

UNIVERSIDADE TIRADENTES DE PERNAMBUCO
Curso de Bacharelado em Odontologia

**A IMPORTÂNCIA DA BIOSSEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE
ACIDENTES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

DANIELLE SOUTO LEITE
MARIA EUGÊNIA VELOSO DOS SANTOS

RECIFE-PE
2019

**DANIELLE SOUTO LEITE
MARIA EUGÊNIA VELOSO DOS SANTOS**

**A IMPORTÂNCIA DA BIOSSEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE
ACIDENTES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de
Curso em Odontologia apresentado à Universidade
Tiradentes Pernambuco- UNIT como requisito
à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista

Orientador: Prof. Dr. Adelmo Cavalcanti Aragão Neto

**RECIFE-PE
2019**

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, por ter me dado força e saúde para superar as dificuldades e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A minha mãe Maria Célia heroína que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

A Minha irmã Ana Helena que sempre me motivou a não desistir.

Ao meu noivo Alberto Henrique que sempre me confortou quando estava preocupada com provas, trabalhos, estágios, clínicas e a todo tempo me incentivou a não desistir

Ao meu orientador Adelmo Cavalcanti pelo empenho dedicado a elaboração deste trabalho.

A todos os professores que me proporcionaram conhecimentos para minha formação profissional.

Ao meu preceptor e amigo Altair Pacheco que desde o início dessa graduação me incentivou e me enriqueceu de conhecimentos me dando uma oportunidade de estágio.

As minhas amigas Joana Lilian e Danielle Souto que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presente em toda minha vida com certeza.

Um Agradecimento especial a minha amiga-irmã Vivian Morais que sempre esteve comigo em todos os momentos, me dando força e apoio nas horas que mais precisei.

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus por mais esse feito.

Aos meus familiares, que me incentivaram, em especial aos meus pais, que fizeram o possível para que esse sonho torna-se realidade.

Ao meu noivo, que acreditou no meu potencial e esteve presente para comemorar os momentos de vitória e ajudar nos momentos de dificuldade, agradeço imensamente por todo apoio durante os últimos anos.

Aos meus amigos de graduação que me ajudaram nessa jornada.

Aos professores que tanto contribuíram com meu crescimento.

Ao professor Adelmo Cavalcanti, pela paciência e determinação com que me orientou durante a realização deste trabalho.

RESUMO

A Biossegurança é definida como “O conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando a saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados”. O conhecimento sobre práticas de biossegurança, controle de infecção e riscos biológicos são de grande importância na prática odontológica, pois impedem a transmissão de microrganismos patogênicos, ocasionando a contaminação cruzada entre Cirurgiões-Dentistas, equipe e pacientes. O cirurgião-dentista e os profissionais da odontologia estão diariamente expostos a vários agentes infecciosos, tendo em vista que todo procedimento odontológico apresenta possibilidade de promover contaminação, sendo necessário o uso do equipamento de proteção individual (EPI), que consiste no principal meio de precaução da transmissão de patógenos. Muitos desses profissionais não seguem corretamente as medidas de prevenção, em razão disso há uma grande preocupação no aumento nas doenças infectocontagiosas e acidentes no ambiente odontológico. É indispensável que todo profissional da área obtenha conhecimento e prática a respeito da formação e manutenção de medidas de biossegurança, para que durante toda a sua vida clínica tenha participação no controle de acidentes de trabalho e infecções. O presente estudo torna-se importante fonte de informação direcionada ao profissional por abordar sobre a exposição do cirurgião-dentista e do paciente em qualquer procedimento odontológico sendo necessária a utilização de equipamentos individuais de proteção.

Palavras-Chaves: Biossegurança. Odontologia. Infecção Cruzada. Imunização.

