



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araçatuba

Thaynara Barbosa de Araújo

**Conhecimento das Precauções Padrão, Prática
do Reencape de Agulhas e Condutas Frente a
Acidente com Material Biológico entre Equipes
de Saúde Bucal do Serviço Público Municipal de
Araçatuba-SP**

Araçatuba

2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araçatuba

Thaynara Barbosa de Araújo

**Conhecimento das Precauções Padrão, Prática
do Reencape de Agulhas e Conduitas Frente a
Acidente com Material Biológico entre Equipes
de Saúde Bucal do Serviço Público Municipal de
Araçatuba-SP**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho" – UNESP, como
parte dos requisitos para a obtenção do
título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Ronald Jefferson
Martins

Araçatuba

2017

Dedicatória

A **Deus**, que foi tão maravilhoso e sábio me colocando sempre nos melhores caminhos, mesmo que não tão fáceis.

Aos meus pais **Luzimar e Gerônimo**, pela dedicação, amizade, companheirismo. Pelos agrados e principalmente desagradados que me fizeram crescer e me tornar a pessoa que sou hoje. Obrigada pela caminhada, pela luta, pela Vida. Aprendi com vocês a ter coragem, não desanimar e a saborear a vitória. Também sou grata por tudo que vocês planejaram e fizeram, por tudo que planejaram e não fizeram e pelo o que fizeram sem planejar. Obrigado pelas renúncias, pelas que sei e pelas que não sei que com certeza foram muitas. Perdão por tudo que fiz, por tudo que não fiz.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador, Professor Dr. **Ronald Jefferson Martins**, por todos os ensinamentos transmitidos e principalmente pela paciência e credibilidade voltadas a mim. Obrigada pela motivação e dedicação em todo esse caminho trilhado junto. Grata por tudo!

Aos **professores e funcionários** que de alguma forma estiveram envolvidos na graduação e se fizeram presentes à minha formação.

Ao **Nilton Cesar Souza**, que esteve sempre disposto a ajudar e a compartilhar suas histórias tentando melhorar o bom humor de cada dia.

A **Pró-Reitoria de Extensão (PROEX)**, pela bolsa concedida, com a qual foi possível realizar toda a pesquisa e deslocamento até as Unidades Básicas de Saúde do município de Araçatuba – SP.

Agradecimentos

A minha vó, **Maria do Carmo Araújo**, pelo exemplo de mulher e guerreira. Sempre me dando todo carinho e amor que poderia receber.

Ao meu tio, **Cláudio**, por ter sempre me incentivado a enfrentar os medos relacionados aos estudos e por todas as outras bondades.

Aos meus **tios e tias**, pela amizade e atenção sempre que necessária, ansiando sempre pelo meu melhor e bem estar.

A **Mayumi Domingues Kato**, obrigada por você existir! Por me oferecer sempre um ombro amigo sem pedir nada em troca, apenas a amizade. Por estar sempre ali em todos os momentos mesmo que em muitos, você não soubesse o que dizer, mas você estava ali e eu sabia que podia contar com você. Obrigada por aguentar meus surtos e minhas loucuras, não sei se sem você eu teria conseguido seguir em frente por várias vezes.

A **Marilía Bérnago**, obrigada amiga, apenas isso que eu tenho pra te falar. Quero te agradecer por todas as vezes que o seu abraço me confortou. Agradecer por todas as vezes que eu ligava para você chorando, e você me acalmava. Todos os sorrisos que você conseguiu tirar de mim quando me sentia perdida. Por todo o apoio, por todo o cuidado, por ter ficado todos os momentos ao meu lado mesmo eu não merecendo, obrigada por ter aguentado

minhas crises, e por ter me ajudado a segurar o mundo quando estava tudo desabando.

Aos meus amigos **Hugo Menegolo, Leonardo Raniel, Maria Luiza, Marisa Lucio, Priscila Vedoatto, Thainan Véscio, Victor Tosta, Heitor Cecilio, Mariana Saad, Vinicius Fernandes**, por todos os momentos desde o primeiro dia que nos conhecemos. Mesmo que cada uma de uma maneira diferente e cada um com sua história, a vida fez com que nossos caminhos continuassem traçados juntos até aqui e só desejo que esse não seja o fim dos nossos passos juntos. Obrigada por cada noite ou até mesmo dia que passamos unidos, não só em festas, mas também dando aquele apoio ao coração que todos aqui precisaram nessa longa jornada. Tudo que aconteceu entre nós tenha servido de aprendizado e fique como boas lembranças. Obrigada pelo amor de vocês!

A **Naiana de Melo Belila**, que com toda sua paciência e carinho sempre esteve ao meu lado, não só como membro da pós-graduação do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, mas também como amiga que estava sempre disposta a ouvir e ajudar.

“ Ama-se mais o que se conquista com esforço ”

Benjamin Disrael

Araújo, T.B. **Conhecimento das Precauções Padrão, Prática do Reencape de Agulhas e Conduas Frente a Acidente com Material Biológico entre Equipes de Saúde Bucal do Serviço Público Municipal de Araçatuba-SP.** 2017. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

