**ARTIGO ORIGINAL**

***ORIGINAL PAPER***

# BIOSSEGURANÇA EM ODONTOLOGIA E OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO: A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR

## BIOSAFETY IN DENTISTRY AND OCCURRENCE OF ACCIDENTS AT WORK: THE PERCEPTION OF STUDENTS FROM A FEDERAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION

Rosângela Rabelo\* Maria Isabel Viana\*

**Unitermos**

Controle

de infecção; Biossegurança; Acidente perfuro cortante; Situação vacinal de graduandos.

**Resumo**

Objetivo: Avaliar a percepção de estudantes de uma Instituição de Ensino Superior sobre Biossegurança em Odontologia e ocorrência de acidentes de trabalho. Material e Métodos: Estudo descritivo e exploratório, envolvendo alunos entre o 4º e 11º semestres do Curso de Odontologia de uma Institui- ção de ensino Superior, utilizando para coleta de dados questionário semi-

-estruturado, auto-aplicável, organizado em partes: dados sociodemográficos e acadêmicos; situação vacinal; aspectos de biossegurança; exposição ocupa- cional e acidentes de trabalho. Resultados: Os resultados demonstraram baixa cobertura vacinal contra hepatite B (83,8%) e outras vacinas; conhecimento insuficiente e inadequado quanto ao cumprimento das precauções-padrão (62,8%); elevada ocorrência de acidentes (37%). O semestre em curso foi o único fator associado à ocorrência de acidentes (p-valor<0,001). Em relação aos protocolos pós-exposição, 56% referiram não ter conhecimento, embora 65,9% reconheçam que as medidas devem ser adotadas nas primeiras 02 ho- ras. Conclusão: Elevado percentual dos estudantes apresentou conhecimento em relação às formas de transmissão e prevenção da Hepatite B, contudo os acidentes ocorreram com maior frequência (p<0,001) entre os alunos do 8o ao 11o semestre. Pode-se analisar que os alunos consideram-se seguros na prática clínica e por isto negligenciam as precações padrão.

**Uniterms**

Infecction

control; biosecurity; perforating- cutting accident; students vaccine situation.

**Abstract**

Objective: To evaluate the perception of students of a Higher Education Institution about biosecurity in dentistry and the occurrence of accidents**.** Material and Methods: A descriptive and exploratory study, with dental school students from fourth to eleventh semester, using a self-reporting semi-structured questionnaire, divided into several parts, as follows: sociodemographic and academic data; vaccine situation; biosecurity aspects; occupational exposure and accidents at work. Results: The results demonstrated a low vaccine covarage against hepatites B (83,8%) and other vaccines: inappropriated and insufficient knowledge about standard precautions (62,8%); high accident occurrence (37%). The current semester was the only factor associated to accidents occurrence (p<0,001). Related to post-exposure protocols, almost 56% did not knowledge about that, however 65,9% do know that appropriated procedures must be taken into the first 2 hours. Conclusion: A great number of students showed knowledge about hepatitis B transmission and prevention, however the highest frequency of accidents was found from 8th to 11th semesters. It can be speculate that self- confidence about clinical practice make them overlooking standard precautions.

\* Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

**INTRODUÇÃO**

Na década de quarenta a associação entre a prática laboratorial e a ocorrência de doenças ocupacionais já estava estabelecida e muitos riscos já eram conhecidos, mas foi o advento da AIDS, na década de 80, que deu início à compreensão da exposição, à possibilidade de prevenção e a aplicação de medidas de controle pós-exposição1-5.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os agentes biológicos classificam-se em quatro grandes grupos: Classe Risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a co- letividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano; Classe Risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade, podendo causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento; Classe de Risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade, podendo causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento; Classe de Risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade, apresentando grande poder de transmissibilidade de um individuo a outro e podendo causar doenças graves ao ser humano para as quais não existem meios eficazes para profilaxia ou tratamento6,7.

O risco de transmissão de doenças após exposição depende de alguns fatores, como resistência ou susceptibilidade do hospedeiro, virulência do patógeno, via de exposição e magnitude do inoculo infectante. Na prática odontológica, esses riscos estão sempre pre- sentes, durante o atendimento ao paciente e no descarte ou lavagem dos instrumentais, tanto para graduandos como para o cirurgião dentista e sua equipe sendo importante conhecê-los para prevenir a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais8,9.

Para graduandos do Curso de Odontologia a vulnerabilidade a acidentes com material biológico ocorre pelo fato de executarem no processo de aprendizagem as mesmas tarefas que o profissional executa com as fragilidades de quem está aprendendo. Além do que, ca- racterísticas inerentes à prática Odontológica como exíguo espaço de trabalho, condição de aprendizagem e situações de inadequação da ambiência favorecem a exposição3,4,8,10,11.

