MANUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO DAS CLÍNICAS E LABORATÓRIOS ESPECÍFICOS

CURSO DE ODONTOLOGIA

Newton

ORGANIZAÇÃO
Laís Sant'Ana Munari
Lívio de Barros Silveira

MANUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO DAS CLÍNICAS E LABORATÓRIOS ESPECÍFICOS

CURSO DE ODONTOLOGIA

Newton

©2019 O ORGANIZADOR
©2019 BY CENTRO UNIVERSITÁRIO NEWTON PAIVA

BELO HORIZONTE
2019

EXPEDIENTE

PRESIDENTE DO GRUPO SPLICE: Antônio Roberto Beldi
REITOR: João Paulo Beldi
RESPONSÁVEL ACADÊMICO: Fabiano do Prado Marques
DIRETORA DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: Jucimara Roesler
PROCURADORA INSTITUCIONAL: Glaucia Corrêa

GESTOR DO INSTITUTO DE HUMANAS: Maria Angela Brescia Gazire Duch
GESTORA DO INSTITUTO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE: Marcela Unes Renno
GESTORA DO INSTITUTO DE EXATAS: Regiane Burger

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA:
Profa. Dra. Veridiana Salles Furtado de Oliveira
Prof. Dr. Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha

RESPONSÁVEIS PELA EDIÇÃO EM 2013
INTEGRANTES DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA DO CURSO DE ODONTOLOGIA
Adriana Maria Vieira Silveira
Diele Carine Barreto Arantes
Keli Bahia Felicissimo Zocratto

RESPONSÁVEIS PELA ATUALIZAÇÃO EM 2018
INTEGRANTES DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA DO CURSO DE ODONTOLOGIA
Bruno César Ladeira Vidigal
Cláudia Lopes Brilhante Bhering
Jeane de Fátima Correia Silva
Lauriê Garcia Belizário
Lívio de Barros Silveira
Luiz Felipe Cardoso Lehman
Roberto Brígido de Nazareh Pedras
Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha

RESPONSÁVEIS PELA ATUALIZAÇÃO EM 2019
INTEGRANTES DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA DO CURSO DE ODONTOLOGIA
Laís Sant'Ana Munari
Lívio de Barros Silveira

APOIO TÉCNICO
NÚCLEO DE PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO NEWTON PAIVA
Ariane Lopes

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO 8

2. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA 8
2.1. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO UNIVERSAL 8

3. MEDIDAS DE PROTEÇÃO PROFISSIONAL 8
3.1. IMUNIZAÇÕES 8
3.2. CUIDADO DAS MÃOS 10
3.2.1. LAVAGEM DAS MÃOS 10
3.2.2. DEGERMAÇÃO DAS MÃOS 12
3.3. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) 12
3.3.1. LUVAS 12
3.3.2. AVENTAL 15
3.3.3. MÁSCARA 15
3.3.4. ÓCULOS DE PROTEÇÃO 16
3.3.5. GORRO 16
3.3.6. PROPÉ 17
3.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES PERFUROCORTANTES 17
3.4.1. PREVENÇÃO DE ACIDENTES 17
3.4.2. CONDUTA APÓS EXPOSIÇÃO ACIDENTAL 17
3.4.3. PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS APÓS ACIDENTE OCUPACIONAL POR MATERIAL BIOLÓGICO 18

4. MEDIDAS DE LIMITAÇÃO DE PROPAGAÇÃO DE MICROORGANISMOS NO AMBIENTE CLÍNICO 22
4.1. PREPARO DO PACIENTE 22
4.2. PREPARO DO AMBIENTE CLÍNICO 22
4.2.1. LIMPEZA 22
4.2.2. DESINFECÇÃO 22
4.2.3. PROTEÇÃO COM BARREIRAS 23

5. MEDIDAS PARA USO SEGURO DE INSTRUMENTAIS, MOLDES, MODELOS E PEÇAS ANATÔMICAS 23
5.1. CUIDADO COM OS INSTRUMENTAIS 24
5.1.1. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTAIS 24
5.1.2. EMPACOTAMENTO MANUAL DE BIOSEGURANÇA 24
5.1.3. ESTERILIZAÇÃO 26

5.2. CUIDADOS COM MOLDES E MODELOS 27

6. MEDIDAS PARA DESCARTE DE LIXO E RESÍDUOS DAS CLÍNICAS 28

7. ROTINA DOS PROCEDIMENTOS NAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS 28
7.1. ORIENTAÇÕES AOS ALUNOS 28
7.2. ORIENTAÇÕES AOS PROFESSORES 30
7.3. ORIENTAÇÕES ÀS AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL (ASB) 31
7.4. ORIENTAÇÕES AOS AUXILIARES DE LIMPEZA 32

8.ANEXOS
8.1.ANEXO I- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL DE MATERIAL BIOLÓGICO 34
8.2. ANEXO II- TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO 36

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 37

APRESENTAÇÃO

Prezado (a) aluno (a),

Este é o Manual de Controle de Infecção das Clínicas e Laboratórios Es- pecíficos do Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. Ele foi desenvolvido com o objetivo de estabelecer normas de condutas, para prevenir e controlar infecções cruzadas na prática odontológica e está dire- cionado aos alunos, professores e funcionários dos Laboratórios e Clínicas Odontológicas.

Nele, você encontrará informações gerais sobre os procedimentos relati- vos às normas de biossegurança adotados por esta Instituição, que são de suma importância para seu desenvolvimento acadêmico.

Seja bem-vindo!

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

1. INTRODUÇÃO

Há décadas, pesquisadores têm alertado os profissionais da saúde do potencial risco de adquirir infecções durante o tratamento do paciente. Dentre esses, os cirurgiões-dentistas apresentam grande risco ocupacional de infecções cruzadas, devido algumas peculiaridades inerentes à profissão, tais como: ambiente restrito de trabalho; grande proximidade com o paciente e sua cavidade bucal, que apresenta um comple- xo ecossistema microbiano; exposição à saliva, sangue e fluidos contaminados; ma- nipulação de instrumentais perfurocortantes; utilização de ar, spray e canetas de alta rotação que favorecem a formação de aerossóis; linhas de água sujeitas à formação do biofilme.

Uma grande variedade de microorganismos presentes na cavidade bucal pode ser patogênica e transmitir doenças infecto-contagiosas. Entre as doenças de reconhecida transmissão ocupacional na prática odontológica destacam-se a Hepatite B – como a de maior risco de transmissão, o Herpes – como a de maior frequência e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA, AIDS), que apesar do pequeno risco ocupacional, é a que mais amedronta e mobiliza os profissionais para a adoção de medidas de precaução padrão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Inquéritos sorológicos, realizados em diversos países, demonstram quase sempre uma maior prevalência de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) em dentistas do que na população geral, especialmente entre as especialidades cirúrgicas (CLEVELAND,1999). O risco de se adquirir HIV é de aproximadamente 0,3%, após exposição percutânea; e de 0,09% após uma exposição mucocutânea, em situações de exposição a sangue. A probabilidade de infecção pelo VHB é significativamente maior que pelo HIV em exposição percutânea, podendo chegar a 40%. Para o vírus da hepatite C (VHC), o risco médio varia de 1% a 10% (CLEVELAND, 1999).

2. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

2.1. MEDIDAS DE PRECAUÇÃO-PADRÃO

São um conjunto de medidas de controle de infecção, adotadas universalmente, com o objetivo de reduzir o risco ocupacional e a transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde. Essas medidas obedecem ao princípio dos veículos de transmissão de patógenos, podendo ser o sangue ou qualquer fluido corporal, incluindo a saliva.

O termo “Precaução-padrão” reflete o princípio no qual as medidas de biossegurança devem ser adotadas para o atendimento de todos os pacientes, dentro de um conceito universal, independentemente de diagnóstico prévio e em todas as situações de tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

3. MEDIDAS DE PROTEÇÃO PROFISSIONAL

3.1. IMUNIZAÇÕES

As imunizações reduzem o risco de infecção, sendo portanto, um mecanismo de proteção tanto à saúde do profissional quanto de seus pacientes e familiares.

Vacinação contra Hepatite B

Sendo a hepatite B uma doença infecciosa de risco ocupacional, recomenda-se que todos os profissionais e estudantes de odontologia sejam vacinados.

Duas vacinas são aprovadas no Brasil. Uma de plasma derivada (1ª geração) e a outra DNA recombinante (2ª geração). Ambas se apresentam imunogênicas e inócuas. Essas vacinas são extremamente eficazes (90% a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes) e os efeitos colaterais são raros e usualmente pouco importantes (WOOD, 1997).

Para que seja garantida a imunidade, é necessária a aplicação das três doses preconizadas no **intervalo de 0-1-6 meses**, ou seja, a segunda dose deverá ser aplicada após um mês e a terceira após seis meses da primeira dose. A dose da vacina é de três injeções intramusculares, sendo a segunda após 1 - 2 meses e a terceira 6 meses após a primeira (www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm#PREVENÇÃO).

É muito importante lembrar que estar vacinado não é sinônimo de estar imunizado.

Após 60 dias é necessário verificar a efetividade de soro conversão para o VHB.

A duração da eficácia da vacina persiste por longos períodos e esta imunidade em longo prazo está baseada em memória imunológica. Doses de reforço não são recomendadas a intervalos regulares, devendo ser realizadas apenas em alguns casos pós-exposição e em profissionais de saúde que fazem diálise (GILLCRIST, 1999).

Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 1ª dose deverão realizar a 2ª dose logo que possível e a 3ª dose deverá ser indicada com um intervalo de pelo menos 2 meses da dose anterior. Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 2ª dose deverão realizar a 3ª dose da vacina tão logo seja possível. Para esses indivíduos que interromperam o esquema vacinal é recomendada a realização de teste sorológico (anti-HBs) após a vacinação (1 a 6 meses após a última dose) para confirmar a presença de anticorpos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Doses de reforço não têm sido recomendadas, sendo indicada a realização de testes sorológicos para avaliar a manutenção da imunidade. Os indivíduos que não responderem ao primeiro esquema vacinal deverão ser submetidos à revacinação com as três doses da vacina (ANVISA, 2006).