As equipes de saúde bucal estão vulneráveis a ocorrência de acidentes biológicos pelo manuseio diário de materiais perfurocortantes contaminados com sangue e outros fluidos corporais de pacientes. Diante dessa constatação, esforços têm sido lançados para incentivar a adesão a medidas preventivas, denominadas Precauções Padrão (PP). O presente estudo objetivou verificar o conhecimento e adesão às precauções padrão, em especial a prática de não reencapar agulhas; as ações a serem tomadas diante acidentes e aspectos relativos à prevenção de infecções, pelas equipes de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares em saúde bucal) da rede pública de Araçatuba-SP. Além disso, observar a presença do recipiente de descarte de perfurocortantes, as condições de preenchimento (acima do nível recomendado ou não), sua localização (próxima ou longe do profissional) e os materiais descartados nos recipientes do grupo E, em todas as unidades de atendimento odontológico do município. Aplicou-se um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas direcionadas ao tema e uma ficha específica para coleta dos dados relativos aos recipientes de descarte. Dos 79 pesquisados, 60 responderam ao questionário, onde 33 (55%) eram cirurgiões-dentistas. 18 (31,6%) afirmaram que não existia um protocolo a ser seguido na unidade em que trabalhavam e 16 (26,6%) que não obtiveram orientação sobre como proceder em caso de acidente com material biológico. 34 (56,6%) profissionais não sabiam o que eram as PP e ainda 49 (81,6%) afirmaram não terem tido nenhum tipo de treinamento na unidade em que estavam trabalhando. 27 (44,9%) já sofreram algum tipo de acidente com material perfurocortante, contaminado ou sangue; sendo que 10 (16,7%) não solicitaram ao paciente fonte a realização de exames sorológicos e 9 (14,9%) não procuraram atendimento médico após o acidente. 43 (71,6%) afirmaram reencapar agulhas, usando as duas mãos 20

(33,1%), com a justificativa de não correr o risco de sofrer acidentes no transporte até o recipiente de descarte (40%). 44 (73,3%) desconheciam ou se equivocaram sobre quais os cuidados imediatos em caso de exposição cutânea ou percutânea, 52 (86,6%) não sabiam qual é o prazo máximo para início da quimioprofilaxia pós-exposição ao HIV, 39 (62,7%) o tempo de duração e 52 (86,6%) a eficácia. 41 (68,3%) não tinham conhecimento sobre a imunização contra hepatite B e 42 (69,9%) da não existência de medidas para redução dos riscos de transmissão do vírus da hepatite C pós-exposição. Quanto a Comunicação de Acidente de Trabalho, 31 (51,6%) afirmaram que não receberam orientação sobre a necessidade de preenchimento e 45 (74,9%) não sabiam o prazo máximo. Em relação à análise dos recipientes de descarte, (50%) se encontravam longe do responsável pelo descarte. Observaram-se 5.193 agulhas descartadas, sendo que (73%) se encontravam reencapadas, em um lado (55%), ou em ambos os lados (45%). Verificou-se o descarte incorreto de materiais não perfurocortantes, como tubetes anestésicos, embalagens plásticas, gaze; entre outros. Conclui-se que existe falha no conhecimento sobre precauções padrão e condutas em casos de acidentes com material biológico, além do incorreto descarte de materiais nos recipientes do grupo E.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde, Precauções Universais, Riscos Ocupacionais, Exposição a Agentes Biológicos, Agulhas, Ferimentos Penetrantes

Araújo, T.B. **Standard precautions knowledge, recapping needles practice and conducts before accidents involving biological material among oral health from the public service of Araçatuba city.** 2017. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

The oral health teams are vulnerable to the occurrence of biological accidents due to the everyday handling of blood contaminated sharpened materials. Before that finding, efforts have been launched to incentivate the adhesion of preventive measures, called Standard Precautions (SP). This study aimed at verify the knowledge and adhesion to the Standard Precautions, specially the not recapping needles practice; the actions to be taken before accidents and related aspects to infection prevention, by the oral health teams (dentist and auxiliary staff) of the public service in the Araçatuba city. Also, observe the presence of a sharp disposal container, the filling conditions (over the recommended level or not), the location (close or afar) and the discarded materials in the group E container, in every dental care unit in the city. Was applied a semi-structured questionnaire, with open and closed questions directed to the theme and an specific form to collect the data related to the disposal container. From 79 surveyed individuals, 60 answered to the questionnaire, where 33 (55%) were dentists. 18 (31.6%) of the surveyed affirmed that there was not a protocol to be followed in their work unit and 16 (26.6%) did not had orientation about how to proceed in case of a biological material accident 34 (56.6%) professionals did not know the SP and 49 (81.6%) affirmed not have received any training in their work unit. 27 (44.9%) already suffered some kind of accident involving contaminated sharpened material or blood, being that 10 (16.7%) did not asked to the patient for serologic tests e 9 (14.9%) did not reached for medical care after the accident. 43 (71.6%) affirmed to recap needles, using both hands 20 (33.1%), with the justification to not take the risk of an accident during the transportation to the disposal container (40%). 44 (73.3%) ignored or were wrong about the immediate care in cutaneous or percutaneous exposure, 52 (86.6%) did not know the maximum time to initiate the HIV post exposure chemoprophylaxis, 39 (62.7%) the duration and 52 (86.6%) the efficiency. 41 (68.3%) ignored about the immunization against HBV

and 42 (69.9%) the inexistence of reductive measures of risks of HCV transmission. As to the Employee's Report of Injury, 31 (51.6%) affirmed not have received the orientation about the need to fill out and 45 (74.9%) ignored the maximum time to submit it. About the disposal container analysis, (52%) were far from the discard charged person. Was observed 5193 discarded needles, being that (73%) were recapped, in one end (55%) or both ends (45%). Was verified that the incorrect disposal of not sharpen materials, as anesthetic tubes, plastic packaging, gauze, etc. Can be conclude that there is a failure in the knowledge about standart precautions and conducts before accidents involving biological material, besides the incorrect discard of materials in the container.

