

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ISABELLE ANTONINA RAMOS BELTRÃO
MARIANA SOARES RIBEIRO DA FONSECA**

**NOÇÕES DE BIOSSEGURANÇA RELACIONADA A ACIDENTES
BIOLÓGICOS DE GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA DO CENTRO
UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**

**VOLTA REDONDA
2018**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**NOÇÕES DE BIOSSEGURANÇA RELACIONADA A ACIDENTES
BIOLÓGICOS DE GRADUANDOS DE ODONTOLOGIA DO CENTRO
UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Acadêmicas: Isabelle Antonina Ramos Beltrão

Mariana Soares R. da Fonseca

Orientadora: Miriam Salles Pereira

Coorientadora: Marcela Ventura Soares

**VOLTA REDONDA
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

B453n Beltrão, Isabelle Antonina Ramos.

Noções de biossegurança relacionada a acidentes biológicos de graduandos de odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda. / Isabelle Antonina Ramos Beltrão; Mariana Soares Ribeiro da Fonseca. – Volta Redonda: UniFOA, 2018.

53 p. Il.

Orientador(a): Mirian Salles Pereira



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Noções de Biossegurança Relacionada a Acidentes Biológicos de Graduandos de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda”.

Elaborado por: Isabelle Antonina Ramos Beltrão
Mariana Soares Ribeiro da Fonseca

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 05 de Outubro de 2018.

Banca Avaliadora:

.....
Prof.^a Mestre Miriam Salles Pereira

.....
Prof.^a Mestre Marcela Ventura Soares

.....
Prof. Doutor Cláudio Luis de Melo Silva

DEDICATÓRIA

Dedicamos este TCC à nossa família e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à professora Roberta Mansur, que acompanhou nossa trajetória desde o início da faculdade e tanto nos ajudou para que este trabalho se concluísse. Nossa imensa gratidão à Érico Motta, que se sacrificou junto conosco, abraçando nosso trabalho como se fosse seu terceiro integrante. Agradecemos também aos participantes, que dedicaram seu tempo para responder o questionário, sendo fundamentais para a realização desta pesquisa. Nosso muito obrigada à nossa orientadora Miriam Salles por ter nos ajudado. Agradecemos à todas as pessoas, desde amigos a professores, que não pouparam esforços para que todos os questionários fossem devidamente respondidos. Por fim, somos gratas às nossas famílias e nossos namorados por todo apoio durante o tempo em que nos ocupamos única e exclusivamente da realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

“É impossível um homem aprender aquilo
que ele acha que sabe.”

(Epiteto)

RESUMO

Os acidentes com exposição ocupacional a material biológico são frequentes na odontologia em decorrência do trabalho com instrumentos perfurocortantes em campo de visão restrito e sujeito a movimentação do paciente. O contato direto com fluídos biológicos deixa o cirurgião-dentista propício a infecções por patógenos letais como o HIV, os vírus das hepatites B e C, dentre outros. O conhecimento de fatores determinantes das situações de maior risco de exposição permite a implementação de medidas de prevenção. Foi realizada uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quali-quantitativa através de um questionário autoaplicável semiestruturado, composto por 10 perguntas, respondido por 120 alunos do quinto ao décimo período do curso de odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, objetivando avaliar seus conhecimentos quanto à biossegurança relacionada a acidentes biológicos. Verificou-se que 105 alunos (96,33%) afirmaram ter estudado biossegurança durante a graduação e 89 (89,90%) disseram já ter discutido condutas preventivas e profiláticas para acidentes perfurocortantes. Em relação à vacinação contra hepatite B, 66 alunos (55,46%) possuem o esquema vacinal completo. Quanto ao conhecimento das doenças possíveis de serem contraídas em acidente perfurocortante, apenas 1 aluno (0,83%) assinalou todas corretamente. Concluiu-se que há falta de conhecimento sobre quais doenças são passíveis de contágio em acidente perfurocortante e que apesar de a maioria possuir esquema vacinal contra hepatite B completo, a taxa de discentes com esquema incompleto junto aos não vacinados é alta, mostrando que há a necessidade de implementação de uma política de estímulo para controle do esquema vacinal dos discentes, bem como a necessidade de uma abordagem mais frequente da temática biossegurança relacionada a acidentes biológicos.

Palavras-chave: Biossegurança; riscos biológicos; acidentes com perfurocortantes; odontologia.

ABSTRACT

Accidents with occupational exposure to biological material are frequent in dentistry due to the work with sharp instruments in a restricted field of vision and subject to patient movement. Direct contact with biological fluids leaves the dentist susceptible to infections by lethal pathogens like HIV, hepatitis B and C viruses, among others. Knowledge of factors that determine the highest risk of exposure allows the implementation of prevention measures. A descriptive field research with a qualitative-quantitative approach was carried out through a semi-structured self-administered questionnaire, composed of 10 questions, answered by 120 students from the fifth to the tenth period of the dentistry course of the Centro Universitário de Volta Redonda, in order to evaluate their knowledge about biosafety. It was verified that 105 students (96.33%) had studied biosafety during graduation and 89 (89.90%) had already discussed preventive and prophylactic behaviors for sharps injuries. Regarding hepatitis B vaccination, 66 students (55.46%) have the complete vaccination schedule. As to the knowledge of possible diseases to be contracted in a sharps accident, only 1 student (0.83%) indicated all correctly. It was concluded that there is a lack of knowledge about which diseases are susceptible to contagion in a sharps accident and that although the majority have a complete hepatitis B vaccination scheme, the rate of students with an incomplete scheme with the unvaccinated is high, showing a need to implement a stimulus policy to control the vaccination schedule of students, as well the need for a more frequent approach to biosafety related to biological accidents.

Keyword: Biosafety; biological risks; accidents with sharps; dentistry.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Determinação do esquema vacinal contra hepatite B entre os discentes do curso de odontologia do UniFOA.34
- Tabela 2.** Reconhecimento das possíveis doenças a serem adquiridas em um acidente perfurocortante pelos graduandos em odontologia do UniFOA.35
- Tabela 3.** Cuidados com o local exposto após acidente com perfurocortante.36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Antirretrovirais preferenciais para PEP: apresentações e posologias	29
Figura 2. Recomendações da PEP para hepatite B	30

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Identificação da abordagem do tema biossegurança durante a graduação pelos discentes do curso de odontologia do UniFOA.....33
- Gráfico 2.** Caracterização do número de acadêmicos de odontologia que tiveram acesso a informações das medidas preventivas e conduta profilática em situação de acidente perfurocortante durante sua graduação.....34
- Gráfico 3.** Doenças com possível transmissão em acidente perfurocortante assinaladas pelos discentes de odontologia do UniFOA.....35
- Gráfico 4.** Determinação da conduta imediata a ser desenvolvida caso o discente se envolva em um acidente perfurocortante.36
- Gráfico 5.** Definição do tempo máximo que o profissional pode aguardar para a realização das medidas profiláticas em acidente com material biológico.....37
- Gráfico 6.** Opinião dos discentes sobre a obrigatoriedade de o paciente-fonte ceder amostra de sangue.....37
- Gráfico 7:** Determinação do número de discentes que utilizam luva de borracha para a descontaminação e limpeza do instrumental odontológico durante o reprocessamento de material.38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBS	Comissão de Biossegurança em Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	Ensaio Imunoenzimático
EPI's	Equipamentos de Proteção Individual
et al.	E colaboradores
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula T Humana
IGHAHB	Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
LLcTA	Leucemia e Linfoma de Células T do Adulto
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR6	Norma Regulamentadora 6
OMS	Organização Mundial da Saúde

PCR	Reação em Cadeia Polimerase
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PET/MAH	Paraparesia Espástica Tropical com Mielopatia Associada
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravo de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UniFOA	Universidade Fundação Oswaldo Aranha
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A. Questionário.....	48
APÊNDICE B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	51
-------------------------------------------------------	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Biossegurança e Riscos Biológicos.....	18
2.2 Doenças Transmitidas Por Acidente Perfurocortante	19
2.2.1 AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	19
2.2.2 HTLV-1	20
2.2.3 Hepatite B.....	22
2.2.4 Hepatite C.....	24
2.3 Medidas Preventivas	25
2.3.1 Equipamentos De Proteção Individual	25
2.3.2 Imunização.....	26
2.4 Profilaxias Pós-Exposição.....	27
2.4.1 Profilaxia Pós-Exposição ao HIV	27
2.4.2 Profilaxia Pós-Exposição às Hepatites Virais.....	29
3 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4 RESULTADOS.....	33
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES	48
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Durante o atendimento odontológico, o cirurgião-dentista fica exposto a diversos riscos. O contato direto com fluídos biológicos, como saliva, sangue e outros tipos de secreções, o deixa propício a infecções por patógenos letais (KREIGER; BUENO; GABARDO, 2010).

As causas dos acidentes estão relacionadas: ao descuido, ao excesso de autoconfiança, à pressa, à sobrecarga de trabalho, à não observação das medidas de prevenção, às condições desfavoráveis do paciente, aos equipamentos e à estrutura (DAMASCENO et al., 2006).

Na prática profissional odontológica existem alguns fatores estressantes que podem estar relacionados ao exercício da profissão (características do ambiente físico, excesso de trabalho, exigências físicas da função e trabalhos repetitivos) ou relacionados ao paciente (enfrentar suas expectativas, ansiedades, faltas e atrasos, lidar com comportamentos não colaboradores e falta de atenção às instruções) (NARESSI; ORENHA; NARESSI, 2013).

