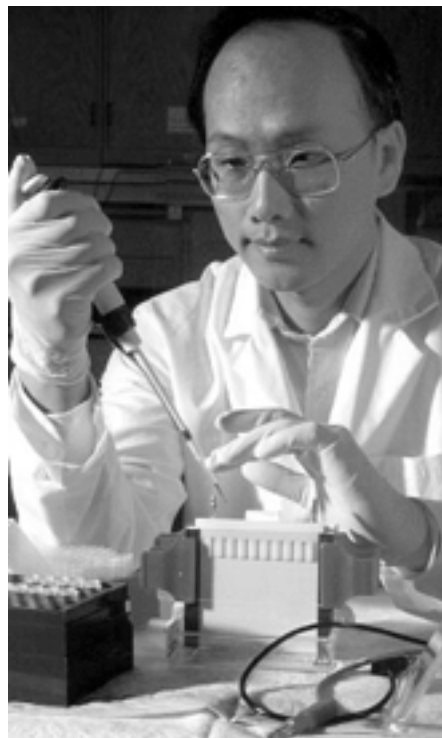


Secretaria Municipal de Governo

Boletim de Divulgação Técnica e Científica **Ano 4 - Número 12 - Março 2002**



Superintendência de Controle de Zoonoses
Vigilância e Fiscalização Sanitária / SCZ

Centro de Estudos

SCZ | Boletim de Divulgação Técnica e Científica

Ano 4 - Número 12 - Março 2002

Editorial	03
Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico	04
A doação de alimentos com imputabilidade civil e penal dos doadores e os riscos para a saúde pública	08
Referências bibliográficas dos artigos	14

Entrega de artigos

Os artigos para publicação no Boletim de Divulgação Técnica e Científica da S/SCZ deverão ser entregues no Centro de Estudos até o dia 10 de cada mês. Cada artigo deverá ser apresentado em folha tamanho A4 com letra tamanho 12 (Microsoft Word), com uma via em disquete 3 1/2 e outra via impressa, contendo no máximo 3 laudas.

Expediente

Comissão editorial: Adriana Gondim Toledo e Maria Sylvia Ripper Vianna.

Colaboradores neste número: Silvia Braga Rabello, Carla Valéria C. Godoy, Fátima Rejane W. dos Santos, Cláudio Sérgio Pimentel Bastos, Maria Helena da Silva Alexandre, Eduardo de Souza Sá Barretto, Maria Sylvia Ripper Vianna.

As opiniões contidas nos artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores.

As doenças diarreicas e outras veiculadas por água e alimentos, têm sido problema existente em várias épocas históricas e diversas sociedades. A urbanização e aglomeração humana sempre trouxeram a necessidade de soluções para afastamento de resíduos fecais, coleta do lixo urbano, combate a vetores e roedores, controle de criação e abate irregulares de animais. Junto a isso, o controle da qualidade da água e alimentos consumidos pela população, compõe o conjunto de medidas que garantem as barreiras sanitárias a serem interpostas entre seres humanos e microrganismos causadores destas doenças.

No entanto, esses benefícios devem traduzir-se em políticas de saneamento, vigilância sanitária e ambiental igualmente distribuídas pela população. Proteger de forma diferenciada significa continuar possibilitando a circulação e manutenção de agentes patógenos entre indivíduos suscetíveis.

No Brasil, pode-se avaliar a permanência destes agravos pelo perfil de internações hospitalares segundo dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Das internações nas unidades hospitalares participantes do Sistema Único de Saúde (públicas ou particulares conveniadas), no período de 1998 a 2001, entre 4,5% e 4,8% foram com diagnóstico de infecções intestinais como cólera, febre tifóide, shigelose, amebíase, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível e outras doenças infecciosas intestinais.

Estas doenças representaram cerca de 60% do total de internações por doenças infecciosas e parasitárias, neste período. Foi o grupo de causas com maior número de internações, em relação a outras doenças infecciosas. Seu número foi maior que as internações por tuberculose, malária, dengue ou AIDs. Ainda entre 1998 e 2001, o número de internações por doenças infecciosas intestinais variou entre 560.905 e 568.516 e apresentou discreto aumento entre 2000 e 2001. O valor total destas hospitalizações para o país, em 2001, foi de R\$ 108.113.751,84. Em 1998 era de R\$ 74.077.652,05.

Em comparação com o número de internações por grandes grupos de causas, classificadas segundo os capítulos do Código Internacional de Doenças (CID-10/ 10ª Revisão da Classificação), as doenças infecciosas intestinais estariam colocadas entre o 6º ou 7º lugar como causa de internação considerando a população como um todo.

Essas internações representam apenas um percentual sobre o total de casos ocorridos, indicando somente os que foram atendidos nas unidades hospitalares.

O ganho de qualidade de vida que investimentos em medidas sanitárias e de segurança alimentar possibilitariam, incluindo a prevenção destas doenças, justificam a prioridade neste campo.

A maior rigidez de normas para comercialização de alimentos faz-se também necessária, dada a importância de controlar agravos de fácil prevenção, e evitar que evoluam para problemas mais graves, tanto em nível individual quanto coletivo.

Há que se observar que eventuais desregulamentações ou flexibilizações no controle pelo Estado, da segurança dos alimentos fornecidos para consumo, assim como no aparato legal que protege consumidores poderão contribuir para amplificação dos riscos, considerando a vulnerabilidade de parcelas significativas da população do país.

Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico

Silvia Braga Rabello ¹
Carla Valéria C. Godoy ²
Fátima Rejane W. dos Santos ³

SCZ

Boletim de
Divulgação Técnica
e Científica

Ano 4
Número 12
Março de 2002

Introdução

Os conceitos de higiene surgem com a introdução dos aspectos de microbiologia trazidos por Pasteur que derrubam as idéias de evolução espontânea e trazem à luz da ciência o conhecimento da transmissão de algumas doenças infecto-contagiosas – a Era Bacteriológica.

A Odontologia ao longo do tempo identificou-se com o modelo cirúrgico-restaurador desenvolvendo-se como prática e não como ciência, realizando suas ações independentes dos riscos reais de infecção inerente (6).

O aumento do número de casos de infecções potencialmente letais como Hepatite dos tipos B e C e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e a possibilidade de sua transmissão na prática clínica, é que tem despertado uma preocupação maior com o controle de infecção no ambiente clínico.

A implementação efetiva das ações da Vigilância Sanitária e a delegação da competência para o Município do Rio de Janeiro, permitem-nos observar e questionar a aquisição de conhecimentos pelos profissionais de saúde nos cursos de graduação e seus resultados quando da aplicabilidade nos serviços, considerando as diferentes realidades locais.

O presente estudo teve por objetivo dar continuidade ao trabalho desenvolvido em 1999 através de vistorias realizadas pela Vigilância Sanitária em consultórios odontológicos particulares no Município do Rio de Janeiro, através do qual concluiu-se que as medidas de proteção e segurança eram desconhecidas ou desconsideradas pelos profissionais não sendo realizadas adequadamente (10). Baseados nos resultados, apresentados no Boletim da Vigilância Sanitária, surgiu a necessidade de confirmar-se, através de exames laboratoriais os riscos de contaminação nos consultórios odontológicos. O método de desinfecção e esterilização não foram avaliados, apenas a efetividade do processo do controle de infecção.

A pesquisa foi realizada contando com a colaboração de profissionais da Vigilância Sanitária e do Laboratório Central Noel Nutels.

Material e Método

Foram selecionados aleatoriamente 49 cirurgiões-dentistas visitados pela Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro no período de fevereiro a junho de 2000. Realizou-se a coleta do material de forma asséptica, por apenas um profissional, com o consentimento dos cirurgiões-dentistas a partir da explicação sobre os objetivos do trabalho e após a preparação da sala clínica para o atendimento.

Para verificar a presença de bactérias em instrumental odontológico foram coletadas 154 amostras. Como instrumentais foram considerados: fórceps, pinça, broca, caneta de alta-rotação e moldeira inox. Foram ainda coletadas 96 amostras de superfícies sujeitas à maior contaminação no ambiente clínico, consideradas como: bancada, alça do refletor, seringa triplice e saca broca.

As amostras foram retiradas friccionando-se um Swab estéril sobre as superfícies selecionadas e conservadas em meio de transporte Cary-Blair, sendo levadas ao Laboratório Central Noel Nutels em menos de 24 horas para análise. Os Swabs foram semeados em caldos de BHI (infuso de cérebro e coração) - para enriquecimento de cultura de germes comuns aeróbios - e em placas de Ágar Sangue (AS) e Cled - para crescimento de colônias de germes comuns aeróbios. Os caldos e as placas foram mantidos incubados em estufa por 24 – 48h à 35 / 37°C.

¹ Cirurgiã Dentista.,
Aluna do Curso de
Especialização em
Educação em Saúde
Pública (FO – UFF) e
Técnica da Vigilância
Sanitária, Rio de
Janeiro – RJ.

² Cirurgiã Dentista,
Mestranda em
Odontologia Social –
UFF.

³ Bióloga, chefe do
Serviço de
Bacteriologia do
Laboratório Central
Noel Nutels, Rio de
Janeiro – RJ

Após o primeiro período de 24h, observou-se o crescimento ou não de microrganismos nas placas e nos caldos. Nas placas onde não houve crescimento, repicou-se do caldo correspondente para nova placa de AS e incubou-se em estufa por 24h à 37 ° C. Nos caldos com crescimento bacteriano, repicou-se para nova placa de AS e incubou-se em estufa por 24h à 35 / 37°C.

Nas placas (de semeadura direta ou repique) onde foi observado qualquer crescimento, realizou-se a retirada de amostra e feita a coloração pelo método de Gram, para observar-se a morfologia celular e a característica tintorial da bactéria. O Gram orientou o esquema bioquímico a ser seguido para a identificação do gênero e espécie, quando possível, da colônia em estudo.

De onde observou-se Bacilos Gram Negativo (BGN), semeou-se a colônia em estudo nos meios de DAU para enterais, SIM e Citrato. Com essas provas bioquímicas foi possível determinar a identificação dos seguintes microrganismos: BGN não fermentador, *Enterobacter sp*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

De onde observou-se Cocos Gram Positivo (CGP), foi realizada a prova da catalase. Quando o resultado foi positivo, realizaram-se as provas da coagulase, DNase e fermentação do manitol. Com essas provas bioquímicas foi possível determinar a identificação dos seguintes microrganismos: *Staphylococcus* coagulase negativa e *Micrococcus*. Quando a prova da catalase foi negativa, realizou-se a prova da capacidade de hemólise e foi possível determinar a identificação do *Streptococcus alfa hemolítico*.

Os demais microrganismos encontrados foram identificados pela morfologia das colônias nas placas e características morfotintoriais no Gram. Foi possível identificar: *Bacillus sp*, *Levedura* e *Corynebacterium sp*.

