrículas nos 5º., 6º., 7º., 8º períodos e dos alunos formandos, pois as atividades em Clínicas iniciaram a partir do 4º período do Curso. Os acidentes registrados pelos alunos foram aqueles ocorridos com instrumentos odontológicos pérfuro-cortantes, nos ambientes das Clínicas e da sala de lavagem e empacotamento de instrumentais.

Os resultados do levantamento de acidentes envolvendo os alunos dos diferentes períodos estão dispostos na tabela a seguir:

Período em que o aluno efetuou sua matrícula 2º semestre de 1996	Número de alunos matriculados	Número de alunos que sofreram acidentes
5º	38	07
6º	41	24
7º	48	43
8º	39	31
Formandos	45	39
Total	211	124

Tabela 1. Dados referentes ao levantamento de acidentes em alunos do Curso de Odontologia da UFPR.

Neste levantamento, observa-se que os alunos matriculados, fornecem dados relativos aos períodos anteriores. Os alunos matriculados no 5º. período retrataram poucos acidentes ocorridos no 4º. período, o qual oferece apenas uma disciplina com atividades em clínica (Semiologia Aplicada), em que são desenvolvidos nos pacientes apenas procedimentos menores, ou seja, de exame clínico e profilaxias, o que justifica o baixo índice de acidentes encontrado. Em relação aos alunos matriculados no 6º. período, estes já revelaram que mais da metade da turma sofreu algum tipo de acidente. No 5º. período já são oferecidas pelo menos quatro disciplinas com atividades nas clínicas. Os dados dos alunos matriculados a partir do 6º período até os formandos revelam que a maioria dos alunos sofreu acidentes durante suas atividades nas disciplinas profissionalizantes desenvolvidas nas clínicas do Curso.

Com base na literatura estudada, dentro da prática odontológica, os alunos são considerados aqueles que apresentam maior risco de sofrer acidentes durante os procedimentos odontológicos clínicos. Esse risco surge, geralmente, no momento da lavagem e empacotamento do instrumental, isto principalmente por estarem em fase de treinamento (GONZÁLES; PRHUS; SAMPSON - 1994).

Os dados do levantamento de acidentes (Tabela 1) mostram uma realidade importante, pois a maioria dos alunos sofre inúmeros acidentes, principalmente com instrumentais, durante seus procedimentos nas dependências do Curso de Odontologia. Estes dados nos levam a uma reflexão no sentido de que medidas preventivas se fazem urgentes, e que uma séria avaliação deve ser feita tanto com referência ao ensino quanto com a política de prevenção dentro do Curso.

4.3 PROGRAMA DE VACINAÇÕES

4.3.1 O Projeto CASA da UFPR

A UFPR, por intermédio da Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis (PRHAE), criou em 1991 uma Comissão de Estudos e Diagnósticos de Saúde e Segurança do Trabalho.

As situações concretas, observadas por essa Comissão, passaram a exigir uma ação que integrasse os diversos programas a partir da compreensão de que o atendimento à saúde não poderia ser fragmentado, devendo ser considerado o seu caráter de totalidade, dada à integralidade de seu objeto - o homem omnilateral (UFPR - Projeto CASA, 1991).

A partir das diferentes demandas em questões de Saúde, a PRHAE, após discussão com representantes de diversos programas internos de diferentes áreas da UFPR, propôs a criação de um Grupo Gestor, composto por representantes desses diversos programas, entidades e serviços, com o objetivo de elaborar o Projeto CASA da UFPR.

Como a realidade da comunidade universitária da UFPR não difere da sociedade como um todo, apresenta uma grande desigualdade

entre a oferta de serviços, o volume e a complexidade das necessidades na área de saúde. Tradicionalmente, esta comunidade vinha expressando suas necessidades de saúde em termos de problemas que deveriam ser atendidos com urgência: acidentes e enfermidades mais freqüentes. Nessa perspectiva, o Projeto CASA propôs uma priorização, até então pouco enfatizada nos programas de Saúde, da questão relacionada ao aspecto preventivo, pois compreendeu que qualquer programa deste porte deveria estar pautado num compromisso social que procurasse de todas as formas senão eliminar, ao menos reduzir os fatores que causam a enfermidade.

Assim, o Projeto CASA da UFPR se baseou nos princípios da atenção primária à saúde, com uma abordagem prática de atendimento à comunidade universitária, de forma individual e coletiva, que contemplou o acesso universal aos cuidados essenciais à saúde de forma aceitável, a um custo que esteja ao alcance da Instituição e mediante a participação ativa dessa comunidade. Essa atenção primária no Projeto CASA tem como objetivo oferecer, de forma integrada, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para toda a comunidade universitária, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida.

4.3.2 Parceria Coordenação do Curso - Projeto CASA

O curso de Odontologia da UFPR preocupado com a realidade em relação à Hepatite B e aos profissionais da Saúde, em conjunto com o Projeto CASA, conseguiu lotes de vacinas destinados aos seus alunos matriculados a partir do 1º. semestre de 1992.

Os alunos foram alertados para que tomassem a vacina já ao se matricularem no 1º. período do Curso. A vacina foi oferecida gratuitamente aos alunos. O tipo da vacina oferecida foi a elaborada por engenharia genética (Engerix-B). Essa vacina foi aplicada em três doses.

O mesmo questionário utilizado no levantamento de acidentes nos forneceu dados em relação ao número de alunos vacinados contra Hepatite B. Foram questionados os alunos que se matricularam a partir do 5º. período, supondo-se que todos já deveriam ter sido vacinados pelas campanhas realizadas pelo Projeto CASA.

Os dados das vacinações estão na tabela a seguir:

Período em que o aluno efetuou a matrícula 2º semestre de 1996	Número de alunos matriculados	Número de alunos vacinados		
		1ª. dose	2ª. dose	3ª. dose
5º	38	36	33	27
6º	41	37	37	36
7º	48	45	45	46
8º	39	35	35	36
Formandos	45	44	44	43
Total	211	197	194	188

Tabela 2. Dados referentes ao levantamento de vacinações contra Hepatite B em alunos do Curso de Odontologia da UFPR.

Ao analisar os dados encontrados, pode-se observar que o efeito das campanhas realizadas pela Coordenação do Curso de Odontologia em parceria com o Projeto CASA da UFPR foi extremamente positivo em todos os períodos do Curso. Praticamente, todos os alunos se conscientizaram da necessidade de proteção pela vacina contra Hepatite B, doença esta altamente contagiosa e cujas seqüelas são, na maioria das vezes, irreversíveis. Observa-se pelo levantamento das vacinações apresentado (Tabela 2), que, quando uma política de prevenção parte da Instituição integrada em seus diversos órgãos internos, os resultados são conseguidos de uma forma geral e satisfatória.

O projeto CASA, em novembro de 1996, ainda informou à Coordenação do Curso, que 85,56% dos alunos do 1º ano já tinham recebido a 2ª dose da vacina contra Hepatite B, sendo que a 3ª dose será

administrada no mês de abril de 1997. Por meio de ofício (anexo 4) enfatizou a importância dos esforços da Coordenação do Curso no sentido da divulgação de toda a campanha.

5. ESTRATÉGIAS PARA VIABILIZAR UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO E BIOSSEGURANÇA

O termo “estratégia”, originário da arte militar, significava inicialmente o planejamento e a execução de movimentos e operações de tropas, visando a alcançar ou manter posições bélicas. De um modo geral, hoje, “estratégia” significa: “arte de aplicar os meios disponíveis com vista à consecução de objetivos específicos” (FERREIRA, 1986)

A palavra “estratégia”, segundo STEINER & MINER (1989), entrou na literatura e na prática da administração apenas nos últimos anos. De início, usado em seu sentido militar, como já vimos, um administrador utilizava-se de estratégias para contrabalançar atos reais ou potenciais de concorrentes. Segundo BALDRIDGE (1983), a partir de uma analogia da estratégia militar com uma organização, pode-se definir estratégia como táticas para os movimentos e operações tendo em vista determinados objetivos, aplicando os meios disponíveis, sempre procurando as condições mais favoráveis para suas ações.

Em 1981, KOTLER & MURPHY assinalaram que o objetivo de uma estratégia será o de promover ações que possam ser desenvolvidas pela Instituição, permitindo-lhes atingir suas metas. Na verdade, a formulação de uma estratégia deve ser calcada no direcionamento de esforços tanto para estabilidade como para mudança, visando à eficácia e, ao mesmo tempo, mantendo uma “sintonia” com o ambiente externo em constante mudanças. Assim, a elaboração de uma estratégia é essencialmente um processo de síntese do futuro, passado e presente, pois apesar de sempre estar associado ao futuro, é de suma importância o seu elo com o passado e com o próprio presente.

KOTLER & MURPHY (1981) ainda ressaltaram que as estratégias no ensino superior não seguem exatamente o mesmo processo adotado na área empresarial, uma vez que as Instituições acadêmicas são caracterizadas por uma alta concentração de profissionais e geralmente por uma grande percentagem de inflexibilidade organizacional. Os processos de planejamento, portanto, são mais democratizados.

COPE (1981) concorda com esse aspecto democrático, enfatizando que as influências pela voz do corpo docente e dos estudantes são constantes e importantes. Sugere, ainda, que na educação superior o

planejamento de estratégias deveria ser tarefa não apenas do administrador máximo, mas deveria ter uma participação institucional mais abrangente.

Outro ponto importante a ser considerado é a descontinuidade administrativa. A mudança da administração em um curto espaço de tempo interrompe implantações de projetos com a chegada de novos administradores. Geralmente, a nova diretoria inclui a rejeição de planos iniciados na administração anterior, para iniciar novos projetos com outros objetivos. Isto vem ao encontro do pensamento de BALDRIDGE (1983): “A mudança de executivos é, freqüentemente, a morte dos planos”.

Também a larga separação entre o plano e o orçamento é um problema predominante nas Universidades, decorrendo daí uma ineficácia em unir o planejamento às atividades operacionais. Observa-se muito esse aspecto nas Universidades Federais, onde, na maioria das vezes, o orçamento da União é aprovado no final do ano, sem nenhuma preocupação com o andamento dos processos de planejamento das instituições que, freqüentemente, de atropelo reformulam seus projetos, adaptando-se ao recurso liberado tardiamente. Porém, apesar das dificuldades que estão sempre presentes nessas Instituições, após uma rigorosa avaliação de todas as situações, devem ser encontradas estratégias para superar limitações de qualquer natureza.