Em contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a nível mundial a ocorrência por ano de três milhões de acidentes percutâneos com agulhas contaminadas por material biológico entre trabalhadores da área da saúde. Destes, dois milhões com exposição ao vírus da hepatite B (HBV), 900 mil ao vírus da hepatite C (HCV) e 170.000 ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) (RAPPARINI, 2010). No contexto nacional, no período de 2010 a 2015 foram relatados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 809.520 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, sendo 276.699 (34,2%) acidentes de trabalho com exposição a material biológico (BRASIL, 2017).

Os agentes infecciosos mais importantes nas exposições ocupacionais na esfera do risco biológico são os vírus HBV e HCV, além do HIV (YOSHIDA; LEWIS-XIMENEZ, 2010).

Por contato direto ou indireto pode ser disseminada uma ampla variedade de microrganismos. Por exposição percutânea podem ser transmitidos mais de vinte

patógenos, dentre eles estão o HIV, HBV e HCV, bactérias e príons, sendo o sangue a principal via de transmissão (BRASIL, 2006b).

Yoshida e Lewis-Ximenez (2010) citou que para profissionais da saúde, as possíveis exposições que trariam risco de infecção são: lesão percutânea (por exemplo, perfuração com agulha ou corte com objeto afiado) ou contato de pele não intacta ou membranas mucosas com sangue, tecido ou outro fluido corporal com potencial de infecção.

Dienstag (2015) mostrou que lesões por picadas de agulhas são as causadoras da maioria dos casos de soroconversão em profissionais da saúde. Quando as circunstâncias que provocaram as lesões são consideradas, fica claro que esse tipo de acidente seria reduzido expressivamente se as normas padronizadas para lidar com objetos cortantes fossem aderidas.

De acordo com Rapparini (2010), são mais difíceis de serem prevenidas as exposições que ocorrem durante a realização do procedimento. Por outro lado, as exposições que acontecem depois de sua realização e antes do descarte (como por exemplo, o reencape de agulhas ou a presença de material perfurocortante em bandejas) e também as que acontecem durante e depois do descarte são mais fáceis de serem evitadas se as normas de precaução forem seguidas.

O conhecimento de fatores determinantes das situações de maior risco de exposição propicia a implementação de medidas de prevenção e outras intervenções (RAPPARINI, 2010; YOSHIDA; LEWIS-XIMENEZ, 2010). De acordo com Yoshida e Lewis-Ximenez (2010), a importância da prevenção é reforçada devido às profilaxias pós-exposição nem sempre estarem disponíveis e não serem totalmente eficazes.

O presente trabalho tem por objetivo verificar o conhecimento dos alunos do curso de odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda quanto às normas de biossegurança relacionadas a acidentes biológicos e discutir a exposição dos profissionais da odontologia aos riscos biológicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Biossegurança e Riscos Biológicos

Segundo Brasil (2006a), “Biossegurança” pode ser definida como “condição de segurança alcançada por meio de um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal, vegetal e o ambiente”. Portanto, o objetivo de sua aplicação é prover aos profissionais e instituições ferramentas para o desenvolvimento de atividades com um grau de segurança adequado, tanto para o profissional de saúde, quanto para o meio ambiente e a comunidade.

A biossegurança é apontada como um conceito mais amplo nos textos e manuais de biossegurança editados em todo o mundo, que tem por objeto de pesquisa o risco – ou a probabilidade – de determinado dano ocorrer. Como disciplina científica, um dos segmentos de atuação da biossegurança é o risco biológico, ao qual os pesquisadores ou profissionais que atuam em laboratórios e ambientes nos quais estão presentes microrganismos estão sujeitos (ODA; SANTOS, 2012).

A Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS) possui o objetivo principal de implementar ações relacionadas à biossegurança, procurando sempre o melhor entendimento entre o Ministério da Saúde e as instituições que lidam com o tema. Foi instituída no Brasil em 2002, pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Departamento de Ciência e Tecnologia (TEIXEIRA; BORBA, 2010).

Brasil (2006b) apontou que após exposição a material biológico o risco ocupacional é variável e depende de inúmeros fatores como o tipo de acidente, o tamanho da lesão e sua gravidade, presença e volume de sangue, condições clínicas do paciente-fonte e o correto uso da profilaxia pós-exposição.

A necessidade de padronização e categorização dos agentes biológicos influenciou o Ministério da Saúde a publicar a “Classificação de Risco dos Agentes

Biológicos”. Ações que tem por objetivo o reconhecimento ou a identificação dos agentes biológicos e suas probabilidades de danos são incorporadas na avaliação de risco (BRASIL, 2006c).

De acordo com Teixeira e Borba (2010), o conhecimento da classe de risco de um agente biológico é determinante na definição do nível de biossegurança necessário para se trabalhar em segurança.

2.2 Doenças Transmitidas Por Acidente Perfurocortante

2.2.1 AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi descrita em 1981, quando os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi em jovens homossexuais do sexo masculino previamente saudáveis foram notificados aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos (RACHID; SCHECHTER, 1998; TAVARES; MARINHO, 2012). De um paciente com linfadenopatia, em 1983, foi isolado o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, em 1984, pode-se claramente comprovar que este vírus era o agente etiológico da AIDS (FAUCI; LANE, 2015).

O HIV possui dois tipos biológicos, HIV-1 e HIV-2. Esses vírus caracterizam-se por apresentar um curso crônico da doença, período de latência clínica longo e replicação viral resistente. A infecção é dividida em estágios: transmissão viral, infecção primária-síndrome aguda da soroconversão, soroconversão, período de latência clínica com ou sem linfadenopatia generalizada, infecção sintomática inicial pelo HIV e a AIDS propriamente dita, definida através da contagem de linfócitos abaixo de 200 células/mm³ (TAVARES; MARINHO, 2012).

Os números e atividade dos linfócitos CD4⁺ diminuem progressivamente após a infecção pelo vírus, comprometendo principalmente a imunidade celular (RACHID; SCHECHTER, 1998). A quantificação plasmática da carga viral do HIV e a evolução da contagem de linfócitos TCD4⁺ devem ser monitoradas para estimativa do prognóstico e indicação do início da terapia antirretroviral (BRASIL, 2008). A AIDS é

uma manifestação clínica tardia decorrente desta infecção, podendo, em média, ocorrer após 8 anos (GUTIERREZ et al. 2009).

Gutierrez et al. (2009) mostrou que a carga viral elevada de HIV, que ocorre principalmente nas fases aguda e avançada da infecção, mais a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's) estão relacionadas, além de outros fatores, ao aumento do risco de transmissão.

Fauci e Lane (2015) relataram que a transmissão do vírus se dá principalmente por relações sexuais (heterossexuais e homossexuais masculinas), pelo sangue e hemocomponentes, nos períodos intraparto e perinatal pelas mães infectadas aos seus filhos, ou no aleitamento materno.

O diagnóstico pode ser feito inicialmente pela facilidade e sensibilidade por sorologia, por imunoblot, por reação em cadeia de polimerase (PCR) e eventualmente pelo isolamento do vírus na fase aguda da infecção, devendo sempre ser confirmado. Inicialmente deve-se fazer um ensaio imunoenzimático (ELISA), que deve ser confirmado por imunofluorescência e Western blotting (COURA, 2008).

2.2.2 HTLV-1

Em 1980, nos Estados Unidos, de um paciente com linfoma cutâneo de células T foi isolado o primeiro retrovírus humano (HTLV), a partir de uma linhagem de células linfoblastóides. Assim como no Japão, isolado em pacientes com quadros de leucemia/linfoma de células T de adultos. A seguir, no ano de 1982, de um paciente com tricoleucemia foi isolado um segundo tipo de retrovírus humano. Pode-se evidenciar, por métodos de cultivo *in vitro* e por suas características biológicas e moleculares, que eram dois agentes relacionados, porém distintos, denominados então de HTLV-1 e HTLV-2 (BRASIL, 2004a), sendo HTLV-2 bem menos patogênico que o HTLV-1 (BRASIL, 2013).

No Brasil, o vírus HTLV-1 foi isolado pela primeira vez em 1990, no Hospital do Câncer (INCA), pela doutora em imunologia Maria José de Andrada Serpa. Existe, no Rio de Janeiro, um centro de referência em HTLV, o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). Por todo o país pode ser encontrada a infecção

pelo vírus, porém as maiores taxas ocorrem na Bahia, em Pernambuco e no Pará (ESQUENAZI, 2003).

Mundialmente, estima-se que por volta de 20 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HTLV-1. Ao longo de suas vidas, cerca de 90% permanecerão assintomáticas, mantendo uma rede de transmissão silenciosa. O HTLV-1 ataca principalmente os linfócitos TCD4⁺, estes que possuem papel importante na resposta imune adaptativa, alterando a resposta imune do infectado e o deixando suscetível a infecções (BRASIL, 2013).

De acordo com Coura (2008), as vias de transmissão do HTLV-1 são: contatos sexuais, agulhas ou seringas contaminadas, aleitamento materno, transfusão sanguínea e hemoderivados.

Acontecendo com relativa frequência, o HIV e o HTLV-1 e 2 simultaneamente podem infectar o mesmo hospedeiro, pois apresentam mecanismos de transmissão comuns, acontecendo especialmente com populações específicas, como usuários de drogas intravenosas e profissionais do sexo. Cursando com progressão mais rápida para AIDS, a coinfeção HIV/HTLV-1 apresenta maior risco de desenvolvimento de complicações neurológicas, leucemia e linfomas, bem como menor sobrevida do indivíduo (BRASIL, 2013).