Nos casos em que não observou-se nenhum crescimento bacteriano, o resultado foi liberado com a seguinte indicação: "Não revelou crescimento bacteriano após 48 horas de incubação à 37 °C". resultado.

Após a avaliação e identificação bioquímica e morfológica das bactérias os resultados encontrados foram:

Das 154 amostras de instrumentais:

Fórceps: 40% revelaram crescimento das seguintes bactérias: Bacilo Gram-negativo não fermentador, *Corynebacterium sp*, *Bacillus sp*, *Streptococcus alfa hemolítico* e *Levedura*.

Pinça: 26% apresentaram crescimento de: Bacilo Gram-negativo não fermentador *Micrococcus sp*, e *Staphylococcus epidermidis*.

Broca: 32% revelaram crescimento de: Bacilo Gram-Negativo não fermentador, *Corynebacterium sp*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus* coagulase negativa, *Enterobacter agglomerans*, *Micrococcus sp* e *Bacillus sp*.

Alta – rotação: 46% apresentaram crescimento de: Bacilo Gram-negativo não fermentador, *Corynebacterium sp*, *Streptococcus alfa hemolítico*, *Staphylococcus epidermidis*, *Bacillus sp* e *Staphylococcus* coagulase negativa..

Moldeira inox: **37% apresentaram crescimento de: Bacilo Gram-negativo não fermentador, *Corynebacterium sp*, *Staphylococcus* coagulase negativa, *Bacillus sp*, *Enterobacter agglomerans* e *Micrococcus sp***

Das 96 amostras de superfícies:

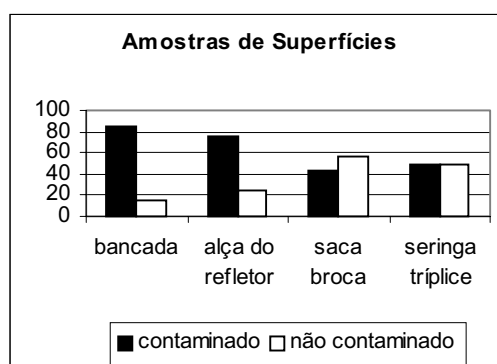
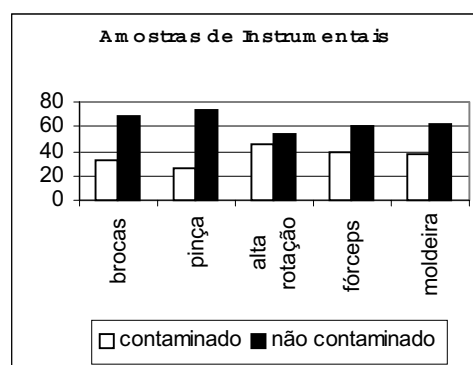
Bancada: 85% apresentaram crescimento de: Bacilo Gram-negativo não fermentador, *Bacillus sp*, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium sp*, *Staphylococcus* coagulase negativa, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter agglomerans*, *Candida sp*, *Klebsiella pneumoniae*, *Micrococcus sp* e *Streptococcus alfa hemolítico*.

Seringa Triplíce: 50% revelaram crescimento de: *Staphylococcus* coagulase negativa, *Bacillus sp*, *Micrococcus sp*, Bacilo Gram-negativo não fermentador, *Candida sp*.

Alça de refletor: 75% apresentaram crescimento de: *Bacillus sp*, Bacilo Gram-negativo não fermentador e *Micrococcus sp*.

Saca-broca: 42% revelaram crescimento de: *Bacilo* Gram-negativo não fermentador, *Bacillus sp*, *Micrococcus sp*, *Staphylococcus epidermidis* e *Corynebacterium*.

Obs: As bactérias acima relacionadas foram apresentadas em ordem decrescente de crescimento.



Discussão

Os resultados encontrados confirmam os riscos de contaminação por bactérias através de instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico. As bactérias que revelaram crescimento nas amostras pertencem ao meio ambiente e à flora bacteriana normal dos seres humanos encontrada na pele, no trato respiratório superior, trato gastrointestinal e urogenital, podendo ser também responsáveis por diversas doenças.

A maioria das doenças humanas é causada por microrganismos que fazem parte da flora normal, composta de microrganismos freqüentemente reconhecidos através de cultura e microscopia de amostra da pele, membranas mucosas e outras cavidades do corpo em indivíduos saudáveis (5). As doenças se desenvolvem quando esses microrganismos são levados a locais onde habitualmente não são encontrados e os mecanismos de defesa do corpo humano não são capazes de controlá-los (7). Alguns membros da flora normal são encontrados com baixa frequência na população humana e não são patogênicos para o seu próprio hospedeiro, no entanto são potencialmente capazes de desenvolver patologias em organismos imunodeprimidos como os portadores de HIV e neoplasias. As crianças apresentam-se também como mais susceptíveis às doenças por não estarem com seus mecanismos de defesa imunológica totalmente desenvolvidos (4). Os pacientes em condições crônicas debilitantes como diabetes mellitus, alcoolismo, úlcera gástrica, estresse, deficiência nutricional são alvos de infecções oportunistas e os idosos da mesma forma mostram-se vulneráveis às infecções devido à debilidade orgânica própria da idade.

As infecções endógenas e oportunistas podem ser iatrogênicas ou em consequência de tratamento, ocorrendo quando qualquer microrganismo se dissemina na corrente sanguínea (5,12,13). A transmissão de agentes infecciosos poderá ocorrer entre pacientes e equipe, dentro de um ambiente clínico, resultante do contato pessoa-pessoa ou com objetos contaminados, caracterizando a infecção cruzada.

