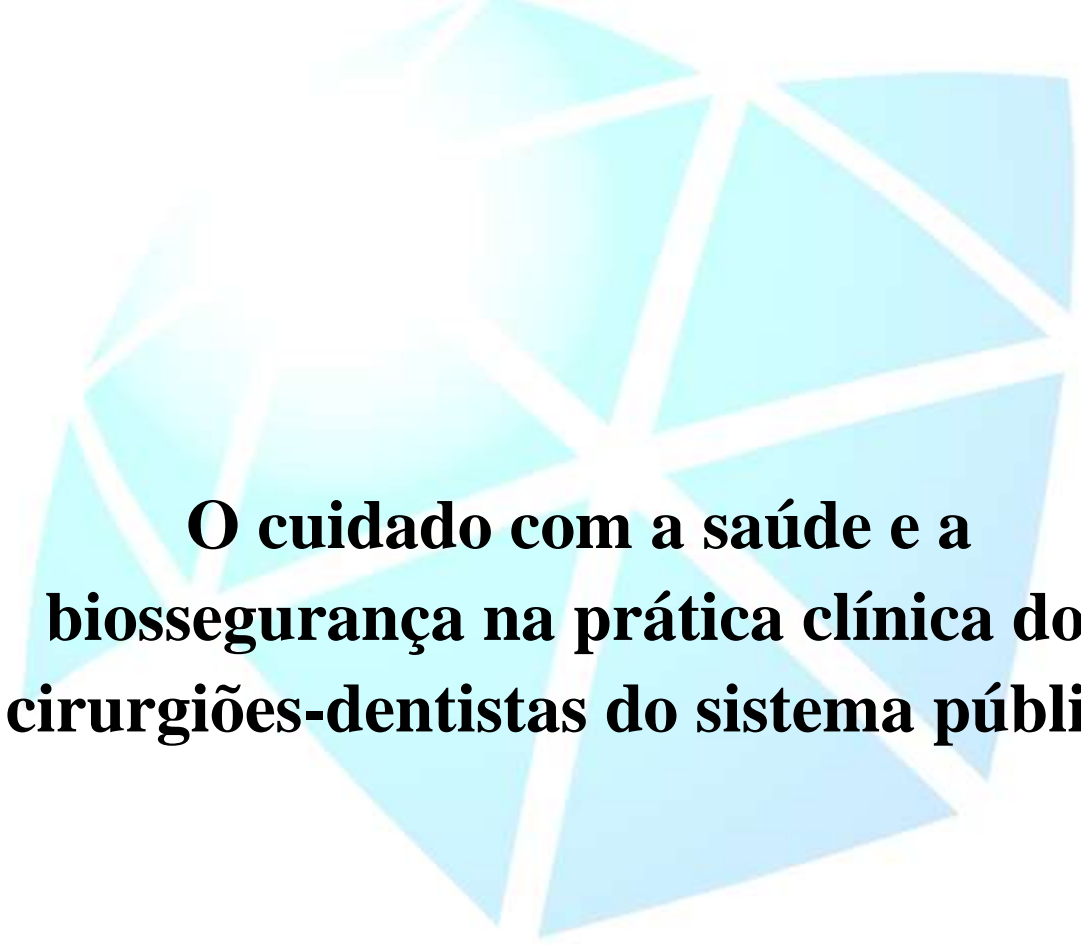


Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

GIOVANNA PAULINO DA COSTA



**O cuidado com a saúde e a
biossegurança na prática clínica dos
cirurgiões-dentistas do sistema público**

Araçatuba – SP

2016

Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

GIOVANNA PAULINO DA COSTA

**O cuidado com a saúde e a
biossegurança na prática clínica dos
cirurgiões-dentistas do sistema público.**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof^a Tit. Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba – SP

2016

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente esse trabalho a Deus, que me tem como filha e sempre me acolheu com tamanha bondade, pela proteção e cuidado ao longo de toda minha vida, pela fé e todo suporte espiritual que foram fundamentais para que eu conseguisse cursar esta faculdade e chegasse até aqui. À minha mãe Lília, por não medir esforços para que fosse possível a realização do meu sonho e por todo suporte, conforto e motivação que me proporcionou desde o início até o último ano da faculdade. Ao meu pai, Clemir, por me ajudar em momentos de angústias e incentivar a estudar, sempre me lembrando de que era capaz. Aos meus irmãos Ramiro e Leandro pelos momentos de descontração e pelo carinho especial o qual sempre tiveram comigo. À minha companheira Brisa que esteve comigo a maior parte da minha graduação e me alegra todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP pela excelência de ensino e por ter me dado a oportunidade de me tornar uma profissional.

Agradeço aos professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, por todo conhecimento que transferiram à mim e por dedicarem parte de suas vidas para minha formação. Em especial, meus mais sinceros agradecimentos à minha orientadora Prof.a Cléa Adas Saliba Garbin, pela condução segura do estudo, por seu bom-humor, seu incentivo e pelo grande carinho que sempre me recebeu.

Agradeço a todos os pacientes que se disponibilizaram para meu aprendizado e pela confiança depositada em mim para reabilitação de sua saúde.

Agradeço à doutoranda Isabella Dias pela disposição, paciência e o auxílio no TCC.

Agradeço a minha madrinha Marta que me ajudou de diversas maneiras durante a graduação e foi de fundamental importância para que conseguisse concluir meu TCC.

Agradeço a todos os familiares que de alguma maneira se preocuparam com minha formação e que me desejaram energias positivas para que conseguisse chegar até aqui.

Agradeço ao meu namorado Bruno, pela paciência que sempre teve comigo, por todo incentivo dado aos meus estudos e pelo companheirismo durante meus últimos 3 anos de graduação, e por todos os momentos bons que me proporcionou nesse período.