Segundo Coura (2008), inúmeras doenças são correlacionadas com a infecção pelo HTLV-1, entre elas estão a paraparesia espástica tropical com mielopatia associada (PET/MAH), leucemia e linfoma de células T do adulto (LLcTA), neuropatia periférica, encefalomielite, degeneração espinocerebelar, tireoidite, uveíte, Síndrome de Sjögren, Doença de Behçet. A mielopatia associada ao HTLV é a manifestação neurológica mais clássica (ROMANELLI; CARAMELLI; PROIETTI, 2010) e apesar de ser persistente a infecção pelo HTLV-1, apenas 2 a 3% dos infectados desenvolvem a PET/MAH, que causa paresia acentuada em grupamentos musculares proximais dos membros inferiores, atrofia muscular, reflexo mandibular exaltado, entre outras alterações (COURA, 2008; BRASIL, 2013).

Romanelli, Caramelli e Proietti (2010) disseram que para o diagnóstico, de primeiro momento são utilizados testes de triagem com baixo custo, como imunoenensaio enzimático ou teste de aglutinação. Porém, recomenda-se a

confirmação por imunofluorescência indireta ou Western Blot, já que os primeiros testes possuem baixa especificidade e podem apresentar resultados falso-positivos. De acordo com Brasil (2013), está em processo de incorporação o Western Blot para o HTLV no Sistema Único de Saúde (SUS) e em alguns laboratórios públicos de referência e universidades pode ser feito PCR, usado para diferenciar o HTLV-1 e HTLV-2 devido à grande homologia genética destes vírus.

Brasil (2013) salientou que sabendo-se da inexistência de vacina preventiva para a infecção por HTLV-1 e que ainda não há tratamento específico (embora medicamentos antirretrovirais tenham se mostrado eficazes *in vitro* mas com resultados vagos *in vivo*), a triagem de doadores de sangue, a triagem para HTLV-1 no pré-natal, o aconselhamento às mães soropositivas em relação à transmissão por meio da amamentação e a recomendação do uso de preservativos em relações sexuais constituem estratégias eficientes na prevenção da transmissão do vírus.

2.2.3 Hepatite B

Diferentes agentes etiológicos de diversas famílias e gêneros de vírus são causadores das hepatites virais, porém com evoluções próprias, que podem ser transmitidos por via entérica ou parenteral e podem causar manifestações gerais e lesão hepática (COURA, 2008). Dienstag (2015) mencionou que são vírus de RNA todos os vírus das hepatites humanas, exceto o vírus HBV, que é de DNA. Todos os tipos de hepatites virais produzem enfermidades clínicas semelhantes, porém através de suas propriedades moleculares e antigênicas eles podem ser diferenciados.

A hepatite viral é uma doença caracterizada por uma inflamação nas células do fígado, podendo expandir a um dano permanente ao tecido hepático. As hepatites virais com maiores prevalências são a hepatite B e C, que causam mais comumente a forma cronicada da doença. Apesar disso, existem outros tipos de vírus que causam a hepatite, sendo eles os vírus A, D, E e G (MANSOUR-GHANAIE et al, 2013).

A OMS estima que em torno de dois bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B e 325 milhões são portadores crônicos com cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (NOUBIAP et al, 2013). No SINAN, de 1999 a 2017, foram notificados 587.821 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 218.257 (37,1%) são referentes a casos de hepatite B e 200.839 (34,2%) de hepatite C. A região sudeste tem a maior proporção dos vírus B e C, respectivamente com 35,2% e 60,9%. Pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 2000 a 2016, foram identificados no Brasil 66.196 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais. Desses, 21,4% foram associados à hepatite B e 75,8% à hepatite C (BRASIL, 2018a).

A hepatite B é transmitida por veiculação percutânea ou mucosas por fluídos corpóreos, sangue ou derivados contendo o vírion infectante. Outras formas de contágios podem ser citadas, como relação sexual, exposição a sangue com agulhas ou seringas compartilhadas por usuários de drogas, transmissão vertical durante a gestação ou trabalho de parto, transfusão de sangue ou hemoderivados (TAVARES; MARINHO, 2012).

De uma a doze semanas, sendo mais comum entre a oitava e a décima-segunda semana, o primeiro marcador virológico identificável no soro depois que uma pessoa é infectada pelo HBV é o HBsAg (DIENSTAG, 2015).

Variando de acordo com a idade, grande parte dos infectados pelo HBV não apresenta manifestações clínicas. A fase aguda da infecção possui um período de incubação médio de 60 a 90 dias. Com duração média de uma a duas semanas, 80% dos pacientes apresentam febre, mal-estar, fadiga, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos na fase prodrômica. Na fase ictérica, além do paciente apresentar mucosas, escleróticas e pele amareladas, apresenta também colúria, geralmente desaparecendo estes sinais em um a três meses. São considerados portadores crônicos os indivíduos que mantém o HBsAg por pelo menos seis meses (COURA, 2008).

O diagnóstico precoce dos casos de hepatite é importante para controle da doença, possibilitando o início do tratamento mais adequado. No Brasil, a vigilância epidemiológica usa de um sistema de notificações compulsórias para casos com

suspeita de hepatite B e C. (FERREIRA; SILVEIRA, 2004). É feito por meio de imunoenaios através da detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral do indivíduo, ou também pelo emprego de técnicas de biologia molecular, detectando o ácido nucleico viral (BRASIL, 2018b).

2.2.4 Hepatite C

Causa de 40% das hepatites crônicas e responsável por 8.000 a 10.000 mortes por ano nos EUA, a hepatite C é a indicação mais frequente para transplante de fígado, segundo Dienstag (2015). No Brasil, em 2016, estima-se que a soroprevalência de anti-HCV era de 0,7%, correspondendo por volta de 657.000 indivíduos com viremia ativa (BRASIL, 2018a). A hepatite C crônica acompanha a forma aguda em 50 a 70% dos casos, não dependendo da modalidade epidemiológica em que foi contraída a infecção pelo HCV (DIENSTAG, 2015).

Segundo Coura (2008), varia de 40 a 120 dias o período de incubação da hepatite C. Um quadro agudo da doença com icterícia, colúria, náuseas e vômitos, dor abdominal e outras manifestações é apresentado por menos de 20% das pessoas infectadas. Portadores crônicos do vírus constituem a maioria dos infectados, 75 a 85%, com uma parte em evolução silenciosa para hepatite com lesões necroinflamatórias do fígado que levam à cirrose e ao hepatocarcinoma.

De acordo com Dienstag (2015), além da transfusão sanguínea ser um meio de transmissão, outras vias percutâneas, tais como uso de drogas injetáveis, podem transmitir a hepatite C. Exposição ocupacional ao sangue também se caracteriza um meio para transmissão de tal vírus, aumentando a probabilidade de infecção nas unidades de hemodiálise.

Ferraz e Silva (2014) observaram que o diagnóstico de hepatite crônica de 90% dos infectados é feito em uma fase assintomática, ocorrendo muitas vezes por acaso, em realizações de check-up, exames pré-admissionais para trabalho, doações de sangue, testes laboratoriais e/ou de imagem. No restante, por volta de 5%, o diagnóstico é feito após o acompanhamento de uma infecção aguda que não

foi solucionada em 6 meses ou, também, nos 5% restantes, por apresentarem as complicações de uma cirrose hepática.

Alguns testes comerciais para detecção qualitativa e quantitativa do genoma RNA do vírus da hepatite C são o ensaio Amplicor HCV 2.0 com a tecnologia utilizada de PCR qualitativo e Amplicor HCV com a tecnologia utilizada de RT-PCR (COURA, 2008). De execução simples, os imunoenaios cromatográficos que constituem o teste rápido podem ser realizados em até 30 minutos e não precisam de estrutura laboratorial, sendo fundamentais para aumentar a resolutividade do sistema e ampliação do diagnóstico, permitindo assim uma detecção precoce dos vírus (BRASIL, 2018b).

Segundo Brasil (2018a), devem realizar testagem frequente para HCV as pessoas que vivem com o HIV/aids; pessoas que fazem Profilaxia Pré-Exposição contra o HIV; pessoas que possuem múltiplos parceiros sexuais ou com múltiplas infecções sexualmente transmissíveis; trabalhadores(as) do sexo; usuário de drogas e pacientes em regime de diálise, entre outros. Dentre os que devem realizar o teste pelo menos uma vez ao longo da vida, estão pessoas com: antecedente de transfusão de sangue e hemoderivados ou transplante de órgãos antes de 1992; antecedente de tatuagem ou piercing em lugar não regulamentado; antecedente de uso de drogas; parceiro sexual portador de hepatite C, entre outros.

2.3 Medidas Preventivas

2.3.1 Equipamentos De Proteção Individual

Brasil (2010) indicou o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) quando se prevê uma exposição a material biológico e a produtos químicos tóxicos, estando sua adequação diretamente relacionada a atividade envolvida. Os EPIs devem estar registrados no Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), registro este emitido após testagem que assegure a efetividade desses equipamentos, com posterior emissão de um certificado de aprovação.

A Norma Regulamentadora 6, publicada em 08 de junho de 1978, diz que todos os dispositivos ou produtos, de uso individual, que se destinam a proteger o

trabalhador de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho são considerados EPI's (BRASIL, 2018d).

Considerados uma barreira simples e de grande eficácia, que devem ser utilizados não só pelo profissional como também pelo auxiliar a fim de que a cadeia asséptica não seja quebrada, o uso de EPI é o principal meio de prevenção da transmissão de patógenos. São constituídos pela máscara, gorro, jaleco, luvas, óculos de proteção e sapato de uso exclusivo no consultório (ALMEIDA-MURADIAN, 2012).

