

Avaliação das atitudes de prevenção de infecção cruzada através de inspeção visual nas clínicas de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

Assessment of the prevention's attitudes of cross infection by visual inspection in medical college of graduate of dentistry of Pernambuco – FOP / UPE

Gabriela Macedo de Freitas Oliveira¹, Gustavo de Aguiar Ribeiro¹, Priscilla Mata de Oliveira¹, Maria Eleonora de Araújo Burgos²

¹Acadêmicas da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE.

²Professora Adjunta. Doutora da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE.

DESCRIPTORES:

Odontologia; Controle de infecção; Biossegurança.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar as atitudes de prevenção de infecção através de inspeção visual nas clínicas de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE. A coleta de dados foi realizada através da técnica observacional, por meio de instrumento do tipo roteiro estruturado, o qual abordou aspectos, como: ambientes de trabalho; proteção da cadeira odontológica, equipo e unidade auxiliar para o atendimento e proteção do operador antes, durante e após a execução do trabalho. De acordo com os resultados, o ambiente de trabalho das clínicas da FOP apresentou falhas, não inviabilizando, contudo, a prática clínica. O controle de infecção cruzada por parte dos operadores foi inadequado.

Keywords:

Dental, Infection Control, Biosafety.

Abstract

This study aims to assess the attitudes of prevention of infection by visual inspection in nursing graduate of the Faculty of Dentistry of Pernambuco - FOP / UPE. Data collection was performed using observational, by type of instrument structured interview, which addressed issues such as work environments, protecting the dental chair team and auxiliary unit for the care and protection of the operator before, during and after the performance of work. According to the results, the working environment of the FOP had clinical failures, however, not detrimental to clinical practice. The control of cross infection by operators was inadequate.

349

Endereço para correspondência

Maria Eleonora de Araújo Burgos
Av. General Newton Cavalcanti, 1650 - Tabatinga - Camaragibe - PE/BR - CEP: 54753-220
Telefone: (81)34581088
Email: eleonoraburgos@uol.com

INTRODUÇÃO

O controle da infecção cruzada é a utilização do conjunto de todas as medidas de prevenção contra a contaminação. Os ambientes (clínicas, consultórios e laboratórios) e os processos de trabalho odontológico apresentam riscos de natureza física, química e biológica aos que frequentam tais ambientes e aos que nele trabalham¹. Órgãos internacionais reconhecidos mundialmente, como a American Dental Association (ADA), já vinham recomendando medidas para controle de infecção

cruzada nos atendimentos odontológicos. Porém, foi com a emergência da AIDS, no início da década de 80, que as comunidades de saúde foram alertadas para o real perigo da transmissão ocupacional de doenças infecciosas, iniciando-se um forte movimento para a adoção de um programa para controle de infecção cruzada nos serviços de saúde, visando reduzir os riscos tanto para os profissionais quanto para os pacientes².

Além do vírus HIV e os da hepatite B, C e D, outras moléstias infecciosas transmissíveis, como mononucleose, herpes simples I e II e tuberculose, são reconhecidas como uma

ameaça constante para os profissionais de Odontologia e seus pacientes³.

Os acidentes pontuais permanecem, ainda, como os maiores riscos de transmissão de HBV e HIV para os profissionais de saúde em geral e profissionais da Odontologia em particular através do contato com sangue, em virtude de que nem todos os pacientes portadores de HIV, HBV ou outros patógenos importantes podem ser identificados previamente à realização de um procedimento invasivo. Por isso, é recomendado que todos os pacientes, indiscriminadamente, sejam considerados potencialmente contaminados e que, consequentemente, precauções padronizadas sejam utilizadas em todos os procedimentos⁴.

Diante dessa nova realidade, o Ministério da Saúde passou a orientar que a estruturação dos serviços de assistência odontológica, para alcançar amplo impacto social, caracterizado pelo controle de infecção na sua prática, deve ser tratada no âmbito da reforma sanitária, de conformidade com o disposto na Constituição Brasileira, seção II, e nas leis federais 8.080, de 19/09/90 e 8.142, de 28/12/90.

Os protocolos propostos atribuem ênfase especial às barreiras de proteção contra microrganismos. Para os profissionais da saúde, recomendam o uso de avental, gorro, óculos, luvas e máscaras descartáveis. Para as pontas e certas superfícies (o encosto de cabeça, por exemplo), indicam o recobrimento com filmes plásticos, trocados no intervalo de cada atendimento. Para redução do número de partículas microbianas suspensas no ar, pode-se lançar mão do dique de borracha, associado ao sugador de alta potência⁵.