MINTZBERG, em 1990, criticou as escolas de formação no pensamento estratégico. O autor considerou que o desenho do processo ficava dirigido à obtenção de um meio termo entre ameaças externas e oportunidades e competência internas. Revelou que este modelo nada mais é do que uma consciente manipulação, especificamente do chefe executivo, caracterizando-se como um processo pré-concebido e não como consequência de um aprendizado.

Em resposta a essa crítica, ANSOFF (1991) defendeu o planejamento estratégico ensinado nas escolas, criticando a metodologia como pobre em argumentos, o que constitui evidente contradição em sua análise sobre o assunto, e considerando ainda que a definição de estratégia descrita por Mintzberg difere da definição usual na prática.

Na perspectiva de ANSOFF (1990), definir a atitude ou a posição estratégica da organização é um procedimento racional: envolve uma identificação dos objetivos e uma análise da adequação dos produtos para que tais objetivos sejam atingidos, e, em seguida, a determinação das capacidades da organização, a busca de impulsos alternativos e a avaliação do potencial desses impulsos no que diz respeito aos objetivos. Acrescenta que as estratégias devem ser consideradas como um elemento, e não necessariamente o mais importante, da transformação cultural. Na verdade,

o comportamento das organizações é determinado basicamente pela turbulência do ambiente, pelas ameaças e oportunidades.

Na formulação das estratégias, há necessidade de se direcionar os esforços tanto para estabilidade como para mudanças, assim, ganha-se eficiência operacional, e, ao mesmo tempo, ocorre uma sintonia com o ambiente externo mutável. As variáveis culturais e políticas são de importância decisiva para caracterizar as organizações, seus produtos e mercados. Desconsiderá-las representa admitir a possibilidade de insucesso e desperdício de recursos.

A avaliação e o planejamento, como já salientamos, são partes importantes na formulação de estratégias que envolvem toda uma organização, pois esta depende de um estudo de premissas para obtenção de informações, para se alcançar objetivos com qualidade.

Em relação ao Curso de Odontologia, cabe à Comissão Permanente de Controle de Infecção Odontológica avaliar, planejar e desenvolver as estratégias, para que seja possível a implantação de um programa, com o apoio dos departamentos envolvidos, Coordenação do Curso e Setor de Ciências da Saúde. As estratégias selecionadas devem ser democráticas e atender às necessidades e ainda limitações, como, por

exemplo, a descontinuidade administrativa, tanto da direção da C.C.I.O., como de todas as instâncias da Universidade.

Porém, se um processo de estratégias ou planejamento é democrático, as divergências são naturais e a constituição de grupos de oposição deve ser esperada. FARIA (1996) observou que:

A oposição desafiadora competente, que se manifesta em torno de concepções, objetivos e programas, descolando-se das intrigas de bastidores motivadas por perspectivas desviantes e destruidoras, de caráter individual ou particular, cria um ambiente de constante revigoração institucional, abrindo espaço para a força criativa. (FARIA, J. H., p.27, 1996)

Em sua reflexão, FARIA considerou que as decisões, em um planejamento democrático, devem ser resultado do pensamento coletivo da comunidade, e que os conflitos devem ser resolvidos a partir de negociações.

Baseado nessa mesma linha de pensamento, PINTO definiu conflito, como:

...uma situação manifesta ou não, onde duas ou mais pessoas possuem interesses, idéias, sentimentos ou atitudes incompatíveis, que podem se oportunamente trabalhadas, gerar uma nova situação mais produtiva no relacionamento. (PINTO, E. P., p.19, 1994)

Relacionando esses conceitos ao tema Controle de Infecção e Biossegurança nos Cursos de Odontologia, mesmo tratando-se de assunto altamente relevante, observa-se a não existência de segmento curricular que contemple o assunto. A partir dessa constatação, revela-se um descaso que, na maioria das vezes, é consequência da falta de avaliação e reformulação curricular e do conteúdo programático das disciplinas.

A falta de aceitação para mudanças curriculares, normalmente está calcada em resistências dos próprios educadores, gerando conflito advindo de suas opiniões, atitudes e posturas a respeito de determinadas propostas.

Por outro lado, PINTO (1994) pondera que é preciso considerar que mesmo aqueles que oferecem resistências fazem parte do processo de solução do problema, e que apresentam necessidades, emoções e sentimentos que precisam ser respeitados. Com esse argumento, o autor propôs uma “negociação orientada para os resultados”, levando em consideração os interesses alheios no planejamento. Nesta perspectiva, PINTO assinalou que a administração deve ser participativa, pois esta apresenta melhores resultados do que a não participativa.

Torna-se evidente que as idéias ou propostas poderão ser melhor entendidas e incorporadas, se estiverem fundamentadas. No caso da

proposta de estratégias para implantação de um programa, como o de Controle de Infecção e Biossegurança, deve ficar clara a importância e consequências da negligência do problema em relação a todas as pessoas envolvidas no processo que podem ser atingidas. Uma avaliação do ambiente e circunstâncias, com embasamento científico, torna-se indispensável para a negociação de possíveis resistências.

Nesse sentido, propõem-se as estratégias que podem superar as possíveis resistências e limitações:

1. As clínicas devem incorporar à sua rotina o uso permanente do *protocolo de controle de infecção*. Este protocolo é uma série de medidas adotadas para controlar doenças transmissíveis. Consta no protocolo o uso de equipamentos e materiais por parte dos alunos, professores e funcionários, como: máscaras descartáveis, luvas, gorro, protetores para equipamentos (todos estes materiais devem ser trocados e descartados após o atendimento de cada paciente), óculos de proteção, agentes químicos para desinfecção de superfícies ou esterilização de instrumentais, anti-sépticos, filme plástico para cobertura de superfícies (FERREIRA, R. A., 1995). A adoção desse protocolo no cotidiano das clínicas pode dar impressão de aumento de gastos (limitação orçamentária), principalmente pelo grande volume de pacientes atendidos diariamente.

Porém, segundo FARACO (1995), isto é um engano: o custo adicional para a Instituição é muito baixo para a implantação de um sistema mínimo, comparado à eliminação dos riscos provenientes da sua não utilização.

2. Implantação no currículo do Curso de Odontologia da disciplina específica de Controle de Infecção e Biossegurança, para preencher a lacuna existente em relação aos seus conteúdos. Para LUCKESI (1995), não há como produzir conhecimento direto da realidade sem se dedicar a uma assimilação crítica dos conhecimentos anteriores estabelecidos. Os conhecimentos anteriores servem de ponto de apoio para o avanço da investigação, assim como muitas vezes servem para demonstrar as lacunas onde há necessidade de pesquisas novas ou mais específicas. Salienta, em seus estudos, que nenhum conhecimento nasce em si mesmo: “cada conhecimento novo é herdeiro do passado, assim como é herdeiro da contribuição de investigadores contemporâneos” (LUCKESI, 1995, p.129).

3. Solicitar aos responsáveis pelas disciplinas profissionalizantes, que avaliem e elaborem uma padronização da organização de instrumentais em bandejas e protocolos de controle de infecção e biossegurança específicos para as especialidades, para cada procedimento que o aluno for executar (MILLER & PALENIK, 1994) . De

posse dessas padronizações, a C.C.I.O. deverá exigir o cumprimento das mesmas em todas as Clínicas do Curso.

4. Avaliação e padronização dos ambientes físicos das Clínicas, com:

- a) piso e paredes de material liso, resistente, lavável e impermeável;
- b) iluminação artificial adequada, ausente de poeira e outras sujidades ;
- c) ventilação natural;
- d) espaçamento entre os equipamentos (cadeira e equipo) com no mínimo 2,5 metros de circulação, para evitar contaminação pelos *sprays*;
- e) pias exclusivas para lavagens de mãos;
- f) sala exclusiva para lavagem e empacotamento de instrumental;
- g) central de esterilização com entrada e saída de materiais diferenciadas, de tal maneira que materiais estéreis não cruzem com os contaminados.

5. Avaliação e padronização de produtos de desinfecção em todos os ambientes do Curso, tanto para a desinfecção química de instrumentais, como para a desinfecção química das salas clínicas e cirúrgicas (chão, paredes, armários, equipamentos, mochos, etc.) (FANTINATO, 1994).

6. Avaliação e Monitorização dos processos de esterilização (MILLER & PALENIK, 1994). O Ministério da Saúde preconiza três mecanismos de controle do processo de esterilização: a monitorização física, química e biológica.

1º. Monitorização física: realizada por meio de leitura dos dispositivos presentes no aparelho (termômetro e monovacuômetro na autoclave) e no termostato e termômetro acessório da estufa .

2º. Monitorização química: realizada com o uso de indicadores químicos para avaliação dos ciclos de esterilização, constituídos de um sistema de reagentes químicos na forma líquida ou impregnada em papel que mudam de cor quando passam pelo processo de esterilização.

3º. Monitorização biológica: a única dentre os três tipos que comprova a esterilização e que proporciona um controle mais rigoroso do processo. Estes indicadores constituem-se de uma suspensão de esporos

bacterianos, do gênero *Bacillus*, de bactérias termofílicas formadoras de esporos, capazes de crescer em temperaturas nas quais as proteínas são rapidamente desnaturadas. Depois de usados, os indicadores serão incubados por 48 horas com leitura preliminar em 24 horas. O crescimento dos microorganismos, neste período, indicará falha na esterilização. O resultado do teste deve ser registrado rotineiramente e mantido em arquivos de controle de esterilização.

7. Avaliação e treinamento da equipe acadêmica odontológica que permanece no interior das clínicas, com atualização continuada, sobre os novos processos de controle de infecção, leis federais, estaduais e municipais e ainda normas atualizadas a serem seguidas.

8. Avaliação e revisão da didática das diferentes especialidades em relação aos seus procedimentos e à biossegurança, fundamentada nas evidências do risco de acidentes e em literatura pertinente. E ainda educação continuada que atinja a todos os períodos da graduação, no que diz respeito ao Controle de Infecção (MAUPOMÉ-CARVANTES & BORGES YÁNEZ, 1993).

9. Avaliação das circunstâncias que possam levar à ocorrência de acidentes, nas dependências do Curso, principalmente com instrumentos perfuro-cortantes.