2.3.2 Imunização

Coura (2008) observou que não há uma vacina eficaz contra a hepatite C. Brasil (2002) destacou que em relação às medidas de prevenção contra o vírus da hepatite B, a vacinação é a melhor forma de proteção dos trabalhadores da saúde. Devido ao seu caráter coletivo que garante a quebra da cadeia de transmissão, a vacinação constitui uma das intervenções de Saúde Pública mais relevante, podendo diminuir a incidência de infecção pelo HBV em até 95%. Já é realizada de rotina a vacinação de recém-nascido, menores de um ano e populações especiais.

Em 2017, no Brasil, foram distribuídas 18 milhões de vacinas contra a hepatite B no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018a).

Segundo Resende et al. (2010), todos os profissionais que desempenham tarefas com possível contato com sangue ou fluidos corporais ou os que exercem atividades com instrumentos cortantes devem estar inclusos na vacinação. Na vacinação contra o HBV, o esquema usual consiste em três doses de 10µg do antígeno por via intramuscular, nos dias 0, 30 e 180. Caso o esquema vacinal seja interrompido, a segunda dose deve ser ministrada o mais rápido possível, porém deve ser de dois meses o intervalo entre a segunda e a terceira dose. Coura (2008) aponta que a pesquisa do antígeno HBsAg no soro do vacinado deve ser feita para controle da eficácia da vacinação.

2.4 Profilaxias Pós-Exposição

2.4.1 Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para exposições que oferecem risco de infecção pelo HIV engloba o uso de medicamentos para diminuir o risco de contrair o vírus. Em 2015, houve a simplificação do esquema antirretroviral da PEP para HIV, passando a recomendação da profilaxia ser baseada na avaliação do risco da situação de exposição e não mais baseada na categoria de exposição (acidente envolvendo material biológico, casos de violência sexual ou exposição sexual consentida) (BRASIL, 2018c).

Brasil (2018c) recomendou que no primeiro atendimento após a exposição ao HIV, o profissional deve avaliar o contexto do acidente, como, quando e com quem ele ocorreu. Para a decisão da indicação ou não da PEP, quatro perguntas podem direcionar o atendimento, estando a PEP indicada caso todas as perguntas obtenham respostas positivas, são elas:

- 1- O tipo de material biológico oferece risco de transmissão do vírus?
- 2- O tipo de exposição oferece risco de transmissão do vírus?
- 3- O período de tempo entre a exposição e o atendimento não ultrapassou 72 horas?
- 4- No momento do atendimento, a pessoa exposta é não reagente para o vírus?

De acordo com Dienstag (2015) e Brasil (2018c), materiais biológicos como sangue, sêmen, líquido, líquido amniótico, leite materno, entre outros, oferecem risco de transmissão do HIV. Entre os tipos de exposições, as que oferecem risco de transmissão são as exposições percutâneas, de membranas mucosas, cutâneas de peles não íntegras e mordeduras com presença de sangue.

Proporcionalmente ao inócuo, à extensão e profundidade da lesão, o risco de se contrair o vírus após uma exposição percutânea é de aproximadamente 0,3% (RACHID; SCHECHTER, 1998; DIENSTAG, 2015) e de 0,09% para exposição das mucosas (DIENSTAG, 2015). Rachid e Schechter (1998) mostrou que em ferimentos profundos o risco é elevado em aproximadamente 16 vezes, na presença de sangue visível na agulha ou se a mesma foi colocada diretamente na veia ou artéria do

paciente o risco aumenta em 5 vezes, caso o paciente-fonte faleça por doença relacionada ao HIV nos dois meses após o acidente o risco é 8 vezes maior.

No caso da pessoa exposta ser reagente para o vírus na realização do teste rápido mostra que a infecção ocorreu antes da exposição que a fez buscar o atendimento, sendo assim, a PEP não está indicada e deve ser feito seu encaminhamento para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (BRASIL, 2018c).

Rachid e Schechter (1998) evidenciaram que quando a quimioprofilaxia estiver indicada, ela deverá ser iniciada e sua manutenção deverá ser reavaliada, pois sempre que possível o teste anti-HIV deverá ser feito no paciente-fonte, mesmo que após o início da quimioprofilaxia, a fim de que a medicação anti-retroviral seja suspensa caso a sorologia seja negativa.

Exceto em situações epidemiológicas de maior risco, geralmente a quimioprofilaxia não é recomendada em acidentes envolvendo fonte desconhecida ou paciente com sorologia ignorada. Seu uso deve ser decidido levando em conta a possibilidade de transmissão do vírus, que deve considerar a gravidade do acidente e a probabilidade de infecção pelo HIV deste indivíduo (RACHID; SCHECHTER, 1998).

Em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção, as situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, levando em conta que após 72 horas da exposição a profilaxia não oferece benefícios (BRASIL, 2018c; DIENSTAG, 2015). Se o tempo decorrido entre a exposição e o atendimento for superior a 72 horas a PEP não está indicada e deve ser feito o acompanhamento sorológico da pessoa exposta (BRASIL, 2018c).

Dienstag (2015) orientou que caso o indivíduo opte por fazer a quimioprofilaxia, as diretrizes do U. S. Public Health Service recomendam: (1) em exposições menos graves administrar por 4 semanas após a exposição uma combinação de dois análogos nucleosídeos da transcriptase reversa; ou (2) administrar por quatro semanas após exposições mais graves uma combinação de dois análogos nucleosídeos da transcriptase reversa e um terceiro fármaco.

Em território nacional, Brasil (2018c) mostrou que a combinação, por 28 dias, de três antirretrovirais sendo dois deles inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo, é o esquema de primeira escolha para PEP, por possuir menores efeitos colaterais e baixa interação com outros medicamentos melhora a adesão e o manejo clínico. Suas apresentações e posologias estão descritas na Figura 1. Mesmo depois do fim da profilaxia com antirretrovirais, a pessoa exposta deve ser orientada a realizar a testagem em 30 e em 90 dias após a exposição, a fim de que um possível diagnóstico de infecção aguda pelo HIV seja descartado.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF ^(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Figura 1. Antirretrovirais preferenciais para PEP: apresentações e posologias

Fonte: BRASIL, 2018c

2.4.2 Profilaxia Pós-Exposição às Hepatites Virais

Quanto à hepatite B, a prevenção da infecção pelo vírus ocorre por meio da vacinação e do uso eventual de Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Devem ser imunizadas as pessoas expostas ao vírus sem vacinação prévia ou sem conhecimento das vacinas tomadas, e que não estejam infectadas pelo HBV (HBsAg não reagente). No momento do primeiro atendimento, quando possível, deve ser administrada a primeira dose da vacina, podendo as demais doses serem aplicadas na unidade básica de saúde da preferência do indivíduo. As recomendações de profilaxia para hepatite B levando em consideração a situação vacinal e sorologia do indivíduo exposto estão descritas na Figura 2 (BRASIL, 2018c). O início da vacinação contra hepatite B e a profilaxia pós-exposição com imunoglobulina anti-hepatite B têm eficácia > 90% como meio de evitar a infecção pelo vírus

(DIENSTAG,2015).

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) ^(b)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a)

Figura 2. Recomendações da PEP para hepatite B

Fonte: BRASIL, 2018c

Segundo Brasil (2018c), é importante conhecer o status sorológico da pessoa-fonte em relação a hepatite B para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAB, podendo ser administrada em dose única de 0,06mL/kg intramuscular, no máximo, até 7 dias da exposição, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas do acidente.

Não existe medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo vírus da hepatite C após a exposição. Por meio de teste rápido ou testes laboratoriais é feita a investigação inicial da infecção pelo HCV, procurando por anticorpos contra o vírus, porém a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de detecção da CV-HCV para a

definição de um caso de infecção ativa. Para permitir um diagnóstico precoce de uma possível infecção é necessária uma testagem da pessoa-fonte e da pessoa exposta. O diagnóstico precoce da soroconversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção, com o objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica. Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias, havendo possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico durante este período (BRASIL, 2018c).

A notificação e investigação de casos de doenças e agravos que estão na lista nacional de doenças de notificação compulsória, dentre estas doenças estão as hepatites virais, tétano e infecção pelo HIV, alimentam o SINAN. Em casos suspeitos e/ou confirmados a Ficha de Notificação deve ser preenchida, sem espaços em branco, pela unidade de saúde. Esta ficha é padronizada, pré-numerada e possui duas vias, onde a primeira via deverá ser encaminhada pela unidade de saúde notificante ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal para ser submetida à análise e a segunda via deverá ser arquivada na unidade de saúde (BRASIL, 2007).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPs) do Centro Universitário de Volta Redonda com número CAAE 90159718.9.0000.5237 e aprovado em 09/07/2018 (ANEXO 1).

Foi realizada uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quali-quantitativa através de um questionário autoaplicável semiestruturado, este composto por 10 perguntas no total, sendo 2 perguntas abertas e 8 perguntas fechadas (APÊNDICE 1), com graduandos do curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, abordando aspectos como o esquema vacinal da Hepatite B, conhecimento dos entrevistados sobre cuidados a serem tomados com o local exposto após acidente com perfurocortante, doenças possíveis de serem contraídas em acidente perfurocortante com material contaminado, o uso de luva de borracha para limpeza de instrumental usado, dentre outros aspectos relacionados à possíveis acidentes envolvendo material biológico na prática odontológica.