A bactéria do tipo *Enterobacter* pode causar infecção respiratória e urinária. A *Pseudomonas aeruginosa*, também encontrada no meio ambiente, é responsável por infecções do trato gastrointestinal. A *Klebsiella pneumoniae*, que é a principal causa de infecções adquiridas em hospitais, é encontrada no trato respiratório e fezes de indivíduos saudáveis e responsável por pneumonia bacteriana aguda, sendo uma das causas mais freqüentes de infecção urinária. Esta bactéria tem sido identificada como a principal causa de morte de recém-nascidos em UTI por choque séptico (3). O *Staphylococcus epidermidis*, comumente encontrado na pele e orofaringe de seres humanos, é responsável por 2/3 das infecções estafilocócicas das próteses valvares e é o agente causador de 1/4 de todas as endocardites nessas próteses. A *Cândida albicans* é conhecida responsável pela candidíase (9).

A maior parte das infecções associadas ao meio bucal, mais especificamente relacionadas aos procedimentos odontológicos, diz respeito à possibilidade de bacteremia durante as intervenções odontológicas. Como consequência temos a escarlatina, a endocardite bacteriana subaguda e a febre reumática, doenças quase sempre relacionadas com o grupo de *Streptococcus* (12,13).

O controle da transmissão dessas doenças tem representado um problema enorme devido à prática cirúrgica em Odontologia ser realizada dentro de um ambiente repleto de flora oral comensal (6). No entanto, apesar do meio bucal ser altamente contaminado, o rigoroso controle de infecção com a adoção de uma rotina criteriosa de manutenção da cadeia asséptica favorece a eliminação dos riscos de se adquirir uma infecção cruzada ou oportunista no ambiente clínico. O compromisso dos profissionais de saúde deve ser de oferecer condições seguras de atendimento que diminuam de maneira significativa a transmissibilidade de doenças.

Conclusão

Constata-se com os resultados a fragilidade nas medidas de proteção, onde o controle de infecção apresenta falhas.

O processo de esterilização/desinfecção do instrumental e desinfecção de superfícies constituem-se em campo favorável a várias vias de infecções cruzadas. O risco ocupacional não deve ser esquecido e o cirurgião-dentista, em sua atividade clínica, está exposto a uma série de microrganismos causadores de várias doenças. Informação, comprometimento e determinação são os caminhos necessários no combate à contaminação nos consultórios. A aplicação das normas de biossegurança não pode ser negligenciada pelos custos ou dificuldades inerentes à sua aplicabilidade. Estabelecer uma rotina que vise manter a cadeia asséptica representa um desafio na busca do tratamento odontológico livre de infecções.

A doação de alimentos com imputabilidade civil e penal dos doadores e os riscos para a saúde pública

Cláudio Sérgio Pimentel Bastos¹
Maria Helena da Silva Alexandre²
Eduardo de Souza Sá Barretto³
Maria Sylvia Ripper Vianna⁴

SCZ

Boletim de
Divulgação Técnica
e Científica

Ano 4
Número 12
Março de 2002

¹ Médico Veterinário -
Coordenador
S/SCZ/CFS

² Médica Veterinária -
Diretora da Divisão
de Apoio Técnico
S/SCZ

³ Médico Veterinário -
Auxiliar de Chefia
S/SCZ

⁴ Médica Sanitarista -
Centro de Estudos
S/SCZ

Os alimentos são produtos perecíveis, que não podem ser considerados como quaisquer mercadorias de consumo, trate-se ou não de doações.

O controle dos alimentos é fundamental para a saúde pública, e na atualidade necessitam ser constantemente monitorados para garantir a proteção dos consumidores.

O desenvolvimento econômico, a circulação de mercadorias pelos diversos países e regiões, as modificações nos hábitos alimentares com a crescente utilização de alimentos industrializados, as modificações tecnológicas na forma de criação de animais para abate, nas práticas agrícolas e na produção de alimentos, levaram à alteração do perfil epidemiológico das doenças diarreicas, colocando o alimento como um importante veiculador de patógenos (microrganismos causadores de doenças).

Nos EUA, a disseminação de agentes nas últimas décadas como a *E.coli* O157:H7, *Salmonella* Enteritidis, e *Campylobacter jejuni*, desafia as formas de controle. Muitos deles têm como reservatórios animais em geral saudáveis, e os alimentos contaminados por estes agentes não apresentam alterações de aspecto, sabor ou odor, escapando à inspeção comum de alimentos.

Alguns patógenos presentes em alimentos podem causar outras síndromes além de diarreia. Salmonelose pode levar a sepsis, campilobacteriose pode levar à síndrome de Guillain-Barré (paralisia flácida), infecções por *Salmonella* e *Yersinia* podem evoluir para artrite e *E. coli* O157:H7 pode causar síndrome hemolítico-urêmica (alterações renais).

A *Salmonella* Enteritidis, que vem tornando-se cada vez mais comum como causadora de surtos por alimentos em São Paulo, por exemplo, pode ser veiculada por ovos intactos com casca e se disseminar em alimentos que são produzidos com ovos pouco cozidos ou crus, ou por contaminação cruzada.

Problemas na conservação de alimentos crus ou preparados, refeições preparadas com muita antecedência, refeições preparadas que não são mantidas na temperatura adequada, ou não são suficientemente reaquecidas, são algumas formas pelas quais os microrganismos patógenos podem sobreviver e multiplicar-se nos alimentos.