Agradeço aos meus amigos que vivenciaram comigo toda essa experiência e que sempre estiveram do meu lado durante toda a graduação, mesmo que em outras cidades, sempre me acalmando e divertindo nos momentos estressantes, em especial à Maria Fernanda, Gustavo e Jaqueline.

“Quando estiveres em oração, sorvendo a taça de angústia, na sentença que indicaste a ti próprio diante das Leis Divinas, roga a bênção da saúde e a riqueza da paz, a luz da consolação e o favor da alegria, mas pede a Deus, acima de tudo, o apoio da humildade e a força da paciência.”

Chico Xavier

COSTA, G. P. **O cuidado com a saúde e a biossegurança na prática clínica dos cirurgiões-dentistas do sistema público.** 2016. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento geral dos cirurgiões-dentistas do sistema público quanto às medidas de biossegurança adotadas nas unidades básicas de saúde e verificar seu entendimento sobre o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), além de retratar as consequências que os resíduos descartados inadequadamente podem causar aos próprios profissionais, a terceiros e ao meio ambiente. Desta forma, realizou-se uma pesquisa descritiva, de caráter transversal em um município de médio porte do estado de São Paulo. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado que versava sobre o perfil dos profissionais participantes e questões relacionadas ao conhecimento e cuidado com a biossegurança e o gerenciamento e manejo dos resíduos. A amostra foi composta por 61 Cirurgiões-dentistas. Do total dos profissionais, 77,04% afirmaram usarem o equipamento de proteção individual completo, porém 63,03% já foram expostos alguma vez a acidentes ocupacionais. Dos que já sofreram acidentes, 47,54% responderam que havia sido durante o atendimento ao paciente e somente 14,75% sabiam como proceder corretamente a um acidente com pérfuro-cortante. Quanto ao gerenciamento e descarte de resíduos, 73,77% alega ser sua responsabilidade, porém nenhum deles sabia informar onde e como descartar todos os materiais odontológicos. Conclui-se que apesar da maioria dos participantes afirmarem utilizar o EPI corretamente e reconhecer sua responsabilidade até mesmo no descarte correto, já foram expostos a acidentes principalmente durante o atendimento, evidenciando uma falta de cuidado e de informação. Espera-se contribuir para redirecionamento das suas ações, em busca de capacitações e treinamentos que permitam auxiliar na aquisição de competências diante dessa problemática.

Descritores: Biossegurança; Odontologia; Resíduos de Serviços de Saúde.

COSTA, G. P. **Care for health and biosecurity in clinical practice of dentists in the public system.** 2016. 33 f. Work Completion of course (Graduate Dentistry) - Faculty of Dentistry, State University Paulista, Araçatuba, 2016.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the general knowledge of the public system dentists about the biosecurity measures adopted in the basic health units and verify their understanding of the management of health services waste (RSS), and portray the consequences that waste improperly disposed of can lead to the professionals themselves, to others and the environment. Thus, there was a descriptive, cross character in a medium-sized municipality of São Paulo. For data collection we used a structured questionnaire which was about the profile of the professional participants and issues related to knowledge and care of biosafety and management and handling of waste. The sample consisted of 61 Dentists. Of the total of professionals, 77.04% said they use full personal protective equipment, but 63.03% have been exposed ever to occupational accidents. Of those who have suffered accidents, 47.54% said they had been during patient care, and only 14.75% knew how to properly carry out an accident with cutting and piercing. As for the management and disposal of waste, 73.77% claim to be his responsibility, but none of them could tell where and how to dispose of all dental materials. We conclude that although most participants claiming to use PPE correctly and recognize their responsibility even in the correct disposal, have been exposed to accidents especially during the service, indicating a lack of care and information. Expected to contribute to redirect their actions, seeking training and training to allow aid in acquiring skills on this issue.

Keywords: Biosafety; Dentistry; Health Services waste.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio demográficas dos cirurgiões-dentistas	17
Tabela 2	Cuidados dos cirurgiões-dentistas antes do atendimento	18
Tabela 3	Conhecimento dos cirurgiões-dentistas com a biossegurança aplicada no consultório	20
Tabela 4	Atitude dos cirurgiões-dentistas para manter a biossegurança da Unidade Básica de Saúde	21
Tabela 5	Ocorrência de acidentes ocupacionais com os cirurgiões-dentistas	22
Tabela 6	A imunização dos cirurgiões-dentistas	23
Tabela 7	Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o descarte de resíduos	24
Tabela 8	Avaliação do cirurgião-dentista sobre a responsabilidade no processamento dos materiais contaminados e descarte dos resíduos	26

LISTA DE ABREVIATURAS

CD	Cirurgião Dentista
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
RSS	Resíduos de Serviço de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	METODOLOGIA	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	16
5	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

A biossegurança é comumente empregada para caracterizar as ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos. De acordo com a Anvisa (2016) a definição de biossegurança é: “Condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.” A biossegurança visa à saúde das pessoas, animais e preservação do meio ambiente, além da qualidade de serviços que serão prestados, portanto é conceituada tanto como prática de prevenção quanto de eliminação de perigos em qualquer tipo de atividade (COSTA; COSTA 2010). Estas práticas são essenciais para que haja bem-estar e para que os indivíduos estejam cada vez menos expostos às consequências do progresso técnico-científico. As atividades de risco demonstram a participação fundamental da Biossegurança e sua abordagem de ciência multidisciplinar. (ALMEIDA, 2000). No Brasil, a composição dessa ciência como área ocorreu entre as décadas de 1970 e 1980. Atualmente, já atingiu o patamar preconizado pela Organização Mundial de Saúde no que se refere à biossegurança em saúde. (BINSFELD, 2004).