A amostra foi constituída de 120 alunos, divididos em 20 alunos por período participante, regularmente matriculados no período vigente da pesquisa, cursando do quinto ao décimo período da graduação, estes escolhidos por exercerem atividades na clínica odontológica.

Os participantes foram abordados em sala de aula, tendo um tempo de 30 minutos para responderem ao questionário após terem ciência de que se tratava a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Os dados obtidos foram analisados através do Excel no Windows, foram realizadas análises estatísticas para determinação da frequência relativa (%), frequência absoluta (n), média da amostra e desvio padrão.

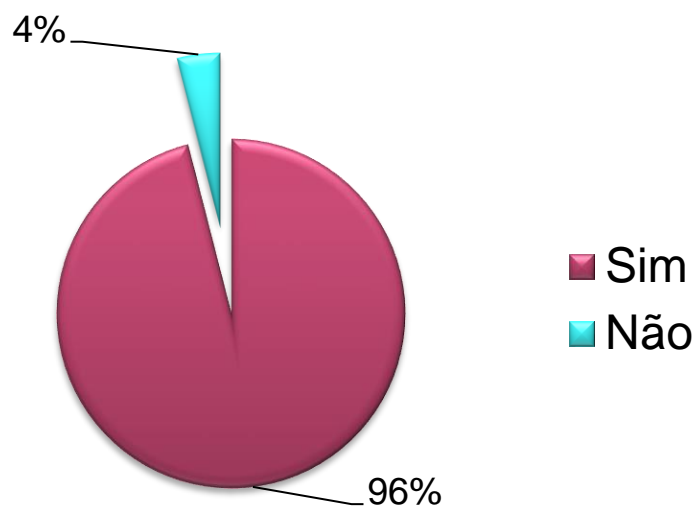
4 RESULTADOS

Foram recolhidos 120 questionários. Questionários que continham questões em branco, desde que não fosse em sua totalidade, foram considerados para análise do estudo. Sendo assim, os resultados apresentados são baseados no total de respostas obtidas para cada questão, e não no total de participantes.

Dos 113 alunos que registraram o sexo, 87 (77%) eram femininos e 26 (23%) masculinos, com idade predominante de 22 anos (20 alunos 19,8%), possuindo o participante mais novo 19 anos e o mais velho, 48 anos.

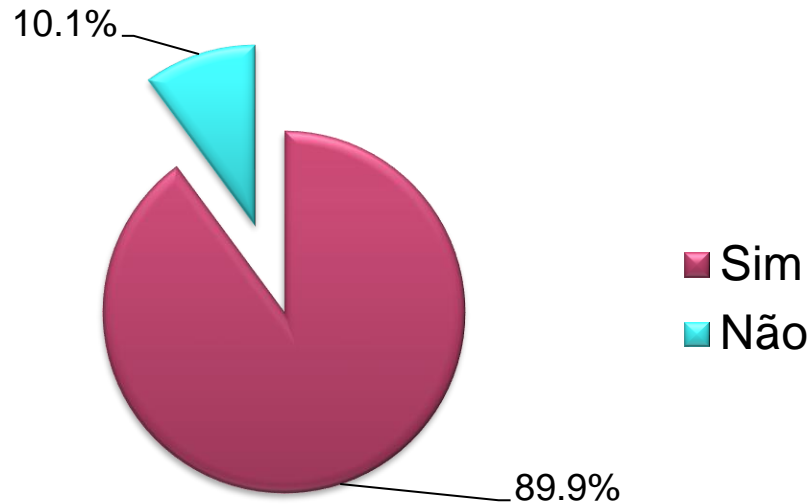
Ao questionar se a temática biossegurança já tinha sido abordada durante sua graduação, 96% disseram que sim e somente 4% responderam não (GRÁFICO 1).

Gráfico 1. Identificação da abordagem do tema biossegurança durante a graduação pelos discentes do curso de odontologia do UniFOA.



Com relação a conduta preventiva e profilática a ser tomada em um acidente perfurocortante, 89 alunos (89,9%) afirmaram já ter discutido o assunto durante sua formação acadêmica (GRÁFICO 2).

Gráfico 2. Caracterização do número de acadêmicos de odontologia que tiveram acesso a informações das medidas preventivas e conduta profilática em situação de acidente perfurocortante durante sua graduação.



Com relação ao esquema vacinal contra hepatite B, 12 alunos (10,08%) afirmaram ter tomado apenas 1 dose da vacina, 33 (27,73%) tomaram 2 doses, 66 (55,46%) tomaram 3 doses e 8 (6,72%) não são vacinados. A Tabela 1 mostra os resultados por período, onde podemos observar que o décimo período apresenta o maior número de alunos com o esquema vacinal completo.

Tabela 1. Determinação do esquema vacinal contra hepatite B entre os discentes do curso de odontologia do UniFOA.

Esquema	5º Período	6º Período	7º Período	8º Período	9º Período	10º Período	Total	%	Média ± DP
Sim, 1 dose	2	7	0	1	0	2	12	10,08	2,00 ± 2,61
Sim, 2 doses	4	8	8	5	6	2	33	27,73	5,50 ± 2,35
Sim, 3 doses	14	3	10	13	11	15	66	55,46	11,00 ± 4,34
Não	0	2	2	1	3	0	8	6,72	1,33 ± 1,21

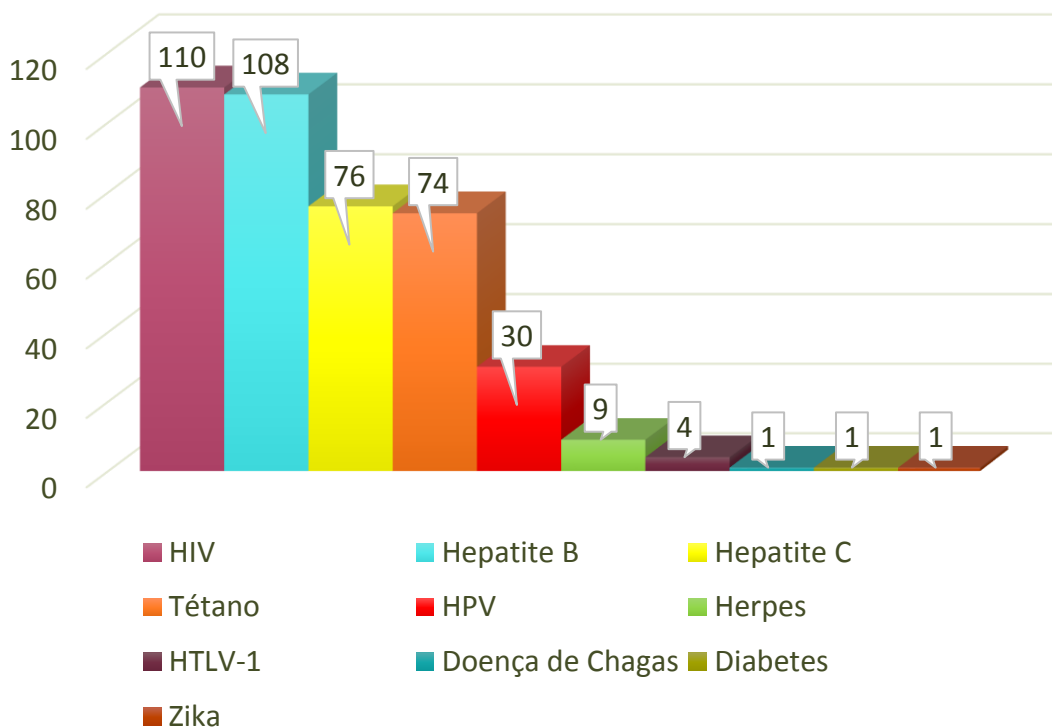
Ao questionar as possíveis doenças contraídas em acidente perfurocortante, apenas 1 aluno (0,83%) assinalou todas as opções corretamente e 119 (99,17%) erraram o conjunto de doenças. Os resultados por período são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Reconhecimento das possíveis doenças a serem adquiridas em um acidente perfurocortante pelos graduandos em odontologia do UniFOA.

Respostas	5º Período	6º Período	7º Período	8º Período	9º Período	10º Período	Total	%	Média ± DP
Certo	0	1	0	0	0	0	1	0,83	0,17 ± 0,41
Errado	20	19	20	20	20	20	119	99,17	19,83 ± 0,41

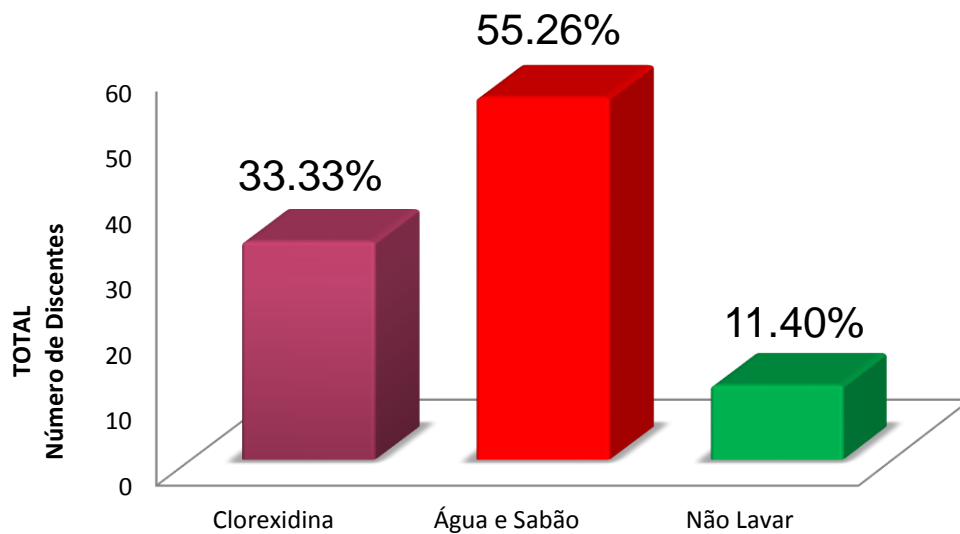
Apesar de muitos alunos terem marcado HIV (91,67%), hepatite B (90%), hepatite C (63,33%), tétano (61,67%) e alguns marcaram o HTLV-1 (3,33%), alguns discentes apresentam ainda dificuldade de identificar as vias de transmissão de algumas doenças, sinalizando patogenias que não são possíveis de transmissão por esta via (GRÁFICO 3).