10. Registro de acidentes envolvendo alunos, professores e funcionários, em formulário próprio, orientando o acidentado no sentido das medidas a serem tomadas em cada caso (MIRSHAWKA, 1994).

11. Treinamento de um observador-orientador (enfermeiro, higienista ou odontólogo), para supervisionar os procedimentos realizados pelos alunos, para reconhecer qualquer tipo de falha na paramentação, lavagens de mãos, padronização dos procedimentos e quebra da cadeia asséptica, no sentido de orientá-los no momento do erro, com a finalidade de proporcionar hábitos de biossegurança ao estudante (MILLER & PALENIK, 1994).

12. Programa de vacinações (hepatite B, ou outras que possam ser desenvolvidas para prevenção de doenças infecciosas), para toda a equipe odontológica. Considerada estratégia preventiva, o programa deve abranger, se possível, toda a comunidade acadêmica (COTTONE, 1991; MARTIN, 1991; RUNNELS, 1991).

13. Treinamento visando a participação e envolvimento de todos, para contornar os conflitos, inerentes ao processo democrático.

O estímulo à mudança deve seguir alguns passos táticos que foram abordados por NADLER (1988) como, identificar e permitir que o

estado insatisfatório venha à tona; envolver os afetados e conceder o tempo necessário para se desvincular da presente situação.

Para o diagnóstico da situação de conflitos, PINTO (1994) propõe que se articule as pessoas-chave para um *brainstorming* de verificação das ameaças, suas causas e oportunidades, identificando os pontos convergentes, definindo as possibilidades objetivas e os paradigmas de mudança. Uma equipe formadora de opinião deve ser constituída, e esta deve estar acompanhada de um apoio psicológico.

Esta estratégia deve neutralizar ou seja, transformar a resistência em forças para mudança. Os envolvidos no processo devem sentir que toda e qualquer mudança será fruto de um trabalho realizado em equipe. Nesta situação, pode-se conseguir que todo o grupo fique comprometido com o processo de mudança.

Para vencer as resistências, COVEY (1996) afirma que é fundamental uma etapa de conscientização da necessidade de mudar.

A montagem de estratégias deve ser a consequência do resultado de avaliações, para possibilitar a transformações das idéias de gestão para ações planejadas. Isto significa uma intervenção proposital e

ordenada para modificar realidades que se consideraram indesejáveis ou permitir a permanência das situações que devem ser preservadas.

Evidentemente, passar das idéias à ação é tarefa extremamente complexa, pois sua concretização é permanentemente ameaçada por resistências alimentadas tanto por percepções equivocadas que se formam no interior da Instituição, quanto por erros táticos emitidos pelos próprios responsáveis pela condução do processo estratégico. Porém, por não ser simples, há que ser empreendida.

6 CONCLUSÕES

O controle de infecção é uma preocupação constante na área da saúde. O trabalho odontológico sempre esteve sujeito ao problema de infecção. Com o surgimento da AIDS, a Comunidade Científica passou a intensificar seus estudos no sentido de prevenir a transmissão de doenças infecto-contagiosas no âmbito odontológico. Na década de 80, foram desenvolvidas vacinas eficientes contra a hepatite B e foi firmado o reconhecimento, pela maioria da comunidade odontológica, da necessidade de adoção e implementação das precauções universais, recomendadas pelos *Centers for Disease Control*. As clínicas-escolas de odontologia são ambientes especiais, de maior risco, pois seus alunos são inexperientes e em fase de treinamento.

A literatura específica sobre o tema é pobre em estudos realizados em clínicas-escolas de odontologia. A ausência de dados a respeito de acidentes envolvendo alunos nessas instituições é um fato preocupante. Esta constatação pode caracterizar a falta de avaliação do

aprendizado dos alunos, e até mesmo uma omissão por parte dos responsáveis pelo seu funcionamento.

A partir dessa realidade, do levantamento de dados, e da análise da literatura, chegou-se a algumas conclusões:

a. Em relação às implicações jurídicas e responsabilidades técnicas administrativas nos Cursos de Odontologia, advindas da possibilidade de ocorrência de acidentes envolvendo a comunidade acadêmica, após análise comparativa com a literatura que aborda erros e responsabilidade médico-odontológica-hospitalar, constata-se que existem diferentes níveis de responsabilidade, tanto administrativa como individual. A responsabilidade, além de identificada e reconhecida por todo o *staff* acadêmico, deve ser também divulgada, pois mesmo o estudante-estagiário não é dispensado do necessário zelo em suas tarefas, bem como não retira sua responsabilização.

Cabe ressaltar que a profilaxia de acidentes e infecções cruzadas é dever de todos. Cada um tem responsabilidade no problema e a todos cabe preveni-lo. Compete ao lesado (paciente, aluno, professor ou funcionário) o acionamento das vias de responsabilização: administrativa, penal ou civil, podendo ocorrer acumulação de pedidos, nas diferentes áreas.

b. A lacuna existente nos currículos dos Cursos de Odontologia, em relação à Biossegurança, compromete o aprendizado do aluno. Portanto, torna-se urgente uma avaliação e revisão curricular por parte dos responsáveis pelos Cursos.

c. A prática nas clínicas, como parte do ensino, é de extrema importância na formação do Odontólogo. Porém, pelas dificuldades administrativas, próprias de Instituições de Ensino, pela alta rotatividade de pessoas que circulam em suas dependências e pelo fato de o aluno estar em treinamento, o Controle de Infecção e Biossegurança torna-se um desafio. Os acidentes envolvendo alunos é uma realidade, constatada pelo levantamento realizado no estudo de Caso do Curso de Odontologia da UFPR, no qual a maior parte dos estudantes sofreu, no ciclo profissionalizante, algum tipo de acidente com instrumento perfuro-cortante, contaminado ou não, o que caracteriza possivelmente uma falha pedagógica na formação acadêmica.

d. As estratégias para a implantação de programas de Controle de Infecção e Biossegurança devem ser estabelecidas e mantidas não apenas pela Comissão de Controle de Infecção Odontológica do Curso, mas devem ser acompanhadas por uma participação institucional mais abrangente, como o exemplo apresentado da parceria do Curso de

Odontologia da UFPR com o Projeto CASA, que obteve resultados extremamente positivos.

Para o estabelecimento das estratégias devem ser analisados e repensados aspectos desde a estrutura física das dependências do Curso, padronização de procedimentos, possíveis resistências dos envolvidos no processo, produtos químicos, até aspectos didáticos das diferentes especialidades e seus procedimentos passo a passo e, ainda, educação continuada em relação à biossegurança em todos períodos da graduação do aluno.

Assim o processo de avaliação deve ser permanente, acompanhado por seminários que envolvam toda comunidade acadêmica tanto interna como externa a Universidade.

Em relação as normas internas da Instituição, observa-se que estas requerem uma atualização, pois não contemplam alguns aspectos inerentes a vários cursos que requerem programas voltados para biossegurança.

e. Como a formação das Comissões Permanentes de Controle de Infecção e Biossegurança dentro das Instituições de Ensino Odontológico ainda são recentes, estas carecem de estudos que dêem

embasamento suficiente para o estabelecimento de estratégias que já tenham sido testadas e cujos resultados venham minimizar o risco de acidentes envolvendo principalmente alunos de Odontologia.

A pesquisa procurou analisar com objetividade o problema do Controle de Infecção e Biossegurança em clínicas odontológicas. Mesmo com os resultados alcançados no sentido de constatar a realidade e de propor algumas providências, descortina-se um amplo campo de estudo para investigações futuras. Espera-se que este trabalho contribua para o debate do tema, avaliação curricular e análise dos conteúdos, programas e metodologia, no sentido de diminuir, ou mesmo de eliminar, os riscos inerentes às atividades desenvolvidas na área da Saúde, em especial no ambiente acadêmico odontológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA Concil on Dental Materials, Instruments, and Equipment, Concil on Dental Practice, Council on Dental Therapeutics : Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 116, n. 241, 1988.
- ALTER, H. J.; PURCELL, R. H., GERIN, J. L. et al. Transmission of hepatitis B to chimpanzees by hepatitis B surface antigen-positive saliva and semen. **Infect. Immun.**, v.15, p. 928-933, 1977.
- ANDIFES – **Comissão Nacional de Avaliação das Universidades Brasileiras**. Documento Básico – Avaliação das Universidades Brasileiras, 1994)
- ANDRADE, D. R. & FOCACCIA, R. Hepatitis por vírus. In : VERONESI, R. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 15^a ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1985, p. 125- 151.
- ANSOFF, H. , I.; DECLERCK, R. P. ; HAYES, R. L. **Do planejamento Estratégico à Administração Estratégica**. São Paulo : Atlas, 1990.

- ANSOFF, H., I. Critique of Henry Mintzberg's 'The design School: Reconsidering the basic premises of strategic management'. **Strategic Management Journal.**, v.12, p. 449-461, 1991.
- BALDRIDGE, J. V. & DEAL., T. **The dynamics of organizational change in education.** Berkeley : Mc Cutchan, 1983.
- BALDY, J. L. S. **Hepatite B em 250 dentistas do Norte do Paraná:** Prevalência da Infecção, medidas preventivas e resposta imune, de 135 suscetíveis à vacina recombinante Belga administrada em esquema de três pequenas doses (2mg) por via intradérmica. Belo Horizonte, 1995. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina de Belo Horizonte.
- BATTEN, C. & TRAFFORD, V. Evaluation: na Aid to Institutional Management Challenge. In: LOCHWOOD, G. & DAVIES, J. **Universities the Management Challenge.** Philadelphia : SRHE & NFER-NELSON, p. 285-310, 1985.
- BITTAR, C. A . **Responsabilidade Civil Médica, Odontológica e Hospitalar.** São Paulo : Saraiva. 1991.

BOND, W. M.; FAVERO, M. S.; PETERSEN, N. J. et al. Survival of hepatitis virus after drying and storage for one week. **Lancet**, v.1, p. 550-551, 1981.

BONSER, C. F. Total Quality Education? **Public Administration Review**, v. 52, n.5, p. 504-512, Sep/Oct, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Comissão de Hepatite. **Proposta para a extensão da vacinação contra a hepatite B no Brasil**. Brasília : Ministério da Saúde, 1994. 9p. (Relatório).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hepatite, AIDS e Herpes na prática Odontológica**. 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança no Ambiente Hospitalar**. Brasília : Departamento de Normas e Técnicas. 1995.