O cuidado com a saúde traz o compromisso para os profissionais de saúde em comprometer-se com a responsabilidade, organização, determinação e disciplina, com novos conhecimentos ligados a boas práticas (ENGELMANN et al. 2010). Dentre as profissões expostas a contaminação, a Odontologia está frequentemente sujeita à riscos por diversos agentes biológicos infecciosos, pois estão rotineiramente em contato com sangue e saliva, e podem contaminar-se no contato direto ou indireto com esses tipos de fluidos. Devido a grande capacidade de disseminação de doenças e possibilidade de infecção cruzada, tanto dentro quanto fora da área odontológica, se faz necessário praticar atitudes que diminuam o risco de contaminação. (Krieger, Bueno, Gabardo 2010)

Os microorganismos, presentes nos fluidos, podem causar infecções cruzadas quando são transportados por saliva ou sangue para os equipamentos odontológicos, seja por meio direto, respingamento ou pelo contato dos instrumentais infectados com a área de trabalho desprotegida. Apesar de inúmeras formas de transmissão da infecção cruzada, a forma mais recorrente é a formação de aerossóis pelas canetas de alta rotação e baixa rotação promovendo contaminação da área por partículas sólidas e líquidas suspensas no ar que são espalhadas pelo local. (SILVA, 2002 JORGE, 2006).

O manuseio dos elementos que podem trazer danos à saúde da população e ao meio ambiente realizados em campo clínico são completamente dependentes da responsabilidade e comprometimento do profissional, e este pode contribuir para um desenvolvimento mais sustentável cuidando do meio ambiente frente à adoção de medidas de Biossegurança (VARGAS; OLIVEIRA, 2007). As medidas adotadas na clínica odontológica para uma adequada biossegurança devem começar, por uma adequada anamnese do indivíduo, utilização de Equipamento de proteção individual (EPI) em toda equipe odontológica e no paciente, lavagem correta das mãos, assepsia das mãos. Além disso, é necessário um correto manuseio do material, desinfecção, esterilização, ergonomia e gerenciamento de resíduos, e a vacinação de toda a equipe odontológica estar em dia. (CARDOSO et al. 2008)

Baseando-se na classificação do Conselho Nacional do Meio Ambiente- CONAMA (2005), por produzir diversos tipos de resíduos enquadrados em diferentes grupos, a prática da Odontologia tem grande relação e está diretamente ligada a questões de sustentabilidade ambiental. Os resíduos biológicos como sangue ou líquidos corpóreos e restos de tecidos de provenientes de cirurgias fazem parte do grupo A. Já o grupo B é composto por resíduos químicos que podem ser tóxicos encontrados, por exemplo, no amálgama e nas lâminas de chumbo dos filmes radiográficos. O grupo C, no qual estão inseridos produtos que contém radionuclídeos, não se enquadram nos tipos de resíduos da odontologia por conterem materiais em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear. – CNEN (BRASIL, 2012). Os resíduos do grupo D são nomeados comuns, não apresentam risco algum à saúde da população e ao meio ambiente, são eles papéis e resíduos de gesso por exemplo. Por fim o grupo E corresponde aos materiais perfuro-cortantes, como lâminas de bisturi, agulhas desencapadas, limas endodônticas e fios de sutura.

Os resíduos sólidos são uma preocupação relevante para o meio ambiente devido a suas propriedades biológicas, químicas e físicas. O correto manuseio desses materiais é essencial, sendo composto pelas seguintes fases: segregação; acondicionamento; identificação; transporte interno; armazenamento temporário; tratamento; armazenamento externo; coleta e transporte externos e disposição final. Em relação à prática Odontológica, a Lei nº 12.305/10, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos que especifica essas etapas precisam ser obedecidas e devem ser seguidas igualmente tanto nas atividades

exercidas em um hospital quanto em um consultório particular (BRASIL, 2010). Por ser uma preocupação relevante da Biossegurança, os resíduos sólidos não podem ser analisados apenas no que diz respeito à disseminação de doenças infecciosas. É necessário comprometimento com a saúde do trabalhador e a preservação do espaço geográfico, propondo um gerenciamento adequado (GARCIA; ZANETTI-RAMOS, 2004; SANTOS, 2006). A separação dos resíduos desde o início das etapas é de suma importância, já que garante um resultado final correto e eficiente para esses elementos (DUTRA; MONTEIRO, 2011).

2. OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento geral dos cirurgiões-dentistas do sistema público quanto às medidas de biossegurança adotadas nas unidades básicas de saúde e verificar seu entendimento sobre o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).

Objetivo específico:

1. Avaliar os cuidados pré-atendimento, conhecimento e a atitude dos cirurgiões-dentistas com a biossegurança.
2. Avaliar a atitude dos cirurgiões-dentistas para manter a biossegurança e a ocorrência de acidentes ocupacionais com os mesmos.
3. Avaliar o conhecimento e a responsabilidade dos cirurgiões-dentistas sobre o descarte e o processamento de materiais contaminados.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal no qual todos os questionários foram obtidos entre 15 de Janeiro e 25 de Fevereiro de 2016. A coleta dos dados foi realizada na cidade de Limeira, interior paulista na região centro-leste do estado de São Paulo, a qual possui uma população estimada de 296.440 habitantes e faz parte de DRS X de Piracicaba. A pesquisa foi realizada dentro das Unidades básicas de Saúde (UBS) da cidade. Do universo amostral de 99 Cirurgiões-Dentistas ativos na rede pública de saúde, 61 profissionais aceitaram participar do estudo. Os profissionais foram avaliados por meio de um roteiro estruturado sobre conhecimentos gerais sobre a “Biossegurança na Odontologia”,

O questionário foi desenvolvido na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP e foi aplicado a todos os profissionais presentes que aceitaram participar e estavam em exercício da profissão no período em que foi aplicado. Os Cirurgiões-Dentistas responderam-no durante os atendimentos realizados nos estabelecimentos de Saúde da cidade, e no dia seguinte era recolhido pelo pesquisador para não atrapalhar as consultas em andamento.

Os participantes da pesquisa foram convidados a expressar seus conhecimentos gerais sobre Biossegurança como a utilização de EPIS; quantidade de troca dos materiais descartáveis: luva, máscaras, gorros; métodos de esterilização e sua frequência; relatos de contaminação com material infectado e suas condutas quando se perfuraram; descarte do lixo utilizado na UBS e seu destino final.