ABSTRACT

Bioaafety is defined as "The set of actions aimed at the prevention, minimization or elimination of risks inherent to the activities of research, production, teaching, technological development and provision of services, aiming at the health of man, animals, the preservation of the environment and the quality of results". Knowledge about biosafety practice, infection control and biological risks are of great importance in dental practice, since they prevent the transmission of pathogenic microorganisms, causing cross-contamination among dental surgeons, staff and patients. The dental, surgeon and dentistry professionals are daily exposed to various infectious agentes, considering that every dental procedure presentes a possibility of promoting contamination, and it is necessary to use personal protective equipment (PPE). Which is the main means of precaution of pathogen transmission. Many of these professionals do not correctly follow prevention measures, therefore there is a great concern in the increase in infectious diseases and accidentes in the dental environment. It is essential that every professional in the area obtain knowledge and practice regarding the training and maintenance of biosafety measures, so that throughout his clinical life he participates in the control of accidentes at work and infections. The presente study becomes an importante source of information directed to the professional to be approached about the exposure of the dental surgeon and patient in any dental procedure, requiring the use of individual protectv equipment.

Keywords: Biosafety. Dentistry. Cross Infection. Immunization. PPE.

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2000), as condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário fazem com que eles estejam expostos a uma grande variedade de microrganismos presentes especialmente no sangue, na saliva e nas vias aéreas respiratórias dos pacientes. O risco de exposição era conhecido desde a década de 1930, contudo tomavam-se poucas medidas visando a evitar a transmissão de agentes patogênicos.

Biossegurança em odontologia é definida como um conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes em ambiente clínico, inferindo que tais medidas preventivas tem como objetivo a redução dos riscos ocupacionais e controle da infecção cruzada (Ramacciato, 2007).

Durante o atendimento ao paciente, existe possibilidade de que o profissional possa sofrer danos em seu ambiente de trabalho. O ambiente odontológico pode oferecer esses diversos riscos à saúde do profissional por ser um ambiente provavelmente infectado (Monarca S. et al. 2000).

Dentre esses riscos estão os riscos físicos que são os ruídos (Caneta de Alta Rotação), iluminação excessiva ou deficiente (Refletor do Equipo) entre outros; Os riscos químicos que ocorrem quando o Cirurgião-dentista entra em contato com materiais tóxicos (como o amálgama, que contém mercúrio); O risco ergonômico é relacionado a problemas de postura incorreta; Os riscos mecânicos estão ligados a acidentes como, por exemplo, instrumentais com defeito e ausência dos equipamentos de proteção individual (Epi); Os riscos biológicos que compreendem a contaminação por vírus, bactérias, fungos e entre outros microrganismos através do contato direto de dedos, instrumentos e respingos de sangue e saliva, agentes patogênicos podem ser transferidos da cavidade bucal do paciente para as superfícies do equipamento odontológico. Assim como em um contato indireto esses agentes também podem ser transferidos (Ministério da Saúde, 2006).

Com relação a esse último, quando as normas de biossegurança não são seguidas de forma consciente pelo profissional e sua equipe, favorece o aumento no risco de infecção cruzada que representa a passagem de agente etiológico de doença, de um indivíduo para outro susceptível (Fantinato, 1994).

Dentre as doenças que podem ser transmitidas no consultório odontológico estão a catapora, hepatite, tuberculose, pneumonia, conjuntivite herpética, sarampo, herpes simples, HIV e muitas outras. Todo profissional da área de saúde, devido ao maior risco de contágio de doenças infectocontagiosas, deve rigorosamente estar imunizado (Jorge, 2002). Diante disto, este trabalho foi realizado através de uma revisão literária baseada em artigos antigos e atuais, com o objetivo de analisar a diminuição de riscos ao profissional e ao paciente com a utilização dos EPIs e resumir medidas efetivas para controlar a transmissão de microrganismos presentes durante o atendimento clínico.

REVISÃO LITERÁRIA

De acordo com Fasunloro e Owotade (2004), vários riscos ocupacionais estão expostos ao cirurgião-dentista no consultório odontológico dentre eles riscos físicos, químicos, biológicos, e ergonômicos. Esses riscos podem ser definidos como riscos que podem acometer um indivíduo em seu ambiente de trabalho podendo estar relacionado ao tipo de trabalho, material, substância, processo ou situação que predispõe (ou causa) acidentes ou doenças.

1- Riscos Físicos: Estão relacionados a:

1.1- Iluminação - Pode trazer transtornos a visão acarretando em dores de cabeça, desordens nervosas, miopia, astigmatismo, fadiga do nervo óptico, insensibilidade da retina e até mesmo perda total da visão.