CAPILOUTO, E. I.; WEINSTEIN, M. C.; HEMENWAY, D.; COTTON, D. What is the dentist's occupation risk of becoming infected with hepatitis B or the human immunodeficiency virus? **Am. J. Publ. Health**, v.82, p. 587-589, 1992.

CASTOR, B. V. J. & SUGA, N. Planejamento e Ação Planejada: O difícil Binômio. **Revista de Administração Pública**, jan./mar., v.22, n.1, p. 102-122, 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Hepatite B virus : a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. Recommendations of Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). **Morbid. Mortal Week Rep.**, v.40, n. 13, p. 1-19, 1991.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Update: Universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency health-care settings. **Morbid. Mortal Week. Rep.**, v.37, p. 377-382, 387-392, 1988.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. 4^a ed. São Paulo : MacGraw-Hill, Makron Books do Brasil, 1993.

CLEVELAND, J. L.; SIEW, C.; LOCKWOOD, S. A ., et al. Factors Associated with Hepatitis B Vaccine. **J. Dent. Res.**, v.73, n. 5, p. 1029-1035, May, 1994.

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Rio de Janeiro : Forense, 1987.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. 1^a. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1975.

CONCIL ON DENTAL MATERIALS, INSTRUMENTS AND EQUIPAMENT, COUNCIL ON DENTAL PRACTICE, COUNCIL ON DENTAL THERAPEUTICS. Infection Control Recommendation for the Dental Office and the Dental Laboratory. **J.A .D.A .**, v. 116, n. 2, p. 241-248, 1988.

COPE, R. **Strategic planning, management and decision making.** Washington, DCC. Report. N. 9AAHE/ERIC. 1981.

COTTONE, J. A . & MOLINARI, J. A . Hepatitis, HIV infection and AIDS : some issues for the practioner. **Int. Dent. J.** , v. 39, n.2, p. 103-107, June, 1989.

COTTONE, J. A . Hepatite B: Estado Atual na Odontologia. In: RUNNELLS, R. R. **Clínicas de Odontologia da América do Norte.** Trad. do v. 35, n. 2 do Original : The Dental Clinics of North América. Trad. Dra. Patrícia Moreira. Rio de Janeiro : Interlivros, p.281-294, v.2, 1991.

COTTONE, J. A .; TEREZHALHY, G. T.; MOLINARI, J. A . **Practical Infection Control in Dentistry**. Philadelphia, London : Lea & Febiger. 1991.

COVEY, S. As dez chaves para uma era de mudanças. **Revista Exame**, 8 de maio de 1996.

CRAWFORD, J. J. State of the art : Practical Infection Control in Dentistry. **J. A . D. A .**, v. 110, p. 614-649, 1985.

CROSBY, P. B. **Qualidade sem lágrimas**: a arte da gerência descomplicada. 3^a.ed. Rio de Janeiro : José Olympio, 1994.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: M. Saraiva, 1990.

DIAS SOBRINHO, J. A avaliação Institucional na Universidade Estadual de Campinas: Considerações teóricas e processo. **Educación Superior y Sociedad**, v.5, n. 1 e 2, p. 31-49, 1994.

ETZIONI, A . **Organizações Modernas**. 8^a.ed. Tradução de Miriam L. Moreira Leite. São Paulo : Pioneira, 1989.

FANTINATO, V. **Manual de Esterilização e Desinfecção em odontologia.** São Paulo : Santos. 1994.

FARACO, F. N. & MOURA, A . P. Controle de risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas no consultório odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**, n. 6, nov./dez. , 1992.

FARIA, J. H. **O Autoritarismo nas Organizações.** Curitiba : Criar/FAE, 1995.

_____. **Planejamento Democrático Institucional:** para além do estratégico. Curitiba : UFPR, 1996.

_____. **Relações do poder & formas de gestão.** Curitiba : Criar/FAE, 1985.

FAVERO, M. S.; BOND, W. W. Desinfection and sterilization. In: ZUCKERMAN, A . J. & THOMAS, H. C. (Ed.). **Viral Hepatitis.** Scientific Basis and Clinical Management. Edinburg : Curchill Livingstone, 1993, p. 565-575.

FAYOL, H. **Administração Industrial e Geral.** 10^a ed. São Paulo : Atlas. 1990.

FELDMAN, R. E.; SHIFF, E. R. Hepatitis in dental professionals. **JAMA**, v.232, p. 1228-1230, 1975.

FERREIRA, A . B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ª ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, R. A . Barrando o invisível. **Revista APCD**, v. 49, n.6, nov/dez., 1995.

FOLEY, F. E.; GUTHEIM, R. N. Serum hepatitis following dental procedures : apresentation of 15 cases, including three fatalities. **Am. Intern. Med.**, v.45, p. 369-380, 1956.

FRAGA FILHO, C. **Hepatite por vírus**. Rio de Janeiro, 1952. 325p. Tese (Cátedra de Clínica Médica) - Faculdade Nacional de Medicina.

FRANCISCO, C. A . Responsabilidade civil dos hospitais, clínicas e pronto-socorros. In: BITTAR, C. A . **Responsabilidade Civil Médica, Odontológica e Hospitalar**. São Paulo : Saraiva. 1991, cap. 8, p. 177-212.

- FORESTER, A . D. Parallels between Deming and innovative learning. **A First Reader for Higher Education**, Washington, American Association for Higher Education, article 14 in CQI 101, 1994.
- GERBERDING, J. L. Risks to health care workers from occupational exposure to hepatitis B virus, human immunodeficiency virus, and cytomegalovirus. **Infect. Dis. Clin. North Am.**, v. 3, p. 735, 1979.
- GONZÁLES, C. D.; PRUHS, R. J.; SAMPSON, E. Clinical Occupation Bloodborne Exposure in a Dental Scholl, **Journal of Dental Education**, v. 58, p. 217-220, 1994.
- HADIE, J. A 1992 Update on Hepatitis B Vaccination. **Canadian Journal Ottawe**, v. 58, n. 7, July, p. 569-570, 1992.
- HUNGRIA, N. **Código Penal Comentado**. 5^a ed. Rio de Janeiro : Forense.. 1979. v. 5.
- JUST, J. et al. Persistence of antibodies following vaccination with a yeast-derivad recombinant hepatitis B vaccine. **Vaccine**, v.6, p. 401-402, Oct., 1988.

KEW, M. C. Possible Transmission of Serum (Australia-Antigen-Positive) Hepatitis via the conjunctiva. **Infect. Immunity**, p.823-824, May, 1973.

KFOURI NETO, M. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1994.

KOTLER, P & MURPHY, P. Planejamento estratégico para o ensino superior. **The Journal of Higher Education**, v. 52, n.5, 1981.

LEONARD Jr., R. H. & EAGLE Jr., J. Development in effective occupational exposure policy for dental office, **General Dentistry**, p.370-388, Sep./Oct. 1992.

LEWIN, K. **A Dynamic theory of Personality**. Nova York : MacGraw-Hill Book Co., 1935.

LOBOS, J. **Qualidade** : Através das pessoas. São Paulo : J. Lobos, 1991.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo : Cortez, 1995.

MARTIN, M. **Infection Control in the Dental Enviroment**. London : Martin Dunitz, 1991.

- MAUPOMÉ-CARVANTES, G. & BORGES-YÁNEZ S. A . Actitudes y costumbres para el Control de Infección por VIH y hepatitis B en estudiantes de Odontología. **Salud Pública de México**, v.35, n. 6, p.642-649, nov./dec. 1993.
- MEYER Jr., V. Administração da qualidade: estratégias para as instituições universitárias. In : **Seminário de administração universitária e qualidade**. Florianópolis : IEPS, 1993.
- MILLER, C. H. & PALENIK, C. J. **Infection Control and management of Hazardous Materials for the Dental Team**. St. Louis : Mosby. 1994.
- MINTZBERG, H. The Design Scholl: Reconsidering the basic premises of strategic management. **Strategic Management Journal**., v.11, p.171-195, 1990.
- MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo : Makron Books, 1994.
- MOLINARI, J. A .; MECHANT, V. A . ; GLEASON, M. J. Controversis in Infection Control. **Dent, Clin. North Amer**. V. 35, n. 1, p. 55-69, Jan., 1990.

MOSLEY, J. W.; EDWARDS, V. M.; CASEY, G. et al. Hepatitis B virus infection in dentists. **N. Engl. J. Med.**, v. 293, p. 729-734, 1975.

NADLER, D. A. Concepts for the management of organizational change. In: TUSHMAN, M. & MOORE, W. L. **Readings in the management of innovation**. 2^a. Ed. USA : HarperBusiness, p. 719-733, 1988.

OSHA. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR Part 1910.1030, occupational exposure to blood-borne pathogens; final rule. **Federal Registers**, v. 56, n. 235, p. 64004-64182, 1991.

PACHECO, N. **O erro médico - a responsabilidade penal**. Porto Alegre : Livraria do Advogado. 1991.

PANASCO, W. L. **A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos**. Rio de Janeiro : Forense. 1984.

PAULINO, I. **Noções básicas sobre o controle e a profilaxia da Infecção Hospitalar**. Curitiba : Relisul. 1991.

PINTO, E. P. **Negociação orientada para resultados: a conquista do entendimento através de critérios legítimos e objetivos.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

POLAKOFF, S. Acute viral hepatitis B : laboratory reports 1980-84. **Br. Med. J.**, v. 293, p. 37-38, 1986.

ROSCOE, D. L. ; GIBSON, G. C.; NOBLE, M. A . ; et al. Hepatitis & HIV: Prevalence of infection and changing attitudes toward infection control procedures in British Columbia. **Canadian Journal Ottawe**, v. 57, n. 11, p. 863-870, Nov., 1991.

RUNNELLS, R. R. **Clínicas de Odontologia da América do Norte.** V.2. Rio de Janeiro : Interlivros. 1991.

SARAMAYAKE, L.P.; SHEUTZ, F.; COTTONE, J. A . **Infection control for the Dental Team.** Copenhagen : Munksgaard. 1993.