A preocupação com os princípios éticos esteve presente durante o trabalho, seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, este estudo foi aprovado pelo comitê de ética.

Foi realizada uma análise estatística e foram desenvolvidos tabelas, a partir dos dados obtidos pelo questionário aplicado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa, 61 cirurgiões-dentistas que atuam no setor público da cidade de Limeira e a partir de suas respostas foram estabelecidas tabelas de interpretação. Dentre os profissionais participantes, a maioria eram do sexo feminino (67,21%), em consonância com outros estudos como de Carneiro e Cangussu (2009), que identificou que 62,31% eram mulheres e Balsamo e Felli (2006) com 70,3%. O elevado índice de mulheres nos permite perceber que está ocorrendo uma `feminilização` da Odontologia. Em relação à idade, a predominância foi a faixa etária entre 41 e 50 anos, já a média dos estudantes da universidade Federal da Bahia foi 22 anos; a mínima 17 e a máxima 34 enquanto no estudo de Balsamo e Felli(2006), a maioria tinha de 23 a 25 anos (64,7%). Podemos também observar uma maior quantidade de profissionais que já atuam na profissão por um período de 20 a 30 anos, o que nos mostra que estes profissionais já tiveram contato com diversos casos e situações em que foram necessários conhecimentos relacionados à biossegurança, e com isso adquiriram muita experiência. Porém poucos profissionais preocuparam-se em obter uma formação complementar, como pós-graduação que somente 14 profissionais haviam realizado, dentre estes os cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades básicas de saúde da cidade, contrapondo-se com 44 que possuem apenas ensino superior completo.

Tabela 1. Características sócio demográficas dos cirurgiões-dentistas. Limeira, 2016.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	41	67,21%
	Masculino	19	31,15%
	Branco	1	1,64%
Idade	30-40	10	16,40%
	41-50	35	57,38%
	51-60	14	22,95%
	Branco	2	3,27%
Grau de instrução	Branco	3	4,92%
	Pós-graduação	14	22,95%
	Superior	44	72,13%
Tempo de formação	05 a 10 anos	5	8,20%
	10 a 20 anos	13	21,31%
	20 a 30 anos	30	49,18%
	+ de 30 anos	8	13,11%
	Branco	5	8,20%
Total		61	100%

De acordo com os resultados deste estudo, podemos observar que a maioria dos profissionais realiza a anamnese em todos os pacientes, porém existe uma minoria que não realiza anamneses e alguns que realizam apenas em determinados pacientes. É de responsabilidade de todo profissional da área da saúde realizar a anamnese já que por meio dela é possível que haja proteção do profissional assim como a do paciente, sem negligenciar ou descartar informações essenciais para o correto tratamento. A anamnese é de suma importância na odontologia visto que através dela é possível obter dados atuais e passados da saúde geral e odontológica do paciente. Pode-se também obter registro de doenças infecto-contagiosas, alergias, doenças sistêmicas, hábitos parafuncionais e estado de saúde geral e emocional do paciente. Todo paciente deve ser submetido a rigorosa avaliação e caso haja impossibilidade pelo paciente de fornecer esses dados, eles devem ser obtidos por meio de um responsável (Silva, Ribeiro e Risso, 2009).

Quanto a assepsia das mãos, 83,6% fazem-na antes e após o contato com o paciente, instrumentais e artigos, em contrapartida ainda existe profissionais que lavam suas mãos somente antes do contato com o paciente ou somente após o contato com os mesmos. A lavagem de mãos é fundamental para a diminuição de risco de transmissão de

microorganismos e pode diminuir até 80% do risco de infecções cruzadas, já que por meio dela é eliminada tanto a microbiota transitória quanto a microbiota residente. A lavagem deve ocorrer antes e após o calcamento de luvas e após qualquer contato com substâncias contaminado (Silva, Ribeiro e Risso, 2009).

Os materiais que fazem parte dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e são necessários o seu uso diário na rotina do cirurgião-dentista, como: luva, máscara, gorro, óculos de proteção e jaleco; 77 % de profissionais afirmaram fazer uso completo, porém 23% não faz uso de todos EPI's simultaneamente, destacando uma preocupação maior somente no uso das luvas e menor utilização de óculos de proteção e gorro. Em uma pesquisa semelhante, percebemos a falta de responsabilidade desde a graduação, onde foi identificado que 72,52% dos estudantes não faziam a utilização dos EPI's necessários diariamente (Carneiro e Cangussu, 2009). De acordo com Engelmann et al. (2010), os profissionais não estão sempre com a biossegurança completa no atendimento, a maior parte deles preocupa-se somente com máscara, gorro e óculos (86%), e relatam somente a importância de estar sempre com o jaleco no atendimento dos seus pacientes (96%). Faz-se necessário o uso completo de todo o aparato de proteção, cuidado ao manusear instrumentais e sua correta esterilização para evitar contaminações evitando assim qualquer acidente de trabalho (BERTI; MOIMAZ; AYRES, 2003).

Tabela 2. Cuidado dos cirurgiões-dentistas antes do atendimento. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Situações nas quais se realizam anamnese	Alguns pacientes	6	9,83%
	Branco	1	1,64%
	Não realiza	1	1,64%
	Todos	53	86,8%
Lavagem das mãos	Antes	4	6,56%
	Antes e após	51	83,60%
	Após	5	8,20%
	Outros	1	1,64%
Utilização diária dos EPI'S mais utilizados.	Completo	47	77%
	Incompleto	14	23%
Total:		61	100%

Para que ocorra sucesso na esterilização dos materiais e para um ótimo atendimento ao paciente, é necessário que a equipe odontológica esteja sempre atenta a seguir um exigente protocolo para a manipulação e armazenamento de materiais, pois é fundamental que antes de ser submetido à esterilização, o material esteja completamente limpo e embalado corretamente. O processo de esterilização quando não realizado adequadamente pode ser invalidado mesmo com a utilização de autoclaves de última geração. Faz-se necessário, também, a monitoração do processo de esterilização, embalagem e armazenamento cuidadoso dos materiais (Silva, Ribeiro e Risso, 2009).