Os alimentos consumidos pela população não são isentos de microrganismos patogênicos e toxinas que possam ser produzidas durante o processo de reprodução destes microrganismos. O controle de qualidade de produção é feito levando-se em consideração dois fatores de fundamental importância: tempo e temperatura.

Considerando-se que a matéria prima utilizada já possui uma carga microbiana inerente ao próprio produto alimentar, este possui microrganismos e parasitos que podem ser prejudiciais ao homem, podendo levar inclusive ao óbito. Não há como eliminá-los da matéria prima a não ser por esterilização através da irradiação de alimentos, que por se tratar de processo extremamente dispendioso e que envolve tecnologia de ponta, não é empregado comumente em controle de qualidade de alimentos.

O controle do tempo é fundamental para a garantia da qualidade dos alimentos prontos para consumo, devendo os mesmos ser descartados em período determinado após a sua produção e exposição à venda, já que não há como garantir a qualidade microbiológica destes produtos após este período, pois há crescimento microbiano, principalmente de bactérias e fungos esporulados, que são ativados pela elevação da temperatura durante o cozimento e se desenvolvem com a redução da temperatura após esta etapa.

A temperatura de cocção, estocagem e exposição à venda deve sofrer rígido controle para evitar que os microrganismos pré-existentis ou instituídos à matéria prima durante o processo de produção - contaminação cruzada, contaminação através de mãos de

manipuladores, contaminação através de utensílios, e através de insetos, se desenvolvam e causem prejuízos aos consumidores.

Os alimentos industrializados, que sofrem esterilização comercial ou não, os que são protegidos pela ação do frio e os produtos com baixa atividade de água (farináceos), têm os seus prazos de validade determinados pelo próprio fabricante, prazos estes que são otimizados pelo produtor, que tem por interesse primordial vender o seu produto. Quando estes prazos vencem, os alimentos contidos nas embalagens estão invariavelmente impróprios para consumo, uma vez que já sofreram alterações químicas ou microbiológicas.

Como exemplo, bactérias como *Staphylococcus aureus*, *E. coli* enterotoxigênica e a *Salmonella* spp. são microrganismos que se multiplicam nos alimentos, quando estão em temperatura favorável e com tempo suficiente, e os fatores que contribuem para sua sobrevivência no alimento são refrigeração deficiente, preparo do alimento várias horas antes do consumo, armazenamento de alimentos em temperatura elevada, cocção e reaquecimento inapropriados, contaminação cruzada, entre outros.

Existem mais de 200 doenças conhecidas que são transmitidas por alimentos, e têm como causadores vírus, bactérias, parasitos, toxinas e príons, e os sintomas variam de gastroenterite moderada até graves quadros neurológicos, hepáticos ou síndromes renais.

Nos EUA, estima-se que as doenças transmitidas por alimentos causem aproximadamente 76 milhões de casos, 325.000 hospitalizações e cerca de 5.000 óbitos por ano.

No Estado de São Paulo, segundo as estatísticas da Vigilância Epidemiológica de surtos de doenças transmitidas por alimentos, têm predominado como causa a *Salmonella*, principalmente *Salmonella* Enteritidis, o vírus da Hepatite "A", outras espécies de *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, *Shigella* e *Toxoplasma gondii*. No ano de 1999 foram registrados 105 surtos com 3.136 casos de doenças.

Estudos realizados em serviços de atendimento pediátrico, ou com crianças internadas por diarreia também fornecem dados sobre o perfil dos enteropatógenos bacterianos circulantes, mesmo sem causar surtos. São mais frequentes *Escherichia coli* enteropatogênica, *E. coli* enterotoxigênica, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* e *Yersinia enterocolitica*.

Assim, embora algumas empresas que fornecem alimentos os processem com os cuidados necessários, muitas outras não o fazem, como demonstra o quantitativo de infrações que são registradas pelos Serviço de Fiscalização Sanitária do Município do Rio de Janeiro.

Entre os anos de 1995 e 2.000, foram extraídos por ano entre 7.000 a 9.400 autos de infração, e entre 17.000 a 19.000 termos de intimação. Foram inutilizados de 27.000 a 45.000 quilos de alimento por ano, e foram registradas entre 3.000 e 4.000 reclamações, sendo 68% a 75% procedentes. O município tem cerca de 15.000 estabelecimentos que comercializam alimentos, e a média é mais de um termo de intimação por estabelecimento/ano. Autos de infração, termos de intimação e inutilização de alimentos são ações da Fiscalização Sanitária executadas quando o responsável pelo estabelecimento descumpre normas sanitárias que visam a proteção da saúde do consumidor e deixa alimentos impróprios para o consumo expostos à venda.

No município do Rio foram notificados entre 25.000 a 27.000 casos de diarreia em 1998 e 1999 e ocorreram entre 1.200 e 1.400 internações por gastroenterites ou doenças relacionadas a patógenos, que podem ser veiculados por alimentos, entre março de 1999 e março de 2001.

Tais situações são observadas estando em vigor as leis atuais que responsabilizam fornecedores de alimentos e cobram reparação por danos que ocorram a quem consumir alimentos e for lesado na sua saúde.

E é neste contexto que surge a proposta de aprovação de Projetos de Lei que visam estimular a doação de alimentos, inclusive através de abatimento no Imposto de Renda (Projeto de Lei nº 251 de 1999) e tornando os doadores de alimentos isentos de responsabilização civil e criminal. Anulando ainda os avanços do Código de Defesa do Consumidor quanto à inversão do ônus da prova e responsabilidade do comerciante, independentemente de culpa, devido ao produto impróprio para consumo.