SCOTT, R. M. ; SNITHBHAN, R., BANCROFT, W. et al. Experimental transmission of hepatitis B virus by semen and saliva. **J. Infect. Dis.** , v. 142, p. 67-71, 1980.

SEEF, L. B. Diagnosis, therapy, and prognosis of viral hepatitis. In: ZAKIM, D.; BOYER, T. D. **Hepatology - A textbook of Liver Disease**. 2^a. ed. Philadelphia : W. B. Saunders, 1990. v. 2, cap. 37, p. 958-1025.

SEGAL., H. E.; LEWELLYN, C. H.; IRWIN, et al. Hepatitis B antigen and antibody in the US Army. Prevalence in health care personnel. **Am J. Publ. Health**, v. 66, p. 667-671, 1976.

SHIFF, E. R.; MEDINA, M. D.; KLINE, S. N. et al. Veterans Administrations cooperative study on hepatitis and dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.113, p. 390-396, 1986.

SMITH, J. L.; MAYNARD, J. E.; BERQUIST, K. R. et al. Comparative risk of hepatitis B among physicians and dentists. **J. Infect. Dis.**, v. 133, p. 705-706, 1976.

SOL SILVERMAN JR. AIDS na Atualidade : Manifestações Oraís e Controle. In : RUNNELLS, R. R. **Clínicas de Odontologia da América do Norte**. Trad. do v. 35, n. 2 do Original: The Dental

Clinics of North América. Trad. Dra. Patrícia Moreira. Rio de Janeiro: Interlivros, 1991. v.2, p. 271-280.

STEINER, G. & MINER, J. B. **Política e estratégica administrativa**. São Paulo : Interciências : USP, 1981.

STONER, J. A . F. & FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil, 1995.

SZPEITER, N. **Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B no “staff” do Setor de Ciências da Saúde e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e numa população não-hospitalar da cidade de Curitiba**. Curitiba, 1976. 259p. Tese (Livre Docência)- Universidade Católica do Paraná.

THAWEBOON, S.; WASI, C.; LOUISIRIROTCHANAKUL, S. The Effect of Hepatitis B Vaccine in Dental Students. **J. Dent. Assoc. Thai.**, v.39, n. 2, p.51-55, Mar./Apr.,1989.

THOMPSON Jr., J. L.; SUTLIFF, W. D.; HENNESSY, T. P.; NORMAN, S. L. Transmission of viral hepatitis by dental procedures. **J. Med. Ass. Alabama**, v.23, p.45, 1953.

- TRINDADE, H. Projeto de avaliação institucional da ANDIFES, **Educación Superior y Sociedad**, v.5 n. 1 e 2, p. 7-29, 1994.
- UFPR. **Projeto CASA**. Curitiba : Pró-reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis - Coordenadoria de Assuntos Comunitários. 1991.
- WEICK, K. Educacional Organizations as Loosely Coupled Systems. In: BALDRIDGE, J. V. & DEAL., T. **The dynamics of organizational change in education**. Califórnia : M. C. Publishing Corporation, p. 15-37, 1978.
- YUONG, J. M. Assepsia do equipamento odontológico. **Clínicas de Odontologia da América do Norte**, v.2, p. 409-431, 1991.
- ZAINKO, M. A . S. A avaliação universitária: Utopia ou requisito da modernidade. **Educación Superior y Sociedad**, v.5, n. 1 e 2, p. 71-85, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1

LEIS, DECRETOS E RESOLUÇÕES

CURITIBA, 2ª-FEIRA, 21/03/1994

DIÁRIO OFICIAL

RESOLUÇÃO Nº 11 /94

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE no uso de suas atribuições legais e estatutárias, CONSIDERANDO:

- a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1993, do Ministério da Saúde;

- a Resolução nº 73, de 13 de agosto de 1991, da Secretária de Estado da Saúde do Paraná;

- a Resolução nº 58, de 13 de maio de 1991, da Secretária de Estado da Saúde do Paraná;

- a necessidade de um controle efetivo de todas as formas de infecções,

RESOLVE:

1. Todas as Instituições de Ensino de Graduação, Pós-Graduação e Pesquisa do Estado do Paraná, independente de natureza da entidade mantenedora, com Serviço Clínico/Cirúrgico de Odontologia, deverão manter Comissão de Controle de Infecção em Odontologia - C.C.I.O.

2. A C.C.I.O. deverá ser composta, atendidas as peculiaridades da Instituição, por técnicos de nível médio, superior, corpo docente e corpo discente, com pelo menos um representante de cada categoria.

3. Caberá à C.C.I.O.:

- a) Elaborar Regimento Interno;
- b) fazer cumprir a Legislação vigente, quanto às recomendações e padrões de bio-segurança;
- c) propor estratégias para viabilizar a padronização de procedimentos, segundo as normas e padrões do Estado do Paraná;
- d) desenvolver material de apoio para a divulgação de informações aos usuários;
- e) propor estratégias para o desenvolvimento, capacitação e reciclagem de recursos humanos, voltadas para o Controle de Infecção na prática odontológica;
- f) estimular a pesquisa e eventos na área;
- g) propor a inclusão das Normas Técnicas e da Legislação vigente ao conteúdo programático dos Cursos de Graduação, Pós-Graduação e Técnico-Profissionalizante da(na) área Odontológica;
- h) propor atualização das Normas ou Padrões, quando necessário, segundo o avanço Técnico-Científico e a experiência acumulada.

4. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 01 de março de 1994

Nilton Pereira
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO PARANÁ

[Assinatura]
Assessoria de Comunicação Social

[Assinatura]

Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimento de ensino superior e de ensino profissionalizante do 2º grau e Supletivo e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA - Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - As pessoas jurídicas de Direito Privado, os Órgãos da Administração Pública e as Instituições de Ensino podem aceitar, como estagiários, alunos regularmente matriculados e que venham freqüentando, efetivamente, cursos vinculados à estrutura do ensino público particular, nos níveis superior, profissionalizante de 2º grau e Supletivo.

§ 1º - O estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática na linha de formação, devendo, o estudante, para esse fim, estar em condições de estagiar, segundo disposto na regulamentação da presente Lei.

§ 2º - Os estágios devem propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano.

Art. 2º - O estágio, independentemente do aspecto profissionalizante, direto e específico, poderá assumir a forma de atividades de extensão, mediante a participação do estudante em empreendimentos ou projetos de interesse social.

Art. 3º - A realização do estágio dar-se-á mediante termo de compromisso celebrado entre o estudante e a parte concedente, com intervenção obrigatória da instituição de ensino.

§ 2º - Os estágio realizados sob a forma de ação comunitária estão isentos de celebração de termo de compromisso.

Art. 4º - O estágio não cria vínculo empregatício de qualquer natureza e o estagiário poderá receber bolsa, ou outra forma de contra-prestação que venha a ser acordada, ressalvando o que dispuser a legislação previdenciária, devendo o estudante, em qualquer hipótese, estar segurado contra acidentes pessoais.

Art. 5º - A jornada de atividade em estágio, a ser cumprida pelo estudante, deverá compatibilizar-se com o seu horário da parte em que venha a ocorrer estágio.

Parágrafo único - Nos períodos de férias escolares, a jornada de estágios será estabelecida de comum acordo entre o estagiário e a parte concedente do estágio, sempre com a intervenção da Instituição de Ensino.

Art. 6º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 7º - Esta Lei entrará em vigo na data de sua publicação.

Art. 8º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 07 de dezembro de 1977; 156º da Independência e 89º da República.

ERNESTO GEISEL
NEY BRAGA

Regulamenta a Lei nº 6.494, de 07 de dezembro de 1977, que dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2º grau regular ou supletivo, nos limites que especifica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III da Constituição, decreta:

Art. 1º - O estágio curricular de estudantes regularmente matriculados e com frequência efetiva nos cursos vinculados ao ensino oficial e particular, em nível superior e de 2º grau regular e supletivo, obedecerá às presentes normas.

Art. 2º - Considera-se estágio curricular, para os efeitos deste Decreto, as atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação de instituição de ensino.

Art. 3º - O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é atividade de competência da instituição de ensino a quem cabe a decisão sobre a matéria, e dele participam pessoas jurídicas de direito público e privado, oferecendo oportunidade e campos de estágio, outras formas de ajuda e colaborando no processo educativo.

Art. 4º - As instituições de ensino regularão a matéria contida neste Decreto e disporão sobre:

- a) inserção do estágio curricular na programação didático-pedagógica;
- b) carga horária, duração e jornada de estágio curricular, que não poderá ser inferior a um semestre letivo;
- c) condições imprescindíveis, para caracterização e definição dos campos de estágio curriculares, referidas nos §§ 1º e 2º, do artigo, 1º, da Lei nº 6.494, de 07 de dezembro de 1977;
- d) sistemática de organização, orientação, supervisão e avaliação de estágio curricular.

Art. 9º - O disposto neste Decreto não se aplica ao menor aprendiz, sujeito à formação profissional metódica do ofício em que exerça seu trabalho e vinculado à empresa por contrato de aprendizagem, nos termos da legislação trabalhista.

Art. 10 - Em nenhuma hipótese poderá ser cobrada ao estudante qualquer taxa adicional referente às providências administrativas para a obtenção e realização do estágio curricular.

Art. 11 - As disposições deste Decreto aplicam-se aos estudantes estrangeiros, regularmente matriculados em instituição de ensino oficial ou reconhecidas.

Art. 12 - No prazo máximo de 4 (quatro) semestres letivos, a contar do primeiro semestre posterior à data da publicação deste Decreto, deverão estar ajustadas às presentes normas todas as situações hoje ocorrentes, com base em legislação anterior.

Art. 13 - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto nº 66.546, de 11 de maio de 1970, e o Decreto nº 75.778, de 26 de maio de 1975, bem como as disposições gerais e especiais que regulem em contrário ou de forma diversa a matéria.

JOÃO FIGUEIREDO - Presidente da República
RUBEM LUDWIG

estágio curricular é necessária, entre a instituição de ensino e pessoas jurídicas de direito público e privado, a existência de instrumento jurídico, periodicamente reexaminado, onde estarão acordada todas as condições de realização daquele estágio, inclusive transferência de recursos à instituição de ensino, quando for o caso.

Art. 6º - A realização do estágio curricular, por parte de estudante, não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza.