Gráfico 3. Doenças com possível transmissão em acidente perfurocortante assinaladas pelos discentes de odontologia do UniFOA.



No tocante a conduta imediata a ser tomada após um acidente perfurocortante, 38 alunos (33,33%) opinaram que o local lesionado seja lavado com clorexidina, 63 (55,26%) responderam que o local deve ser lavado exaustivamente com água e sabão e 13 (11,40%) afirmaram que o local exposto não deve ser lavado (GRÁFICO 4).

Gráfico 4. Determinação da conduta imediata a ser desenvolvida caso o discente se envolva em um acidente perfurocortante.



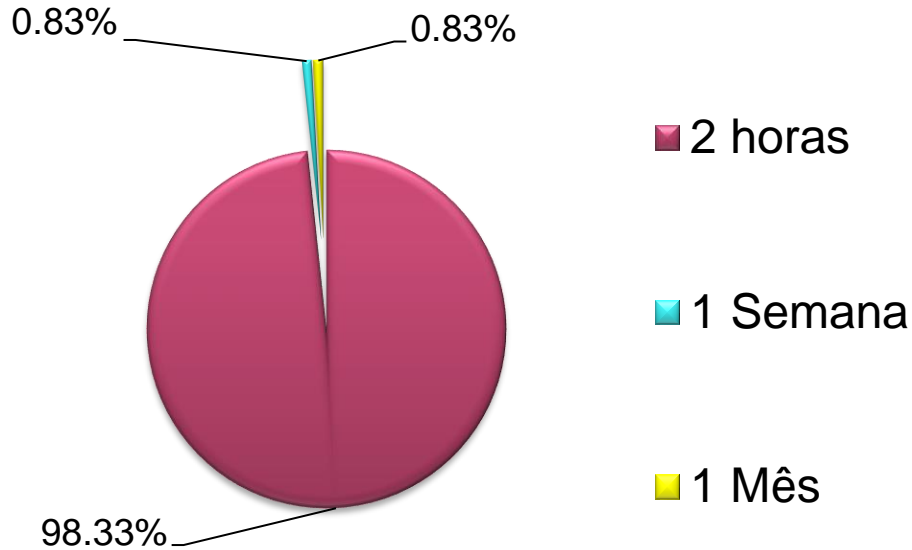
A opção correta considerada neste questionamento foi lavar com água e sabão, conforme protocolo padronizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b). Entretanto, entendemos que o uso da clorexidina é uma opção viável ao envolvido, uma vez que este antisséptico apresenta uma ação microbiológica. A opção de não lavar foi escolhida por discentes do 5º ao 8º período, não apresentando essa opção estudantes do último ano de odontologia (TABELA 3).

Tabela 3. Cuidados com o local exposto após acidente com perfurocortante.

Respostas	5º Período	6º Período	7º Período	8º Período	9º Período	10º Período	Total	%	Média ± DP
Clorexidina	4	7	8	3	13	3	38	33,33	6,33 ± 3,88
Água e Sabão	14	9	8	10	6	16	63	55,26	10,50 ± 3,78
Não Lavar	1	3	3	6	0	0	13	11,40	2,17 ± 2,32

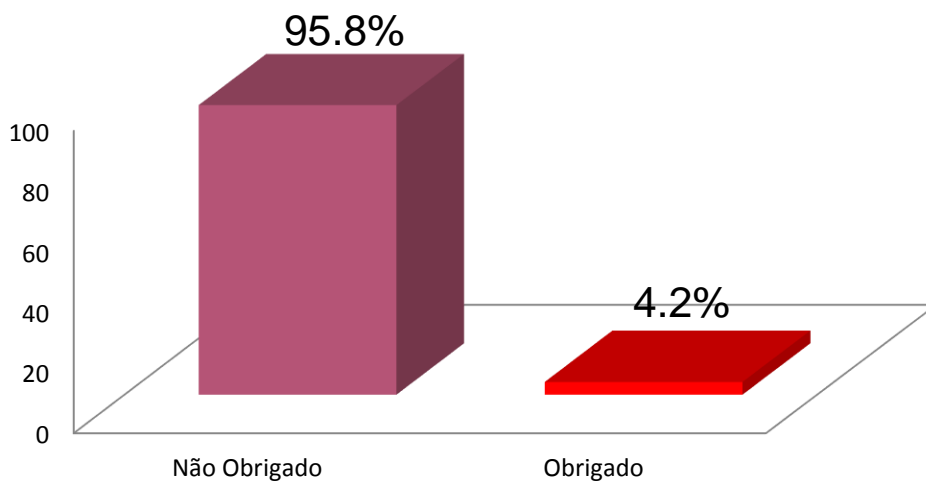
A maioria dos discentes (98,33%) afirmou que após um acidente com material biológico a ajuda deve ser feita em até 2 horas, seguindo as orientações recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c) (GRÁFICO 5).

Gráfico 5. Definição do tempo máximo que o profissional pode aguardar para a realização das medidas profiláticas em acidente com material biológico.



Quanto à obrigatoriedade ou não de o paciente-fonte ceder amostra de sangue caso o profissional se acidente, 114 alunos (95,8%) afirmaram que o paciente não é obrigado e 5 alunos (4,2%) responderam ser obrigado a ceder amostra de sangue (GRÁFICO 6).

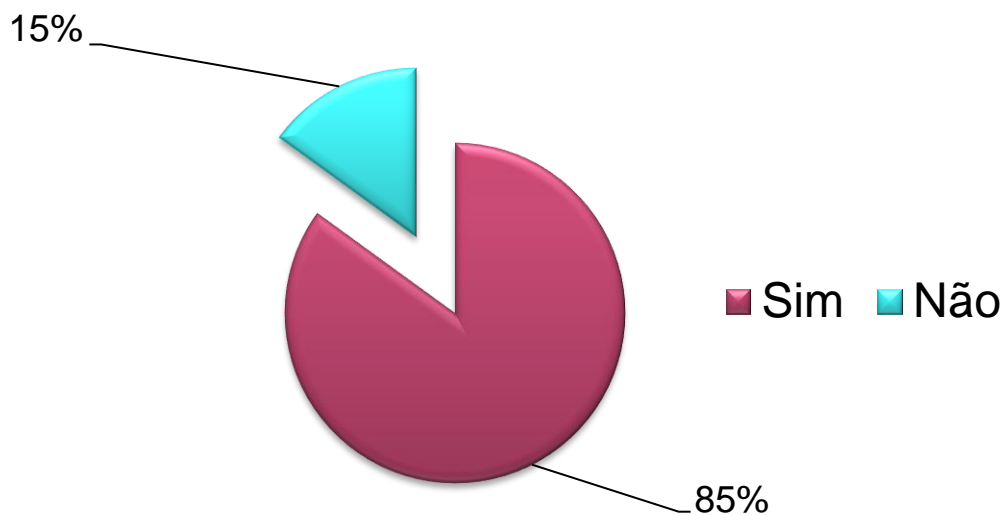
Gráfico 6. Opinião dos discentes sobre a obrigatoriedade de o paciente-fonte ceder amostra de sangue.



Uma questão discursiva objetivava avaliar a conduta adotada pelo discente após uma situação hipotética de perfuração por lâmina já desprezada no descarpack, onde a fonte do material biológico é desconhecida. A questão possuía caráter qualitativo e as respostas foram agrupadas por similaridade, determinadas nas seguintes categorias: Comunicação do acidente ao paciente e direcionamento ao hospital (13 respostas); somente direcionamento ao hospital (29 respostas); somente limpeza do local lesionado (1 resposta); realização do coquetel retroviral (8 respostas); somente realização de testes laboratoriais (4 respostas); Lavar o local e direcionamento ao hospital (22 respostas). Dentro do contexto direcionamento ao hospital, além do direcionamento outras respostas foram acrescentadas, como: realização de testes laboratoriais(13 respostas); realização de coquetel retroviral (12 respostas); realização de testes e coquetel retroviral (13 respostas); avaliação do esquema vacinal (1 resposta); realização de antibioticoterapia (1 resposta).

Quando questionados sobre o uso de luvas de borracha para limpeza do instrumental odontológico utilizado, 102 alunos (85%) afirmaram fazer uso deste objeto, conforme Gráfico 7.

Gráfico 7: Determinação do número de discentes que utilizam luva de borracha para a descontaminação e limpeza do instrumental odontológico durante o reprocessamento de material.