Keywords: Health Personnel, Universal Precautions, Occupational Risks, Exposure to Biological Agents, Needles, Wounds, Penetrating

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Variáveis sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, Araçatuba, 2015.	24
Tabela 2-	Número e porcentagem dos pesquisados segundo existência de protocolo e orientação em caso de acidente, conhecimento e treinamento das PP, Araçatuba, 2015.	26
Tabela 3-	Número e porcentagem dos pesquisados segundo acidente com perfurocortante e reencape de agulhas, Araçatuba, 2015	27
Tabela 4-	Número e porcentagem dos pesquisados segundo condutas tomadas após o acidente e aspectos relativos à prevenção de infecção, Araçatuba, 2015	28
Tabela 5-	Número e porcentagem dos pesquisados diante conhecimento sobre a CAT, Araçatuba, 2015	31
Tabela 6-	Número e porcentagem dos recipientes segundo tipo, preenchimento e localização do recipiente de descarte, Araçatuba, 2015	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aplicação do questionário.	21
Figura 2 - Localização dos recipientes de descarte em uma das unidades de atendimento odontológico.	22
Figura 3 - Separação dos resíduos descartados.	22
Figura 4 - Resíduos descartados.	22
Figura 5 - Agulhas separadas conforme tipo de reencape.	22
Gráfico 1- Percentual de agulhas segundo Reencape, Araçatuba, 2015.	33
Gráfico 2- Tipos de Reencape, Araçatuba, 2015.	33

LISTA DE ABREVIATURAS

AZT	Zidovudina
CAT	Comunicação de acidente de trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NAT	Notificação de Acidente de Trabalho
PP	Precauções Padrão
PU	Precauções Universais
RJU	Regime Jurídico Único
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
UAOs	Unidades de Atendimento Odontológico
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	Introdução	16
2	Objetivo	19
3	Matérias e Métodos	20
4	Resultados e Discussão	24
5	Conclusão	35
	Referências	36

1. INTRODUÇÃO

A prática odontológica abrange uma grande variedade de procedimentos com diferentes níveis de complexidade, levando o profissional a um íntimo contato com as secreções da cavidade bucal; como por exemplo, saliva, sangue e excreções das vias aéreas superiores, sendo considerados fatores de risco para a transmissão de infecções entre os profissionais e pacientes (KONKEWICZ, 2005).

São considerados como outros fatores de risco o manuseio diário de perfurocortantes e os aerossóis provenientes dos equipamentos rotatórios e ultrassônicos, além da atividade ocorrer em um campo restrito de visualização (GARCIA; BLANK, 2006).

As lesões percutâneas, que são aquelas que atravessam a pele, provocadas por instrumentos perfurocortantes; como agulhas, bisturis e fios de sutura montados, apresentam a maior probabilidade da ocorrência de infecções, sendo do indivíduo adquirir o HIV, em média, de 0,3% a 0,4%, a hepatite B de 6 a 30% e a hepatite C de 0,5 a 2% (RAPPARINI; REINHARDT, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A fim de minimizar o risco de acidentes ocupacionais com material biológico, a Center for Disease Control and Prevention (CDC) elaborou um conjunto de recomendações e condutas denominadas Precauções Universais (PU), hodiernamente denominadas de Precauções Padrão (PP) (ORESTES-CARDOSO et al., 2009; RAPPARINI; REINHARDT, 2010).

As PP são normas de prevenção que deverão ser utilizadas na assistência a todos os pacientes, independentemente do seu diagnóstico sorológico prévio, considerando a possibilidade de contato com quaisquer fluidos corporais, passíveis de conter agentes infectantes; como sangue, secreções, excreções, além da mucosa e pele não íntegra (GARNER, 1996).

Vale ressaltar que a associação de medicamentos antirretrovirais levou a melhora na qualidade de vida das pessoas HIV-positivo e diminuição da letalidade da doença, mas devido a perseverança do estigma, preconceito e discriminação, é grande o número de indivíduos assintomáticos que não revelam seu estado de soropositividade (DISCACCIATI et al., 1999; ALMEIDA E LABRONICI, 2007).

Outras medidas são a correta higienização das mãos, que pode ser considerada como a ação mais importante para prevenir e controlar as infecções nos serviços de saúde, pois reduz a população microbiana das mãos e interrompe a cadeia de transmissão de infecção entre pacientes e profissionais da área da saúde (ANVISA, 2011).

O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), entre eles: gorro, máscara, avental, luvas e óculos de proteção; são barreiras físicas com a finalidade de impedir a ocorrência de infecção cruzada e a contaminação do trabalhador da área da saúde. Também é indicado para o profissional um efetivo programa de imunização. Dentre as vacinas estão da hepatite B, influenza, tríplice viral e dupla tipo adulto; que devem ser fornecidas gratuitamente nos serviços públicos de saúde para os trabalhadores (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; SASAMOTO et al., 2010; VIEIRA et al., 2011; MARTINS et al., 2012).

Além disso, são importantíssimas recomendações preventivas de acidentes o não reencape de agulhas e descarte de materiais perfurocortantes em locais inadequados ou recipientes superlotados e transporte ou manipulação de agulhas desprotegidas (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; MARTINS et al., 2012).

Apesar do advento da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ter levado a uma maior preocupação em relação aos aspectos de biossegurança, atualmente podem ser verificadas condutas de risco, o que revela a carência de uma cultura de segurança no local de trabalho frente ao risco de contaminação biológica (DISCACCIATI et al., 1999).

Adotar as PP significa aderir a práticas preventivas, o que exige motivação e conhecimento técnico-científico. Segundo um modelo teórico que tenta explicar a adoção de condutas preventivas, o comportamento do indivíduo está relacionado a algumas crenças individuais, no qual aderir a um comportamento preventivo depende de variáveis psicológicas, entre elas:

- Percepção de Suscetibilidade: crença do indivíduo de se considerar suscetível a uma doença;
- Severidade Percebida: percepção subjetiva da associação entre problema de saúde e consequências da doença; por exemplo, morte e dor.

- Benefícios Percebidos: percepção de que uma ação preventiva pode evitar um problema de saúde.

- Barreiras Percebidas: percepção de aspectos negativos para a tomada de ação; como impedimentos, desconforto, custo de dinheiro e tempo (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2001; DELA COLETA 2010; MARTINS et al., 2015).

Em outro modelo, o indivíduo adota tais comportamentos preventivos em função de fatores individuais, relativos ao trabalho (obstáculos para seguir as PP e carga de trabalho) e fatores organizacionais (*feedback* das práticas seguras e ações gerenciais de apoio à segurança) (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2009; GONÇALVES et al., 2016).