§ 1º - O Termo de Compromisso será celebrado entre o estudante e a parte concedente da oportunidade do estágio curricular, com a intervenção da instituição de ensino, e constituirá comprovante exigível pela autoridade competente, da inexistência de vínculo empregatício.

§ 2º - O Termo de Compromisso de que trata o parágrafo anterior deverá mencionar necessariamente o instrumento jurídico a que se vincula, nos termos do artigo 5º.

§ 3º - Quando o estágio curricular não se verificar em qualquer entidade pública e privada, inclusive como prevê o § 2º, do artigo 3º, da Lei nº 6.494/77, não ocorrerá a celebração do Termo de Compromisso.

Art. 7º - A instituição de ensino poderá recorrer aos serviços de agentes de integração públicos e privados, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade e governo, mediante condições acordadas em instrumento jurídico adequado.

Parágrafo único. Os agentes de integração mencionados neste artigo atuarão com a finalidade de:

- a) identificar para a instituição de ensino as oportunidades de estágios curriculares junto a pessoas jurídicas de direito público e privado;
- b) facilitar o ajuste das condições de estágios curriculares, a constarem do instrumento jurídico mencionado no artigo 5º.
- c) prestar serviços administrativos de cadastramento de estudantes, campos e oportunidades de estágios curriculares, bem como de execução do pagamento de bolsas, e outros solicitados pela instituição de ensino;
- d) co-participar, com a instituição de ensino, no esforço de captação de recursos para viabilizar estágios curriculares.

Art. 8º - A instituição de ensino, diretamente, ou através de atuação conjunta com agentes de integração, referidos no "caput" do artigo anterior, providenciará, seguro de acidentes pessoais em favor do estudante.

RESOLUÇÃO Nº 19/90-CEP

Dispõe sobre os estágios na Universidade Federal do Paraná.

O CONSELHO DE ENSINO E PESQUISA, órgão normativo, consultivo e deliberativo da Administração Superior, no uso de suas atribuições conferidas pelo Artigo 21 do Estatuto da Universidade Federal do Paraná, considerando a necessidade de estabelecer diretrizes gerais que definam uma política de estágio para a Universidade Federal do Paraná; considerando a importância da realização de um período de prática na área profissional específica; e considerando o disposto no Decreto nº 87.497/82, que regulamenta a Lei nº 6.494/77,

RESOLVE:

DA NATUREZA DOS ESTÁGIOS

Art. 1º - Consistem os estágios na Universidade Federal do Paraná em:

1. Atividade curricular de base eminentemente pedagógica cujo propósito pode ser assim considerado:
 - a. desenvolvimento de interdisciplinaridade, realizada sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino, nos termos da legislação vigente (Decreto nº 87.497/82 e Lei nº 6.494/77);
 - b. experiência acadêmico-profissional orientada para a competência técnico-científica e para a atuação no trabalho dentro do contexto de relações sociais diagnosticadas e conhecidas;
 - c. oportunidade de questionamento, reavaliação e reestruturação curricular;
 - d. oportunidade para relacionar dinamicamente teorias e práticas desenvolvidas ao longo das atividades de ensino.
2. Atividade curricular de caráter integrador para promover:
 - a. enriquecimento das destinações da Universidade Federal do Paraná (pesquisa, ensino e extensão) em perfeita coesão tanto com as necessidades da comunidade próxima, como da vida nacional;

- b. vivência profissional, em ambiente genuíno de trabalho na comunidade próxima.

DOS ESTÁGIOS

Art. 2º - Os cursos de graduação da Universidade Federal do Paraná deverão oferecer como parte de suas estruturas curriculares, ao menos um estágio supervisionado, de caráter obrigatório, com duração mínima de um período letivo, com carga horária determinada pelo Colegiado do Curso.

§ 1º - Em casos excepcionais e a critério do Colegiado de Curso, o estágio poderá ser desenvolvido de forma concentrada, observada a duração mínima correspondente a um período letivo.

§ 2º - O Colegiado de Curso apresentará justificativa para o não cumprimento do disposto neste artigo ao Conselho de Ensino e Pesquisa.

Art. 3º - O estágio, sendo previsto em currículo, precisa ser considerado pelos estudantes como atividade a exigir prévia matrícula e respeito aos pré-requisitos estabelecidos nos currículos plenos em vigor.

Art. 4º - A Universidade Federal do Paraná coordenará as atividades de estágios curriculares, de caráter obrigatório, estendendo sua ação aos chamados estágios não obrigatórios, quando voluntariamente realizados pelos estudantes, para complementação de sua formação acadêmico-profissional, desde que não causem prejuízo à integralização de seus currículos plenos.

DO CAMPO DE ESTÁGIO

Art. 5º - Constituem campo de estágio as entidades de direito privado, os órgãos de administração pública, as instituições de ensino, a comunidade em geral, e as próprias unidades de serviço da Universidade Federal do Paraná, desde que apresentem condições para:

- planejamento e execução conjunta das atividades de estágio;
- avaliação e aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos de campo específico de trabalho;
- vivência efetiva de situações concretas de vida e trabalho, dentro de um campo profissional.

Art. 6º - Nos entendimentos para estabelecimento de campos de estágio serão considerados, pela Universidade Federal do Paraná, em relação à entidade ofertante de campo de estágio:

- existência de infra-estrutura material e de recursos humanos;
- aceitação das condições de supervisão e avaliação da Universidade Federal do Paraná;
- anuência e acatamento às normas disciplinares dos estágios supervisionados da Universidade Federal do Paraná;
- proposição dos termos de organização do estágio de modo a poder ser convertido em formulação legal, onde se resguardem, entre outros, a cobertura de seguro acidente e a aceitação tácita da supervisão ao estágio, pela Universidade Federal do Paraná;
- lavratura de Termo de Compromisso de Estágio, conforme legislação vigente.

Parágrafo Único - Os prazos de validade para o instrumento legal firmado entre a Universidade e a entidade concedente do estágio serão de dois a cinco anos, podendo ser revalidados.

DA SUPERVISÃO E DA AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS

Art. 7º - Supervisão de estágio deve ser entendida como assessoria dada ao aluno no decorrer de sua prática profissional, por docentes e por profissionais do campo de estágio, acreditados pelo professor-supervisor, de forma a proporcionar, aos estagiários, o pleno desempenho de ações, princípios e valores inerentes à realidade da profissão em que se processa a vivência prática.

Art. 8º - A supervisão do estágio é considerada atividade de ensino, de acordo com a Resolução nº 22/88-CEP, constando dos planos departamentais e dos planos individuais dos professores envolvidos.

§ 1º - Nos casos em que se fizer necessária composição de turmas, o número de estagiários, por classes, será definido pelos departamentos, respeitando-se suas especificidades, de forma a salvaguardar a qualidade do processo ensino-aprendizagem.

§ 2º - A carga horária da supervisão dos estágios será igualmente definida pelos departamentos, de conformidade com os currículos plenos e planos didáticos

elaborada pelos professores-supervisores e aprovada pelos departamentos;

II - coordenar a execução e o desenvolvimento dos estágios supervisionados em curso.

Art. 16 - Cada Colegiado de Curso contará com uma Comissão Orientadora de Estágio composta de professores indicados pelos departamentos, de conformidade com o(s) departamento(s) responsável(is) pelo curso a que se refere, com mandatos variáveis de um a dois anos, de acordo com o que for fixado pelo Colegiado de Curso.

§ 1º - Os departamentos indicarão seus representantes junto à Comissão Orientadora de Estágio, preferencialmente, dentre seus docentes com experiência prévia em estágios supervisionados.

§ 2º - Os Cursos de Licenciatura disporão de uma Comissão Orientadora de Estágio composta de, no mínimo um professor de prática de ensino, do Departamento de Métodos e Técnicas da Educação.

§ 3º - As atividades dos membros das Comissões Orientadoras de Estágio devem constar tanto dos planos departamentais como dos planos individuais de trabalho dos professores, sem que se configure dispensa das atividades regulares de ensino do departamento.

Art. 17 - Compete à Comissão Orientadora de Estágio (COE):

I - planejar, executar e avaliar as atividades referentes aos estágios (obrigatórios e não obrigatórios), de conformidade com os planos didáticos dos professores-supervisores, de forma a envolver os estagiários e profissionais do campo para garantia do cumprimento das diretrizes gerais do estágio na UFPR;

II - representar-se junto ao Colegiado de Curso a fim de articular a definição de políticas de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do estágio junto ao Curso;

III - contatar com as Instituições concedentes de estágio para análise de condições do campo, e das informações quanto à celebração de convênios, quando necessários, e/ou celebração de Acordos de Cooperação específicos ao curso que lhe seja afeto;

IV - manter fluxo de informações relativas ao acompanhamento e desenvolvimento dos estágios em

processo, bem como assegurar a socialização de informações junto às Coordenações de Curso e aos Campos de Estágio;

V - compatibilizar os planos didáticos dos estágios, elaborados pelos professores-supervisores e aprovados nos Departamentos, rementendo o resultado deste trabalho ao Colegiado de Curso para aprovação, que por sua vez o encaminhará à Coordenação Geral de Estágios - CGE.

Art. 18 - A Universidade Federal do Paraná terá uma Coordenação Geral de Estágios - CGE, vinculada à PREP.

Parágrafo Único - À criação da Coordenação Geral de Estágios se dará pela transformação de órgão já existente na estrutura organizacional da UFPR, junto à Reitoria.

Art. 19 - A Coordenação Geral de Estágios - CGE disporá de um Colegiado, composto por um representante de cada Setor, indicado pelos respectivos Conselhos Setoriais, dentre os componente das Comissões Orientadoras de Estágio - COE's, ouvidos os Departamentos que ofertam estágios, e uma representação discente (composta por dois membros titulares e dois suplentes), reunindo-se, pelo menos, duas vezes no período letivo.

§ 1º - Os membros do Colegiado/CGE terão mandato de dois anos, permitida recondução.

§ 2º - A representação discente será indicada pelo Diretório Central dos Estudantes - DCE, dentre alunos estagiários ou ex-estagiários ainda com vínculo com a UFPR.

Art. 20 - A Coordenação Geral de Estágios - CGE disporá de um Coordenador indicado pelo Reitor.