1.2- Radiação - Existem dois tipos básicos que são as ionizantes (RaioX) e as não ionizante que produzem calor (infravermelho e ultravioleta) onde o indivíduo irradiado pode apresentar eritemas, alterações de contagem sanguínea, ulcerações, esterilidade, cancerização, diminuição da longevidade e morte;

1.3- Ruído- O cirurgião-dentista está exposto a várias fontes de ruído, tais como compressores de ar, sugadores de alta potência e turbinas de alta rotação. As alterações provocadas por um alto nível de ruído causam reações que podem ser passageiras ou, em alguns casos mais graves, irreversíveis (Medeiros et al., 2003);

1.4- Calor- Segundo Barros (1993), um rendimento normal em um consultório exige um ambiente de trabalho confortável onde, além de equipamentos adequados, também exista uma temperatura normal e um ar sadio não havendo queda no número de pacientes e na capacidade de trabalho.

2- Riscos Químicos: É a exposição do profissional a agentes químicos como poeira, névoas, mercúrio entre outros produtos químicos. Amalgamadores, gases medicinais, desinfetantes químicos são os principais causadores do risco químico. De acordo com Fasunloro e Owotade (2004), de todos os riscos químicos, o mais importante e mais perigoso é o mercúrio. Na odontologia seu uso é ligado basicamente às restaurações de amálgama de prata e a contaminação pode ocorrer no momento da manipulação da substância, ou na eliminação de resíduos de amálgama no meio ambiente (águas de rios e solo) por meio dos ralos de pias, cuspeira e no lixo que será levado para os aterros sanitários.

3- Riscos Ergonômicos: Os riscos ergonômicos abrangem: instalação, modelo e idade dos equipamentos; fluxograma da clínica; pessoal auxiliar; jornada de trabalho; repetitividade e monotonia (Barros, 1999).

4- Riscos Mecânicos: Constitui-se como a exposição da equipe odontológica a agentes mecânicos ou que propiciem acidentes. Como exemplo, instrumental com defeito ou impróprio para o procedimento; perigo de incêndio ou explosão; edificação com defeitos; improvisações na instalação da rede hidráulica e elétrica.

5- Riscos Biológico: O consultório odontológico é um local propício à propagação de agentes biológicos patogênicos causadores de infecção, sendo considerado um ambiente de risco bastante significativo.

As principais vias de disseminação dos microrganismos patogênicos são: o sangue do paciente infectado; gotículas de aerossol contendo saliva, secreções do periodonto e dente; contato direto com o paciente e equipamento contaminados; aerossol emitido pelas peças-de-mão contaminadas por microrganismos (Szymanska, 2005).

Sabe-se que durante o decorrer do dia, o profissional cirurgião- dentista e toda sua equipe atendem diversos pacientes, devido ao grande fluxo de pessoas que frequentam o consultório, diversas vezes torna-se comum o contato entre os profissionais e secreções de pacientes portadores de patologias, sejam elas de origem bacterianas, infecciosas virais ou fúngicas (Discacciati et al., 1998).

Com relação as definições de biossegurança, de acordo com Ramacciato (2011), na odontologia biossegurança é definida como um conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes em ambiente clínico. Tais medidas preventivas tem como objetivo a redução dos riscos ocupacionais e controle da infecção cruzada.

Samaranayake, Sheutz e Cottone (1993), definiram infecção cruzada como sendo a transmissão de agentes infecciosos entre pacientes e equipe, dentro de um ambiente clínico, cuja transmissão pode resultar do contato pessoa-pessoa ou através de objetos contaminados, que são denominados agentes.

Para evitar o risco de infecção cruzada e outros acidentes durante a prática, é necessário a utilização dos EPIs, que consistem no principal meio de prevenção da transmissão de patógenos, sendo considerados uma barreira simples, de grande eficácia. Considera-se EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado

pelo trabalhador, destinado a proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (NR 6 MTE). Regulamentado pela Portaria 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a NR 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) do Ministério do Trabalho, competindo ao profissional usá-los e conservá-los. Entretanto, mesmo em casos com a utilização dos equipamentos individuais de proteção, não é descartada a possibilidade de contaminação do profissional. Isso pode ser justificado por fatores como uso incorreto dos equipamentos, acidentes durante o atendimento e medidas inadequadas antes, durante e após os procedimentos executados.