Os profissionais foram questionados quanto à esterilização e 78,6% responderam utilizar somente autoclave, 14,7% afirmou realizar esterilização química seguida da autoclave e o meio menos utilizado foi somente a esterilização química. Engelmann et al. (2010) obteve resultados similares, onde foram observados que 98% dos profissionais também utilizavam autoclave, enquanto 10% tinham preferência por estufa mas 78% nunca a tinham utilizado. Os instrumentais utilizados na odontologia podem passar pela esterilização por métodos químicos ou físicos. (Howard, 1991). A esterilização química é feita por meio de líquidos esterilizantes que atuam agindo em contato longo com os materiais podendo representar alguns aspectos negativos visto que pode ocorrer uma recontaminação dos instrumentais devido a falta de controle do monitoração do procedimento e dificuldade de armazenamento do material.

Outra grande preocupação na manutenção da biossegurança do consultório é o controle de validade dos materiais e instrumentais utilizados. Porém os profissionais dão pouca importância a essa questão, 78,6% não souberam nem responder o motivo por qual se controla a validade, 4,9% falaram que era necessário mas não souberam justificar e 16% deram alguns justificativas vagas como a de que observa apenas a validade das limas endodônticas. Quanto à utilização da barreira de superfície no equipo odontológico e alguns materiais, 54% afirmaram utilizar alguma proteção, enquanto 46% não responderam. Dos profissionais que usam a barreira, a mais utilizada é o PVC, seguido do plástico, enquanto algumas pessoas fazem uso de materiais alternativos como prolipropileno e lençol descartável.

Tabela 3. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas com a biossegurança aplicada no consultório. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Método utilizado para instrumentação de matérias	Autoclave e esterilização química	9	14,75%
	Autoclave e outro	3	4,92%
	Esterilização química	1	1,64%
	Autoclave	48	78,7%
Motivo pelo qual se observa a validade	Branco	48	78,6%
	É necessário	3	4,91%
	Outros	10	16,40%
Barreiras utilizadas sobre as superfícies	Branco	28	45,90%
	PVC	6	9,84%
	PVC/Plástico	4	6,56%
	Plástico	4	6,56%
	Outros	19	31,14%
Total		61	100%

A partir dos resultados obtidos, podemos notar que a quantidade de instrumentos utilizados para atendimento diário é satisfatória, o que nos mostra que o atendimento não é interrompido por falta de material e por sua vez diminui o risco de utilização de instrumentais não esterilizados. Os profissionais relataram que quando à falta de instrumentais para o número de pacientes ocorre à remarcação (44,2%) e 42,6% afirmou nunca ter acontecido. A esterilização das UBS é majoritariamente realizada no início e no término do expediente (68,85%), o que nos leva a crer numa boa atuação a quantidade suficiente de materiais para o atendimento.

Retomando o assunto discutido anteriormente sobre conhecimento da validade dos materiais e barreiras utilizadas para a proteção dos lugares onde possa haver contaminação, os profissionais demonstram aqui ter uma atitude correta onde 72,1% observa a validade e 75,4% utiliza barreiras de superfície mesmo sem possuir justificativas para o uso como vimos na tabela 3.

Tabela 4. Atitude dos cirurgiões-dentistas para manter a biossegurança da Unidade Básica de Saúde. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Quantidade de materiais disponíveis no consultório	Branco	1	1,64%
	Suficiente	60	98,36%
Procedimento realizado quando há falta de instrumentais devido ao elevado número de pacientes	Esterilização	7	11,48%
	Remarca	27	44,26%
	Remarca ou esterilização	1	1,64%
	Nunca aconteceu	26	42,62%
Quantidade de vezes em que é realizada a técnica de esterilização	Início/término do expediente	42	68,85%
	Depende da necessidade	2	3,28%
	Duas manhã e uma tarde	5	8,20%
	Entre pacientes	8	13,11%
	Manhã e entre pacientes	1	1,64%
Observação do prazo de validade dos instrumentais	Uma vez	3	4,92%
	Não	17	27,87%
Utilização de Barreiras sobre as superfícies	Sim	44	72,13%
	Branco	1	1,64%
	Sim	46	75,41%
	Não	14	22,95%
	Total	61	100%

Os acidentes ocupacionais sempre foram um grave problema, principalmente em atividades de risco que possuem contato com instrumentos cortantes e fluidos contaminados. Comprovando uma realidade já aparente para o sistema de saúde, 63,93% dos cirurgiões-dentistas deste estudo já sofreram acidente de trabalho. Contrapondo-se com uma pesquisa realizada na Faculdade Federal da Bahia, 12,66% dos graduandos afirmaram já terem sofrido algum tipo de acidente e 24,45% já estavam atuando em estágio clínico em Unidades Básicas de Saúde (Carneiro e Cangussu, 2009). Esse dado pode ser explicado pela falta de segurança do profissional em tarefas de clínica geral, demanda do posto de saúde, sem a supervisão do tutor especialista de cada área como acontece durante a graduação, levando-nos a percepção da importância das formações complementares mesmo no atendimento básico.