A origem da iniciativa deste Projeto de Lei é de 1996, quando o SESC de São Paulo e a Federação do Comércio de São Paulo criaram o "Estatuto do Bom Samaritano". É composto por um conjunto de Projetos de Lei para doação de alimentos e equipamentos relacionados. Um dos projetos é para isenção de responsabilidade civil e criminal dos doadores de alimentos (PL 165/97, atualmente 04747/98, tramitando na Comissão de Constituição, Justiça e de Redação da Câmara de Deputados Federal), e os outros são para criar incentivos fiscais para os doadores de alimentos e equipamentos com dedução no Imposto de Renda e isenção de

Imposto sobre Produtos Industrializados (documentos em anexo). Foram propostos como projetos de lei pelo Senador Lúcio Alcântara com os números 163/97, 266/99 e 251/99.

O Projeto de Lei nº 251 de 1999 dispõe sobre incentivos fiscais a quem doar alimentos, podendo a pessoa jurídica deduzir até o limite de 3% do Imposto de Renda devido, as despesas comprovadamente realizadas com doações de refeições a entidades sem fins lucrativos, para distribuição a pessoas carentes. Este Projeto de Lei teve tramitação recente (07/08/01) e está na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado Federal.

Isso significa que estas doações não seriam absolutamente gratuitas, e o Projeto de Lei 04747/98 deve ser particularmente analisado quanto as suas conseqüências concretas, no que tange à saúde pública e a aspectos legais.

O Projeto de Lei 04747/98 em tramitação na Câmara de Deputados Federal propõe modificar legislações e isentar da responsabilidade civil e criminal os doadores de alimentos a pessoas carentes, caso ocorram danos ou morte ao beneficiado. Os doadores estariam isentos sempre que não se caracterizasse dolo ou negligência e descumprimento das normas legais referentes a alimentos. Mas este Projeto de Lei propõe alteração do Código Civil e Código Penal (artigo 129 - Lesão corporal por ofensa à saúde de outrem) para isso e merece algumas reflexões.

O artigo 200, inciso VI da Constituição de 1988 afirma que ao Sistema Único de Saúde compete, nos termos da Lei, fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle do seu teor nutricional, bem como bebidas e água para consumo humano. A Constituição Federal coloca ainda que é competência da União, estados e municípios cuidar da saúde e assistência pública (artigo 23, inciso II) e são princípios constitucionais que o Estado assegure o bem estar e a igualdade das pessoas (Constituição de 1988, artigo 5º).

Com estes pressupostos, deve-se entender as normas que regem a fiscalização dos alimentos e a importância do poder de polícia sanitária que a autoridade competente deve exercer diante de irregularidades, assim como a necessidade de penalidades civis e criminais para fornecedores de alimentos que causem danos à saúde dos consumidores.

Os alimentos são produtos essenciais à vida, e devem contribuir para a melhoria da saúde de quem os consome, e não trazer doenças e morte. As exigências para a produção e comercialização de alimentos seguros, manipulados dentro de condições que garantam sua inocuidade são um dever do Estado, para proteção à saúde da população. A responsabilização dos fornecedores de alimentos, caso o produto que colocam no mercado cause danos ou morte a quem os consome, é um mecanismo legal pelo qual o poder público pode assegurar o cumprimento de suas normas, e os indivíduos podem se proteger de práticas irregulares dos fornecedores de alimentos.

Alterar leis que protegem a saúde dos indivíduos, eliminando esta proteção, sob qualquer pretexto, significa admitir que o Estado não exerça corretamente seu dever maior em relação ao bem-estar da população.

O artigo 5º da Constituição Federal afirma que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade (...).”

Este Projeto de Lei insere o pressuposto de desigualdade na essência de sua proposta, já que colocaria as pessoas que consumissem alimentos doados excluídas de proteção legal e direito de reparação em caso de danos à sua saúde devido ao consumo destes produtos, além de não punição dos responsáveis por este dano ou morte.

As pessoas que consumissem alimentos doados passariam a ser diferentes daquelas que consomem alimentos pagos, já que a forma de responsabilização estaria regida por normas diferenciadas e portanto essas pessoas estariam desigualmente protegidas pela lei, o que caracteriza a inconstitucionalidade deste Projeto.

Esta exclusão se daria conforme será exposto adiante, e com conseqüências graves para a defesa da vida e da saúde destes indivíduos.

Além de ferir este preceito constitucional, o Projeto de Lei afeta a mesma Constituição no seu inciso XLI do artigo 5º, que coloca “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais”. A proposta em pauta discrimina da lei penal e civil os direitos das pessoas que consumissem alimentos doados.

No artigo 196 da Constituição, se afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O dever do Estado em proteger a saúde como direito de todos envolve garantir o acesso a serviços médicos e proteção legal para situações danosas à integridade do indivíduo pelo consumo de produtos e serviços.

Assim é que, no segundo ponto, este Projeto de Lei afeta o Código de Defesa do Consumidor nas seguintes questões.

No artigo 4º, do Código de Defesa do Consumidor, é colocado que “a política nacional de consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transferência e harmonia nas relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

I- Reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;

II- Ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor

a) por iniciativa direta;

(...)

a) pela garantia dos produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho;”

No artigo 6º, onde são discriminados os direitos básicos do consumidor, e entre eles, no inciso VIII: “a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências.”

No artigo 13, que coloca que “o comerciante é igualmente responsável nos termos do artigo anterior (artigo 12 – responsabilidade, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores), quando:

(...)