5 DISCUSSÃO

Como já mencionado, o cirurgião-dentista apresenta uma grande exposição, o que favorece no seu envolvimento em acidentes. Entretanto, o seu conhecimento sobre as práticas e normas de biossegurança são primordiais para a segurança na atuação profissional. Durante a graduação o curso de odontologia apresenta diversas disciplinas que abordam essa temática, dentre elas: Microbiologia e Imunologia, Cirurgia Oral e Estágio Supervisionado I. Porém, 4 participantes responderam que nunca estudaram a matéria e 10 não haviam discutido o assunto de acidentes com perfurocortantes na faculdade. Este número pode ser justificado, pois no presente estudo não foi questionado se os participantes iniciaram o seu curso de graduação no Centro Universitário de Volta Redonda, podendo assim ter alunos que fizeram transferência e entraram em períodos posteriores que o assunto já tinha sido explanado. Em estudo de Neto et al. (2017), com discentes da área da saúde a partir do 4º período da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo 112 discentes do curso de odontologia, 99,1% deste total relataram ter recebido instrução sobre medidas de biossegurança em algum momento da graduação.

A maioria dos participantes apresentam esquema vacinal completo para hepatite B (55%) conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c). Porém, 44,17% apresentam um esquema vacinal incompleto, o que exige a necessidade de implementação de medidas para reverter esse quadro. Em um estudo realizado por Martins e Barreto (2003) em Montes Claros, MG onde foram questionados a cirurgiões dentistas o estado de seu esquema vacinal quanto a hepatite B, foi achado que 74,9% dos avaliados tomaram as 3 doses recomendadas. Porém, segundo Souza et al. (2008), que realizou um estudo para verificar a adesão a vacina de imunização da Hepatite B em recém-formados da área de saúde, constatou baixa adesão onde apenas 8,7% dos entrevistados completaram o esquema vacinal. Dos que não realizaram o esquema completo, a explicação dada foi o esquecimento. Esta divergência provavelmente foi causada pela população escolhida para cada estudo, contudo devemos salientar que em nenhum houve completa adesão ao esquema, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo. Além disso, segundo Brasil (2004b), é recomendado fazer o teste

sorológico após tomar todas as doses estabelecidas para verificar a soroconversão do indivíduo, ponto este que não foi levado em consideração no presente estudo, porém podemos destacar que em estudos realizados que questionaram esta informação, mostraram que a parcela de indivíduos que procuram este exame é baixa (SOUZA et al., 2008; MARTINS et al., 2015).

Em relação às doenças que podem ser adquiridas em um acidente perfurocortante, apesar de somente 1 aluno (0,83%) ter assinalado todas as doenças, o que indica a falta de conhecimento por parte destes, 26,57% assinalaram HIV, 26,09% hepatite B, 18,36% hepatite C, 17,87% tétano e 0,97% HTLV-1. De acordo com Brasil (2006b), após exposição percutânea, o risco de transmissão do HIV é de 0,9%, da HBV é de 22 a 31% em casos envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com presença de HBsAg (o que reflete uma alta taxa de replicação viral, levando uma maior quantidade de vírus circulante) e a incidência média de soroconversão da HCV é de 1,8% (variado de 0 a 7%).

Com relação aos cuidados imediatos após um acidente perfurocortante, 52,5% dos discentes lavariam o local lesionado com água e sabão. Valor semelhante ao encontrado por Paiva et al. (2017), que obtiveram como principal conduta pós-exposição também lavar o local exposto com água e sabão (54,7%). Brasil (2006b) recomenda como primeira conduta após exposição a material biológico a lavagem exaustiva do local com água e sabão como cuidado imediato da área exposta, porém não contraindica o uso de soluções antissépticas.

Os dados relacionados às atitudes pós-acidente descritas pelos alunos na questão discursiva com caráter qualitativo demonstraram um desconhecimento em relação à conduta adequada em caso de acidente com exposição à material biológico ao se perfurar com uma agulha que já se encontrava desprezada no descartpack. De acordo com manual de orientações editado pelo Ministério da Saúde, na impossibilidade de se colher as sorologias do paciente-fonte ou de não conhecer o mesmo (p.ex. acidente com agulha encontrado no lixo), recomenda-se avaliação do risco de infecção, tipo de exposição, dados clínicos e epidemiológicos. A quimioprofilaxia só deve ser recomendada aos profissionais de saúde quando se tem risco significativo de contaminação. Naquelas situações com risco insignificante de contaminação a quimioprofilaxia pode não ser justificada, pois o risco de efeitos

tóxicos dos medicamentos ultrapassa seu benefício. Quando indicada a PEP, a mesma deve ser iniciada o mais rápido possível, sendo ideal nas primeiras horas após acidente (BRASIL, 2006b).

Em relação ao uso rotineiro das luvas de borracha para lavagem do instrumental odontológico durante o reprocessamento de material, a maioria dos alunos 102 (85%) faz uso do objeto. Quando comparado ao estudo desenvolvido na Universidade Federal da Paraíba nota-se uma discrepância, onde 91,2% dos alunos utilizam luvas de procedimento para realizar tal tarefa (PIMENTEL et al., 2012). As luvas de borracha grossa para realização da lavagem de instrumentais, constituem uma barreira física eficaz e asseguram uma maior proteção contra perfuração ou cortes, reduzindo acidentes do profissional de saúde (MEDEIROS; CARDOSO; FERREIRA, 1998).

6 CONCLUSÃO

Com base nos dados levantados por este estudo, onde a maioria dos alunos afirma ter estudado biossegurança e discutido condutas preventivas e profiláticas para acidentes perfurocortantes durante sua formação, pode-se concluir que há falta de conhecimento sobre quais doenças são passíveis de contágio, bem como ainda restam dúvidas quanto ao cuidado com a área exposta após um acidente deste tipo. Em relação à vacinação contra hepatite B, apesar de a maioria possuir o esquema vacinal completo, a porcentagem de alunos com vacinação incompleta junto àqueles que sequer tomaram a primeira dose é alta, mostrando que há a necessidade de implementação de uma política de estímulo para controle do esquema vacinal dos discentes. Estes fatos demonstram deficiência no aprendizado dos alunos, limitando seu conhecimento sobre biossegurança relacionada a acidentes biológicos, o que pode resultar em profissionais formados que terão maior risco de contaminações ocupacionais por acidentes perfurocortantes.

Portanto, é necessário abordar com maior frequência a temática biossegurança relacionada a acidentes biológicos, a fim de manterem sanadas as dúvidas que possam surgir acerca do assunto ao longo da formação profissional do discente, e com isso diminuir o risco de contágio das doenças mencionadas no estudo, tanto para os próprios alunos que já atuam em regime de estágio supervisionado na faculdade, quanto para os futuros profissionais que irão atuar no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-MURADIAN, L. B. Equipamentos de proteção individual e coletiva. In: HIRATA, M. H.; HIRATA, R. D. C.; MANCINI FILHO, J. **Manual de Biossegurança**. 2 ed. Barueri: Manole, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital Federal De Bonsucesso. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Equipamento de Proteção Individual (EPI) na Prevenção do Risco Biológico e Químico na Área da Saúde**. Rio de Janeiro, 2010. 2 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional DST/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Departamento de Vigilância Epidemiológica Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatite B e C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Classificação de risco dos agentes biológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 36 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com agentes biológicos**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 52p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. **Programa Nacional de Hepatites Virais: Avaliação da assistência as hepatites virais no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 64p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Hepatites Virais 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 72 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **HIV AIDS 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 121 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 98 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia do manejo clínico do HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 52 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 244 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho. **NR 6 – Equipamento de proteção individual - EPI**. 1978. Disponível em: <http://www.mte.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2018d.

COURA, J. R. **Síntese das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DAMASCENO, A. P. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p.72-7, 2006.

DIENSTAG, J. L. Hepatite Viral Aguda. In: LONGO, D. L.; FAUCI, A. S. **Gastrenterologia e Hepatologia de Harrison**. 2 ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2015.

ESQUENAZI, R. Os Mistérios do HTLV. **Revista de Manguinhos**, Rio de Janeiro, n 2, p. 22-3, 2003.

FAUCI, A. S.; LANE, H. C. Doenças Causadas por Vírus da Imunodeficiência Humana: Aids e Distúrbios Relacionados. In: KASPER, D. L.; FAUCI, A. S. **Doenças Infecciosas de Harrison**. 2 ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2015.

FERRAZ, M. L. G.; SILVA, A. E. B. Etiologia das hepatites. In: FERRAZ, M. L. G.; SCHIAVON, J. L. N.; SILVA, A. E. B. **Guia de Hepatologia**. 3 ed. Barueri: Manole, 2014. (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar / editor da série Nestor Schor)

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 473-87, 2004.

GUTIERREZ, E. B.; ATOMIYA, A. N.; SEGURADO, A. C.; SANTOS, S. D. S.; LI, H. Y.; SARTORI, A. M. C. et al. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: MARTINS, M. A.; CARRILHO, F. J.; ALVES, V. A. F.; CASTILHO, E. A.; CERRI, G. G.; WEN, C. L. **Clínica médica, volume 7: alergia e imunologia clínica, doenças da pele, doenças infecciosas**. Barueri: Manole, 2009.

KRIEGER, D.; BUENO, R.; GABARDO, M. C. L. Perspectivas de biossegurança em odontologia. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v.1, n.2, p.1-10, 2010.

MANSOUR-GHANAIEI, R. et al. Knowledge and attitude of medical science students toward hepatitis B and C infections. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, Madison, v.6, n.3, p.197-205, 2013.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M. Vacinação contra hepatite B entre cirurgiões dentistas. **Revista de saúde pública**. Belo Horizonte, v.37, n.3, p. 333-8, 2003.

MARTINS, A. M. E. B. L.; COSTA, F. M.; FERREIRA, R. C.; SANTOS-NETO, P. L.; MAGALHAES, T. A.; SÁ, M. A. B. et al. Fatores Associados à Imunização Contra Hepatite B entre Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 84-92, 2015.