Vacinação contra Tétano e difteria – vacina DT (dupla adulto)

A imunização ativa com o toxóide tetânico é geralmente administrada em conjunto com o toxóide diftérico a cada dez anos de intervalo. O esquema básico inclui três doses. Requer uma dose de reforço a cada dez anos, antecipada para cinco anos em caso de gravidez ou acidente com lesões graves (ANVISA, 2006). A profilaxia no tratamento da ferida é feita com uma dose de reforço do toxóide caso tenha passado mais de dez anos da última vacinação.

Vacinação contra sarampo, caxumba e rubéola – vacina SRC (tríplice viral)

Deve ser feita em dose única.

Vacinação contra tuberculose - vacina BCG – ID

Em dose única para aqueles que não forem reagentes ao teste tuberculínico (ANVISA, 2006).

Vacinação contra influenza e contra pneumococos

Requerem uma dose a cada ano para a gripe e reforço a cada cinco anos para pneumonia.

3.2. CUIDADO DAS MÃOS

A superfície das mãos é densamente contaminada por microorganismos, sendo a microbiota habitante classificada em:

Microbiota transitória: presente na superfície da pele, facilmente removida com adequada lavagem das mãos;

Microbiota residente: presente nas camadas mais internas da pele e derme, exigindo o uso da escovação associada ao anti-séptico para sua remoção. Após a lavagem criteriosa das mãos, a microbiota residente superficial inicia imediatamente sua proliferação e a microbiota situada mais profundamente começa a se proliferar, de forma apreciável, após dois minutos da lavagem das mãos.

A maior parte das bactérias transitórias é removida apenas com lavagem das mãos utilizando-se água e sabão. A microbiota restante é removida com maior eficácia por meio do uso associado de um anti-séptico. Esse deverá ser utilizado após lavagem criteriosa com água e sabão e remoção de toda espuma produzida, de forma a maximizar o efeito do anti-séptico, permitindo o ótimo contato entre agente químico e bactérias.

3.2.1. LAVAGEM DAS MÃOS

A lavagem das mãos, com freqüência e de forma correta, é isoladamente o procedi- mento mais importante para prevenção e controle de infecções. A lavagem das mãos consiste na fricção com água e sabão, com a finalidade de remoção da microbiota transitória.

Recomendações para lavagem das mãos:

- A lavagem das mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal;
- A pia para lavagem das mãos deve ser exclusiva para tal procedimento.
- Deve apresentar dispositivo que dispense o contato de mãos com o registro da torneira para fechamento da água;
- A limpeza ou descontaminação de artigos deve ser realizada em outro lavatório;
- O profissional não poderá portar nenhuma espécie de adorno (pulseira, relógio, anel, aliança, fitinhas, etc);
- As unhas deverão estar bem curtas e devem ser mantidas limpas;
- Recomenda-se que as cutículas sejam mantidas íntegras e esmaltes de unhas não sejam usados.

As mãos devem ser lavadas:

- No início do dia, ao chegar nos laboratórios e clínicas odontológicas;
- Antes e após o atendimento do paciente;
- Antes de calçar as luvas e após removê-las;
- Após tocar em qualquer instrumento ou superfície contaminada;
- Ao término do dia de trabalho.

Técnica para lavagem das mãos:

- Retirar relógio, anéis, pulseiras, alianças ou qualquer outro adorno;

- Umedecer as mãos e pulso em água corrente;
- Dispensar sabão líquido suficiente para cobrir mãos e pulsos;
- Friccionar toda a superfície das mãos e antebraços com água e sabão, permitindo que forme espuma abundante (tempo aproximado de 15 segundos);
- Limpar sob as unhas;
- Esfregar o sabão (5 vezes) em todas as áreas, conforme fig 1.
    - Palma com palma, palma da mão direita (D) sobre dorso da mão esquerda (E);
    - Palma da mão E sobre dorso da mão D;
    - Palma sobre dorso com dedos entrelaçados;
    - Palma sobre palma com dedos entrelaçados;
    - Fechar os dedos da mão D e esfregar os dorsos dos dedos na palma aberta da mão E;
    - Fechar os dedos da mão E e esfregar os dorsos dos dedos na palma aberta da mão D;
    - Esfregar o dedo polegar D na palma da mão E fechada sobre ele;
    - Esfregar o dedo polegar E na palma da mão D fechada sobre ele;
    - Juntar os dedos da mão D e esfregar as pontas dos mesmos na palma da mão E;
    - Juntar os dedos da mão E e esfregar as pontas dos mesmos na palma da mão D;
- Enxaguar no sentido das pontas dos dedos para o antebraço;
- Secar completamente com toalhas de papel descartáveis, sempre no sentido da ponta dos dedos para o pulso;
- Não tocar com as mãos diretamente na torneira.

FIGURA 1

LAVAGEM DAS MÃOS
(STIERS et al., 1995)

3.2.2. DEGERMAÇÃO DAS MÃOS

Inclui a *lavagem* e a *anti-sepsia* imediata das mãos para suprimir microbiota residual enquanto se usam as luvas. Neste procedimento, espera-se eliminar a microbiota transitória, controlar a microbiota residente e manter o efeito residual do anti-séptico por 2 a 6 horas. Deve ser realizada previamente à execução de procedimentos cirúrgicos.

Técnica para degermação das mãos:

- Retirar relógio, anéis, pulseiras, alianças ou qualquer outro adorno presente;
- Ensaboar profusamente as mãos e antebraços com água, sabão e solução anti-séptica (na Clínica Odontológica do Centro Universitário Newton Paiva é preconizado o uso de solução com iodo ou clorexidina degermante 2% para alérgicos à iodo);
- Com uma escova estéril (scrub descartável) e de cerdas macias, escovar no sentido ponta dos dedos–cotovelo;
- Cada região deverá ser escovada por 10 vezes, não se esquecendo das regiões interdigitais;
- Com as mãos em posição superior ao cotovelo e com os dedos voltados para cima, preparar-se para o enxágüe;
- Enxaguar abundantemente as mãos e antebraços com água corrente para remover o sabão e células descamadas, deixando a água escorrer no sentido ponta dos dedos–cotovelo;
- Permanecer com as mãos na posição de enxágüe para que a água escorra no sentido ponta dos dedos-cotovelo;
- Secar as mãos e antebraços com compressas estéreis sempre no sentido ponta dos dedos-cotovelo. Após secar a região do cotovelo, a compressa deverá ser descartada; Passar um anti-séptico à base de iodo e deixe secar;
- Calçar as luvas assepticamente.

3.3. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

São dispositivos físicos que devemos usar para evitar o contato com os microorganismos durante os procedimentos odontológicos. O uso de EPI durante o atendimento odontológico é obrigatório, pois funciona como uma barreira de proteção eficiente na redução do contato com sangue e fluidos orgânicos.

3.3.1. LUVAS

As luvas devem ser sempre utilizadas em atendimentos clínicos, cirúrgicos e para a limpeza e desinfecção de instrumentais e superfícies contaminadas. Todas as luvas, exceto as de limpeza, devem ser descartadas imediatamente após o uso.

Tipos de luvas e seu uso:

- Luvas cirúrgicas descartáveis de látex estéreis: procedimentos cirúrgicos;
- Luvas descartáveis de látex: utilizadas em procedimentos clínicos
- Luvas cirúrgicas antialérgicas: procediemntos cirúrgicos (indivíduos alérgicos).
- Luvas descartáveis de vinil/silicone: utilizadas em indivíduos alérgicos ao látex;

- Sobre-luvas de PVC: utilizadas para manusear objetos ou superfícies fora do campo de trabalho;
- Luvas de borracha grossa para limpeza geral: limpeza, secagem de instrumentais e equipamentos em geral. É preconizado o uso de luva grossa de borracha na cor verde e/ou azul para a lavagem de instrumentais e na cor amarela para a limpeza e desinfecção dos equipos.

Normas de uso das luvas

- O uso das luvas não dispensa a lavagem das mãos;
- As luvas de procedimento e cirúrgicas devem ser retiradas imediatamente após o atendimento do paciente;
- As luvas são descartáveis. Após o uso, as mesmas não devem ser lavadas ou reutilizadas;
- As luvas de borracha grossa, utilizadas na limpeza e desinfecção dos artigos, devem ser lavadas com água e sabão e desinfetadas (imersão em hipoclorito de sódio a 1% por 10 minutos, pelo menos) após o uso;
- As luvas devem ser checadas quanto à presença de rasgos e perfurações antes, durante e após o atendimento, devendo ser trocadas caso isso ocorra;
- Se as luvas rasgarem durante o atendimento, devem ser removidas, lavando as mãos antes de reenluvá-las;
- Caso ocorra acidente com instrumentos perfurocortantes, as luvas devem ser removidas, as mãos imediatamente lavadas com água e sabão apenas e o acidente comunicado (pág. 21);
- Sempre, após remoção das luvas, deve-se proceder a uma nova lavagem das mãos;
- O tamanho das luvas deve ser adequado para evitar perda de destreza e diminuir o risco de acidentes;
- Estando calçado com luvas, **NÃO** se podem manipular objetos fora do campo de trabalho (telefone, canetas, maçanetas etc). Para isso, devem ser removidas as luvas ou calçadas as sobre-luvas;
- As luvas devem ser estocadas nas suas embalagens originais, em lugares frescos, secos, escuros e afastadas de aparelhos de raios X e bisturis elétricos, pois produzem ozônio que degrada as luvas (GUIMARÃES Jr, 2001);
- Ao transportar as luvas para as clínicas, acondicioná-las em sacos ou recipientes plásticos limpos;
- Cuidado com a proximidade de chamas ao usar luvas, pois o látex é altamente inflamável;
- Ao retirar as luvas não se deve tocar em sua parte externa.