Diversos autores concordam que aspectos multifatoriais podem estar associados à ocor- rência dos acidentes como: instrumentais de dupla ponta, pontiagudos e cortantes; o restrito campo visual, a cavidade oral; equipamento de alta rotação e ultrassônico que favorecem a formação de aerossóis, respingos e projeção de fragmentos dentários, além da estrutura física do ambiente, mobiliários e equipamentos ina- dequados. Todavia, dentre os principais fatores estão aqueles relacionados às inadequações da organização do trabalho, às práticas de trabalho adotadas, aos materiais disponíveis, aos fatores pessoais, à desatenção, à ansiedade no apren- der, à pressa e ao despreparo. O contato com sangue, incluindo as exposições percutâneas e muco cutâneas varia conforme as diferentes categorias profissionais e as atividades a serem realizadas1,8,12-14.

Muitas doenças são passiveis de transmissão no consultório odontológico como a sífilis, a tuberculose, a difteria, o sarampo, a rubéola, a herpes, o citomegalovírus, as hepatites virais, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a viro- se linfotrófica pela célula T humana (HTLV 1 e 2) e Prions. Recentemente, um novo vírus causador da hepatite, o vírus TT (TTV), foi identificado e estudado entre médicos, dentistas e auxiliares. Embora haja um crescente entendimento do risco ocupacional dos acidentes com material biológico, observa-se que os trabalhadores da saúde têm se mostrado resistentes à utilização de equipamentos de proteção individual, subes- timando o risco de infecção, e negligenciando a notificação do acidente de trabalho8,13,15,16.

O Ministério da Saúde afirma que a possi- bilidade de transmissão em acidente perfuro- cortante com sangue contaminado pelo HIV é baixa quando comparada a outras doenças, variando de 0,05 a 0,1 %, ou seja, 01 chance em mil e 5 chances em 1 milhão. Em Goiânia, em estudo com graduandos de um curso de Odontologia constatou que a AIDS foi citada por 91,1% como a mais preocupante. Com relação à Hepatite B, que pode ser transmitida através de minúsculas quantidades de sangue ou saliva com presença de sangue (sobretudo o fluido do sulco gengival), o risco de infecção pelo HBV, após um acidente perfurocortante com sangue contaminado varia de 6% a 30%, ou seja, 57 vezes superior, quando comparado ao HIV, e o risco de vir a óbito é 1,7 vezes superior para o VHB, apesar da característica letal do HIV. Outros microrganismos podem estar presentes no sangue ou na saliva como: *Micobacterium*

*tuberculosis*; mononucleose; rubéola; difteria; herpes e outros2,17.

Silva et al.18 (2002), buscando conhecer a compreensão do aluno e a contribuição do curso na formação do mesmo sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), re- alizou um estudo com os alunos do último ano dos cursos da área da saúde em Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Goiás. Veri- ficou que embora os alunos afirmassem usar os EPI em suas atividades práticas, identificou a baixa adesão e a inadequação ao uso de luvas e óculos protetores. Verificou ainda que, ao longo da graduação, abordavam a temática de forma pontual e descontextualizada,enfraquecendo o processo ensino-aprendizagem nas IES.

Ângelo et al.16 (2007), com o objetivo de verificar o conhecimento de alunos de Odon- tologia da UFPB sobre a Hepatite B, envolveu 197 estudantes do 1º ao 10º período e aplicou questionário composto por duas partes: na 1ª, questões sobre formas de prevenção, transmis- são e esquema vacinal da Hepatite B; e na 2ª, questões relativas ao uso dos EPIs e ocorrência de acidentes ocupacionais. Os estudantes do 1º ao 4º período responderam somente a parte 1 e os demais a 2. Afirmaram conhecer as vias de transmissão e de prevenção da Hepatite B (89,3 %); apontaram os procedimentos cirúrgi- cos em Odontologia e Medicina como via de transmissão relevante (92,6%) e a biossegurança a forma de prevenção mais conhecida (92%). Em relação a imunização, (72,1%) diziam es- tar vacinados contra Hepatite B, no entanto, somente 50% apresentavam esquema vacinal completo, e apenas 9,95% fizeram verificação da soro conversão após 3 doses da vacina. Os acidentes ocupacionais ocorreram em 39 estudantes (33,3%), e apenas 17 (43,6%) rea- lizaram profilaxia pós-exposição. Observou-se diferença estatisticamente significante (p=0,012) na avaliação do conhecimento sobre a Hepatite B dos estudantes do 5º ao 10º período, quando comparados aos do 1º ao 4º períodos.

Em 2004, avaliando o conhecimento, atitude e comportamento frente aos riscos ocupacionais em relação à Hepatite B, 209 estudantes da área de saúde dos cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, cursando o primeiro e o último período, respon- deram ao questionário elaborado. Percentual relevante referiu que a Hepatite B é uma doença comum e não é fatal. Sobre como proceder em caso de exposição acidental envolvendo pacien- te contaminado pelo VHB, surgiram respostas

como lavar o local, vacinar-se após o acidente, ou nada fazer por já estar vacinado. A realida- de é que menos de ¼ dos alunos de todos os cursos de saúde, são vacinados contra Hepatite B ao entrarem na universidade, contrariando a Portaria MS/DEVEP no seu art.2º que determina a vacinação para matricula nas instituições de ensino inclusive nas universidades19,20.