A vacinação é considerada uma das mais importantes medidas de prevenção de aquisição de infecções⁶. O dentista pertence ao grupo de risco para a Hepatite B, com incidência pelo menos três vezes maior que a população em geral. Para esse grupo, a forma mais efetiva de prevenção é a vacina⁷.

Em relação ao paciente, antes de iniciar qualquer intervenção, solicitar a este que faça um bochecho com solução antisséptica (por exemplo, digluconato de clorexidina a 0,12% - Periogard); realizar a antisepsia da face do paciente (aplicável a situações de preparo para cirurgia intrabucal); antes de inserir o isolamento absoluto, promover sempre a profilaxia dental, usando taça de borracha e uma pasta profilática ou pedra póme em pó veiculada em digluconato de clorexidina a 0,12%; sempre proteger o paciente e o próprio campo operatório com pano de campo descartável, óculos de proteção e fornecer um guardanapo de papel absorvente⁸.

No que diz respeito ao profissional e pessoal auxiliar, devem ser observados cuidados, como: lavagem das mãos com sabonete líquido de característica antisséptica, antes e após qualquer procedimento; secagem das mãos com papel toalha; uso adequado de EPI's e de luvas descartáveis, quando necessário. As luvas devem ser usadas em todos os procedimentos, com todos os pacientes. Também devem ser utilizadas para contato com materiais, instrumentos e equipamentos contaminados e durante o processo de limpeza desses materiais e do ambiente⁹. As máscaras devem ser com filtro duplo, descartáveis e de tamanho suficiente para cobrir completamente a boca e o nariz⁹. Os óculos com proteções laterais devem ser utilizados por todos os membros da equipe odontológica e pelo paciente^{9,10}.

De acordo com os cuidados aos instrumentos e materiais, é desejável a eliminação total (esterilização) ou, pelo menos, parcial (desinfecção) da carga microbiana dos instrumentos e materiais a ser empregados no tratamento dos pacientes⁸. Todo o processo de limpeza, desinfecção ou esterilização de materiais deve ser centralizado em um local especial, uma sala de tratamento de materiais². Os resíduos conta-

minados devem ser separados, identificados e colocados em saco plástico resistente, prevenindo seu espalhamento para o ambiente. Os resíduos perfuro-cortantes devem ser colocados em recipientes rígidos com boca pequena ou recipientes resistentes, sendo todo o material contaminado, descartado em condições específicas^{8,11}.

Alguns relatos na literatura têm demonstrado que as vias de transmissão de moléstias infecciosas, identificadas em um consultório odontológico, representam assunto de maior importância, porém estas vias não são levadas a sério pelos profissionais de odontologia. Estudos já identificaram deficiências dos acadêmicos dos últimos períodos dos Cursos de Odontologia de faculdade pública e privada bem como por parte dos profissionais formados em diferentes épocas, com relação ao controle de infecções no consultório odontológico¹², o que é agravado pela ausência de normas preestabelecidas e de regulamentação precisa para o exercício das diversas especialidades, fazendo com que a qualidade e segurança dos tratamentos decorram apenas do senso de responsabilidade de cada profissional. Portanto, para evitar que isso ocorra, o dentista deve seguir um programa efetivo de normas de assepsia, como: a) avaliação e proteção ao paciente; b) proteção pessoal; c) esterilização e desinfecção química; d) assepsia de equipamentos; e) destino adequado do lixo para material contaminado e perfuro-cortante, objetivando contribuir para um maior conhecimento da biossegurança. As atitudes de prevenção de infecção cruzada foram avaliadas através de inspeção visual nas clínicas de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado nas clínicas de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE (clínica 01 – dentística, cirurgia e periodontia / clínica 02 – endodontia e odontopediatria / clínica 03 – semiologia e cirurgia / clínica 04 – integrada e periodontia / clínica 05 – prótese). A população estudada foi composta por 87 estudantes de graduação da instituição citada. Foi considerada uma amostra censitária dos estudantes durante a realização de procedimentos clínicos. Estes foram escolhidos aleatoriamente, tendo-se o cuidado de uma pessoa não ser analisada mais de uma vez. A observação ocorreu durante o tratamento do paciente, em procedimentos não cirúrgicos, em sessões clínicas completas, sem que os operadores tivessem o conhecimento do propósito da avaliação, a fim de analisar o quão consistentes são seus procedimentos de controle de infecção. O Critério de Inclusão se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os operadores que não concordaram foram automaticamente excluídos do estudo. Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento do tipo roteiro estruturado, o qual abor dou aspectos, como: ambientes de trabalho; proteção da cadeia odontológica, equipo e unidade auxiliar para o atendimento e proteção do operador antes, durante e após a execução do trabalho, sendo os resultados referentes à observação dos alunos, comparados por sexo e período. Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e técnica de estatística inferencial (teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exat de Fisher). O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