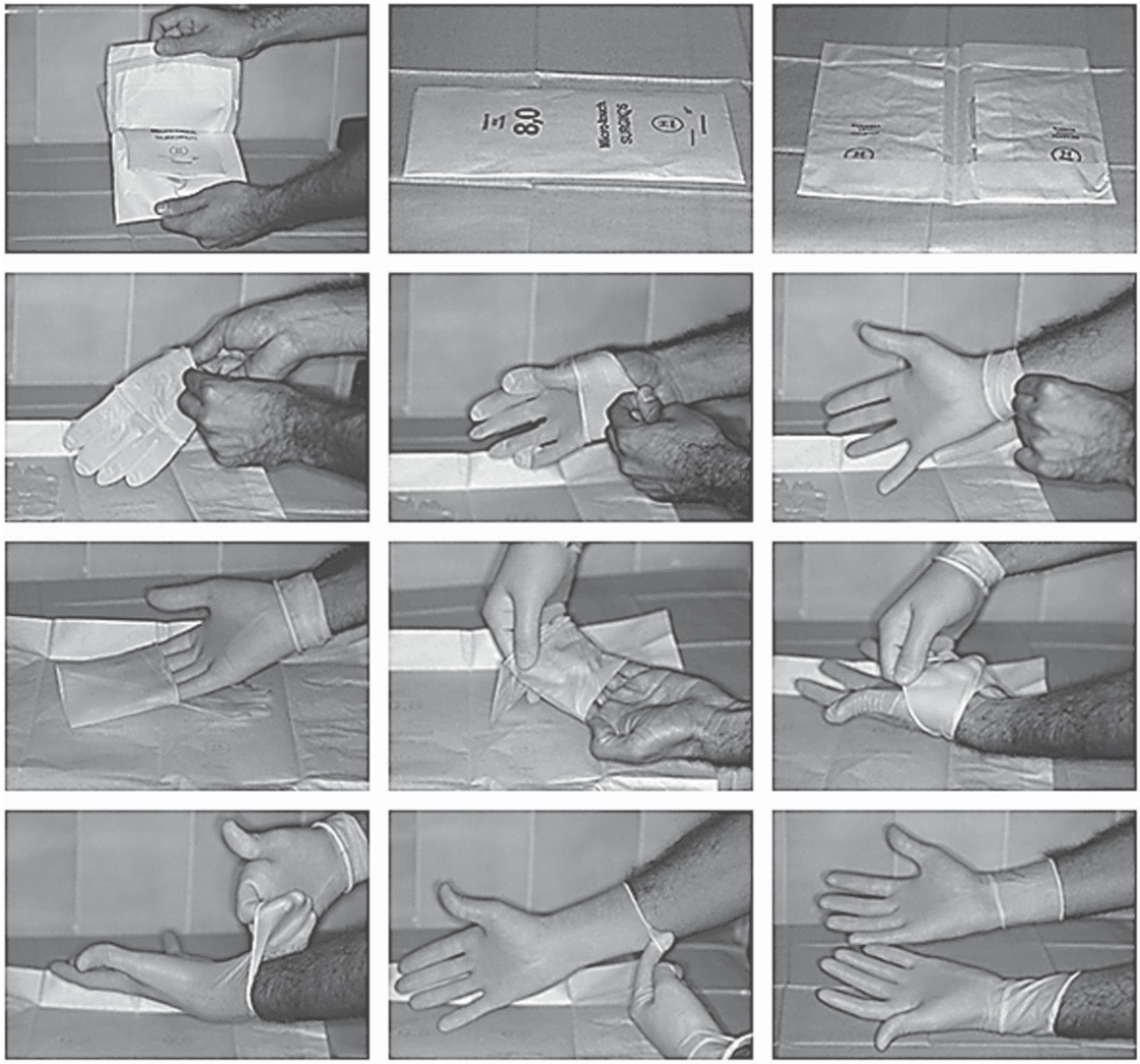
Técnica para colocação de luvas esterilizadas (Fig. 2)

- Selecionar a luva de tamanho adequado;
- Colocar o pacote de luvas sobre uma mesa, abrindo-o sem contaminá-lo, de modo que o punho da luva fique voltado para si;

- Retirar a luva esquerda com a mão direita, pela dobra do punho (região da luva que, depois de calçada, ficará em contato com a pele do operador).
- Levantá-la de modo a manter os dedos da luva para baixo. Introduzir a mão esquerda tocando apenas no punho;
- Introduzir os dedos da mão esquerda enluvada sob a dobra do punho da luva direita. Levantá-la de modo a manter os dedos da luva para baixo. Introduzir a mão direita, tocando apenas na parte interna da luva. Calçar toda a luva da mão direita, desfazendo a seguir a dobra até cobrir o punho da manga do avental;
- Colocar os dedos da mão direita enluvada sob a dobra do punho da luva esquerda, calçando toda a luva da mão esquerda, desfazendo a seguir
- A dobra até cobrir o punho da manga do avental;
- Ajustar os dedos de ambas as mãos;
- Após o uso, retirar as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho e a segunda pelo lado interno.

FIGURA 2

COLOCAÇÃO DAS LUVAS (MANUAL DE BIOSSEGURANÇA – 2000 – PROTEÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP)



3.3.2. AVENTAL

O avental que serve como barreira de proteção deve ser utilizado sobre a roupa branca de trabalho durante a permanência nos laboratórios e clínicas odontológicas. O seu uso durante qualquer procedimento e sua remoção após o atendimento evita o transporte de microorganismos do ambiente de trabalho para outro ambiente.

Normas de uso do avental

- O avental deve ser de cor branca e mangas longas, podendo ser de pano ou descartável (em caso de procedimento cirúrgico); o avental deve ser longo o suficiente para recobrir as pernas do operador enquanto estiver sentado;
- O avental deve ser fechado ou apresentar-se com todos os botões fechados;
- O avental deve ser usado *apenas* dentro do ambiente de trabalho e retirado sempre que sair das clínicas e dos laboratórios;
- A troca do avental deverá ser diária ou sempre que for contaminado por fluidos corpóreos;
- Após a remoção do avental, deve-se fazer a lavagem das mãos;
- Após uso, o avental deverá ser retirado dentro da própria clínica e colocado em um saco plástico para posterior lavagem ou descarte;
- A lavagem do avental e das roupas brancas de trabalho deverá ser realizada em um recipiente específico e separada das roupas de passeio. Na lavagem, deve-se utilizar detergente, água e hipoclorito de sódio;

3.3.3. MÁSCARA

O exercício da prática odontológica, próximo à boca do paciente e a produção de aerossóis propiciada pela mesma, tornam a máscara uma barreira imprescindível no controle de infecção. **As máscaras utilizadas devem ser descartáveis**.

Normas de uso da máscara

- A máscara deve ser colocada após o gorro e antes dos óculos de proteção;
- A máscara facial deve:
  - Prover conforto e boa adaptação;
  - Não tocar nos lábios e narinas;
  - Não irritar a pele;
  - Permitir respiração normal;
  - Não embaçar o protetor ocular;
  - Não ser dependurada no pescoço;
  - Ser descartada após o uso.
- Usar apenas máscara de tripla proteção e descartável;
- Qualquer adorno (*piercing*) presente na face deverá ser removido ou coberto com *micropore* ® antes da colocação da máscara;
- Falar o mínimo quando a estiver usando;

- Em caso de espirro, tosse ou umedecimento, a máscara deve ser substituída;
- O uso de protetores faciais de plástico não exclui a necessidade da utilização de máscara descartável;
- A máscara facial não deve ser usada fora da área de atendimento nem ficar dependurada no pescoço;
- Para sua remoção, a máscara deve ser manuseada o mínimo possível tendo em vista sua grande contaminação;
- Para atendimento de pacientes que se apresentam com tuberculose, devem ser utilizadas máscaras especiais;
- A máscara e óculos devem ser utilizados durante a lavagem, secagem e empacotamento de instrumentais e durante a desinfecção dos equipamentos;
- O tempo máximo de utilização da mesma máscara deve estar entre 1-2 horas

3.3.4. ÓCULOS DE PROTEÇÃO

Têm função de proteger a mucosa ocular de contaminantes e acidente ocupacional.

- É obrigatório o uso de óculos de proteção para os pacientes;
- Os óculos de proteção adequados devem apresentar uma vedação periférica e boa adaptação marginal;
- Os óculos de correção visual não substituem os óculos de proteção;
- Após o uso, devem ser lavados com água e sabão, utilizando-se luvas de borracha grossa;
- Os óculos de proteção também devem ser usados nos laboratórios e clínicas na lavagem, secagem e empacotamento de instrumentais e desinfecção de superfícies;
- Óculos de proteção não devem ser utilizados fora da área de trabalho;
- Em caso de contaminação da mucosa ocular, lavar com água boricada a 3% ou soro fisiológico estéril e comunicar o acidente (pág. 21).

3.3.5. GORRO

Staphylococcus aureus e outros microorganismos estão presentes nos cabelos, por isso esses devem ser cobertos com gorro em todos os procedimentos. Seu uso também é necessário para proteger os cabelos da contaminação por meio de aeros- sóis, gotículas de saliva e sangue.

- Não é permitidoo uso de gorros de pano.
- Devem ser obrigatoriamente descartados após o uso em cada paciente;
- Os gorros devem cobrir todo o cabelo, não podendo ficar parte sem proteção;
- Os brincos ou *piercings* devem ser retirados antes da colocação do gorro;
- Devem ser utilizados durante a lavagem, secagem e empacotamento de instrumentais e desinfecção de superfícies.
- É obrigatório o uso de gorro para os pacientes;

3.3.6. PROPÉ

O uso de propés é necessário para entrada e permanência nos centros cirúrgicos e deve ser colocado sobre os sapatos. Após serem colocados, o profissional deverá fazer a degermação das mãos e antebraços.