Destes, os principais são:

- Gorro: Consiste em uma barreira mecânica contra a possibilidade de contaminação por secreções, aerossóis e produtos. Previne acidentes e evita queda de cabelo na região do procedimento. Recomenda-se o uso do gorro também pelo paciente em casos de procedimentos cirúrgicos.
- Óculos de proteção: Protege os olhos das secreções, aerossóis e produtos químicos, durante a limpeza e desinfecção de artigos, equipamentos ou ambientes. Devem possuir a lateral larga, possuir boa vedação lateral, ser totalmente transparente e confortável. Recomenda-se o uso do óculos também pelo paciente para evitar acidentes.
- Máscara: Deve possuir filtro duplo, ser descartável, deve recobrir completamente a boca e o nariz permitindo respiração normal.
- Avental: Deve possuir mangas longas, tecido claro e confortável, podendo ser de pano ou descartável para procedimentos que envolvam atendimento ao paciente e impermeável para procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos, equipamentos e ambientes.
- Luva: Deve ser de boa qualidade e usadas em todos os procedimentos. Quanto a indicações, deve-se utilizar luva grossa de borracha e cano longo durante os processos de limpeza de artigos e ambientes, luva de látex de procedimento para atividades clínicas e estéreis para procedimentos cirúrgicos, que devem ser descartadas a cada paciente, luva de plástico, usada como sobre luvas, quando houver necessidade de manusear artigos fora do campo de trabalho.
- Calçado: Deve ser fechado e possuir solado antiderrapante.

De acordo com a Anvisa (2012), é necessário a adoção de medidas de precaução-padrão durante a prática diária, com o objetivo de minimizar, prevenir ou reduzir os riscos ao qual o profissional está exposto. As seguintes medidas devem ser utilizadas durante o atendimento de todos os pacientes, independente de diagnóstico confirmado ou presumido de doença infecciosa transmissível:

- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual.
- Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente e entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente.
- Manipular cuidadosamente o material perfurocortante.
- Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar as agulhas das seringas. Se o paciente precisar de complementação anestésica de uma única seringa, a agulha pode ser reencapada pela técnica de deslizar a agulha para dentro da tampa deixada sobre uma superfície (bandeja do instrumental ou mesa auxiliar).
- Transferir os materiais e artigos, durante o trabalho a quatro mãos, com toda a atenção e, sempre que possível, utilizando-se uma bandeja.
- Manter as caixas de descarte dispostas em locais visíveis e de fácil acesso e não preenchê-las acima do limite de 2/3 de sua capacidade total.
- Não afixar papéis em murais utilizando agulhas.
- Descontaminar as superfícies com desinfetantes preconizados pelo Controle de Infecção, caso haja presença de sangue ou secreções potencialmente infectantes.
- Submeter os artigos utilizados à limpeza, desinfecção e/ou esterilização, antes de serem utilizados em outro paciente.
- Não tocar os olhos, nariz, boca, máscara ou cabelo durante a realização dos procedimentos ou manipulação de materiais orgânicos, assim como não se alimentar, beber ou fumar no consultório.
- Durante os procedimentos (com luvas), não atender telefones, abrir portas usando a maçaneta nem tocar com as mãos em locais passíveis de contaminação.

A lavagem das mãos tem sido considerada a ação isolada de maior importância para o controle e prevenção das infecções em serviços de saúde. Realizando o simples ato de forma correta, pode-se reduzir a quantidade de microrganismos das

mãos e assim, interromper a transmissão de infecção entre pacientes e profissionais.

Segundo Pittet et al. (2000), quanto mais frequente a necessidade de higiene das mãos, durante um processo assistencial, menor a probabilidade de sua execução. O papel das mãos na transmissão de microrganismos está baseado na capacidade da pele de abrigá-los e transferi-los de uma superfície para a outra direta ou indiretamente. A higienização das mãos é algo bastante discutível, assim como as substâncias que devem ser usadas para a sua realização (Boyce, 2001). Efeitos nocivos de substâncias químicas empregadas, como sabões e antissépticos, têm sido relatados por diversos autores e contribuem para diminuir a adesão dos profissionais a essa prática (Pittet, 2000).