A tabela 1 mostra os resultados referentes aos ambientes de trabalho das clínicas de graduação da FOP/UPE:

De acordo com os resultados, nenhuma clínica possuía: piso ideal; detergente líquido disponível em todas as pias; desinfecção ou proteção do cabeçote do aparelho de raios x;

Tabela 1 – Avaliação das condições do ambiente de trabalho nas clínicas pesquisadas

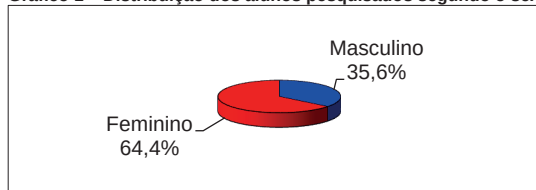
Variável	Sim		Não	
	n	%	N	%
• Tipo de piso ideal	-	-	5	100,0
• Torneiras acionáveis sem as mãos	1	20,0	4	80,0
• Detergente líquido disponível em todas as pias	-	-	5	100,0
• Toalhas descartáveis	5	100,0	-	-
• Renovação de ar forma	5	100,0	-	-
• Forma de refrigeração (ar refrigerado)	5	100,0	-	-
• Sistema de sucção	5	100,0	-	-
• Desinfecção ou proteção do cabeçote de RX	-	-	5	100,0
• Separação do lixo contaminado	-	-	5	100,0
• Separação dos perfuro-cortantes	5	100,0	-	-
• Separação dos perfuro-cortantes – Coletor com paredes rígidas	1	20,0	4	80,0
• Separação dos perfuro-cortantes – Coletor da ANVISA	5	100,0	-	-
• Uso de amalgama	2	40,0	3	60,0
• Separação dos resíduos de amalgama	2	40,0	3	60,0
• Separação dos resíduos de amalgama – recipiente plástico	1	20,0	4	80,0
• Separação dos resíduos de amalgama – recipiente de vidro	1	20,0	4	80,0

separação do lixo contaminado. Todas as clínicas tinham: toalhas descartáveis; renovação de ar (sob a forma de ar condicionado); sistema de sucção; separação dos perfuro-cortantes (ANVISA).

Foi visto também que o número de equipes das cinco clínicas variou de 14 a 22, sendo que três clínicas tinham, no máximo, 06 pias, ou seja, a relação equipe/pia encontrava-se defasada. O número de lixeiras variou de 11 a 16, o que nos remete que o número de lixeiras também não era compatível com o número de equipes.

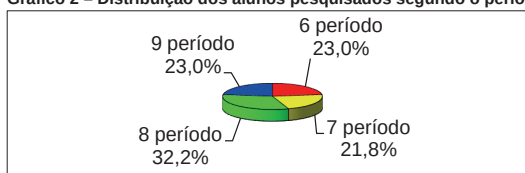
Entre os 87 alunos pesquisados, 31 (35,6%) eram do sexo masculino, e 56 (64,4%), do sexo feminino, como se ilustra no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos alunos pesquisados segundo o sexo



Do grupo pesquisado, 20 (23,0%) estavam cursando o 6º período, 19 (21,8%), o 7º período, 28 (32,2%), o 8º período, e 20 (23,0%), o 9º período, como podemos ver no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos alunos pesquisados segundo o período