Os acidentes com exposição a material biológico devem ser tratados como casos de emergência médica, devido o tempo entre a ocorrência do infortúnio e o início das medidas preventivas ser um fator crítico para a não ocorrência de infecções (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001; SASAMOTO et al., 2010; VIEIRA et al., 2011; MARTINS et al., 2012). Logo é primordial que a unidade de saúde tenha um protocolo a ser seguido pelos profissionais em caso de acidentes, além de oferecer treinamento para toda a equipe (RIBEIRO PHV, 2013; TIPPLE AFV, 2003; GIR E, 2008).

Baseado no que foi exposto, o trabalho foi realizado nas seguintes etapas:

- aplicação de um questionário a fim de analisar o conhecimento e adesão às precauções padrão, em especial a prática de não reencapar agulhas; as ações a serem tomadas diante acidentes e aspectos relativos à prevenção de infecções.

- análise da presença, localização, nível de preenchimento e do conteúdo dos recipientes de descarte de materiais do Grupo E, em especial das agulhas quanto ao reencape.

2. Objetivo

O presente estudo objetivou verificar o conhecimento e adesão às precauções padrão, em especial a prática de não reencapar agulhas; as ações a serem tomadas diante acidentes e aspectos relativos à prevenção de infecções, pela equipe de saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares em Saúde Bucal) da rede pública de Araçatuba-SP. Além disso, observar a presença do recipiente de descarte de perfurocortantes, as condições de preenchimento (acima do nível recomendado ou não), sua localização (próxima ou longe do profissional) e os materiais descartados nos recipientes do Grupo E, em todas as unidades de atendimento odontológico do município.

3. Matérias e Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo com uma abordagem quantitativa.

O universo da pesquisa constituiu-se por todos os profissionais da área odontológica (Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares em Saúde Bucal) alocados no sistema público de saúde bucal do município de Araçatuba-SP no ano de 2015, que compreende os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pronto socorro, Unidades de Atendimento Odontológico (UAOs) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Participaram do estudo apenas os que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não estavam de férias, folga ou licença médica durante o período da pesquisa.

Contatou-se inicialmente o Secretário Municipal de Saúde para informá-lo sobre os objetivos do estudo e posterior uso dos dados coletados, com o objetivo de obter sua colaboração para o desenvolvimento do mesmo. Os profissionais também foram esclarecidos quanto ao trabalho e sigilo das informações recebidas. Os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, constituído por questões sobre variáveis sociodemográficas para obtenção de informações gerais sobre os profissionais, tais como: idade, sexo, tempo de trabalho na profissão e na unidade odontológica. Além disso, questões sobre conhecimento e adesão das precauções padrão, reencape de agulhas, exposição ocupacional a material biológico e condutas que deveriam ser adotadas, além de aspectos relativos a infecções.

Realizou-se estudo piloto para adequação das questões com 10 cirurgiões-dentistas da rede privada do município.

Os questionários foram aplicados no momento das visitas às unidades odontológicas, onde também eram recolhidos os recipientes de descarte do Grupo E e deixados outros iguais montados e vazios, de capacidade total de 7,0 litros e útil de 5,3 litros. Caso os recipientes não se encontrassem cheios, eles eram retirados em outro momento após o contato por telefone do responsável pela unidade com os pesquisadores.

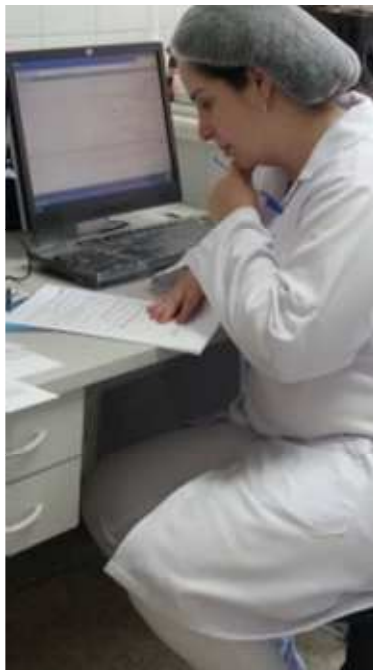


Figura 1 - Aplicação do questionário

Analisou-se a presença do recipiente de descarte de perfurocortantes na unidade, as condições de preenchimento do recipiente (acima do nível recomendado ou não) e sua localização (próxima ou longe do profissional); além do conteúdo por meio de ficha desenvolvida para este fim.



Figura 2 - Localização dos recipientes de descarte em uma das unidades de atendimento odontológico

Os recipientes foram transportados das unidades em que se encontravam para o Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESCO) da

Faculdade de Odontologia de Araçatuba para análise do conteúdo. Os pesquisadores utilizaram todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) indicados para o experimento (luvas de borracha grossa, jaleco de manga longa e óculos de proteção).



Figura 3 - Separação dos resíduos descartados



Figura 4 - Resíduos descartados

Primeiramente, as agulhas foram separadas uma a uma conforme o tipo de reencape (somente um lado ou ambos os lados) e de outros materiais descartados com a ajuda de uma pinça longa. Logo após, realizou-se a contagem das agulhas e análise dos materiais descartados, retornando o conteúdo para o mesmo recipiente, que foi lacrado e posteriormente recolhido pela empresa responsável.



Figura 5 - Agulhas separadas conforme tipo de reencape

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha do programa Excel, processados por meio do programa Epi Info™ 7 e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12.

4. Resultados e Discussão

Os dados obtidos e descritos no presente estudo foram coletados por meio de questionários autoaplicáveis retrospectivos, o que torna possível a superestimação da aderência dos sujeitos aos objetivos do estudo, uma vez que este tipo de instrumento de pesquisa é passível a vieses de memória e de resposta (GARCIA E BLANK, 2006).