Todos os produtos destinados à higienização das mãos devem ser registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme as RDCs n.º 79, de 28 de agosto de 2000, n.º 133, de 29 de maio de 2003, e n.º 136, de 29 de maio de 2003, ou as que vierem substituí-las. Sendo assim a garantia que o produto apresenta para ser aplicado, garantido por testes de toxicidade dérmica e ocular, além de apresentarem a atividade microbicida desejada.

Os princípios ativos aceitos pelo Ministério da Saúde para a antissepsia das mãos são: álcool a 70%, triclosan, clorexidina, compostos de iodo, como por exemplo polivinil pirrolidona iodo (PVPI) e outros iodóforos (BRASIL, 1989).

Segundo a Anvisa (2006), para realizar a higienização das mãos o profissional deve retirar pulseiras, anéis, relógios, aliança; e estar com as unhas aparadas. Deve-se seguir algumas etapas para correta lavagem das mãos:

- Manter o corpo afastado da pia.
- Abrir a torneira e molhar as mãos.
- Ensaboar as mãos, friccionando uma na outra por aproximadamente 15 segundos, com o objetivo de atingir toda a superfície.
- Friccionar, com especial atenção, os espaços interdigitais, as unhas e as pontas dos dedos.
- Enxaguar as mãos em água corrente, retirando totalmente o resíduo do sabonete, sem tocar na superfície da pia ou na torneira.
- Enxugar as mãos com papel-toalha descartável (não utilizar toalhas de uso múltiplo).

Outra técnica de higienização das mãos ocorre no momento prévio a uma cirurgia ou seja a antisepsia cirúrgica das mãos:

- Aplicar produto antimicrobiano em quantidade recomendada pelo fabricante, suficiente para cobrir toda a superfície das mãos e antebraço.
- Limpar as unhas, friccionando-as contra a palma da mão ou escova macia.
- Utilizar escova macia para friccionar a pele (opcional).
- Efetuar movimentos de fricção iniciando pela extremidade dos dedos, continuando pelos espaços interdigitais, faces das mãos, punhos e antebraços, despendendo de dois a seis minutos.
- Enxaguar as mãos em água corrente, deixando escorrer das pontas dos dedos para o antebraço, até eliminar completamente o produto.
- Secar as mãos com compressa estéril, com movimentos compressivos, partindo das pontas dos dedos e seguindo pelas mãos até chegar ao cotovelo.

Perigosas infecções ligadas à prática odontológica não são um recente problema. Cirurgiões-dentistas estão expostos a uma ampla variedade de micro-organismos presentes no sangue e na saliva dos pacientes. Acredita-se que as cirurgias orais possuem risco elevado para a infecção do vírus da hepatite B em virtude da possível contaminação por gotas de sangue e saliva. O equipamento contaminado pode permanecer infectado por longos períodos devido à longa sobrevivência do vírus, e sua elevada contagem presente no sangue do paciente. Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos indicam que os dentistas têm um risco de exposição à hepatite B três vezes maior ao da população em geral, enquanto que os que realizam cirurgias excedem em seis os índices encontrados na comunidade.

Segundo Paz et al (2006), os profissionais da área da saúde, por estarem mais expostos, possuem um risco elevado de aquisição de doenças infecciosas, devendo estar devidamente imunizados. O profissional deve estar atento às características da região e da população a ser atendida, pois diferentes vacinas podem ser indicadas. As vacinas mais importantes para os profissionais da odontologia são contra Hepatite B (HBV), influenza, tríplice viral, difteria e tétano. As vacinas devem ser preferencialmente administradas nos serviços públicos de saúde ou na rede

credenciada para a garantia do esquema vacinal, do lote e da conservação adequada.

A transmissão do vírus da hepatite B é rara nos casos em que um protocolo de controle de infecção é seguido. Da mesma forma Hardie (1999), afirma que o risco de contrair o HIV nos procedimentos odontológicos também é pequeno. Uma vez que a AIDS e a hepatite C são as doenças que representam maiores riscos, pois não existem vacinas disponíveis para prevenir e/ou curar a infecção.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), exposições acidentais ocasionadas por instrumentais perfurocortantes contaminados com material biológico consiste no mais comum acidente ocupacional relato na área de saúde. O risco ocupacional após a exposição a materiais biológicos é variável e depende de alguns fatores como: Tipo de acidente, gravidade da lesão, tamanho, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente e uso correto da profilaxia pós-exposição. Os ferimentos com esse tipo de instrumental, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes (Collins; Kennedy, 1987).