III - não conservar adequadamente os produtos perecíveis.”

O Projeto de Lei em pauta obriga a que seja caracterizado pelo acusador dolo ou negligência (um tipo de culpa) ou descumprimento de normas para que possa haver alguma responsabilização civil do fornecedor, ignorando o direito a inversão do ônus da prova, já que estes consumidores são claramente hipossuficientes (pessoas carentes).

O fato de ser necessário caracterizar à priori a culpa para a responsabilização do fornecedor vai de encontro ao enunciado do artigo 13 do Código de Defesa do Consumidor.

Assim é que o reconhecimento da vulnerabilidade destes consumidores (artigo 4º) é ignorado no enunciado do referido Projeto de Lei, assim como as possibilidades destes consumidores de lutar por direitos que levem à reparação por danos.

E neste caso, considerando que estes alimentos serão consumidos por pessoas carentes, a vulnerabilidade destas se tornaria ainda maior, e este Projeto de Lei inviabiliza qualquer forma de defesa destes indivíduos contra fornecedores ou práticas irregulares ou lesivas à saúde no que tange à segurança destes alimentos.

Os avanços do Código de Defesa do Consumidor na proteção dos consumidores, nas condições desvantajosas em relação a fornecedores em franca superioridade econômica e financeira são anulados, levando-se em conta uma pressuposta “boa-fé” dos doadores, e discriminando-se estes consumidores dos direitos de reparação em caso de fornecimento de alimentos impróprios e danosos à saúde.

Quando estes consumidores estivessem excluídos da real proteção legal e de reparação de danos, e os fornecedores de punição por práticas danosas em relação à manipulação de alimentos, esta condição pode implicar em fragilização dos cuidados relativos a este produto e diminuição da segurança alimentar, expondo contingente de pessoas que consumirão a risco de infecção e adoecimento.

O Projeto de Lei pretende acrescentar parágrafo ao artigo 129 do Código Penal, que versa sobre o crime de lesão corporal quando há ofensa à saúde de outrem, e acrescentar artigo ao Código Civil, no sentido de descaracterizar os crimes ou atos ilícitos, quando ocorrerem por doação de alimentos nocivos a pessoas carentes, isentando os doadores.

Percebe-se, então, que as modificações propostas neste Projeto de Lei confrontam-se com a Constituição por que criam grupos desiguais de consumidores perante a lei, anulam avanços do Código de Defesa do Consumidor e modificam o Código Penal e Código Civil, inserindo precedentes legais que vão de encontro aos enunciados constitucionais fundamentais.

O direito à reparação por danos causados pelo alimento doado fica praticamente inaccessível a pessoas carentes, o que poderá aumentar as possibilidades de lhes ser doado alimentos deteriorados ou contaminados, por irregularidades na conservação ou transporte deste produto, eventos estes que não poderão ser fiscalizados todo o tempo pelos serviços de Vigilância Sanitária, nem quanto a maior parte dos alimentos doados, considerando o volume presumível destas doações se forem aprovados estes Projetos de Lei. Estes beneficiados estarão mais vulneráveis a consumir produtos impróprios com riscos para a saúde.

Os consumidores mais susceptíveis a doenças transmitidas por alimentos são: crianças, gestantes, idosos, imunodeprimidos, portadores de doenças crônicas, transplantados e desnutridos, sendo a dose causadora de infecção nestas pessoas muito menor que nos consumidores saudáveis, e deve-se lembrar que estes alimentos serão doados para pessoas que possuem deficiências nutricionais, infecções crônicas e parasitoses.

O impacto deste projeto de lei se dará sobre as condições de distribuição de alimentos “doados”, facilitando irregularidades, favorecendo a conformação de condições para disseminação, sobrevivência e multiplicação de patógenos veiculados por alimentos e expondo exatamente a população que é mais suscetível de adoecimento: idosos indigentes, crianças de rua subnutridas, famílias miseráveis subnutridas, crianças pequenas, doentes crônicos abandonados, que serão a clientela mais provável deste tipo de “doação”.

Para estes alimentos não há nenhuma garantia de inocuidade, e serão doados a indivíduos considerados como grupo de risco, e o que é mais grave, que não terão direito a nenhuma reparação civil ou criminal, caso sejam afetados criminosamente pelo consumo destes produtos. Tal fato pode acarretar ainda em aumento dos atendimentos em unidades públicas de saúde, que já estão saturadas em sua capacidade de atendimento e carecem de recursos financeiros, como é de domínio público e amplamente divulgado pela mídia.

Com a aprovação destes Projetos de Lei, tais situações ocorrerão com a tutela do Estado, que fará a renúncia fiscal para estas doações, tendo ainda que arcar com o ônus de hospitalização na rede pública dos que adoecerem pelo consumo destes alimentos.

A fome de parcela da população do país faz parte do atual contexto social que exclui milhões de pessoas do acesso às condições básicas de sobrevivência, e tira cada vez mais a capacidade do Estado de implementar políticas compensatórias como os restaurantes populares com refeições subsidiadas. Existem várias outras formas de melhorar a alimentação dos excluídos que não seja acentuar a sua exclusão, retirando-lhes a proteção da Lei, e expondo-os a mais riscos à saúde, além do Estado pagar com redução de impostos pela comida pretensamente doada. A luta contra a fome é correta, mas a solução proposta é injusta e oportunista.

Causa estranheza que comerciantes bem intencionados e movidos pela “solidariedade” esperem a entrada em vigor da lei que os torna inimputáveis civil e criminalmente para realizar a doação de alimentos. Se estes comerciantes consideram realmente seus produtos próprios para consumo, não há razão aparente para que não doem os alimentos, mesmo vigorando a legislação atual.