O tipo mais acometido de exposição foi por injúria percutânea por agulhas ou materiais pérfuro-cortantes (67,21%), e em menor porcentagem por contato com áreas extensas, com sangue, tecidos ou outros fluídos que possam ser contaminantes. Os

instrumentais perfuro-cortantes são responsáveis por causar a maioria dos acidentes de exposição a material biológico, principalmente para os profissionais que trabalham com procedimentos invasivos, devido à grande utilização desses instrumentos diariamente. (Balsamo; Felli, 2006). Estes acidentes ocorreram em sua maior parte (47,54%) durante o atendimento, relacionado com a negligência por falta de atenção ao manipularem os instrumentais. Entretanto, a maioria deles sabia como agir corretamente frente ao acidente, mas suas respostas foram incompletas, por exemplo, apenas lavagem com água corrente da área de exposição, ou desinfecção com álcool, o que mostra uma falta de orientação e preparo dos cirurgiões dentistas frente a esses incidentes. Esses dados se assemelham com as situações ocorridas com estudantes, no estudo de Orestes-Cardoso et al, (2009), onde 76% de alunos que já haviam se perfurado abordados, apenas 34,2% procuraram o professor para receber as devidas orientações de como agir imediatamente, enquanto 63,7% fizeram limpeza com água e sabão da área contaminada. E 9,2% dos alunos ainda afirmaram não terem tomado nenhuma atitude profilática após o acidente e apenas 13,2% procuraram o serviço médico em primeira instância.

Tabela 5. Ocorrência de acidentes ocupacionais com os cirurgiões-dentistas. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Exposição do profissional a acidentes ocupacionais	Sim	39	63,93%
	Não	22	36,07%
Tipo de exposição sofrida	Contato com fluidos	2	3,29%
	Não sofreu exposição	18	29,50%
	Injúria percutânea	41	67,21%
Situação em que ocorreu o acidente ocupacional	Durante atendimento	29	47,54%
	Após atendimento	10	16,40%
	Não sofreu	22	36,06%
Atitude tomada ao se perfurar	Atitude incompleta	29	47,54%
	Atitude correta	9	14,75%
	Não sofreu	22	36,07%
	Branco	1	1,64%
Total:		61	100%

Em relação a imunização, 85,2% não responderam se realizavam vacinação De acordo com os resultados obtidos, enquanto os 14,8% dos profissionais responderam que a imunização é realizada para combater a hepatite B, a gripe, e outros disseram que a imunização só é

realizada quando há campanhas. A imunização tem-se como objetivo a proteção dos profissionais da área da saúde e sua equipe, assim como seus pacientes e familiares, além do controle de infecções (Silva, Ribeiro e Risso, 2009). O Ministério de Saúde (2006) e O Conselho Regional de Odontologia de São Paulo advertem que toda a equipe odontológica seja vacinada contra hepatite B, varicela zoster, difteria, tétano, sarampo, caxumba, rubéola, influenza, tuberculose (BCG) antes do início de atividades clínicas. Diante desses dados podemos perceber que a conscientização sobre a imunização contra principalmente a hepatite B em campanhas é muito grande, o que pode ser confirmado com o estudo de Engelmann et al (2010), que obtiveram resultados nos quais 96% dos 41 dentistas entrevistados tomaram a vacina contra a hepatite B, enquanto apenas 4% não se vacinaram. Além desses dados, uma pesquisa realizada com graduandos da Faculdade Federal da Bahia, mostrou que 51,75% dos alunos já tinham sido vacinados com as três doses.

Tabela 6. A imunização dos cirurgiões-dentistas. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Realização de vacinas	Branco	52	85,25%
	Para evitar contágio	1	1,64%
	Somente contra a Hepatite B	4	6,55%
	Somente contra a Gripe	3	4,92%
	Em campanhas	1	1,64%
A imunização deve ser realizada frequentemente	Branco	1	1,64%
	Não	6	9,84%
	Sim	54	88,52%
		Total: 61	100%

Ao avaliarmos a tabela 7, a seguir, identificamos que quase 100% dos profissionais conhece o meio e o local de descarte dos resíduos odontológicos. Todos eles, com exceção apenas de um profissional, sabiam que os perfuro-cortantes devem ser descartados na Descarpack e que os materiais contaminados em saco branco leitoso, como visto por Engelmann et al.(2009) onde 96% dos profissionais da sua pesquisa também realizavam o descarte correto. Todos os resíduos perfuro-cortantes devem ser devidamente separados para então descartá-los logo após o seu uso, no local de sua geração, em um recipiente rígido, resistente à ruptura e a vazamento, que possua uma tampa e que esteja claramente

identificado, como por exemplo: agulhas, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâmina de bisturi e similares (Donatelli, 2005).

Quanto ao destino final desses materiais já devidamente estocados em suas embalagens de descarte, nenhum profissional emitiu a resposta adequada. Essa confusão já se faz presente desde a graduação o que nos mostra do estudo de Oreste-Cardoso (2009), já que apenas os alunos do último ano sabiam da necessidade de segregação do lixo antes de seu despejo, porém desconheciam o seu gerenciamento. Ao se investigar esta questão com os estudantes de Brasília, observa-se que eles demonstram ter algum conhecimento sobre o assunto ao considerarem a incineração como parte do processo de descarte, apesar de não conseguirem descrever com precisão como o processo é realizado. De fato, é através do calor, o qual pode ser gerado pela incineração ou esterilização, que é feito o tratamento dos resíduos (Dutra e Monteiro, 2011) (Cardoso, Passos e Carneiro, 2015).

A Lei 12.305/2010, que define o gerenciamento como um conjunto de ações exercidas, direta ou indiretamente, nas etapas de coleta, transporte, tratamento e disposição final ambientalmente adequada desse material (BRASIL, 2010) Após a geração e segregação, os resíduos têm como fases de gerenciamento o acondicionamento, a coleta, o armazenamento, o transporte, o tratamento e a disposição final.