MEDEIROS, U. V.; CARDOSO, A. S.; FERREIRA, S. M. S. Uso das Normas de Controle de Infecção na Prática Odontológica. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 109-15, 1998.

NARESSI, W.G.; ORENHA, E.S.; NARESSI, S.C.M. **Ergonomia e Biossegurança em Odontologia**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda., 2013.

NETO, J. A. C.; LIMA, M. G.; SANTOS, J. L. C. T.; COSTA, L. A.; ESTEVANIN, G. M.; FREIRE, M. R. et al. Conhecimento e Adesão às Práticas de Biossegurança Entre Estudantes da Área da Saúde. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Juiz de Fora, v. 21, n. 2, p. 82-7, 2017.

NOUBIAP, J. J. N. et al. Occupational exposure to blood, hepatitis B vaccine knowledge and uptake among medical students in Cameroon. **BMC Medical Education**, London, v.13, p.148-52, 2013.

ODA, L. M.; SANTOS, B. C. Memórias da biossegurança e biosseguridade: de Asilomar à biologia sintética. In: HIRATA, M. H.; HIRATA, R. D. C.; MANCINI FILHO, J. **Manual de Biossegurança**. 2 ed. Barueri: Manole, 2012.

PAIVA, S. N.; ZARONI, W. C. S.; LEITE, M. F.; BIANCHI, P. R.; PEREIRA, T. C. R. Acidentes Ocupacionais com Material Biológico em Odontologia: Uma Responsabilidade no Ensino. **Revista da ABENO**, Vila Velha, v.17, n. 3, p. 76-88, 2017.

- PIMENTEL, M. J.; FILHO, M. M. V. B.; SANTOS, J. P.; ROSA, M. R. D. Biossegurança: Comportamento dos Alunos de Odontologia em Relação ao Controle de Infecção Cruzada. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 525-32, 2012.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1998.
- RAPPARINI, C. Acidentes do Trabalho com Material Biológico. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.
- RESENDE, V. L. S.; ABREU, M. H. N. G.; TEIXEIRA, R.; PORDEUS, I. A. Hepatites Virais na Prática Odontológica: Riscos e Prevenção. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Paraíba, v. 10, n. 2, p. 317-23, 2010.
Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63716962027>. Acesso em: 03 abr. 2018.
- ROMANELLI, L. C. F.; CARAMELLI, P.; PROIETTI, A. B. F. C. O Vírus Linfotrópico de Células T Humanos Tipo 1(HTLV-1): Quando Suspeitar da Infecção? **Rev Assoc Med Bras**, Belo Horizonte, v. 56, n. 3, p. 340-7, 2010.
- SOUZA, A. C. S.; ALVES, S. B.; SANTOS, S. L. V.; TIPPPE, A. F. V.; NEVES, H. C. C.; BARRETO, R. A. S. S. Adesão à Vacina Contra Hepatite B entre Recém-Formados da Área da Saúde do Município de Goiânia. **Cienc Cuid Saúde**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 363-9, 2008.
- TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- TEIXEIRA, P.; BORBA, C. M. Riscos Biológicos em Laboratórios de Pesquisa. In: TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.
- YOSHIDA, C. F. T.; LEWIS-XIMENEZ, L. L. Hepatites B e C como Doenças Ocupacionais. In: TEIXEIRA, P. VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE A

Nome: _____ Período: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

- 1- Já estudou biossegurança na faculdade? () SIM () NÃO.
Se sim, já discutiram conduta preventiva e profilática para acidente pérfuro-cortante? () SIM () NÃO

- 2- É vacinado contra hepatite b?
() Sim, 1 dose
() Sim, 2 doses
() Sim, 3 doses
() Não

- 3- Na sua opinião, quais das doenças abaixo são mais fáceis de serem adquiridas em acidente pérfuro-cortante caso as mesmas sejam transmissíveis por essa via?
() Herpes simples () Mononucleose
() HTLV-1 () Hepatite B
() Doença de Chagas () Periodontia bacteriana
() HPV () Zika
() Dengue () Lúpus eritematoso sistêmico
() Diabetes () Tétano
() Hepatite C () HIV

- 4- Cuidados imediatos após acidente com pérfuro-cortante:
() Lavar o local exposto com clorexidina
() Lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão
() Não lavar o local exposto

- 5- Em caso de acidente com material biológico se deve procurar ajuda em até:
() 2 horas do acidente
() 1 semana do acidente
() 1 mês do acidente

- 6- O paciente é obrigado a ceder amostra de sangue caso o cirurgião-dentista se acidente?

- () SIM
() NÃO

7- Analise as situações abaixo:

- I- Em caso de respingo de secreção no olho do dentista não há necessidade de quimioprofilaxia
- II- Mesmo não completando o esquema da quimioprofilaxia o dentista está protegido
- III- Ao encostar a luva suja no rosto de pele íntegra durante o atendimento o dentista não corre risco de contrair hiv e hepatites b/c
- IV- Não são necessárias as 3 doses da vacina contra hepatite b para estar protegido

Está correto o que se afirma em:

- A) II apenas
B) II, III, IV
C) I, III, IV
D) III apenas

8- Ao desprezar uma agulha no “descarpack” você se perfura com uma lâmina que já estava no recipiente. Como proceder?

9- Durante o atendimento você se corta com um instrumento usado e o paciente se recusa a fazer o teste. Como proceder?

10- Faz uso rotineiro de luvas de borracha para limpeza de instrumental usado?

- () SIM
() NÃO

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA**

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:
Título do Projeto: Noções de biossegurança relacionada a acidentes biológicos de graduandos de odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda
Coordenador do Projeto: Miriam Salles Pereira
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 99989-1902
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. Cep: 27240-560

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar o conhecimento dos alunos do curso de Odontologia do UniFOA quanto às normas de biossegurança relacionadas a acidentes biológicos e discutir a exposição dos profissionais da odontologia aos riscos biológicos.

(b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o preenchimento de questionário para participação da pesquisa.

(c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. O questionário deverá ser preenchido após todos os esclarecimentos dados. Assim, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

(d) A sua participação como voluntário, ou a do menor pelo qual você é responsável, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa. ou menor.

(e) A sua participação ou a do menor sob sua responsabilidade não envolverá nenhum risco.

(f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.


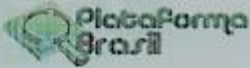
(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 20_____.

Participante: _____

ANEXO A

 <p>UniFOA Centro Universitário de Volta Redonda</p>	<p>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UNIFOA/FUNDAÇÃO</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p>		
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>		
<p>Título da Pesquisa: NOÇÕES DE BIOSSEGURANÇA RELACIONADAS A ACIDENTES BIOLÓGICOS DE GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA</p>		
<p>Pesquisador: Miriam Salles Pereira</p>		
<p>Área Temática:</p>		
<p>Versão: 2</p>		
<p>CAAE: 90169718.9.0000.5237</p>		
<p>Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA</p>		
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>		
<p>DADOS DO PARECER</p>		
<p>Número do Parecer: 2.781.724</p>		
<p>Apresentação do Projeto:</p>		
<p>Será realizada uma pesquisa de campo com abordagem quali-quantitativa, utilizando um questionário estruturado como instrumento do estudo a ser preenchido por acadêmicos do 5º ao 10º período do curso de graduação em odontologia devidamente matriculados no período vigente da pesquisa e que se proponham a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</p>		
<p>Objetivo da Pesquisa:</p>		
<p>O presente trabalho tem por objetivo verificar o conhecimento dos alunos do curso de Odontologia do UNIFOA quanto às normas de biossegurança relacionadas a acidentes biológicos e discutir a exposição dos profissionais da odontologia aos riscos biológicos.</p>		
<p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p>		
<p>Riscos: Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes.</p>		
<p>Benefícios: Promover avaliação do nível de informação dos estudantes de odontologia sobre atitudes que o profissional deverá ter caso tenha um acidente com risco biológico permitirá caracterizar se há necessidade de desenvolvimento de oficinas de atualização sobre o assunto.</p>		
<p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</p>		
<p>Pesquisa relevante, considerando que futuramente o acadêmico quando concluir sua graduação</p>		
<p>Endereço: Avenida Paulo Emílio Alves Abrantes, nº 1326 Bairro: Prédio 03 - Sala 05 - Bairro Três Póços CEP: 27.240-660 UF: RJ Município: VOLTA REDONDA Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: ceops@fos.org.br</p>		
<p>Página 01 de 03</p>		



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 2.761.724

irá atuar diretamente com risco de acidentes com material perfuro cortante. Ao promover reflexão sobre riscos em potencial, irá propiciar assistência de qualidade e principalmente o auto-cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos solicitados pelo comitê, foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lists de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipos Documento	Arquivos	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	P8_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1120049.pdf	05/07/2018 09:51:00		Aceito
Folha de Rosto	cartadeanuenciaateradaescaneada.pdf	05/07/2018 09:49:22	Miriam Salles Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonovo.pdf	05/07/2018 09:23:21	Miriam Salles Pereira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tolenovo.pdf	05/07/2018 09:22:35	Miriam Salles Pereira	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_projeto.pdf	23/06/2018 10:25:51	Ara Caroline Gioselfi	Aceito
Outros	cartadeanuenciaassinada.pdf	23/04/2018 19:43:58	Miriam Salles Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 03 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-550
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coeps@foa.org.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer 2.761.724

VOLTA REDONDA, 09 de Julho de 2018

Assinado por:

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulo Erel Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-660
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: coops@foa.org.br