3.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES PERFUROCORTANTES

Durante a prática odontológica, cirurgiões-dentistas, estudantes e auxiliares estão constantemente expostos a doenças transmissíveis, cujos agentes podem ser encontrados no sangue, secreções, no ambiente de trabalho, incluindo instrumentais e superfícies. Este fato faz com que o uso das medidas universais de controle de infecção seja de fundamental importância para se evitar uma infecção ocupacional decorrente de uma exposição acidental.

Depois de ocorrido um acidente ocupacional, vários fatores estão relacionados para que a infecção ocorra. Dentre eles, encontram-se o agente etiológico, o volume de material envolvido, a carga viral, a forma de exposição e a susceptibilidade do acidentado.

3.4.1. PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- As agulhas não devem ser reencapadas pelas mãos, nem dobradas ou quebradas. Se um paciente precisar de mais de uma injeção de anestésico de uma única seringa, a agulha deverá ser reencapada pela técnica de deslizar a agulha para dentro da tampa que deverá estar apoiada em uma superfície para que não se segure diretamente a capa da agulha durante essa reencapagem;
- As agulhas e demais materiais perfurocortantes deverão ser desprezados após o uso em recipiente próprio para coleta deste tipo de material;
- A lâmina de bisturi deve sempre ser removida do cabo com o uso de um instrumento auxiliar (ex: pinça porta-agulha) para apreensão da lâmina e sua desconexão do cabo;
- Manusear com o máximo cuidado objetos perfurocortantes, como bisturi e exploradores para se evitar cortes e arranhões;
- Nunca guardar nenhum tipo de instrumental dentro de bolso de aventais;
- Nunca passar materiais perfurocortantes sobre o paciente;
- Durante o trabalho, a passagem de seringas sobre o paciente deve ser minimizada ou até mesmo eliminada, se possível;
- A limpeza dos instrumentos odontológicos só deverá ser feita após os mesmos terem sido submetidos à degermação prévia (uso de solução desinfetante ou de detergente enzimático pelo tempo preconizado pelo fabricante).

3.4.2. CONDUTA APÓS EXPOSIÇÃO ACIDENTAL

Após acidente com material perfurocortante, serão adotadas as seguintes condutas:

- Cuidados locais
- Notificação do acidente
- Avaliação do acidente: material biológico envolvido; tipo de acidente; situação sorológica do paciente fonte e do indivíduo acidentado em relação ao vírus da

síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) e hepatites B e C; coleta de material e seguimento clínico/laboratorial do indivíduo acidentado.

Para se alcançar êxito nessas condutas, é de primordial importância que todos tomem ciência da presença de uma **Ficha de notificação de exposição ocupacional de material biológico** (ANEXO 1) e que esta esteja bem visível nas Clínicas Odontológicas. Além disso, os prontuários dos pacientes devem apresentar o seu ENDEREÇO E DADOS PESSOAIS COMPLETOS.

3.4.3. PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS APÓS ACIDENTE OCUPACIONAL POR MATERIAL BIOLÓGICO

Cuidados locais

1. Lavagem imediata e rigorosa com água e sabão, em caso de exposição percutânea. Solução anti-séptica degermante (PVPI ou clorexidina) também pode ser utilizada. São contraindicados procedimentos que aumentem a área exposta (cortes, injeções locais e etc) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído.

2. Comunicar o acidente ao professor responsável ou coordenador das Clínicas e Laboratórios Específicos (caso de ausência do professor no momento).

Notificação e avaliação do acidente

O professor responsável ou coordenador da Clínica deverá:

1. Orientar o aluno acidentado a obter da paciente fonte uma anamnese recente e detalhada sobre seus hábitos de vida, histórias de hemotransfusão, uso de drogas, história de hepatite e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e sorologias anteriores.

2. Conversar com o paciente, explicando o que acontecerá com o aluno frente ao ocorrido, solicitando sua colaboração para que se submeta à coleta de sangue para realização de exames laboratoriais necessários.

3. Preencher a **Ficha de notificação de exposição ocupacional de material biológico** (ANEXO 1) em duas vias, uma para ser guardada e disponível por no mínimo 5 (cinco) anos e outra para que o acidentado procure o atendimento médico, identificando o tipo de ferimento e a região atingida. A ficha deverá ser preenchida mesmo que o acidentado não queira prosseguir com os procedimentos subseqüentes em caso de acidente ocupacional. Neste caso, a desistência do acidentado, mesmo ciente de prováveis riscos à saúde, deverá ser anotada nesta ficha. Além disso, a ficha deverá ser datada e assinada pelo indivíduo acidentado.

4. Acompanhar o aluno acidentado, juntamente com a Ficha de Notificação e o seu cartão de vacinação até a Secretaria da Unidade de Saúde do Centro Universitário Newton Paiva, primeiro andar, onde um funcionário irá providenciar o encaminhamento deste aluno para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O paciente-fonte deverá também ser encaminhado juntamente com o aluno, se possível.

5. Na Secretaria da Unidade de Saúde, o aluno deverá assinar o **Termo de esclarecimento para acidentes com material biológico contaminado** (ANEXO 2) declarando estar ciente que deverá comparecer à UPA e que foi esclarecido corretamente a respeito dos riscos e conduta adequada após o acidente ocorrido. Esse documento será arquivado pelo Curso

de Odontologia, juntamente com a Ficha de Notificação de Exposição Ocupacional de material biológico.

6. Ao comparecer à UPA, o aluno acidentado e a paciente fonte passarão por uma avaliação médica onde as condições do acidente serão devidamente avaliadas e o comportamento de risco tanto do aluno quanto do paciente verificados. Serão realizados todos os testes e exames necessários e estabelecida a conduta correta após o acidente.

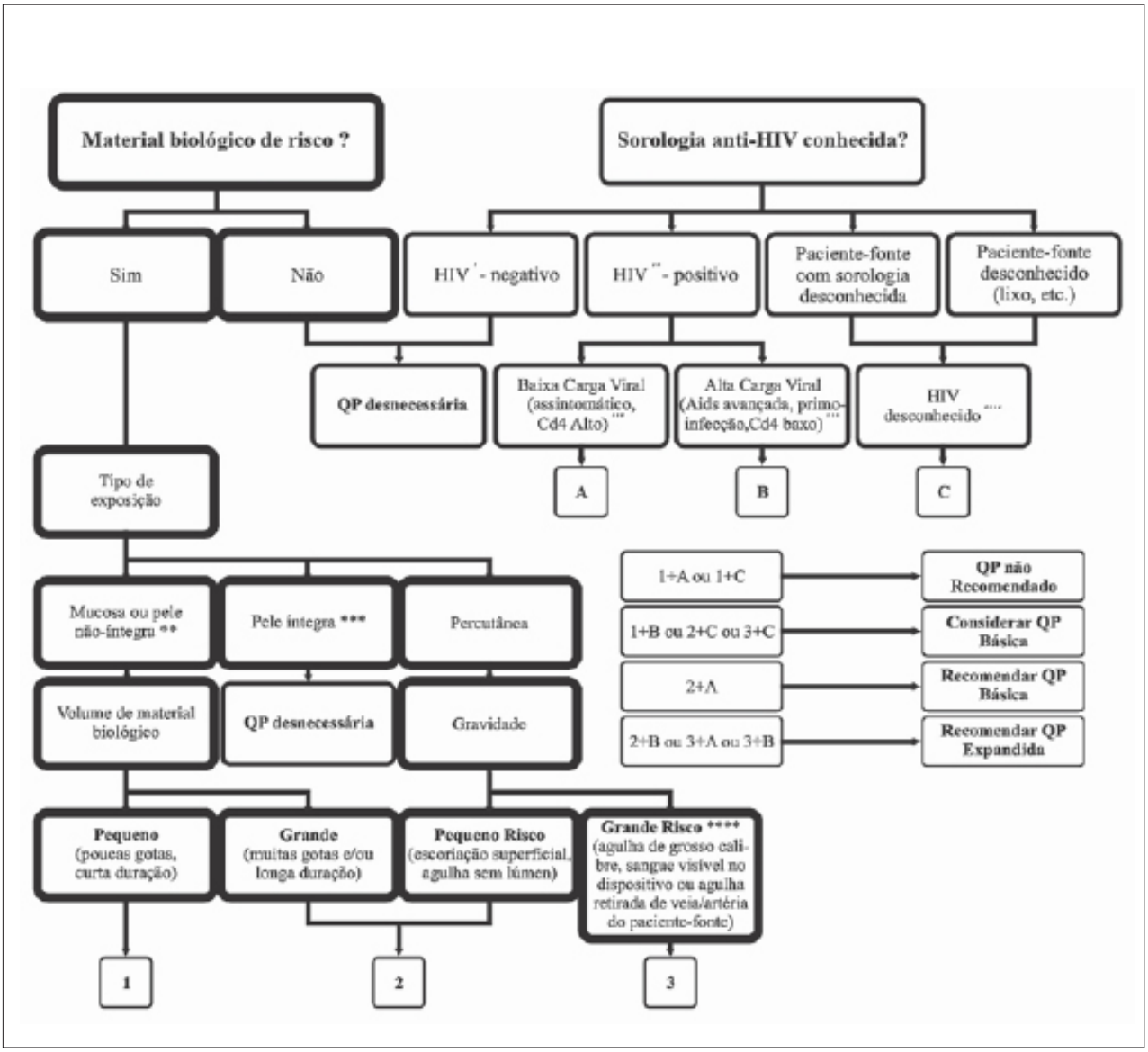
7. Na UPA, com a Ficha de Notificação em mãos, o aluno deverá dirigir-se à recepção, onde deverá procurar o funcionário do setor e mostrar a ele este encaminhamento.