Tabela 7. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o descarte de resíduos. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Descarte de materiais perfuro-cortantes	Branco	1	1,64%
	Descarpak	60	98,36%
Local de descarte de materiais contaminados	Outros	1	1,64%
	Saco branco leitoso	60	98,36%
Destino do descarte de materiais odontológicos utilizados	Branco	11	18,03%
	Não soube informar	2	3,27%
	Informação incorreta ou deficiente	48	78,70%
Total:		61	100%

Por fim, tivemos como o intuito de fazer alguns questionamentos para avaliar o olhar do cirurgião-dentista quanto a responsabilidade do processamento dos materiais contaminados

e o descarte dos resíduos. Avaliamos que os processos de: pré-lavagem, limpeza do instrumental, secagem, embalagem, esterilização e armazenamento é feita na maioria das vezes pela equipe auxiliar (60,6%), seguido pelos próprios cirurgiões-dentistas (27,8%) e 11,4% pela secretária. Em contrapartida 73,7% dos profissionais se consideram responsáveis pelo descarte dos materiais pérfuro-cortantes e somente 36% considera-se responsável pelos materiais contaminados, passando a responsabilidade para o auxiliar ou o responsável pela limpeza. O encaminhamento do descarte foi uma questão que muitos não souberam responder (55,7%), somente 22,9% ainda identificaram como sua responsabilidade e o restante dividiu-se em passar essa responsabilidade para coordenador, auxiliar e a vigilância epidemiológica.

O gerenciamento e o descarte do lixo deve ser planejado e realizado visando uma menor produção de lixo e um correto destino ao que foi produzido, para que os trabalhadores estejam protegidos e para que nenhum risco seja oferecido ao meio ambiente e para a saúde pública. Portanto é do cirurgião-dentista ou das empresas prestadoras de serviços à responsabilidade de fazer corretamente o manejo dos resíduos, visto que se algum acidente com o material ocorrer no percurso estes serão responsabilizados. Em um grande estabelecimento, os RSS devem ser gerenciados por um profissional de nível superior, aprovado em conselho de classe, com apresentação da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) ou outro documento similar, enquanto em um estabelecimento menor, os RSS podem ser gerenciados por um Responsável Técnico. (Silva, Ribeiro e Riso, 2009).

Tabela 8. Avaliação do cirurgião-dentista sobre a responsabilidade no processamento dos materiais contaminados e descarte dos resíduos. Limeira, 2016.

Variáveis do estudo	Categoria	Frequência	Porcentagem
Responsabilidade pelo processamento de materiais contaminados	Cirurgião-dentista	17	27,87%
	Secretária	7	11,47%
	Equipe auxiliar	37	60,66%
O CD é responsável pelo descarte de materiais perfuro-cortantes?	Sim	45	73,77%
	Não	16	26,23%
Quem é o responsável pelo descarte dos materiais contaminados?	CD	22	36,09%
	Auxiliar	21	34,42%
	Responsável da limpeza	16	26,22%
	Outros	2	3,27%
Quem é responsável pelo encaminhamento do descarte	Branco	34	55,74%
	CD	14	22,95%
	Coordenador/Superior	7	11,47%
	Auxiliar	5	8,2%
	Vigilância	1	1,64%
		Total: 61	100%

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar da maioria dos participantes afirmarem utilizar o EPI corretamente, ainda existe certa resistência de alguns em relação a determinados EPI'S, como gorro e máscara. Os profissionais tomam o devido cuidado com a biossegurança nas suas práticas e reconhecem sua responsabilidade até mesmo no descarte correto porém já foram expostos a acidentes principalmente durante o atendimento, evidenciando uma falta de atenção e de informação. Espera-se contribuir para redirecionamento das suas ações, em busca de capacitações e treinamentos que permitam auxiliar na aquisição de competências diante dessa problemática.

A partir desse trabalho, espera-se contribuir para redirecionamento das ações dos profissionais, em busca de capacitações, treinamentos e a conscientização que permitam diminuir os danos aos pacientes e ao meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B. S.; ALBUQUERQUE, M. B. M. *Biossegurança: um enfoque histórico através da história oral* (Online), v. 7, n.1, p. 171-184, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000200009>. Acesso em: 19 dez 2015.
- BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 346-353, 2006.
- BERTI, M.; MOIMAZ, S. A. S.; AYRES, J. P. S. Métodos de controle de infecção cruzada: uma avaliação do emprego na prática odontológica. *Revista Paulista de Odontologia*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 30-33, 2003.
- BINSFELD, P. C. *Biossegurança em biotecnologia*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. 367 p.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. *Resoluções do CONAMA: resoluções vigentes publicadas entre setembro de 1984 e janeiro de 2012*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2012.
- BRASIL. Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF, 2010. *Diário Oficial da União*, 3 ago. 2010.
- CARDOSO, P. G. R *et al.* *Biossegurança na Policlínica Odontológica da Universidade do Vale do Paraíba* (Online). 2008. Disponível em: www.univap.br/graduacao/fcs/odonto/fcs_odonto.php. Acesso em: 22 mar. 2016.
- CARDOSO S. M. O.; PASSOS K. K. M.; CARNEIRO, R. O. Sustentabilidade Ambiental: nível de conscientização e atuação de estudantes de odontologia acerca da biossegurança e dos riscos provocados pelo descarte inadequado de resíduos sólidos. *Revista Ciências Médicas e Biológicas*. Salvador, v. 14, n. 1, p. 57-63, jan./abr., 2015.
- CARNEIRO, G. G. V. S.; CANGUSSU, M. C. T. Prevalência presumível, cobertura vacinal, conhecimentos e atitudes relativos à hepatite B em graduandos de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 38, n. 1, p. 7-13, 2009.
- COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. Educação em biossegurança: contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1741-1750, 2010.
- DONATELLI L. J. P. *Manual de Biossegurança – Odontologia*. Campo Mourão; Paraná, 2005. 105p.

DUTRA, L.M.A.; MONTEIRO, P.S. Gerenciamento de resíduos sólidos de um hospital de ensino em Brasília. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 22, n. 4, p. 305-314, 2011.

ENGELMANN, A. I.; DAÍ, A. A.; MIURA, C. S. N.; BREMM, L. L.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Avaliação dos procedimentos realizados por cirurgiões-dentistas da região de Cascavel-PR visando ao controle da biossegurança. *Revista de Odontologia Clínico-Científica*, Recife, v. 9, p.161-165, 2010.