No que se refere ao preparo da cadeira odontológica, equipe e unidade auxiliar antes do procedimento, destaca-se que nenhum aluno fez: recobrimento do cabeçote do aparelho de raios x; desinfecção da mangueira do sugador. A maioria fez: recobrimento dos braços (87,4%); recobrimento das alças do refletor (94,3%); recobrimento das peças de mão: triplice (75,9%); recobrimento da bandeja auxiliar (97,7%) e mesa auxiliar (70,1%); usou ponta do sugador descartável (97,7%). Menos da metade dos alunos fez: recobrimento das peças de mão: alta rotação (40,2%) e micromotor (39,1%); recobrimento da mangueira do sugador (43,7%). A diferença significativa entre os sexos se deu apenas no que diz respeito ao recobrimento da mesa auxiliar que foi maior no sexo feminino, como podemos ver no Gráfico 3. Com relação aos períodos, os alunos do 6º/7º períodos foram mais cuidadosos no recobrimento da mesa auxiliar, e, além desse item, também foram mais cuidadosos no recobrimento das peças de mão (Gráficos 4 e 5).

Gráfico 3. Diferença percentual entre os sexos no que se refere ao recobrimento da mesa auxiliar

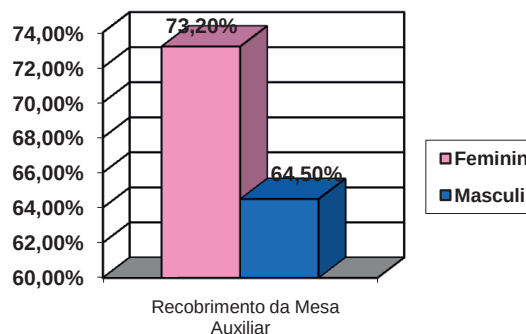


Gráfico 4. Diferença percentual entre os períodos no que se refere ao recobrimento da alta rotação.

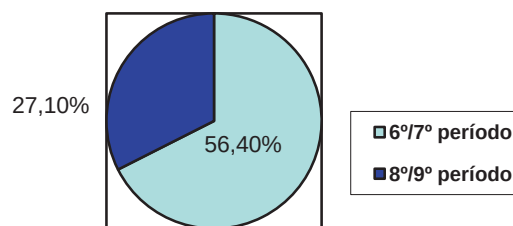
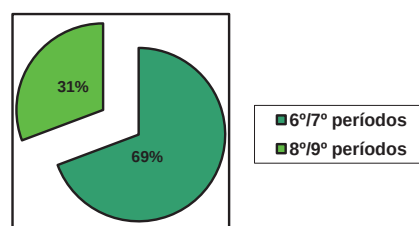


Gráfico 5. Diferença percentual entre os períodos no que se refere ao recobrimento do micromotor.



Com relação à proteção do operador antes do atendimento, destaca-se que a maioria utilizava protetor ocular com vedação lateral (78,2%). Todos utilizavam: jaleco; gorro; máscara; luvas. Mais da metade utilizava babador (57,3%); retirava jóias/relógio antes do atendimento (51,7%); lavava as mãos antes do atendimento (58,6%); colocava saco de lixo no porta-detritos (63,2%). A maioria não desinfetava os objetos que ficavam sobre o equipo (85,1%); não fornecia antisséptico para bochechos (67,8%). Relacionando os sexos, as mulheres se mostraram noivamente mais cuidadosas em alguns itens (fornecimento de antisséptico para bochechos e colocação de saco de lixo no porta-detritos), como é mostrado no Gráfico 6. Com relação à diferença entre os períodos, tivemos uma lavagem das mãos antes do atendimento, significativamente superior entre os alunos do 8º/9º períodos, como está ilustrado no Gráfico 7.

O fato de os alunos do 8º e 9º períodos lavarem mais as mãos antes do atendimento nos remete à importância de a quantidade de pias ser compatível com o número de equi-

Gráfico 6. Diferença percentual entre os sexos no que se refere ao fornecimento de antisséptico e a colocação de saco de lixo no porta-detrítos

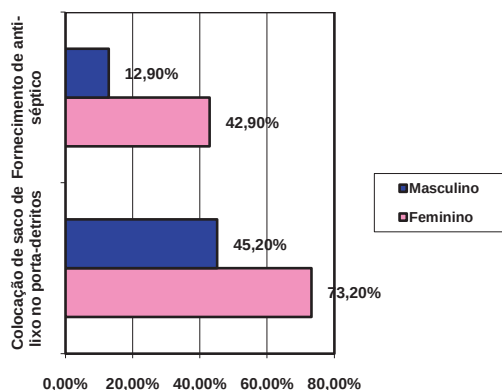
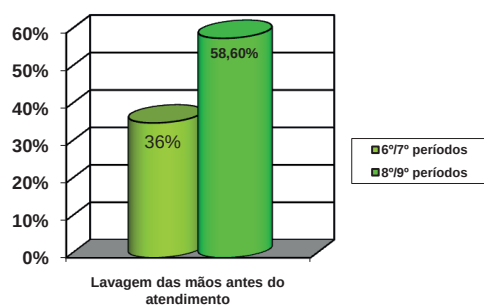