Art. 21 - Compete à Coordenação Geral de Estágios - CGE:

I - coordenar as atividades de estágio dos cursos da UFPR junto aos órgãos internos e externos à Universidade;

II - desenvolver dinâmica de cadastramento de campos de estágio já existentes e de que se venham a agenciar, de forma a facilitar a celebração de convênios e a socialização dessas informações na comunidade acadêmica, de conformidade com as COE's e os agentes integradores de campo de estágio;

III - estimular o exercício da competência técnica o compromisso com a realidade cultural e sócio-

a que se referem, sendo a seguir comunicada à respectiva Comissão Orientadora de Estágio (COE), depois de aprovada pelo Colegiado de Curso a que esteja relacionado.

Art. 9º - A supervisão de estágio dar-se-á de conformidade com as seguintes modalidades:

- I - supervisão direta: acompanhamento e orientação do planejado por observação contínua e direta das atividades ocorrentes nos campos de estágio ao longo de todo o processo, podendo se complementar com entrevistas e reuniões, no âmbito da Universidade Federal do Paraná e/ou no campo de estágio;
- II - supervisão semidireta: acompanhamento e orientação do planejado por meio de visitas sistemáticas ao campo de estágio pelo professor-supervisor, que manterá também contatos com o profissional responsável pelo(s) estagiário(s), além do complemento de entrevistas e reuniões com os estudantes;
- III - supervisão indireta: acompanhamento feito via relatórios, reuniões, visitas ocasionais ao campo de estágio onde se processarão contatos e reuniões com o profissional responsável.

Parágrafo Único - A forma de supervisão a ser adotada será detalhada no plano de estágio do professor-supervisor de modo a salvaguardar a especificidade do curso em cada situação de estágio.

Art. 10 - Poderão ser supervisores de estágio os docentes da UFPR, respeitadas sua área de formação e experiência profissional de um lado, e de outro lado o campo de trabalho em que se realiza o estágio.

§ 1º - A responsabilidade pelo planejamento, execução e avaliação das disciplinas Estágio Supervisionado e Práticas de Ensino, nas suas variadas especificidades, cabe ao Departamento de Métodos e Técnicas de Educação, do Setor de Educação, sendo o resultado de seus esforços comunicados às Comissões Orientadoras de Estágio e Colegiados de Cursos com antecedência de 30 dias.

§ 2º - Os professores-supervisores compatibilizarão em normas específicas (Regulamento de Estágio) suas atribuições assim como o conteúdo dos estágios, das quais constarão: objetivos, conteúdo, metodologia, direitos e deveres dos estagiários e avaliação (critérios e modos de atribuição de menções), submettendo-as a homologação pelos Colegiados de Curso.

§ 3º - Quando o estágio supervisionado for executado por professor não pertencente ao departamento diretamente responsável por sua execução, a carga horária desse professor constará do plano departamental do Departamento onde o professor tenha lotação, até que o preenchimento dessa posição seja exercido por professor com lotação e exercício no Departamento responsável pela oferta do Estágio Supervisionado.

Art. 11 - A avaliação dos estágios é parte integrante da dinâmica do processo de acompanhamento, controle e avaliação institucional extensiva a todo processo de ensino.

Parágrafo Único - A avaliação dos estágios deve prover informações e dados para a realimentação dos currículos plenos dos respectivos cursos, tendo por enfoque a busca de mecanismos e meios de aprimorar a qualidade do ensino ofertado pela UFPR.

Art. 12 - A avaliação dos estagiários será feita pelo professor-supervisor, de forma sistemática e contínua, com a colaboração dos profissionais supervisores do campo de estágio, com os resultados de auto-avaliação dos alunos e também, quando for o caso, com as opiniões dos membros da comunidade envolvidos no processo.

Parágrafo Único - O aluno estagiário será avaliado de acordo com as normas (Regulamento do Estágio) elaboradas pelos professores-supervisores, aprovadas pelas plenárias departamentais e homologadas pelos Colegiados de Curso, tendo-se sempre presente as normas vigentes na UFPR.

DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 13 - A organização acadêmica dos estágios (obrigatório e não obrigatório), da Universidade Federal do Paraná estará afeta aos professores de práticas profissionais supervisionadas (estágios).

Art. 14 - A organização administrativa será responsabilidade dos Colegiados de Curso, contando com as ações diretas dos departamentos envolvidos, em nível de Setor, e contando com o apoio da Coordenação Geral dos Estágios, em nível institucional.

Art. 15 - Compete aos Colegiados de Curso:

- I - homologar regulamentação específica para os estágios obrigatórios e não obrigatórios,

- política do país;
IV - manter vigilância com relação aos aspectos legais dos convênios;
V - promover o intercâmbio e troca de experiência entre os diferentes cursos e destes com os campos de estágio, pela promoção periódica de forum de debates;
VI - divulgar de forma ampla as experiências de estágio, a partir de seminários, publicações e outros meios, julgados apropriados pelo Colegiado;
VII - intermediar o encaminhamento de pareceres emitidos pelos Colegiados de Curso, no que tange à inclusão de estágios não obrigatórios nos históricos escolares, ao Departamento de Assuntos Acadêmicos - DAA.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22 - As Unidades da Universidade Federal do Paraná, ao ofertarem estágios, adaptar-se-ão às normas constantes desta Resolução.

Art. 23 - A Universidade Federal do Paraná, por meio de seus Departamentos didáticos, colocará à disposição dos Colegiados de Curso recursos humanos, financeiros e materiais para a adequada execução das atividades previstas nesta Resolução.

§ 1º - Os recursos financeiros necessários à supervisão dos estágios deverão constar do Plano Orçamentário dos Departamentos envolvidos.

§ 2º - A partir da estrutura de serviços já existentes, a Coordenação Geral de Estágios - CGE disporá de uma secretaria de modo a viabilizar suas atribuições.

Art. 24 - Tanto a Coordenação Geral de Estágios como os Colegiados de Curso zelarão para que os estagiários não sejam utilizados como mão-de-obra qualificada de baixa remuneração, por parte das entidades concedentes de estágios.

Art. 25 - Todo estagiário deverá estar coberto obrigatoriamente por seguro contra acidente, durante o período do estágio, na forma da legislação em vigor.

Art. 26 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho de Ensino e Pesquisa.

Art. 27 - Os Colegiados de Curso, a partir de solicitação de professores-supervisores, poderão recorrer aos serviços de agentes de integração, públicos ou privados, devidamente cadastrados pela Coordenação Geral de Estágios - CGE.

Art. 28 - Os contratos atuais terão sua vigência garantida até a data do vencimento, quando poderão ou não ser renovados após avaliação, na qual será garantida a participação dos alunos estagiários.

Art. 29 - A Coordenação Geral de Estágios - CGE deverá estar constituída no prazo de noventa dias, a partir da data da aprovação da presente Resolução, devendo elaborar regimento interno a ser aprovado pelo Conselho Administrativo.

Art. 30 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação.

Sala das Sessões, em 25 de maio de 1990

CARLOS ALBERTO FARACO
PRESIDENTE

ANEXO 2

REGIMENTOS INTERNOS

REGIMENTO INTERNO DA CLÍNICA INTEGRADA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR

Aprovado em Reunião do Colegiado de Curso em 14 de junho de 1988.

I. DISPOSIÇÕES GERAIS.

Art. 1º. Este Regimento tem a finalidade de definir e disciplinar a Clínica Integrada no Curso de Odontologia da UFPR. A Clínica Integrada é “o ensino e treinamento dos alunos em termos de necessidades globais dos pacientes, será realizado com a duração mínima de um semestre letivo sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino das diversas matérias profissionalizantes”. (Art. 12, Resolução 04/82 Conselho Federal de Educação).

Art. 2º. A Clínica Integrada será ministrada no último período do Curso de Odontologia e programada ao longo do semestre civil.

Art. 3º. Será uma atividade didática interdepartamental abrangendo, no mínimo os Departamentos Profissionalizantes do Curso de Odontologia.

II. DOS OBJETIVOS.

Art. 4º. A Clínica Integrada funcionará objetivando:

- a) Conhecimentos: promover a integração dos conhecimentos obtidos nas disciplinas curriculares preparando o aluno para o exercício profissional;
- b) Habilidade: desenvolver a habilidade necessária à aplicação de seus conhecimentos concorrendo para uma atividade objetiva, simples e econômica;
- c) Conduta: desenvolver conduta compatível com a dignidade humana e conceito ético-profissional;
- d) Integração Social: preparar o aluno para uma compreensão

Art. 5º. Dentre as necessidades globais do paciente terá prioridade o atendimento de emergência.

Art. 6º. No Curso de Odontologia o serviço de triagem fará parte do estágio em Clínica Integrada como seção do atendimento de emergência.

Art. 7º. As atividades extra-murais, nunca superior a 20% da carga total do estágio, serão determinadas pelo Coordenador da Clínica Integrada.

III. DA COORDENAÇÃO.

Art. 8º. Por ser uma atividade interdepartamental, a Clínica Integrada será dirigida por um Coordenador e seu Vice-Coordenador.

Art. 9º. Pela sua vinculação à Coordenação do Curso, o Coordenador da Clínica Integrada e o seu Vice-Coordenador serão indicados pelo Coordenador do Curso de Odontologia.

§ único: Sempre que houver necessidade a Coordenação de Clínica Integrada será avaliada pela Comunidade diretamente interessada constituída pelos alunos e professores com atividades nessa Clínica.

Art. 10º. Compete ao Coordenador da Clínica Integrada:

- a) Elaborar as normas de trabalho, distribuindo os encargos do estágio aos docentes;
- b) Elaborar o plano de estágio e encaminhá-lo à Coordenadoria do Curso;
- c) Supervisionar o registro da avaliação do aproveitamento escolar de cada aluno;
- d) Propor programação supletiva, de modo a permitir a recuperação durante o período em curso;
- e) Fiscalizar a execução dos programas de estágio;
- f) Cumprir as determinações dos órgãos de administração e cooperar com atividades de ensino e pesquisa;
- g) Estabelecer os horários de comum acordo com o Coordenador do Curso de Odontologia;
- h) Promover reuniões periódicas com os acadêmicos.

Art. 11º. A orientação da metodologia de treinamento e a supervisão pedagógica da Clínica Integrada serão definidas pelo seu Coordenador e aprovadas pelo Colegiado de Curso.

IV. DO CORPO DOCENTE.

Art. 12º. Os docentes com encargos na Clínica Integrada serão indicados pelos Departamentos nela envolvidos.