GARCIA, L.P.; ZANETTI-RAMOS, B.G. Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: uma questão de Biossegurança. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 744-752, 2004.

HOWARD, W.J. The controversy of flash sterilization. *Today's OR Nurse*, Thorofare, n.13, p. 24-27, 1991.

JORGE, A.O.C. Princípios de Biossegurança em odontologia. (Online). 2002. Disponível em: <http://www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/downloads/principiosbio>. Acesso em: 12 de abril 2016.

KRIEGER D, BUENO R, GABARDO MCL. Perspectivas de biossegurança em odontologia. *Revista de Gestão em Saúde*, v.1, n. 2, p. 1-10, 2010.

ORESTES-CARDOSO, S. M. O.; FARIAS, A. B. L.; PEREIRA, M. R. M. G.; ORESTES-CARDOSO, A. J.; CUNHA JÚNIOR, I. F. Acidentes Perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 34, n. 119, p. 06-14, 2009.

SILVA, A. S. F.; RIBEIRO, M. C.; RISSO, M. *Biossegurança em Odontologia e Ambiente de Saúde*. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2009. 262p.

SILVA, C.R.G. Avaliação de desinfetantes de superfície utilizados em odontologia. *Revista Pesquisa Odontológica Brasileira*, v. 16, n. 2, p. 107-114, 2002.

VARGAS, L.A.; OLIVEIRA, T.F.V. Saúde, meio ambiente e risco ambiental: um desafio para a prática profissional do enfermeiro. *Revista de Enfermagem*. UERJ., Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 451-455, 2007

ANEXOS

ANEXO A- Questionário

Questionário para cirurgiões – dentistas

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Grau de

Instrução: _____

Atua como cirurgião dentista a quanto tempo: () 5 a 10 anos () 10 a 20 anos () 20 a 30 anos () >30.

1) Em que situações você realiza anamnese? () Em todos os pacientes () Apenas em alguns pacientes () Não realizo anamneses () outro.

Qual? _____.

2) Em quais circunstâncias é feita a lavagem das mãos? () Antes do contato com o paciente, instrumental e artigos

() Após o contato com o paciente, instrumental e artigos contaminados () Antes e após o contato com o paciente, instrumental e artigos () Outros.

Quais? _____.

3) Marque os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) mais utilizados no seu dia-a-dia: () Gorro () Máscara () Óculos () Luva () Jaleco () outro.

Qual? _____.

4) Quantas vezes ao dia a troca de máscaras, luvas e gorro é realizada: () uma () duas () de três a cinco ()

outro. Quantas? _____
_____.

5) Quem realiza o processamento de instrumentos contaminados (pré-lavagem, limpeza do instrumental, secagem, preparo, embalagem, desinfecção/esterilização e armazenamento)? () O próprio profissional () Equipe auxiliar

() Secretária () Outros. Quem?

_____.

6) Qual o método utilizado para esterilização de instrumentais? () Estufa () Autoclave () Esterilização Química (imersão completa em glutaraldeído a 2%) () outro.

Qual? _____.

7) Quais as soluções químicas mais utilizadas para desinfecção química? () Compostos clorados (hipoclorito de sódio) () Álcool etílico a 70% () Glutaraldeído a 2% () Tal procedimento não é realizado () outro.

Qual? _____
_____.

8) No consultório há quantidades suficientes de instrumentais para atendimento diário?

() Sim () Não

9) Quando ocorre um elevado número de pacientes e devido a isso há a falta de instrumentais clínicos, qual procedimento é adotado para atendê-los? () Remarca () Desinfecção () Esterilização () Nunca aconteceu ()
outro.Qual? _____
_____.

10) Quantas vezes ao dia é realizada a técnica de esterilização? () uma vez () Entre pacientes () No final da manhã e no final do dia () Apenas no início/término do expediente () outro.
Qual? _____.

11) Você observa o prazo de validade dos instrumentais? () sim () não. Porque?

_____.

12) São anotados os dados dos pacientes assim como seu histórico odontológico? () sim () não. Porque? _____
_____.

13) Nas superfícies de instrumentais usa-se barreiras como: folha de alumínio, plástico, PVC, polipropileno? () Sim () Não () outros.
Quais? _____.

14) Você já foi exposto alguma vez a acidentes ocupacionais? () Sim () Não

15) Se sim, a que tipo de exposição? () Injúria percutânea por agulhas ou materiais pérfuro-cortantes () Contato prolongado com mucosa ou pele não intacta () Contato com áreas extensas, com sangue, tecidos ou outros fluídos que possam ser contaminantes () outros.
Qual? _____.

16) Em que circunstância ocorreu a exposição acidental? () Durante atendimento ao paciente () Antes ou após atendimento ao paciente () outro.Qual?
_____.

17) Qual a atitude que foi tomada quando se perfurou? () lavagem com água corrente () desinfecção com álcool

() vacina () outra

Qual? _____.

18) A imunização contra os diversos tipos de contatos infectantes é realizada frequentemente através de vacinas? () sim () não.

Porque? _____.

19) Onde são descartados os objetos pérfuro-cortantes? () Descarpack () Outros. Quais?
_____.

20) Onde são descartados os materiais contaminados? () Saco branco leitoso () Outros.

Quais? _____
_____.

21) Quem é o responsável pelo descarte dos materiais? () o próprio cirurgião – dentista () auxiliar () responsável pela limpeza do consultório () outro. Quem?
_____.

22) Onde e como são descartados os materiais odontológicos como: materiais de moldagem, gesso, alginato, película radiográfica?

23) Qual o destino desse descarte?

24) É observado e tomado como responsabilidade do cirurgião – dentista o encaminhamento de descarte de resíduos que podem causar prejuízos quando em contato sem os equipamentos de proteção individual (EPIs)?

() sim () não. Quem é o responsável por isso? _____.

Obrigada pela participação!