Os tipos de exposição ocupacional são classificadas como: Exposições percutâneas (Lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes (p.ex. agulhas, bisturi, vidrarias); Exposições em mucosa (Respingos em olhos, nariz, boca e genitália) e exposições em pele não-integra. Em casos de acidentes com material perfuro cortante, algumas medidas devem ser adotadas:

1- De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1996) as quimioprofilaxias contra HBV e HIV devem ser iniciadas até duas horas após o acidente. Em casos extremos, pode ser realizada até 24 a 36 horas depois. Após esse período, sua eficácia para o HIV é discutível.

2- Lavar exaustivamente com água e sabão o ferimento ou a pele exposta ao sangue ou fluido orgânico. Lave as mucosas com solução salina fisiológica ou água em abundância; não provoque maior sangramento do local ferido e não aumente a área lesada, a fim de minimizar a exposição ao material infectante. O uso de antissépticos tópicos do tipo PVPI ou álcool 70% pode ser adotado. Não é recomendada a utilização de agentes cáusticos ou injeção de antissépticos.

3- Comparecer imediatamente ao Centro de Referência no atendimento de acidentes ocupacionais com material biológico de sua região. Nesse local, deverá ser comunicado o fato ao Técnico de Segurança do Trabalho, preenchido o inquérito

de notificação e emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. O ideal é que o acidentado e as condições do acidente sejam avaliados por uma equipe multiprofissional. Caso o profissional trabalhe em um estabelecimento hospitalar, este deve dirigir-se ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). O atendimento é considerado uma urgência devido ao pouco tempo disponível para se iniciar a profilaxia com os medicamentos antirretrovirais.

4- Obter do paciente uma anamnese recente e detalhada sobre seus hábitos de vida, história de hemotransfusão, uso de drogas, vida sexual, uso de preservativos, passado em presídios ou manicômios, história de hepatite e DSTs e sorologias anteriores, para analisar a possibilidade de situá-lo numa possível janela imunológica.

5- Leve sua carteira de vacinação ou informe sobre seu estado vacinal e dados recentes de sua saúde, sorologias anteriores, etc.

6- Deverá ser solicitada pelo médico a coleta de amostras de sangue seu e do paciente, em tubos de ensaio, sem anticoagulante, devidamente identificados, que serão encaminhados imediatamente ao laboratório de referência para serem centrifugados. O paciente pode recusar-se a se submeter à realização da sorologia para HIV. Caso isso ocorra, deve-se considerar o paciente como sendo soropositivo e com alto título viral.

7- Caso o quadro seja considerado como situação de risco, a quimioprofilaxia contra HIV (Imunodeficiência humana) e HBV (Hepatite B) será iniciada.

8- Se necessário, o médico poderá solicitar ao paciente os exames de anti-HIV, anti-HCV E HbsAg quando o profissional não foi imunizado para a hepatite B. Em paciente positivo para HIV, iniciar com quimioprofilaxia, seguindo orientações do fluxograma do Ministério da Saúde. Fazer a coleta de sangue do funcionário para o seguimento e avaliação da quimioprofilaxia, entre eles hemograma, transaminases (AST e ALT), ureia, creatinina e glicemia basal. Pacientes com HIV desconhecido ou em caso de demora do resultado, iniciar com o esquema básico de antiretroviral (AZT + 3TC ou Lamivudina) e procurar o serviço especializado para reavaliar o acidente. O profissional só fará a coleta de sangue quando o paciente for positivo ou desconhecido para HIV, Hepatite B e C. Se o paciente for negativo não é necessário o acompanhamento sorológico do funcionário.

9- Repetir sorologia seis semanas, três meses, seis meses e um ano após o acidente ou a critério do médico.

10- O profissional acidentado, em uso de quimioprofilaxia antiretroviral, deverá retornar à consulta médica semanalmente, ou conforme protocolo do serviço, para acompanhamento clínico dos sinais de intolerância medicamentosa.