Assim, nós que trabalhamos com segurança alimentar, considerando a responsabilidade que temos diante da sociedade, e sem ignorar este grave problema que atinge as camadas mais pobres da população do país, entendemos que o uso da fome e da exclusão como pretexto para anular avanços no Código de Defesa do Consumidor, obter abatimento de impostos e diminuir os custos com descarte de excedentes de estabelecimentos que comercializam alimentos, doando produtos com grande probabilidade de estarem impróprios ao consumo, não pode ter o aval de órgãos de saúde pública como a Vigilância Sanitária do Município do Rio.

Por todo o exposto, nos posicionamos contra os referidos Projetos de Lei, entendendo que podem colocar em risco a saúde da população e solicitamos ao Congresso que não os aprove, mesmo com mudanças no texto original, já que sua essência é indefensável para a proteção à saúde e direitos dos cidadãos e sua aprovação criará condições para distribuição de alimentos deteriorados, contaminados ou impróprios para o consumo, para grupos mais empobrecidos e vulneráveis da população.

Estes Projetos de Lei não resolveriam a fome dos excluídos, e se fossem aprovados, somariam mais problemas para a sociedade, de difícil solução. Além de pretender a quebra de princípios constitucionais, se conformariam direitos adquiridos para os pretensos doadores, criando-se precedentes legais.

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 165, DE 1997 (PL 4747/1998)

Dispõe sobre a responsabilidade civil e criminal em virtude de dano ou morte causados por alimentos doados a pessoas carentes.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º A pessoa natural ou jurídica que doar alimentos, industrializados ou não, preparados ou não, a pessoas carentes, diretamente, ou por intermédio de entidades, associações ou fundações, sem fins lucrativos, fica isenta de cominação civil ou criminal resultante de dano ou morte ocasionados ao beneficiado, pelo bem doado, desde que não se caracterize:

I – dolo ou negligência;

II – descumprimento das leis e regulamentos aplicáveis à fabricação, processamento, preparo, manuseio, conservação, estoque ou transporte de produto alimentar.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

(autor: Senador Lúcio Alcântara)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 251, DE 1999

Dispõe sobre incentivos fiscais para doações de refeições destinadas a distribuição a pessoas carentes.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º A pessoa jurídica regularmente inscrita no Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT poderá deduzir do Imposto de Renda, até o limite de 3% (três por cento) do imposto devido, as despesas comprovadamente realizadas com doações de refeições a entidades sem fins lucrativos, para distribuição a pessoas carentes.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

(autor: Senador Lúcio Alcântara)

- Este documento, elaborado por técnicos da Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, foi enviado à Câmara de Deputados Federal, à ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros, no final de agosto, como a avaliação dos Projetos de Lei para doação de alimentos e efetiva posição da Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro.

- Em resposta ao envio deste documento, a Gerência de Inspeção e Controle de Riscos de Alimentos da ANVISA, através do ofício nº 536/01/GICRA/GGALI/ANVISA, de 28/09/01, considerou pertinentes os argumentos expostos, no que tange aos aspectos epidemiológicos e sanitários.

- O Projeto de Lei 4747/98 foi aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Redação da Câmara de Deputados Federal no início de novembro de 2001.

SCZ

**Boletim de
Divulgação Técnica
e Científica**

*Ano 4
Número 12
Março de 2002*

Presença de bactérias em instrumentais e superfícies do ambiente clínico odontológico

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Manual de Biossegurança, 1999.
COSTA, E. A. Vigilância Sanitária e a saúde do consumidor. In: ROQUAYROL, M. L. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
JORNAL DO BRASIL. 1º Junho de 2000.
JAWETZ, E. MELNICK, J. L., ADELBERG, E. A. **Microbiologia médica**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.
LILJEMARK, W. F., BLOOMQUIST, C. G. Flora Microbiana Normal do Corpo Humano. In: **Bacteriologia Geral**
MELLO, N. S. F. O. Biossegurança em Práticas Odontológicas. In: **Biossegurança em Práticas Odontológicas**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
MIMS, C.A. et al. **Microbiologia médica**. São Paulo: Manole, 1995.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS – Manual de Condutas**, 2000.
NISSENGARD, R. J., NEWMAN, M. G. **Microbiologia oral e Imunologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
RABELLO, S. B., GODOY, C. V. C., ALVES, I. G. **Boletim de Divulgação Técnica e Científica/SCZ/SMS**. Ano 2/ Nº.4/ Março de 2000.
SAMARANAYAKE, L. P., SCHEUTZ, F., COTONE, J. A. **Controle de infecção para Equipe Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1995.
SOUZA, M. F. M., KALICHMAN, A. O., MATILDA, L.H. et al. **Vigilância à Saúde: textos**. – São Paulo, CEPOR, 1992.
TEIXEIRA, M. Controle de infecção cruzada. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira Infância**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1998.
TEIXEIRA, M., SANTOS, M. V. Responsabilidade no controle de infecção. **Revista da Associação Paulista de Cirurgias-dentistas**, v.53, n.3, p.177-189, mai. / jun., 1999.
Obs: Este artigo faz parte de publicação da Revista Brasileira de Odontologia de maio/junho de 2001, volume 58, número 3.

A doação de alimentos com imputabilidade civil e penal dos doadores e os riscos para a saúde pública

Referências bibliográficas disponíveis no Centro de Estudos da S/SCZ.