No período da coleta de dados existiam no município 24 locais onde eram realizados atendimentos odontológicos. Em três locais não houve a coleta de dados devido no período estarem em reforma. Três unidades odontológicas eram localizadas na zona rural do município. Foram coletados no total 26 recipientes de descarte de perfurocortantes.

Dos 79 profissionais, 60 responderam ao questionário, sendo 33 (55%) cirurgiões-dentistas. A maioria era do sexo feminino (73,3%), na faixa etária entre 35 a 45 anos (41,7%) e possuíam de 21 a 30 anos de profissão (36,6%). Ainda 30 (50%) dos profissionais trabalhavam na unidade entre 1 e 5 anos.

(Tabela 1)

O maior número de profissionais do sexo feminino observado neste trabalho, em concordância com outros estudos (MARTINS, et al 2014; Martins et al., 2015), revela a ocorrência do processo de feminização das profissões da área da saúde, fato explicado pelo aumento do acesso às universidades pelas mulheres e consequentemente a postos de trabalho de melhor remuneração (MOIMAZ ET AL. 2003; GARCIA E BLANK, 2007; COSTA ET AL., 2010; MCKAY JC, QUIÑONEZ CR, 2012).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, Araçatuba, 2015

(continua)		
Variáveis	Número	Porcentagem
Categoria Profissional		
Cirurgião – Dentista	33	55
Auxiliar em Saúde Bucal	27	45
Total	60	100
Sexo		
Masculino	16	26,7
Feminino	44	73,3
Total	60	100

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, Araçatuba, 2015

		(conclusão)
Idade		
24 – 34	11	18,3
35 – 45	25	41,7
46 – 57	22	36,6
Não responderam	2	3,4
Anos de Profissão		
01 – 10	15	24,9
11 – 20	14	23,3
21 – 30	22	36,6
31 – 40	5	8,3
Não responderam	4	6,9
Total	60	100
Tempo de Trabalho na Unidade		
0 a 3 meses	5	8,3
3 meses a 1 ano	3	5,0
1 a 5 anos	30	50,0
5 anos ou mais	22	36,7
Total	60	100

Parte dos pesquisados afirmou que não existia um protocolo a ser seguido na unidade em que trabalhavam 18 (31,6%) e 16 (26,6%) que não tiveram orientação sobre como proceder em caso de acidente com material biológico, o que concorda com o achado de outro estudo (ORESTES-CARDOSO et al., 2009). Além disso, 34 (56,6%) profissionais não sabiam o que eram as PP e 49 (81,6%) afirmaram não terem tido nenhum tipo de treinamento em PP na unidade de trabalho (**Tabela 2**).

Esforços devem ser direcionados para a criação de protocolos pós-exposição com a finalidade de minimizar o tempo entre o momento do acidente com material biológico e o início das medidas preventivas para cada caso, fator crucial para que não ocorra a soroconversão (LOPES et al., 2004; GARCIA E BLANK, 2008). Além disso, é necessário que ocorram capacitações e treinamentos educativos direcionados a prevenção de acidentes e em PP, pois quanto maior o nível de conhecimento dos profissionais, maiores as possibilidades da adoção e emprego de medidas preventivas. (MARTINS et al, 2015).

Tabela 2 - Número e porcentagem dos pesquisados segundo existência de protocolo e orientação em caso de acidente, conhecimento e treinamento das PP, Araçatuba, 2015

Variáveis	Número	Porcentagem
Existência de Protocolo		
Sim	38	63,3
Não	18	31,6
Não responderam	4	5,1
Total	60	100
Orientação em caso de acidente		
Sim	43	71,6
Não	16	26,6
Não responderam	1	1,8
Total	60	100
Conhecimento sobre PP		
Sim	24	39,9
Não	34	56,6
Não responderam	2	3,5
Total	60	100
Treinamento em PP		
Sim	8	13,3
Não	49	81,6
Não responderam	3	5,1
Total	60	100

Em relação a acidente com material perfurocortante, material contaminado ou sangue, 27 (44,9%) afirmaram já terem sofrido algum tipo de infortúnio profissional, corroborando outros estudos que demonstraram alta ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em profissionais da odontologia (GARCIA E BLANK, 2006; GARBIN et al., 2009; SASAMOTO ET al, 2010). 43 (72%) disseram reencapar agulhas, justificando esta prática principalmente pelo motivo de não correr o risco de sofrer acidentes no transporte até o recipiente de descarte (49,9%), ação que predispõe o profissional a sofrer um acidente (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2001; BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2002; CHIODIET AL., 2007) **(Tabela 3)**.

A prática do reencape de agulhas pelos cirurgiões-dentistas é usualmente observada (BELISSIMO-RODRIGUES et al., 2006; MARTINS et al., 2012), conforme revelado neste estudo, apesar de ir contra as medidas preventivas preconizadas pelas precauções padrão e a Norma

Regulamentadora 32 (GARNER, 1996; BRASIL, 2005). Na prática odontológica, é utilizada a seringa carpule para a realização da anestesia, que normalmente necessita ser complementada e leva o profissional ao reencape, a fim de não a deixar exposta sobre a mesa clínica.