11- Se durante o acompanhamento ocorrer novo acidente com o funcionário, ele deverá submeter-se ao protocolo novamente sendo, desconsiderado todos os procedimentos já realizados.

12- Nos casos em que ocorrer a soroconversão para HIV ou hepatite o funcionário será encaminhado ao médico do trabalho para as orientações legais e a um centro de referência para o acompanhamento e tratamento necessário.

CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente trabalho que devido ao grande fluxo de pacientes, torna-se comum o contato entre profissionais e secreções de pacientes, exposição a riscos e possibilidade de acidentes em seu ambiente de trabalho, sendo assim torna-se indispensável que o mesmo possua conhecimento de medidas a serem tomadas antes, durante ou após o fato ocorrido. Com o intuito de se evitar a disseminação dessas doenças devem ser consideradas as medidas de biossegurança em odontologia que requerem treinamento, responsabilidade e acompanhamento constante de cada profissional sendo compostas por um grupo de ações que visam a proteção dos pacientes, cirurgião-dentista e toda a sua equipe. A adoção de simples medidas de precaução na rotina do profissional e sua equipe como utilização de EPIs, imunização, lavagem das mãos e manejo de instrumentais é de grande importância, pois quando executada de forma correta, é capaz de prevenir significativamente a possibilidade de acidente e a transmissão de agentes infecciosos entre pacientes e equipe, dentro de um ambiente clínico. Esses cuidados devem ser utilizados durante o atendimento de qualquer paciente, sejam eles pertencentes de algum grupo de risco ou não.

REFERÊNCIAS

- 1- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Microbiologia Clínica para Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde. 1.ed. Brasília, DF, 2010. 13-16p
- 2- ALVES-REZENDE, M. C. R.; LORENZATO, Fábio. Avaliação dos procedimentos de prevenção dos riscos biológicos por cirurgiões-dentistas. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 54, n. 6, p. 446-54, 2000.
- 3- Askarian M, Mirzaei K, Cookson B. Knowledge, attitudes, and practice of iranian dentists with regard to HIV-related disease. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007 Jan;28(1):83-87.
- 4- Barros OB. Ergonomia 11: o ambiente físico de trabalho, a produtividade e a qualidade de vida em odontologia. São Paulo: Pancas!; 1993.
- 5- Barros OB. Ergonomia 1: a eficiência ou rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia. São Paulo: Pancas!; 1999
- 6- BOYCE, J. M. Antiseptic technology: access, affordability and acceptance. Emerging Infectious Diseases, v. 7, p. 231-3, March-April 2001.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Lavar as mãos: informações para profissionais de saúde. Brasília, 1989
- 8- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Programa nacional de DST/AIDS. Hepatite, AIDS e herpes na prática odontológica.1994, 54p.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos frente a acidentes de trabalho com exposição a material potencialmente contaminado com o vírus da Aids (HIV). Boletim Epidemiológico da Aids. Brasília: 1996.
- 10- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS; JUNIOR, Hermenegildo Munhoz. Controle de infecções ea prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. MS, 2000.
- 11- BRASIL. Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina. Manual de Boas Práticas: biossegurança em odontologia. Santa Catarina: 2009.