Gráfico 7. Diferença percentual entre os períodos no que se refere à lavagem das mãos antes do atendimento



isso, elas utilizam detergente/sabão próprios (pois o fornecido nas clínicas não é o ideal estando sempre muito diluído) e também se preocupando mais em lavar seus instrumentais com luvas de borracha, como mostram os Gráficos 8 e 9, respectivamente. As diferenças significativas entre os períodos podem ser resumidas na utilização de detergente/sabão próprio e na utilização de luvas para lavagem dos instrumentais (maior entre os alunos do 8º e 9º), como mostram os Gráficos 10 e 11.

Gráfico 8. Diferença percentual entre os sexos no que se refere à utilização de detergente/sabão próprio para lavagem dos instrumentais.

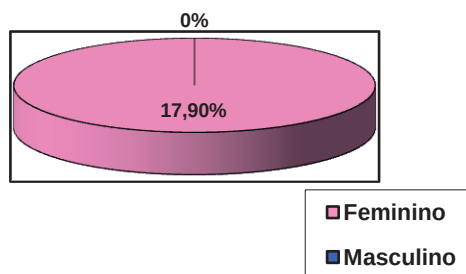


Gráfico 9. Diferença percentual entre os sexos no que se refere à utilização de luvas de borracha para lavagem de instrumentais.

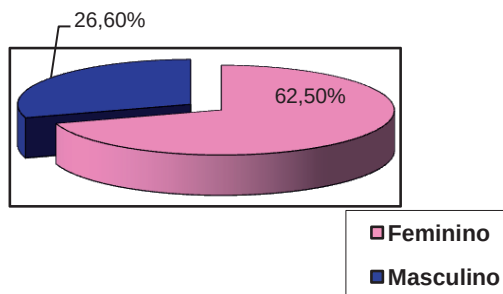


Gráfico 10. Diferença percentual entre os períodos no que se refere à utilização de detergente/sabão próprios para lavagem de instrumentais.

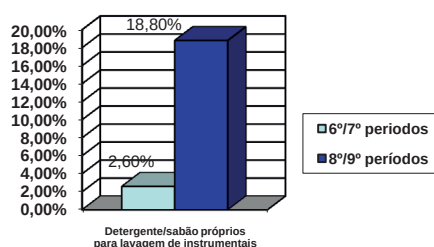
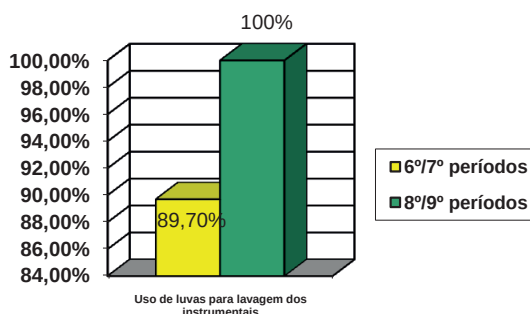


Gráfico 11. Diferença percentual entre os períodos no que se refere ao uso de luvas para lavagem dos instrumentais.



352 pos, uma vez que uma pia de fácil acesso ajuda no hábito da lavagem das mãos, o que pode ser comprovado em nossa pesquisa. Os alunos dos períodos referidos já estão na clínica integrada, em que o número de pias é compatível com o número de equipes.

Em relação às observações durante o atendimento, destaca-se que a maioria trocava no paciente (85,4%); trocava o envoltório da triplic (70,8%); desinfetava a alta rotação (55,3%) e micromotor (53,2%); descartava o babador (77,1%). Com exceção de um, os demais descartaram o sugador. Mais da metade trocava ou desinfetava o recobrimento da bandeja auxiliar (56,3%); lavava as mãos antes de trocar as luvas (53,3%). Nenhum aluno fez a limpeza da cuspideira. Para nenhum dos itens, verifica-se diferença significativa entre os sexos ($p > 0,05$). Os dados obtidos durante o atendimento não foram comparados por período, pois os alunos do 6º e 7º atendem, apenas, um paciente por turno, o que impede a comparação dos resultados.