V. DA CARGA HORÁRIA.

Art. 13º. O estágio em Clínica Integrada terá a duração de 720 (setecentas e vinte) horas e será desenvolvido semestralmente a partir de 02 de janeiro e de 01 de julho até a data limite para a entrega ao DAA do boletim de notas e frequência previsto no calendário escolar.

§ único: O Coordenador da Clínica Integrada semestralmente proporá o período escolar.

VI. DOS RECURSOS.

Art. 14º. Os recursos materiais necessários para o funcionamento da Clínica Integrada serão supridos pelos Departamentos nela envolvidos.

VII. DA VERIFICAÇÃO DO APROVEITAMENTO.

Art. 15º. As atividades em Clínica Integrada compreenderão no mínimo, estudos dirigidos e atividades clínicas e laboratoriais. O aluno desenvolverá o plano de trabalho que englobará:

- I) Exame do paciente;
- II) Estabelecimento do plano de tratamento;
- III) Execução dos trabalhos planejados.

§ único: Por proposição do Coordenador de Clínica Integrada poderão ser programados regimes especiais.

Art. 16º. A avaliação deverá ser diária e o conceito referente à qualidade técnica, habilidade com que foi realizada a atividade clínica, além do interesse do aluno, deverá ser anotada pelo docente na ficha do aluno estagiário.

Art. 17º. A avaliação do aluno estagiário representada pela nota final, deverá ser encaminhada pelo Coordenador da Clínica Integrada aos Departamentos ao final do estágio.

Art. 18º. A frequência será controlada no início e no final das atividades diárias.

VIII. DOS ALUNOS ESTAGIÁRIOS.

- a) Cumprir as disposições previstas neste Regimento;
- b) Realizar o exame do paciente, estabelecer o plano de tratamento a ser aprovado pelos docentes e executar o atendimento necessário;
- c) Anotar em fichas próprias o plano de tratamento e, diariamente os trabalhos executados;
- d) Atender as emergências;
- e) Ter assiduidade, dedicação e pontualidade;
- f) Mostrar cortesia e respeito para com seus colegas, pacientes, funcionários, e professores;
- g) Ter boa apresentação pessoal;
- h) Responsabilidade pelo uso do material e instrumental que lhe for confiado, indenizando os danos e perdas verificados por negligência.

Art. 20º. É vedado ao aluno estagiário o recebimento de qualquer remuneração por serviços prestados durante o estágio.

IX. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.

Art. 21º. O presente Regimento poderá ser revisto e eventualmente modificado por sugestão do Coordenador da Clínica Integrada ou do Coordenador do Curso de Odontologia.

Art. 22º. Os casos omissos neste Regimento serão apreciados pela Coordenação da Clínica Integrada, respeitando-se as disposições emanadas de órgãos superiores da UFPR.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFPR

Aprovado em Reuniões departamentais em 08 de agosto de 1994 (Departamento de Estomatologia) e em 13 de setembro de 1994 (Departamento de Odontologia Restauradora), tendo em vista as exigências da resolução nº. 11/94 da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

Capítulo I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Controle de Infecção é um órgão deliberativo, diretamente subordinado às Chefias dos Departamentos de Estomatologia e Odontologia restauradora, e tem por finalidade planejar, executar e avaliar o programa de controle de infecção e biossegurança por ela elaborado.

Capítulo II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º. Os membros da Comissão de controle de Infecção serão propostos pelos chefes dos departamentos de Estomatologia e Odontologia restauradora e homologados por maioria simples dos votos do Plenário departamental.

Art. 3º. Cada Departamento deverá indicar dois professores e um funcionário de cada nível superior ou médio do quadro administrativo e o Presidente do Centro Acadêmico deverá indicar dois representantes para compor a Comissão.

Art. 4º. O Presidente da Comissão será indicado pelos seus membros por maioria simples dos votos dos membros da Comissão.

Art. 5º. A Comissão de Controle de Infecção é integrada:

- I- pelo Presidente;
- II- pelo Vice-Presidente;
- III- pelos Chefes dos Departamentos (membros natos);
- IV- pelo Responsável pela Central de esterilização;
- V- pelo Responsável pelo Almoxarifado geral;
- VI- pelo Responsável pelos Produtos Tóxicos;

VII- pelos representantes eleitos pelos Departamentos;

VIII- pelos representantes do corpo discente e funcionários.

Capítulo III

DA COMPETÊNCIA

Art. 6º. À Comissão de Controle de Infecção compete:

I- definir diretrizes para as ações de controle de infecção e biossegurança;

II- retificar o programa de controle de infecção e biossegurança;

III- avaliara sistematicamente e periodicamente as medidas de controle de infecção e biosseguranças propostas;

IV- comunicar regular e periodicamente , às Chefias dos Departamentos, a situação do controle de infecção e cumprimento das normas de biossegurança pelos Docentes, discentes e funcionários durante o desenvolvimento das atividades clínicas e promover amplo debate na comunidade acadêmica;

V- propor medidas de biossegurança considerando as características e necessidades da instituição;

VI- propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e cumprimento das normas de biossegurança;

VII- capacitar funcionários para o desempenho de tarefas perigosas;

VIII- dar advertências aos responsáveis pelas clínicas do não cumprimento das normas de biossegurança e propor pena disciplinar;

Capítulo IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º. Serão atribuições dos membros da CCIO, a saber:

a) Do Presidente:

I- convocar e presidir as reuniões da CCIO, com direito a voto, incluindo o de qualidade;

- II- manifestar-se e enviar correspondência em nome da CCIO;
- III- organizar relatórios e enviá-los aos chefes dos Departamentos;
- IV- assessorar os membros da CCIO no desenvolvimento das suas atribuições;
- V- zelar pela articulação entre os Departamentos e a CCIO;
- VI- aprovar o programa de Controle de Infecção e Normas de Biossegurança;
- VII- opinar sobre o desdobramento da CCIO ou sua criação;
- VIII- deliberar sobre processos de ampliação ou redução
- IX- aprovar a designação dos membros da CCIO para cargos pertinentes;
- X- pronunciar-se sobre qualquer assunto que diga respeito à CCIO e às normas de Biossegurança;
- XI- executar as deliberações da CCIO;
- XII- instaurar procedimentos de fiscalização do cumprimento das Normas de Biossegurança e propor penas disciplinares;
- XIII- exercer as demais atribuições que lhe forem determinadas e responsabilizar-se pelo bom funcionamento de todos os serviços da CCIO.

b) Do Responsável pela Esterilização:

- I- estabelecer horários para a realização dos ciclos de esterilização das estufas e autoclaves;
- II- criar normas de funcionamento da Central de esterilização;
- III- fiscalizar o processo de monitorização dos ciclos de esterilização;
- IV- requerer material de consumo e avaliar gastos;
- V- pronunciar-se sobre qualquer assunto que diga respeito à Central de esterilização.

c) Do Responsável pelo Almoxarifado:

- I- requisitar a compra de material;
- II- levantar planilha para material de consumo e permanente;
- III- monitorar as datas de validade dos materiais e produtos de consumo e propor sua substituição;
- IV- estabelecer normas de funcionamento do almoxarifado.

d) Do Responsável sobre aspecto de segurança relacionados a produtos químicos, solventes e outros:

- I- estabelecer normas de manipulação dos produtos;
- II- estabelecer medidas de proteção de pessoal;
- III- realizar estudos sobre aspecto de segurança em geral;
- IV- responsabilizar-se pelo lixo tóxico;
- V- normatizar rotina de trabalho.

Capítulo V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO:

Art. 9º. O mandato dos membros da CCIO corresponderá a um período de dois anos, sem limites de recondução ao cargo.

Art. 10º. A CCIO deverá reunir-se ordinariamente a cada três meses ou extraordinariamente quando necessário.

Art. 11º. Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será submetida pelos presentes.

Art. 12º. O mandato dos membros da CCIO só poderá ser suspenso por decisão de dois terços dos membros do Plenário do Departamento a que ele pertence.

Art. 13º. A CCIO só poderá reunir-se com a presença da maioria de seus membros.

Art. 14º. O Presidente da CCIO deverá ser escolhido entre os membros da CCIO e nomeado pelos Chefes dos Departamentos de Estomatologia e Odontologia Restauradora de comum acordo.

Art. 15º. Os membros da CCIO podem somente exercer duas funções dentro da Comissão.

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 CURSO DE ODONTOLOGIA

QUESTIONÁRIO

**LEVANTAMENTO DE VACINAÇÕES E ACIDENTES
 EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Nome do aluno:			
Data e Período em que está se matriculando hoje:			
Você já teve algum Tipo de Hepatite? sim ☐ não ☐ Qual?			
Já tomou vacina contra Hepatite B?	1ª dose sim ☐ não ☐	2ª dose sim ☐ não ☐	3ª dose sim ☐ não ☐
Já sofreu acidente com algum instrumental?	Agulha descartável contaminada sim ☐ não ☐	Lâmina de bisturi sim ☐ não ☐	Sonda exploradora sim ☐ não ☐
Sofreu acidente com outro instrumento?	sim ☐ não ☐	Qual?	
Local do acidente	Clínica - qual?	Lavagem do instr. sim ☐ não ☐	Empacotamento sim ☐ não ☐

ANEXO 4

OFÍCIO - Projeto CASA - UFPR



Universidade Federal do Paraná
Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis
Coordenação de Assuntos Comunitários
Centro de Atenção à Saúde - CASA 3

De: CASA 3

À: Coordenação do Curso de Odontologia

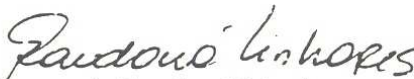
Sr.(a) Coordenador(a),

O CASA 3 concluiu em novembro a 2ª dose da vacina contra Hepatite B aos alunos do 1º ano do Curso de Odontologia.

Informamos que 85.56% dos alunos receberam as duas doses da vacina.

Agradecemos os esforços dessa Coordenação na divulgação da campanha e no mês de abril de 1997 solicitaremos novamente sua colaboração na divulgação da data de aplicação da 3ª e última dose da vacina.

Atenciosamente,


Maragreth Zandoná Linahres
Enfermeira - CASA 3


Visto: Maria Henriqueta Marques Teixeira
Administradora do CASA 3

Curitiba, 11 de novembro de 1996.