Atualmente, existem no mercado materiais com dispositivos de segurança que podem diminuir ou evitar a ocorrência de acidentes (GARBIN et al., 2012). A adoção destes materiais deverá ser realizada após estudos que comprovem a efetiva diminuição dos acidentes com perfurocortantes. (BRASIL, 2011; GARBIN et al., 2012)

Tabela 3 - Número e porcentagem dos pesquisados segundo acidente com perfurocortante e reencape de agulhas, Araçatuba, 2015

Variáveis	Número	Porcentagem
Acidente com Perfurocortante		
Sim	27	44,9
Não	32	53,3
Não respondeu	1	1,8
Total	60	100
Reencapa Agulhas		
Sim	43	71,6
Não	17	28,4
Total	60	100
Motivo do reencape*		
Não deixar agulha exposta na bancada	32	53,3
Não sofrer acidente no transporte	24	39,9
Proteger quem recolhe o recipiente de descarte	26	43,3
Outro motivo	2	3,3

*O entrevistado poderia selecionar mais de uma alternativa

A respeito das condutas tomadas após o acidente, 10 (16,7%) não solicitaram ao paciente fonte a realização de exames sorológicos e 9 (14,9%) não procuraram atendimento médico após o acidente. No caso de um infortúnio, o paciente-fonte (aquele com o qual ocorreu o acidente) deve ser orientado sobre a necessidade da realização de exames sorológicos, onde estariam indicados os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV, que caso fossem negativos, evitaria o início ou a manutenção desnecessária do

esquema profilático (BRASIL, 1999). 44 (73,3%) não sabiam quais seriam os cuidados imediatos em casos de acidentes com exposição percutânea e em mucosa. Observou-se também que 52 (86,6%) não conheciam o prazo máximo para início da quimioprofilaxia pós-exposição ao HIV, 39 (62,7%) o tempo de duração e 52 (86,6%) a eficácia. A indicação da quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional é baseada na avaliação do risco de transmissão do HIV, dependendo do tipo de acidente. Quando indicada, deve ser iniciada nas primeiras duas primeiras horas após o acidente, com o prazo máximo de 72 horas e 28 dias de duração. Estudos mostram um efeito protetor da quimioprofilaxia de 81% usando Zidovudina (AZT) (BRASIL, 1999).

41 (68,3%) não sabiam que nem todas as pessoas que receberam as doses da vacina contra Hepatite B estavam imunizadas e 11 (18,3%) o que deveria ser feito caso ocorresse um acidente e o indivíduo não fosse imune a Hepatite B. Em relação a prevenção dessa doença, nem todos os indivíduos que receberam as três doses da vacina tem "resposta à vacina" com o desenvolvimento de anticorpos, sendo o "não-respondedor" considerado susceptível a infecção, devendo ser utilizada imunoglobulina hiperimune. 42 (69,9%) dos pesquisados não tinham conhecimento se existiam medidas eficazes pós-exposição para redução dos riscos de transmissão do vírus da hepatite C. Na verdade não há nenhuma medida específica eficaz para reduzir esse risco (BRASIL, 1999) (**Tabela 4**).

Estes resultados mostram deficiência no conhecimento das condutas pós-exposição e de aspectos relativos à prevenção de infecções por cirurgiões-dentistas, corroborando outros estudos que mostram a mesma falha entre profissionais e estudantes da área (GARBIN, 2009; MARTINS, 2011).

Tabela 4 - Número e porcentagem dos pesquisados segundo condutas tomadas após o acidente e aspectos relativos à prevenção de infecção, Araçatuba, 2015
(continua)

Variáveis	Número	Porcentagem
Solicitação de exame ao paciente fonte		
Nunca sofreu acidente	32	53,3
Sim	18	30
Não	10	16,7

Tabela 4 - Número e porcentagem sobre condutas tomadas após o acidente e aspectos relativos à prevenção de infecção, Araçatuba, 2015

		(continua)
Total	60	100
Procurou atendimento médico após o acidente		
Nunca sofreu acidente	34	56,3
Sim	16	26,6
Não	9	14,9
Não respondeu	1	2,2
Total	60	100
Cuidados imediatos em exposição percutânea e cutânea		
Sim	10	16,6
Não	44	73,3
Não responderam	6	10,1
Total	60	100
Prazo para início da quimioprofilaxia HIV		
Imediatamente	5	8,3
12 Hrs	1	1,6
24 Hrs	4	6,6
36 Hrs	4	6,6
48 Hrs	4	6,6
72Hrs	6	9,9
Não sabiam	34	56,6
Não responderam	2	3,8
Total	60	100
Duração da quimioprofilaxia		
5 dias	1	1,6
15 dias	-	-
28 dias	19	31,6
45 dias	4	6,6
Não sabiam	34	56,6
Não responderam	2	3,8
Total	60	100
Eficácia da quimioprofilaxia		
30%	-	-
50%	-	-
80%	8	13,3
100%	8	13,3
Não sei	39	64,9
Não responderam	5	8,5
Total	60	100
Sobre a imunização da hepatite B		

Tabela 4 - Número e porcentagem sobre condutas tomadas após o acidente e aspectos relativos à prevenção de infecção, Araçatuba, 2015

		(conclusão)
Todos imunizados	16	26,6
Nem todos imunizados	28	46,6
Não sei	13	21,6
Não responderam	3	5,2
Total	60	100
Existência de medida para redução do risco de transmissão da hepatite C		
Existe	16	26,6
Não existe	7	11,6
Não sei	33	54,9
Não responderam	4	6,9
Total	60	100

Em relação ao recebimento de orientação sobre a necessidade do preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) na unidade em que trabalhavam, 31 (51,6%) profissionais afirmaram não terem recebido e 45 (74,9%) não sabiam o prazo máximo para o preenchimento da mesma, concordando com outros estudos (GARBIN et al., 2009; MARTINS et al., 2011).

O período para a comunicação varia conforme a categoria pública ou privada dos trabalhadores. No caso de funcionários dos Estados e Municípios deve ser observado o Regime Jurídico Único (RJU) específico. O profissional acidentado deverá comunicar imediatamente o superior imediato, que irá fazer um relatório para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Nesse relatório será descrito o acidente e emitida a CAT pelo médico que realizou o atendimento (MARTINS et al., 2014) **(Tabela 5).**

Vale ressaltar que todas as informações deverão ser preenchidas para que sejam fornecidos subsídios para o desenvolvimento de estratégias preventivas que minimizem a ocorrência dos infortúnios.