8. O funcionário contatará com o médico responsável, que preencherá o formulário da Seção de Moléstias Infecciosas, o receituário, o formulário para solicitação de medicação (se necessário) e o formulário para coleta de sangue.

9. Seguir as recomendações padrão da UPA, conforme fluxograma e tabela 1(pag. 26 e 27).

FLUXOGRAMA

AVALIAÇÃO DE QUIMIOPROFILAXIA (QP) PARA O HIV



(*) Sangue, qualquer fluido orgânico contendo sangue, secreção vaginal, sêmen e tecidos são materiais biológicos envolvidos na transmissão do HIV. Exposições a materiais potencialmente infectantes, que não o sangue ou material biológico contaminado com sangue, devem ser avaliadas individualmente. Qualquer contato com material concentrado do HIV (laboratórios de pesquisa, com cultura de vírus e vírus em grandes quantidades) deve ser considerado uma exposição ocupacional que requer avaliação clínica, para definir a necessidade de quimioprofilaxia. Situações de mordeduras são consideradas situações de risco, quando envolverem sangue.

(**) Pele não-íntegra: a integridade da pele é considerada comprometida se há qualquer evidência de lesão, dermatite ou ferida aberta.

(***) Contato com pele íntegra, usualmente, não é considerado como um risco de transmissão do HIV. Entretanto, o risco deverá ser considerado quando houver exposição com volume elevado de material biológico (contato prolongado, superfície extensa de pele exposta). Nessas situações, há necessidade de discussão individual para avaliação da necessidade ou não de quimioprofilaxia e acompanhamento.

(****) A combinação de diferentes fatores de gravidade (agulhas de grosso calibre, lesão profunda) contribui para um risco elevado de transmissão, se o paciente-fonte é HIV-positivo.

(#) Um paciente-fonte é considerado não-infectado pelo HIV quando há documentação de exames anti-HIV negativos e não há evidência clínica recente sugestiva de infecção aguda pelo HIV.

(##)Um paciente-fonte é considerado infectado pelo HIV quando há documentação de exames anti-HIV positivos ou diagnóstico clínico de aids.

(###) Condição de assintomático ou com aids, primo-infecção e contagem de CD4 como exemplos de marcadores para estimar os títulos virais no paciente-fonte, para fins de quimioprofilaxia anti-retroviral, não refletem todas as situações clínicas que podem ser observadas. Apesar de um alto título de HIV no paciente-fonte ser associado a um maior risco de transmissão, a possibilidade de transmissão de um paciente com baixa carga viral deve ser considerada.

(####) Em situações que envolvam acidentes com paciente-fonte de sorologia desconhecida ou paciente-fonte desconhecido (material encontrado em lixo, em áreas de expurgo ou outros), deve-se avaliar a possibilidade de risco de HIV levando-se em consideração a origem do material (áreas de alto risco, como serviços de emergência, centro cirúrgico e diálise, entre outros) e a gravidade do acidente.

Quimioprofilaxia Básica = AZT + 3TC

Indicada em exposições com risco conhecido de transmissão pelo HIV

Quimioprofilaxia Expandida = AZT + 3TC + IP (Indinavir ou Nelfinavir)

Indicada em exposições com risco elevado de transmissão pelo HIV

AZT = Zidovudina

3TC = Lamivudina

IP = inibidor de protease

TABELA 1

PROFILAXIA DE HEPATITE B APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL DE RISCO BIOLÓGICO
Recomendações para profilaxia de hepatite B após a exposição ocupacional a material biológico #

Acompanhamento sorológico do profissional acidentado para a hepatite B			
Paciente-fonte			
Profissional de Saúde exposto	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAG desconhecido ou não-testado (##)
Não-vacinado	HBIG (*) + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal	HBIG(*) + 1 dose da vacina contra hepatite (2) ou HBIG (2x) (3)	Nenhuma medida específica	Se fonte de alto risco (4), tratar como fonte HbsAG positivo.
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada, nenhuma medida específica. Se resposta vacinal inadequada: HBIG(*) + 1 dose da vacina contra hepatite B (2) ou HBIG(*) (2x) (3)	Nenhuma medida específica	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada, nenhuma medida específica. Se resposta vacinal inadequada: HBIG(*) + 1 dose da vacina contra hepatite B (2) ou HBIG(*) (2x) (3)

Os materiais biológicos com risco de transmissão do vírus da hepatite B são os mesmos descritos anteriormernte, para o HIV.

Recomenda-se a utilização de testes HBsAg de realização rápida (menor que 30 minutos), quando não há possibilidade de liberação rápida de resultados ELISA, com o objetivo de evitar a administração desnecessária de HBIG.

1. Resposta vacinal adequada significa ter anti-corpos anti-HBs reativos pela técnica sorológica *ELISA*, que, quantitativamente, deve ser 10mUI/ml.
2. Quando não há resposta vacinal adequada após a primeira série de vacinação, grande parte dos profissionais (até 60%) responderá a uma dose de vacina. Caso persista a falta de resposta, não é recomendada uma revacinação. Nessa situação, a conduta a ser indicada é HBIG (2x) a cada exposição ocupacional. Para um profissional de saúde ser considerado não-respondedor, o resultado da pesquisa anti-HBs deve ser negativo dentro de 6 meses após a 3ª dose da vacina.
3. HBIG (2x) = 2 doses de gamaglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de 1 mês entre as doses.
4. Alto risco: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HbsAg-positivo, homossexuais e bissexuais masculinos, heterossexuais promíscuos, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões, instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

(*) A gamaglobulina hiperimune para hepatite B (HBIG) deve ser solicitada aos centros de referência para imunobiológicos especiais, por meio da secretarias de estado de saúde.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. CONTROLE DE INFECÇÕES E A PRÁTICA ODONTOLÓGICA EM TEMPO DE AIDS: MANUAL DE CONDUTAS. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.

4. MEDIDAS DE LIMITAÇÃO DE PROPAGAÇÃO DE MICROORGANISMOS NO AMBIENTE CLÍNICO

4.1. PREPARO DO PACIENTE

Para minimizar a propagação de microorganismos no ambiente clínico, é imprescindível que os pacientes realizem a escovação dos dentes antes do atendimento. Os pacientes devem ser encaminhados pelos alunos ao escovódromo. No caso de procedimentos cirúrgicos e periodontais, os pacientes devem fazer um bochecho com solução de gluconato de clorexidina a 0,12% (15 ml) durante 1 minuto.

4.2. PREPARO DO AMBIENTE CLÍNICO

A infecção cruzada pode ser prevenida por meio do emprego de um protocolo de proteção, como o sistema de barreira, esterilização, desinfecção e antissepsia (Sistema BEDA) (ESTRELA, 2003). Assim, o ambiente de trabalho requer um tratamento especial para que a eficiência do controle de infecção cruzada seja aumentada.

4.2.1. LIMPEZA

A limpeza do equipamento odontológico consiste na remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica. Deve ser realizada antes da desinfecção para garantir a eficácia desta etapa do processo de descontaminação do equipamento. A limpeza manual é realizada com água e sabão/detergente e ação mecânica por meio da fricção de papel toalha contra as superfícies.

A limpeza deve ser realizada nas seguintes superfícies:

- Cadeira odontológica (encosto, braços, comandos manuais para ajuste da posição);
- Refletor (alça e interruptor);
- Mesa de apoio do equipo;
- Mangueiras das peças de mão (seringa tríplice, alta e baixa rotação) e do sugador;
- Seringa tríplice;
- Mochos (encosto, alavanca de ajuste da altura);
- Mesa auxiliar;
- Equipamentos periféricos.

4.2.2. DESINFECÇÃO

Desinfecção é o processo que elimina microorganismos na forma vegetativa, com exceção dos esporos bacterianos, através da aplicação de agentes químicos e físicos. Deve ser realizada com álcool 70% (p/v) por meio da fricção de papel toalha, por um minuto, contra as superfícies após a limpeza das mesmas. Recomenda-se que esta operação seja realizada duas vezes.

A desinfecção deve ser realizada nas seguintes superfícies:

- Cadeira odontológica (encosto, braços, comandos manuais para ajuste da posição);
- Refletor (alça e interruptor);

- Mesa de apoio do equipo;
- Mangueiras das peças de mão (seringa tríplice, alta e baixa rotação) e do sugador;
- Seringa tríplice;
- Mochos (encosto, alavanca de ajuste da altura);
- Mesa auxiliar;
- Equipamentos periféricos.
- A limpeza e desinfecção dos equipamentos:
- Deve ser realizada antes e após o atendimento de cada paciente;
- Deve ser obrigatoriamente realizada com uso de EPI completo e luvas grossas de borracha na cor amarela.

4.2.3. PROTEÇÃO COM BARREIRAS

Todas as superfícies que possam ser tocadas durante o atendimento dos pacientes devem ser cobertas por um material impermeável (barreiras plásticas).

As seguintes superfícies devem ser cobertas por barreiras plásticas:

Cadeira odontológica (encosto, braços, comandos manuais para ajuste da posição);

- Refletor (alça e interruptor);
- Mesa de apoio do equipo;
- Mangueiras das peças de mão (seringa tríplice, alta e baixa rotação) e do sugador;
- Seringa tríplice;
- Mochos (encosto, alavanca de ajuste da altura);
- Alça da mesa auxiliar;
- Equipamentos periféricos.

- A colocação de barreiras plásticas deve ser feita após a lavagem das mãos;
- Após utilização, todas as barreiras devem ser removidas e descartadas, utilizando-se EPI completo e luvas grossas de borracha na cor amarela.