Para as observações depois do atendimento, destaca-se que a maioria lavava os instrumentais com detergente/sabão da clínica (83,9%) e com luva de procedimento (51,7%); usava clorexidina (57,5%) para limpar/lavar/desinfetar as peças de mão; higienizava as mãos após o procedimento (83,9%). Todos os demais itens foram minoria, sendo que os percentuais foram menos elevados para uso de detergente/sabão próprio (11,5%) ou apenas água (1,1%) para lavagem de instrumentais; uso de polívidine (1,1%) ou água e sabão (5,7%) para limpar/lavar/desinfetar as peças de mão; lavagem de punho/antebraço (8,0%) e dorso (3,4%) no item de higienização pessoal. Para os procedimentos realizados após o atendimento, as mulheres mostraram mais uma vez ter mais atitudes preventivas para o controle de infecção. Para

CONCLUSÕES

Conforme as exigências dos serviços de vigilância vigentes, os ambientes de trabalho de todas as clínicas da FOP apresentaram falhas, sem, contudo, inviabilizar a prática clínica. A maioria dos alunos seguiu as normas para recobrimento dos equipamentos, falhando apenas no recobrimento dos cabeçotes dos aparelhos de raios x e dos botões de controle das cadeiras. Na proteção individual, todos utilizavam jaleco, gorro, máscara e luvas. A maioria utilizava óculos com vedação lateral. Falharam por não oferecerem antissépticos para os pacientes bochecharem antes do procedimento e por não desinfetarem objetos sobre o equipo. Quando foi comparada a diferença entre os sexos na conduta dos alunos, na maioria dos itens, não houve diferença significativa, exceto em alguns deles, em que as mulheres foram mais cuidadosas. Quando foram comparados os períodos, os alunos do sexto e sétimo foram mais cuidadosos em relação aos recobrimentos da mesa auxiliar, micromotor e alta rotação, porém os alunos do oitavo e nono períodos foram mais cuidadosos na lavagem das mãos. Ainda existem muitas negligências com o controle de infecções na conduta dos alunos pesquisados da FOP/UPE.

REFERÊNCIAS

1. Narvai PC. Texto de Apoio ao desenvolvimento de atividades didáticas do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Vigilância Sanitária e Saúde Bucal, 1998.
2. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odontol Univ 1999; 13 (1): 75-82.
3. Rodrigues MP, Sobrinho MD, Silva EM. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids, Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(2).
4. Machado GL, Kather JM. Estudo do controle da infecção cruzada utilizada pelos cirurgiões-dentistas de Taubaté, Taubaté. Rev. Biociênc. 2002; 8(1):37-44.
5. Cardoso Jorge A O. Princípios de Biossegurança em Odontologia. Rev. Biociênc. 2002; 8(1): 7-17.
6. Carmo MRC, Costa AMDD. Procedimentos de biossegurança em Odontologia. JBC J. Bras. Clín. Estét. Odontol 2001; 5:116-9
7. Angelo AR, Queiroga AS, Gonçalves LFF, et al. Hepatite B: Conhecimento e Prática dos Alunos de Odontologia da UFPB. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2007; 7(3): 211-216.
8. Konkewicz LR. Controle de Infecção em Odontologia. Anti-Sépticos e Desinfetantes. In: Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica para dentistas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1999; 221-231.
9. Costa MAF, Costa MFBDA, Melo NSFO. Biossegurança: ambientes hospitalares e odontológicos / Biosegurität: hospitalar and dental áreas, 2000. 130 p. ilus. (BR).
10. Tipple AFV. As Interfaces do Controle de Infecção em uma Instituição de Ensino Odontológico. Revista Eletrônica de Enfermagem 2002; 4(1): 67.
11. Russo EMA, Carvalho RCR, Lorenzo JL, Netto NG, et al. Avaliação da intensidade de contaminação de pontas de seringa triplice. Pesqui. Odontol. Bras. 2000; 14(3).
12. Cunha VJ, Rocha SC, Onofre MA, Campos AA, et al. Avaliação do controle da infecção cruzada nas clínicas de graduação do curso de odontologia. Rev. odontol. UNESP 1997; 2: 307-16 ilus.