Tabela 5 - Número e porcentagem dos pesquisados segundo conhecimento sobre a CAT, Araçatuba, 2015

Variáveis	Número	Porcentagem
Orientação sobre preenchimento da CAT		
Não	31	51,6
Sim	27	44,9
Não responderam	2	3,5
Total	60	100
Prazo para preenchimento da CAT		
Sabiam	13	21,6
Não sabiam	45	74,9
Não responderam	2	3,5
Total	60	100

Os recipientes de descarte de perfurocortantes eram todos do Grupo E 25 (96,2%) e a grande maioria estava preenchido abaixo do nível especificado 24 (92,4%). 13 (50%) encontravam-se longe do responsável pelo descarte, sendo em 11 (42,3%) casos o profissional precisava se deslocar para descartar o perfurocortante **(Tabela 6)**.

Nos recipientes do Grupo E o nível de preenchimento deverá ser até a linha indicativa da capacidade útil do recipiente, indicada por uma linha tracejada no próprio recipiente (BRASIL, 2006). A fim de que não haja o favorecimento da manutenção da prática de reencapar, o recipiente deve estar localizado próximo do responsável pelo descarte, sem a necessidade que haja deslocamento (BREVIDELLI E CIANCIARULLO, 2001).

Na maioria dos casos, onde o profissional trabalhava com a ajuda de uma Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), o descarte da agulha era realizado pela auxiliar, o que denota uma situação de conformismo ou descomprometimento do cirurgião-dentista com a saúde da equipe, visto o alto nível de reencape observado (MARTINS, 2012).

Tabela 6 - Número e porcentagem segundo tipo, preenchimento e localização do recipientes de descarte, Araçatuba, 2015

Variáveis	Número	Porcentagem
Tipo do recipiente de descarte		
Grupo E	25	96,2
Não Possui	1	3,8
Total	26	100
Preenchimento do recipiente de descarte		
Acima do nível	1	3,8
Abaixo do nível	24	92,4
Não possui	1	3,8
Total	26	100
Localização do recipiente de descarte		
Próximo	12	46,2
Longe	13	50
Não possui	1	3,8
Total	26	100
Deslocamento do Profissional		
Andar até o outro lado	11	42,3
Levantar da cadeira	10	38,5
Não se desloca	4	15,4
Não possui	1	3,8
Total	26	100
Responsável pelo descarte		
Auxiliar em Saúde Bucal	19	76
Cirurgião-dentista	4	16
Ambos	2	8
Total	25	100

Foram contadas 5.193 agulhas, onde 3.790 (73%) se encontravam reencapadas, sendo 2.084 (55%) reencapadas de um lado e 1.706 (45%) em ambos os lados, corroborando outro estudo que mostra alto percentual da prática do reencape de agulhas. Também foi observado o descarte incorreto de materiais não perfurocortantes nos recipientes do Grupo E, entre eles: tubetes anestésicos, embalagens plásticas, algodão, gaze, espátula de madeira, filme radiográfico, sugador de saliva e fita de glicemia; entre outros (MARTINS, 2012) (**Gráficos 1 e 2**).

O reencape e a desconexão manual de agulhas é responsável por grande número de acidentes, sendo vedada a sua prática com uma ou ambas as mãos (Brasil, 2005). No presente trabalho, a observação do reencape nos dois lados, sugere a preocupação do profissional de saúde em proteger outros indivíduos em detrimento da própria segurança, que assume uma perspectiva distante e conflitante (Brevidegli e Cianciarullo, 2001; Brevidegli e Cianciarullo, 2009).

Gráfico 1 - Percentual de agulhas segundo reencape, Araçatuba, 2015

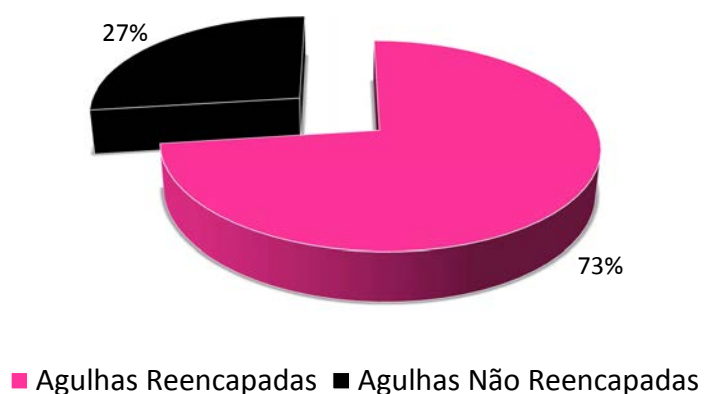
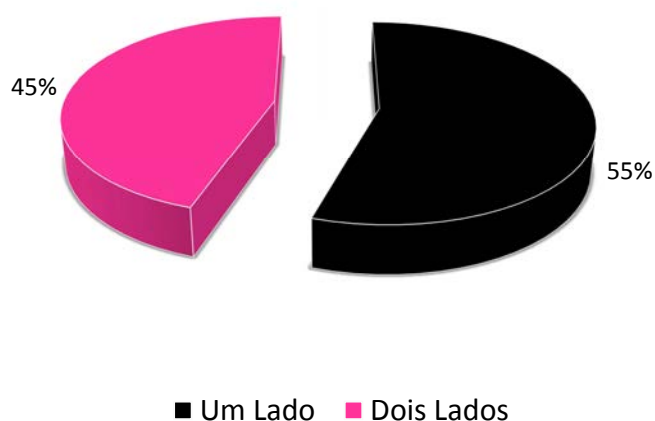


Gráfico 2 - Percentual das agulhas segundo tipo de reencape, Araçatuba, 2015



Os materiais não perfurocortantes encontrados descartados nos recipientes de perfurocortantes, revelam negligência em relação à finalidade do recipiente, o que leva a diminuição de sua vida útil e consequente aumento do gasto pela prefeitura municipal (MARTINS, 2012).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que existe falha no conhecimento sobre precauções padrão e condutas em casos de acidentes com material biológico, além do incorreto descarte de materiais nos recipientes do Grupo E.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MRCB, LABRONICI LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Cienc Saúde Colet** 2007; 12 (1): 263- 74.