- As sobreluvas devem ser utilizadas sempre que for necessário tocar superfícies e objetos fora do campo de trabalho, não cobertas pelas barreiras plásticas.

5. MEDIDAS PARA USO SEGURO DE INSTRUMENTAIS, MOLDES, MODELOS E PEÇAS ANATÔMICAS

Cuidados especiais com artigos (equipamento odontológico e instrumentais), moldes e modelos e peças anatômicas (tecidos e dentes) devem ser tomados para tornar suas

utilizações seguras.

Os artigos são classificados levando-se em consideração o risco potencial de transmissão de infecção para os pacientes. Os artigos podem ser divididos em três categorias:

Não-críticos: são todos os que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente e ainda os que não entram em contato com o paciente (interruptores, cadeira, refletor etc);

Semi-críticos: são todos que entram em contato com mucosa íntegra do paciente (porta-amálgama, condensadores de amálgama etc);

Críticos: são todos que penetram através da mucosa e pele, atingindo tecidos sub-epiteliais (agulhas, lâminas de bisturi, instrumentais cirúrgicos etc).

5.1. CUIDADO COM OS INSTRUMENTAIS

O preparo do instrumental contaminado é fundamental para o controle de infecção cruzada e envolve as etapas de limpeza, empacotamento e desinfecção/esterilização.

5.1.1. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTAIS

A limpeza dos instrumentais é realizada na sala de expurgo das clínicas, sendo necessário o uso de EPI completo, utilizando luvas grossas de borracha na cor verde. A limpeza pode ser realizada pelo método manual ou automático. No método manual todo instrumental contaminado deve ser colocado em cuba plástica e submerso em solução por 15 minutos contendo detergentes enzimáticos/desincrostantes, disponibilizados pelas ASBs, ou água com sabão, antes que seja realizada a limpeza manual desses instrumentais (verificar a proporção preconizada pelo fabricante). O objetivo deste preparo dos instrumentais para a lavagem é facilitar a remoção de resíduos orgânicos (sangue e saliva) e inorgânicos (materiais dentários). Após esta etapa, os instrumentais devem ser lavados com água e sabão/ detergente, por meio da escovação criteriosa com escovas macias e enxaguados abundantemente em água corrente. As escovas utilizadas para a lavagem dos instrumentos devem ficar imersas em recipiente com hipoclorito de sódio a 1%. A secagem deve ser feita em sala própria, situada ao lado da sala de lavagem, utilizando papel toalha.

No método automático utiliza-se a cuba ultrassônica, em que o instrumental contaminado fica submerso em detergente enzimático e submetido a ondas ultrassônicas por um período de dez a vinte minutos.

5.1.2. EMPACOTAMENTO

Após a limpeza e secagem do instrumental, esse deve ser acondicionado em:

- Diretamente em invólucros de grau cirúrgico, ressaltando que as pontas dos instrumentais perfurocortantes devem ser protegidas com borrachas protetoras, respeitando o limite de até dois terços da capacidade de ocupação do volume. O instrumental acondicionado deve ser identificado de acordo com as especificações do manual de kits padronizado de instrumentais.
- No empacotamento com o grau cirúrgico deve-se realizar o selamento utilizando exclusivamente o adesivo da embalagem. Neste sentido, não é permitido o uso de fita crepe ou qualquer outro tipo de fita adesiva para o selamento do invólucro;
- Caixa apropriada (inox e perfurada), para instrumentais cirúrgicos e endodônticos. Estes devem ser empacotados com invólucro de TNT gramatura 45 do tipo SMS, com

tripla camada e barreira antibacteriana, com o devido registro no Ministério da Saúde, respeitando o limite de até dois terços da capacidade de ocupação do volume.

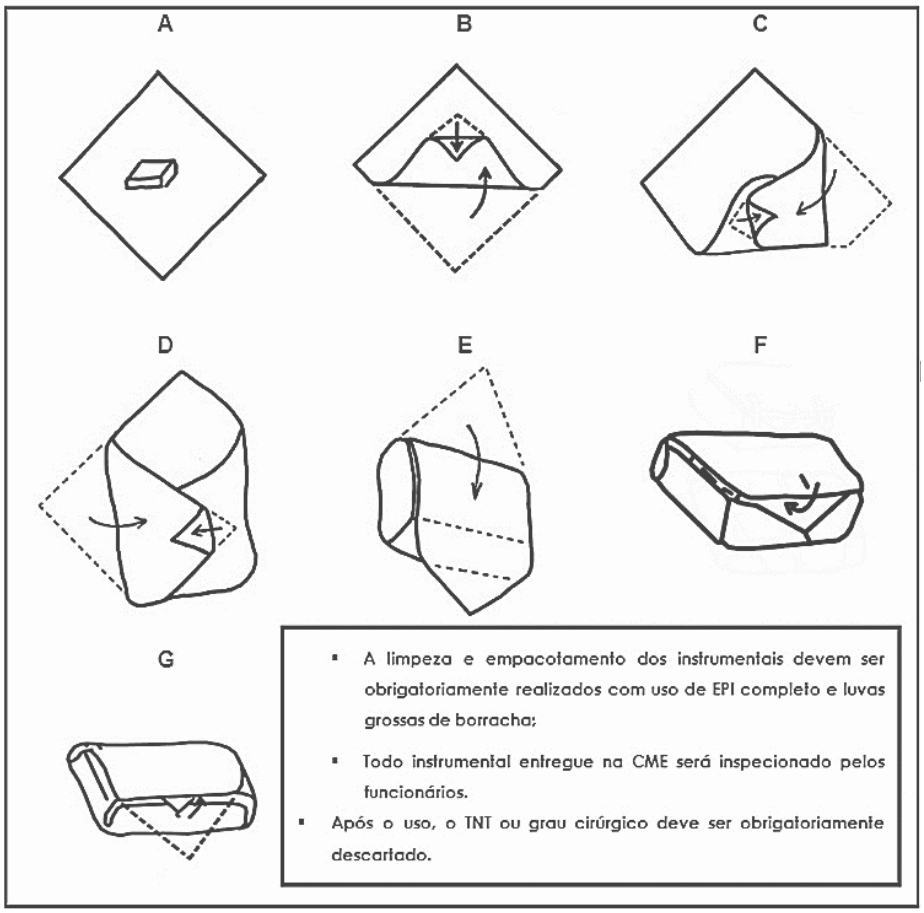
O empacotamento deverá seguir normas universais, na qual o volume deverá ser posicionado no sentido diagonal doTNT. Posteriormente, deverá ser realizada a primeira dobra, de forma a cobrir toda a superfície superior do volume. Certo de esta superfície estar coberta, uma pequena dobra deverá ser realizada na extremidade desta primeira volta. Em seguida, as outras duas extremidades laterais devem ser dobradas da mesma forma, desenhando então uma embalagem tipo envelope. Somente neste momento poderá ser dobrada a ponta antagonista àquela dobrada primeiramente. Essa etapa deve ser feita na sala ao lado do expurgo (fig 3).

- Caixa apropriada (inox e perfurada) para instrumentais endodônticos, com invólucro de grau cirúrgico respeitando o limite de até dois terços da capacidade de ocupação do volume, seguindo as orientações acima descritas para o empacotamento em grau cirúrgico.

Após o empacotamento o volume deverá ser entregue na Central de Material Esterilizado (CME). Neste local o mesmo será inspecionado, identificado e inscrito as datas de esterilização e validade (dez dias após a data de esterilização), bem como etiquetado com a fita marcadora da esterilização. Qualquer tipo de invólucro que tenha sido submetido ao processo de esterilização deverá ser descartado, independente se o instrumental foi utilizado ou não.

FIGURA 3

EMPACOTAMENTO COM SMS (ADAPTAÇÃO DO MANUAL DE BIOSSEGURANÇA – 2000 PROTEÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE – FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA USP)



5.1.3. ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é o processo que promove a completa eliminação ou destruição de todas as formas de microorganismos presentes. A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos. Dentre os métodos físicos, tem-se o calor úmido na forma de vapor saturado sob pressão (autoclave) utilizado no Curso de Odontologia da Newton Paiva. Para esterilização em autoclave, pode ser utilizado o envelope grau cirúrgico ou a caixa metálica de instrumentais. Esta deverá ser perfurada e devidamente empacotada, como descrito anteriormente. O seu uso está restrito a situações especiais (instrumentais cirúrgicos).

A esterilização em autoclave é recomendada para a maioria do instrumental clínico, exceto aquelas sensíveis ao calor (Tab. 02).

TABELA 2

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO UTILIZADOS SEGUNDO INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

Material	Esterilização	Desinfecção Hipoclorito de sódio - 1%	Descartável
	Autoclave		
Abridor de boca	X		
Adaptador (metálico) para brocas de alta rotação, compatível do contra-ângulo.	X		
Afastadores de lábio de Minnesota	X		
Afastadores de Farabeuf	X		
Agulha de sutura			X
Alavancas	X		
Alicate de bico	X		
Alicate para curvar limas	X		
Arco de Young (metálico)	X		
Brocas aço carbono	X		
Brocas diamantadas e tungstênio	X		
Broqueiro para esterilização de brocas	X		
Brunidores	X		
Cabo de bisturi	X		
Calcadores	X		
Cinzéis	X		
Colher de dentina	X		
Condensadores	X		
Cortante duplo revisado	X		
Cubas de inox	X		
Curetas	X		
Descolador tipo Molt	X		
Destaca periósteo	X		
Escavador pescoço longo	X		
Escova de Robson			X
Escova de lavagem de instrumental		X	
Esculpidores	X		
Espátulas metálicas	X		
Espátulas plásticas		X	
Espelho bucal	X		
Fórceps	X		
Formadores de borda cervical	X		
Grampos para RX	X		
Grampos para isolamento absoluto	X		
Hollemback	X		
Instrumento EVANS, LE CRON e de LUCAS	X		
Jogo de moldeiras	X		
Lâmina de bisturi			X
Limas endodônticas	X		
Limas para osso	X		
Machados	X		
Micromotor	X		
Pedra para afiar	X		
Perfurador de dique de borracha	X		
Pinça clínica	X		
Pinça hemostática	X		

Pinça Miller	X		
Pinça porta agulha	X		
Pinça porta grampos	X		
Placa de vidro	X		
Pontas de baixa e alta rotação	X		
Porta hidróxido de cálcio	X		
Porta matriz	X		
Posicionador para técnica do paralelismo		X	
Pote dappen de vidro	X		
Pote dappen de silicone	X		
Prendedor tipo jacaré para guardanapo	X		
Régua metálica	X		
Saca brocas	X		
Seringa CENTRIX (*)			
Seringa LUER de vidro	X		
Seringa para anestesia	X		
Sindesmótomo	X		
Sonda endodôntica	X		
Sonda exploradora	X		
Sonda periodontal	X		
Sugador de saliva plástico			X
Tamborel	X		
Taça de borracha			X
Tesouras	X		

(*) REALIZAR A LIMPEZA COM ÁGUA E SABÃO E POSTERIOR DESINFECÇÃO POR FRICÇÃO COM ÁLCOOL 70% DURANTE 10 MINUTOS.