- 12- BROZOSKI, Mariana Aparecida et al. Ocorrência de acidentes pérfuro-cortantes em um Curso de Odontologia. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 58, n. 1, p. 77-80, 2010.
- 13- CARMO, Márcia Rosental Costa; COSTA, Ana Maria Duarte Dias. Procedimentos de biossegurança em odontologia. JBC j. bras. clin. estet. odontol, v. 5, n. 26, p. 116-9, 2001.
- 14- Carvalho RCR. Controle de Infecção-Biossegurança. In: Garone Netto et al. Introdução à Dentística Restauradora. 3. ed. São Paulo: Santos; 2003, p. 3-15
- 15- CASTIGLIA, Paolo et al. Italian multicenter study on infection hazards during dental practice: control of environmental microbial contamination in public dental surgeries. BMC public health, v. 8, n. 1, p. 187, 2008.
- 16- Claro FA, Ito FR, Bastos FM, Ribeiro ME. Mercúrio no amálgama odontológico: riscos da exposição, toxicidade e métodos de controle-revisão da literatura. Rev. Biociências.2003;9(1).
- 17- COLLINS, C. H.; KENNEDY, D. A. Microbiological hazards of occupational needlestick and other sharp's injuries. J. Appl. Bacteriol., [S.l.], v. 62, p. 385-402, 1987
- 18- Costa FOC, Pietrobon L, Fadel MAY, Regis Filho GI. Doenças de caráter ocupacional em cirurgiões-dentistas: uma revisão da literatura. In: 26 ENEGEP, 2006, Fortaleza.
- 19- Cottone JA, Terezhalmay GT, Molinari JA. Practical infection control in dentistry. Philadelphia: Lea & Febiger. 1991. 286 p.
- 20- DISCACCIATI, José Augusto César et al. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho do cirurgião-dentista. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 3, p. 84-87, 1998.
- 21- FANTINATO, V. Manual de esterilização e desinfecção em odontologia. 1.ed., São Paulo: Editora Santos, 1994.
- 22- Farinassi JA. Biossegurança no ambiente odontológico. SOTAU R. Virtual Odontol.2007;1(3):24-30.
- 23- FASUNLORO, A. OWOTADE, F. J. Occupational hazards among clinical dental staff. J Contemp Dent Pract. 2004; 5(2): 1-10.
- 24- Gonçalves PMJ, Pordeus IA. Controle da infecção cruzada na prática odontológica por periodontistas de Belo Horizonte. Periodontia. 1997;6(1):34-40.

- 25- Hardie J. HIV/AIDS and Infection Control Practices in Dentistry: A Rebuttal. J Can Dent Assoc. 1999 June; 65(6) : 337-340.
- 26- Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice. J Am Dent Assoc. 1996 May.127(5):672-680.
- 27- Jorge AOC. Princípios de Biossegurança em Odontologia. Rev. biociênc. 2002 jan/jun; 8(1): 7-17.
- 28- Medeiros UV, Souza MIC, Bastos, LF. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. Rev Bras Odontol. 2003; 60(4): 277-280.
- 29- MONARCA, S. et al. Evaluation of environmental bacterial contamination and procedures to control cross infection in a sample of Italian dental surgeries. Occupational and Environmental Medicine, London, v. 57, n. 11, p. 721-726, 2000
- 30- NORTE, Região et al. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids.
- 31- Pagnocelli RM. et al. Manual de biossegurança dos Ambulatórios da Faculdade de Odontologia da PUCRS: Comissão de Biossegurança. [manual]. 2006 [capturado 2009 mar 16]; 2.ed.:[28 telas] Disponível em: <http://www.pucrs.br/uni/poa/odonto/manual.pdf>
- 32- PAZ, C. D. P. et al. Precauções-Padrão e riscos ocupacionais. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 39-53, 2006.
- 33- PIAZZA, Marcello et al. Contamination by hepatitis B surface antigen in dental surgeries. British medical journal (Clinical research ed.), v. 295, n. 6596, p. 473, 1987.
- 34- PIMENTEL, Marcele Jardim et al. Utilização dos equipamentos de proteção individual pelos acadêmicos de Odontologia no controle da infecção cruzada. Revista Brasileira de Odontologia, v. 66, n. 2, p. 211, 2010.
- 35- PITTET, D. et al. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. Lancet, v. 356, p. 1307-12, 2000a.
- 36- RAMACCIATO, J. C.; SILVA, A. S. F.; FLORIO, F. M.; CURY, P. R.; MOTTA, R. H.; TEIXEIRA, G.; Protocolo de biossegurança.Disponível em www.frf.usp.br. Visto em 27 de janeiro de 2007.

- 37- SALISBURY, D. M. et al. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. *American Journal of Infection Control*, v. 25, n. 1, p. 24-7, 1997.
- 38- SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. In: *Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos*. 2006.
- 39- SAMARANAYAKE, L. P. et al. Controle na Infecção para a equipe odontológica. 1ª edição. São Paulo. Livraria Santos Editora, v. 10, 1993.
- 40- Szymanska J. Microbiological risk factors in dentistry: current status of knowledge. *Ann Agric Environ Med*. 2005; 12: 157-163.
- 41- Thomas MV, Jarboe G, Frazer RQ. Infection control in the dental office. *The Dental Clinics of North America*. 2008 July;52(3):609-628.