BELLISSIMO-RODRIGUES F, MACHADO AA, MARTINEZ R. Paracoccidioidomycosis epide-13. miological features of a 1,000-case series from a hyper-endemic area on the Southeast of Brazil. **Am J Trop Med Hyg.** 2011;85:546-50

BRASIL. Ministério da saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário oficial da União** 2013; 13 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário oficial da união** 2011; 30 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministerio da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília: **Ministério da Saúde, 2006** – (Séria A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de condutas; Exposição ocupacional a material biológico: Hepatite e HIV [online]. Brasília: **Ministério da Saúde; 1999**. [Consultado 15 Agosto 2017]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_hepatite_hiv.pdf

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde do Trabalho em Estabelecimentos de Saúde (NR 32). [Consultado em 15 Agosto 2017]. Disponível em http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf

BREVIDELLI MM, CIANCIARULLO TI. Aplicação do modelo de Crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulhas. **Rev Saúde Pública.** 2001; 22(2):73-82 DOI:10.1086/501867

BREVIDELLI MM, CIANCIARULLO TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. **Rev Saúde Pública.** 2009; 43 (6): 907-916.

COSTA SM, DURÃES SJA, ABREU MHNG. Feminização do Curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc saúde colet.** 2010; 15 (supl.1): 1865-1873

DELA COLETA MF. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças** 2010; 18(1-2): 69-78.

DISCACCIATI JAC, NEVES AD, PORDEUS IA. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. **Rev Odontol Univ São Paulo.** 1999; 13(1): 75-82

GARBIN AJI, MARTINS RJ, ARCIERI RM. Recomendações para minimizar ou impedir a transmissão de agentes infecciosos. In: Garbin AJI, Garbin CAS, Rovida TAS. **Caminhos para uma odontologia segura: a prática com responsabilidade.** Guararapes – SP: Editora Gráfica Moço, 2012. P. 153-169.

GARCIA LP, BLANC VLG, BLANC N. Aderência a medidas de proteção individual contra a hepatite B entre cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10 (4): 525 – 536

GARCIA LP, BLANK VLG, 2006. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. **Cad Saúde Pública.** 22(1):97-108.

GARNER JS. Guideline for isolation precaution in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 1996;17(1):53-80. DOI:10.1086/647190

GIR E, CAFFER NETTO J, MALAGUTI SE, CANINI SRMS, HAYASHIDA M, MACHADO AA. Accidents With biological material and immunization against hepatitis B among students from the health área. **Rev Latino-am Enfermagem** **2008** maio/jun; 16 (3):401-16.

GONÇALVES, PRV ET AL. Influência dos fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais na adesão às precauções padrão por profissionais da odontologia. **Rev de Epidemiol e Control de Infec, Santa Cruz do Sul, v. 6**, n, 2, abr 2016 ISSN 2238-3360. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6539>. Acesso em: 10 jan, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6539>.

KONKEWICZ, L. R. **Controle de infecção em Odontologia**. Disponível em: <http://www.cih.com.br/controle_de_infec%C3%A7%C3%A3o_em_odontolo.htm>. Acesso em: 14 mar. 2005.

LOPES LKO, TIPPLE AFV, DAMANDO SN, MIRANDA CS, GOMES IV. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. **Rer Eletr Enfer**. [online] 2004 [citado dic 2010]; 6(3): 324-329. Disponível em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/02original.pdf>

MARTINS RJ, GARBIN CAS, GARBIN AJI, PRIETO AKC. Conhecimento e atitudes de profissionais da saúde frente à exposição ocupacional a material biológico. **Ciencia&Trabajo (Impresa)**, v. 13, p. 113-115, 2011.

MARTINS, R. J.2014MARTINS RJ, MOIMAZ SAS, GARBIN AJI, GONÇALVES PRV, GARBIN CAS. Prevalência de acidentes com material biológico em um município do noroeste de São Paulo, Brasil, no período de 2007 a 2011. **Ciencia&Trabajo**, v. 16, p. 93-96, 2014.

MARTINS, RJ;MOIMAZ, SAS; SUNDEFELD, MLMM;GARBIN, AJÍ;GONÇALVES,PRV;GARBIN, CAS. Adherence to standard precautions from the standpoint of the Health Belief Model: the practice of recapping needles. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v. 20, p. 193-198, 2015.

MCKAY JC, QUINÓNEZ CR. The feminization of dentistry: implications for the profession. **J Can Dent Assoc** 2012;78:c1.

MOIMAZ SAS, SALIBA NA, BLANCO MRB. A força do trabalho feminino na odontologia em Araçatuba –SP. **J Appl Oral Sci** 2003; 11(4): 301-305

ORESTES-CARDOSO SM, FARIAS ABL, PEREIRA MRMG, ORESTES-CARDOSO AJ, CUNHA JÚNIOR I. F. Acidentes perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia. **Rev bras saúde ocup.** 2009; 34(119): 6-14.

RAPPARINI C, REINHARDT EL, Manual de Implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: **Fundacentro**; 2010.

RIBEIRO PHV, BREVIDELLI MM, TIPPLE AFV. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. **Acta Paul Enferm** 2013; 26(2): 192-197. doi: 10.1590/S0103-21002013000200014.

SASAMOTO AS, TIPPLE AFV, LELES CR, SILVA ET, PAIXA EMM, SOUZA CPS, DOURADO LM. Perfil de acidentes com material biológico em uma instituição de ensino odontológico. **ROBRAC** 2010; 19 (50):251-257

TIPPLE, A. F. V. ET AL. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 11, n. 2, p. 245-250, mar./abr., 2003.

VIEIRA M, PADILHA ML, PINHEIRO RDC. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev Latino-Am Enferm.** 2011; 19(2): 332-33.