Os artigos esterilizados devem ser armazenados em um local limpo, protegido do meio externo e utilizado exclusivamente para este fim. Nestas condições, a esterilidade do material é preservada por dez dias. Após este prazo, todo o instrumental deverá ser submetido a todas as etapas de tratamento.

1 A limpeza, desinfecção e esterilização dos instrumentais devem ser obrigatoriamente realizadas antes do atendimento nas clínicas e laboratórios do Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva.

5.2. CUIDADOS COM MOLDES E MODELOS

A lavagem e a desinfecção dos moldes são procedimentos a serem realizados antes do seu vazamento ou envio para o laboratório. Uma vez removido da cavidade bucal, o molde deve ser lavado em água corrente, para remoção de resíduos, saliva, sangue e placa bacteriana. Em seguida, para remoção do excesso de água, recomenda-se a aplicação de jatos de ar. É essencial que o molde esteja bem seco antes do vazamento. As soluções para desinfecção atualmente preconizadas são o hipoclorito de sódio (1%) e ácido peracético (0,5 ou 1,0%). Para moldes em alginato, polissulfetos, pasta de OZE e siliconas de condensação, em função de sua baixa estabilidade dimensional, é recomendada a desinfecção por *spray*. Os moldes em poliéter apresentam elevada estabilidade dimensional, mas devido a sua sensibilidade à umidade, também se recomenda a desinfecção por *spray*. Para moldes em silicona de adição e registros em cera admite-se a desinfecção por imersão, por 10 minutos. Seja qual for a técnica ou a forma de desinfecção selecionados pelo profissional, é essencial que o molde esteja bem seco antes de proceder ao vazamento com gesso.

6. MEDIDAS PARA DESCARTE DE LIXO E RESÍDUOS DAS CLÍNICAS

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) classifica os resíduos gerados nos serviços de saúde, agrupando-os em: resíduos biológicos, resíduos químicos, rejeitos radioativos e resíduos comuns (NBR-12808 da ABNT de 1997). Todo o tipo de lixo produzido durante o atendimento dos pacientes deve ser devidamente descartado, armazenado e transportado para se evitar uma possível infecção cruzada.

Os objetos perfurocortantes, como agulhas de anestesia e sutura, lâminas de bisturi, limas endodônticas, brocas, dentre outros devem ser descartados em recipientes rígidos, com tampa e identificados com o símbolo de material infectante (rótulo de fundo branco com desenho e contorno vermelhos), acrescido da inscrição de "INFECTANTE" e "RESÍDUO PERFUROCORTANTE" (NBR-7500 da ABNT de 2000). Os coletores de material perfurocortante, após o fechamento, devem ser acondicionados em sacos plásticos brancos leitosos (NBR 9190/9191 da ABNT de 1993) com o símbolo de material infectante (NBR-7500 da ABNT de 2000). Esta etapa do processamento é realizada pelas auxiliares de saúde bucal. Este lixo deve ser transportado até o local apropriado de armazenamento pelas auxiliares de limpeza.

Resíduos sólidos como gaze, algodão, sugadores, máscaras ou luvas devem ser descartados em lixeiras contendo tampa e pedal. As lixeiras devem conter um saco branco leitoso impermeável, resistente à ruptura e vazamento, preenchido até 2/3 da sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos devem ser identificados com o símbolo de material infectante, acrescido da inscrição "INFECTANTE" (NBR-7500 da ABNT de 2000). Este lixo é lacrado e identificado pelas ASBs e recolhido pelas auxiliares da limpeza para armazenamento em local apropriado.

Tubetes de anestésicos devem ser descartados em lixeiras específicas de descarte químico, lixeiras de paredes rígidas.

Os resíduos de amálgama e mercúrio devem ser descartados em um vidro fechado, com tampa, devidamente identificado, contendo solução fixadora no seu interior. Esses resíduos devem ser repassados para profissionais especializados para a reciclagem.

Demais informações encontram-se no Plano de gerenciamento de resíduos de Serviço de Saúde (GRSS) no ANEXO III.

7. ROTINA DOS PROCEDIMENTOS NAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

7.1. ORIENTAÇÕES AOS ALUNOS

Antes do início do atendimento:

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Colocar o EPI;
- Calçar as luvas de borracha grossa (cor amarela);
- Verificar o funcionamento da cadeira e equipo odontológicos. Caso não esteja em perfeito estado para uso, favor comunicar à ASB responsável;
- Acionar a saída da alta rotação e a seringa tríplice por 30 segundos sobre a cuspideira;

- Limpar com água e sabão, por meio da fricção com papel toalha todos os equipamentos e superfícies descritos no item 4.2.1;
- Desinfetar com álcool 70% (p/v), por meio da fricção com papel toalha os equipamentos e superfícies previamente limpos;
- Retirar as luvas de borracha grossa (cor amarela);
- Lavar as mãos com a água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Cobrir com barreiras plásticas os equipamentos e superfícies previamente limpos e desinfetados;
- Lavar/Degermar as mãos;
- Secar com papel toalha;
- Calçar as luvas de procedimento.

- As luvas deverão ser calçadas no momento de iniciar o atendimento do paciente.

Após o término do atendimento:

- Remover as luvas de procedimento e descartá-las no lixo;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Calçar as luvas de borracha grossa (cor verde);
- Recolher o instrumental e colocá-lo totalmente imerso em um recipiente plástico contendo detergente enzimático, (solicitar na Central de distribuição de medicamentos) por 15 minutos ou utilizar a cuba ultrassônica conforme descrito no item 5.1.1;
- Descartar o material perfurocortante em local apropriado conforme descrito no item 6;
- Remover as barreiras plásticas com luvas de borra grossa (cor amarela);
- Limpar com água e sabão, por meio da fricção com papel toalha todos os equipamentos e superfícies descritos no item 4.2.1;
- Desinfetar com álcool 70% (p/v), por meio da fricção com papel toalha os equipamentos e superfícies previamente limpos;
- Limpar com água e sabão, por meio da fricção com escova todo o instrumental previamente imerso em detergente enzimático, no caso da limpeza manual;
- Empacotar os instrumentais de acordo com o item 5.1.2;
- Limpar com água e sabão os óculos de proteção;
- Limpar as luvas de borracha com água e sabão e desinfetar, borrifando hipoclorito de sódio. Estas luvas deverão ser acondicionadas em saco plástico, após sua secagem;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;

- Limpar os equipamentos periféricos com água e sabão por meio de fricção com papel toalha e desinfetá-los com álcool 70% (p/v) por meio da fricção com papel toalha antes de dispensá-los para outro aluno.
- Para os exames radiográficos nas clínicas:
- Calçar a luva de borracha (amarela) e realizar limpeza de desinfecção da cadeira e da proteção plumbífera;
- Calçar as sobreluvas;
- Colocar os plásticos de proteção no cabeçote e no dispositivo de controle do aparelho;
- Colocar os filmes virgens sobre um papel toalha em cima de uma mesa de apoio do lado de fora do box de RX;
- Acompanhar o paciente até o box de RX (usar o sugador antes), acomodá-lo na cadeira, protegê-lo com o avental de chumbo e o colar protetor de tireoide;
- Retirar as sobreluvas, deixando-as sobre um papel toalha;
- Realizar a tomada radiográfica;
- Descartar o filme exposto aos RX em um copo plástico descartável;
- Após o término do exame, colocar as sobreluvas;
- Retirar o avental de chumbo e o colar protetor de tireoide do paciente e encaminhá-lo até o equipo;
- Remover os plásticos de proteção do aparelho de RX;
- Retirar as sobreluvas, desprezando-as no lixo;
- Retirar, um a um, os filmes do copo plástico, rasgando a barreira plástica que protege o filme;
- Deixar o filme “cair” sobre um papel toalha, evitando que as luvas toquem o filme;
- Descartar as barreiras plásticas no lixo;
- Retirar as luvas de procedimento, descartando-as no lixo;
- Lavar as mãos;
- Secar com papel toalha;
- Realizar o processamento radiográfico.

7.2. ORIENTAÇÕES AOS PROFESSORES

Todos os professores serão responsáveis pela supervisão das condutas de biossegurança nas clínicas e laboratórios do curso de odontologia.

Antes do início do atendimento:

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Colocar avental, gorro, máscara e óculos de proteção.

Entre os atendimentos:

- Lavar/Degermar as mãos;
- Secar com papel toalha;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Descartar as luvas após cada paciente examinado;
- Lavar/Degermar as mãos;
- Secar com papel toalha;

Após o término do atendimento:

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Calçar luvas novas de procedimento ou sobreluvas;
- Limpar com água e sabão os óculos de proteção;
- Descartar gorro e máscara;
- Descartar as luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Retirar o avental;
- Colocar avental em saco plástico para transportá-lo.

7.3. ORIENTAÇÕES ÀS ASBS ANTES DO INÍCIO DOS ATENDIMENTOS:

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Colocar avental, gorro, máscara e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de borracha grossa (amarela);
- Limpar com água e sabão por meio de fricção com papel toalha o aparelho de raios X, a câmara escura portátil, os aparelhos periféricos, as bancadas da ilha e os carrinhos de apoio;
- Desinfetar com álcool 70% (p/v) por meio da fricção com papel toalha todos os equipamentos e superfícies previamente limpos;
- Retirar as luvas de borracha grossa;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Verificar as condições dos dispensadores de sabão líquido, papel toalha, lixo de cada box e a limpeza da clínica;
- Fazer a reposição de álcool 70%, sabão diluído, hipoclorito de sódio a 1% e PVPI nas almotolias;

- Montar o carrinho de apoio com o material utilizado para desinfecção dos equipamentos e organizar os materiais de consumo necessários dentro da ilha para posterior distribuição;
- Encher os reservatórios dos equipos com água filtrada;
- Lavar as mãos, secar e calçar as luvas de procedimento.

Durante o atendimento:

- Fornecer os materiais de consumo, equipamentos periféricos e documentação solicitados pelos alunos e professores;

Após o término de atendimento:

- Remover as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Calçar as luvas de borracha grossa (amarela);
- Limpar com água e sabão por meio da fricção com papel toalha o aparelho de raios X, a câmara escura portátil, os aparelhos periféricos, as bancadas da ilha e os carrinhos de apoio e desinfetá-los com álcool 70% (p/v) por meio da fricção com papel toalha;
- Recolher os coletores de material perfurocortante (quando necessário), lacrando-os e identificando-os conforme o item 6;
- Limpar com água e sabão os óculos de proteção;
- Retirar as luvas de borracha grossa (amarela);
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha.

Semanalmente

- Registrar em livro próprio a data de troca de PVPI, álcool 70%, hipoclorito de sódio e sabão diluído de todas as almotolias e borrifadores.

7.4. ORIENTAÇÕES AOS AUXILIARES DE LIMPEZA

Antes e após o atendimento

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Secar com papel toalha;
- Colocar avental, gorro, máscara e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de borracha grossa e as botas;
- Limpar com água e sabão por meio de fricção com papel toalha as cuspideiras;
- Desinfetar com álcool 70% (p/v) por meio da fricção com papel toalha todos os equipamentos e superfícies previamente limpos;
- Desinfetar com hipoclorito de sódio (1%) as cuspideiras;
- Aspirar os sugadores com hipoclorito de sódio (1%) e posteriormente com água;

1 Recolher os lixos da clínica e os coletores de material perfurocortante (quando necessário), lacrando-os e identificando-os conforme o item 6;

1 Realizar a limpeza do piso por varredura úmida com água e sabão e posterior aplicação de solução de hipoclorito de sódio1%;

1 Retirar as luvas de borracha grossa;

1 Lavar as mãos com água e sabão;

1 Secar com papel toalha;

1 Realizar a reposição de sabão líquido e papel toalha nos dispensadores, lixo de cada box e verificar as condições de limpeza da clínica;

Newton

CURSO DE ODONTOLOGIA - CLÍNICA-ESCOLA
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE OCUPACIONAL

1. Identificação do acidentado:

Nome: _____

End.:_____ Telefone:_____

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Idade:_____

Ocupação: ☐ Aluno (Período:___Turno:_____ RA:_____) ☐ Professor ☐ Equipe de Limpeza

☐ Auxiliar de Consultório Dentário ☐ Auxiliar de Enfermagem ☐ Outro _____

2. Avaliação do acidentado:

Vacinado contra Hepatite B? ☐ SIM ☐ NÂO ☐ IGNORADO

Doses: 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ Em _____/_____/_____

Verificou soroconversão após vacinação? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO

Vacinado contra Tétano? ☐ SIM Em ___/___/_____ ☐ NÃO ☐ IGNORADO

Refere acidentes prévios nos últimos 6 meses? ☐ SIM ☐ NÃO

Outras informações relevantes :_____

4. Caracterização do acidente:

Data: ____/____/_____ Dia da semana:_____ Hora do acidente: _____

PROFUNDIDADE DA LESÃO

☐ Percutânea (lesões puntiformes, escoriativas, corto-contusas, etc)

☐ Mucosa (exposição de olhos, boca, nariz)

☐ Pele (somente contato com a pele, sem haver perfuração)

SANGRAMENTO DO ACIDENTADO

☐ Ausente ☐ Mínimo ☐ Visível

(OBS:_____)

MATERIAL BIOLÓGICO

☐ Sangue ☐ Saliva ☐ Desconhecido (material encontrado em lixo, por ex.) ☐ Outro_____

VOLUME DE MATERIAL BIOLÓGICO

☐ Não-visível ☐ Pequeno ☐ Médio ☐ Grande

LOCAL DA LESÃO

☐ Dedo da mão ☐ Olhos ☐ Outra área de membro superior ☐ Membros inferiores

☐ Outro _____

SITUAÇÃO DA LESÃO

☐ Reencapamento de agulha (calibre____) ☐ Administração de medicamento
☐ Manuseio do lixo ☐ Manuseio de brocas, limas, instrumentos pontiagudos
☐ Durante cirurgias ☐ Durante outros atendimentos clínicos
☐ Durante descarte de material pérfuro-cortante ☐ Outro _____

Observações:_____

_____

5. Cuidados pós-exposição – medidas imediatas tomadas:

Limpeza do local com água e sabão: ☐ SIM ☐ NÃO
Assepsia do local com álcool etílico a 70º G: ☐ SIM ☐ NÃO
Assepsia do local com PVPI ☐ SIM ☐ NÃO

Observação: _____

6. Identificação do agente-fonte

☐ Não-identificado (material em lixo, áreas de expurgo, etc)

Nome: _____ Registro:_____

End.: _____

Telefone:_____

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Idade: _____

HBV: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Ignorado
HCV: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Ignorado
HIV: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Ignorado

Comportamento de risco: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO

Se há comportamento de risco, qual?

☐ Usuário de drogas injetáveis ou crack ☐ Múltiplos parceiros sexuais
☐ Múltiplas transfusões de sangue ou derivados antes de 1985 ☐ Hemofílico
☐ Outros _____

Observações: (itens importantes registrados durante a anamnese):

_____

_____

6. Conduta :

O acidentado foi encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO

Observações:_____

Nome do responsável pelo preenchimento:_____

Local e data de notificação do acidente: _____, ____/____/____
Hora:_____

Assinatura do responsável pelo preenchimento:_____

Assinatura do acidentado:_____

Assinatura do paciente-fonte:_____

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO CONTAMINADO

Em caso de acidentes pérfuro-cortante e/ou contato com material contaminado, o Ministério do Trabalho (Brasil 1996) determina que as quimioprofilaxias contra os vírus HIV e da hepatite B (HBV), devam ser iniciadas o mais rapidamente possível, de preferência até duas horas após o acidente. Em casos extremos, pode ser realizada até 24 a 36 horas depois. Após este período a eficácia para o HIV é discutível. Nos acidentes com alto risco para HBV, a quimioprofilaxia pode ser iniciada até uma a duas semanas depois. O risco de transmissão ocupacional do HIV para o profissional da saúde, após exposição percutânea é estimada em 0,3% e após exposição mucocutânea em 0,09%. No caso da hepatite B, o risco para o profissional depende da situação do paciente fonte. (ANVISA,2006)
Portanto, é de extrema importância que o acidentado siga corretamente todas as instruções dos professores responsáveis e/ou funcionários do setor administrativo, procurando o mais rápido possível a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para onde foi encaminhado, possibilitando a realização de todos os testes e exames necessários e o estabelecimento da conduta correta após o acidente.
Declaro que li e entendi todo o teor do presente termo de esclarecimento, e ainda que estou ciente de todas as condutas cabíveis a mim, relacionadas ao acidente ocorrido.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Nome do aluno acidentado:_____

R.A.: _____ I D: _____

Assinatura: _____

Nome do paciente-fonte: _____

I D: _____

Assinatura: _____

ANEXO III – GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
(DISPONÍVEL NO SITE DA INSTITUIÇÃO)

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLEVELAND, J.; GOOCH, B.; SHEARER, B. Risk and Prevention of Hepatitis C Virus Infection. JADA, n.130, p.641-47, 1999.

ESTRELA, C.; ESTRELA, C.R.A. *Controle de infecção em odontologia.* São Paulo: Ar tes médicas, 2003, 169p.

GILLCRIST, J.A. Virus de hepatitis A, B, C, D, E, G: implicações para o profissional odontológico. JADA Brasil, v.2, p.65-78,1999.

GUIMARÃES Jr, J. *Biossegurança e controle de infecção nos consultórios odontológicos.* São Paulo: Santos, 2001.*manual de Biossegurança – 2000 - Proteção da equipe de saúde – Faculdade de Odontologia da USP – www.fob.usp.br*

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Controle de infecções e aprática odontológica em tempo de AIDS: manual de condutas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

STIERS, C.J.N. et al. Rotinas em controle de infecção hospitalar. Curitiba, Netsul, 1995.

WOOD, A.J.J. Vaccines to prevent viral hepatitis. *The New England Journal of medicine* n.336, p.196-204, 1997.

@_instanewton

/centrouniversitarionewtonpaiva

@newtonpaiva

newtonpaiva.br

Belo Horizonte e região metropolitana:

31| 4042.9488

Outras Localidades

0800 942 9800

Newton