Carneiro21 (2007), em estudo realizado com estudantes do Curso de Odontologia de Institui- ção Federal de Ensino, identificou que, apesar dos estudantes demonstrarem conhecimento sobre a doença Hepatite B, não demonstravam atitude preventiva frente à possibilidade de contaminação, pois 48,25% dos acadêmicos apresentaram esquema incompleto de vacinação e 6,11% afirmaram nunca ter recebido a vacina. A vacina além de conferir imunidade contra a HB protege indiretamente contra a infecção pelo vírus da Hepatite D e o hepatocarcinoma22.

Em 1987, o *Centers for Disease Controland Prevention* (CDC), estabeleceu as *Precauções Universais*, definidas como um conjunto de precauções para prevenir a exposição dos tra- balhadores dos serviços de saúde a patógenos transmitidos pelo sangue e que estavam asso- ciadas somente aos fluidos corporais que pu- dessem transmitir o HIV e outros patógenos de transmissão sanguínea. Em 1996, as *Precauções Universais* foram atualizadas e reformuladas pelo CDC, recebendo a denominação de *Pre- cauções Padrão – PP*, incorporando princípios de isolamento das substâncias corporais, sendo aplicadas ao contato com sangue, excreções e secreções (exceto suor), independentemente de conterem sangue visível. Como, na atividade odontológica, a saliva sempre foi considerada potencialmente infectante, não existe diferença prática entre *Precauções Universais* e *Precau- ções Padrão*, já que ambas incluem o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, jaleco, óculos de proteção, máscara e gorro), observando-se sempre que todo paciente deve ser considerado potencialmente fonte conta- minante, independentemente do diagnóstico definido ou presumido23.

O Ministério da Saúde, em 2000, reafirmou a importância da adoção das medidas de Pre- caução Padrão (PP), sendo elas: higienização das mãos; uso de EPIs; cuidados com artigos e equipamentos; controle ambiental; cuidados com roupas nos Serviços de Assistência à Saúde

– SAS; manuseio adequado de perfurocortantes; acomodação do paciente; precauções respirató- rias para gotículas; precaução respiratória para

aerossóis; precaução de contato e imunização do profissional.

Este trabalho tem por objetivo de verificar a ocorrência de acidentes de trabalho, avaliar a percepção do estudante de Odontologia frente a exposição a material biológico, seu conhecimento e utilização das precauções padrão,capacidade de adoção de medidas pós-

-exposição, além do acompanhamento do seu estado vacinal.

**METODOLOGIA**

Estudo descritivo e exploratório, envolvendo estudantes matriculados entre o 4º e 11º se- mestres do curso de Odontologia de Instituição Federal de Ensino Superior, utilizando para coleta de dados questionário semi-estruturado, auto-aplicável, organizado englobando: dados sociodemográficos e acadêmicos (idade em anos, sexo, etnia, ano/semestre de ingresso na Universidade, disciplinas clínicas já cursadas ou em curso); situação vacinal (Hepatite B, Anato- xiTetanica, Difteria,Sarampo, BCG, influenza, SABIN, sorologia pós-vacinal – Anti-HBs); aspectos de biossegurança (utilização das Pre- cauções Padrão –PP e uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs); exposição ocupa- cional e acidentes de trabalho (reconhecimento do respingo de saliva e a exposição a fluidos corpóreos como acidente, vulnerabilidade a doenças durante as atividades práticas que en- volvem o atendimento de pacientes, doenças que considera passíveis de serem adquiridas via infecção cruzada em Odontologia, ocorrência, frequência, circunstancia, gravidade e tipo de acidente, disciplina onde ocorreu o acidente, procedimentos adotados pós acidente, notifi- cação do acidente, encaminhamento para o serviço de referência, quem encaminhou para o serviço de referência, razão do não enca- minhamento, conhecimento dos Protocolos Pós-Exposição Ocupacional, fatores que in- fluenciaram a ocorrência do acidente).

Após a identificação, junto ao Colegiado de Curso, das disciplinas clínicas e dos semestres letivos em que são ministradas; os alunos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e receberam o questionário e o Termo de Consen- timento Livre e Esclarecido. Considerando o ca- ráter voluntário da participação, foi estabelecido um prazo para a devolução dos questionários preenchidos, preservando-se a identidade do participante mediante utilização de número de identificação.

Após estruturação e limpeza da base de dados, procedeu-se à análise descritiva das va- riáveis de interesse, obtendo-se as frequências simples das variáveis categoriais e medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Exploratoriamente foram observadas as ocorrências de acidentes de acordo com as variáveis selecionadas, analisando-se as dife- renças entre as categorias através do teste do qui-quadrado de Pearson.

Dessa forma, buscou-se caracterizar a popu- lação do estudo e descrever: a situação vacinal; o nível de conhecimento do graduando sobre aspectos da biossegurança; e a ocorrência de acidentes e circunstâncias em que ocorreram. Além disso, tratou-se de identificar potenciais fatores associados à ocorrência de acidentes.

Este estudo foi desenvolvido em conformi- dade com a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, sob protocolo de no CAAE 00031.0.368.000-7FR 159822.

**RESULTADOS**

Receberam o questionário 345 alunos, foram devolvidos 186 preenchidos, ou seja 53,9% do total distribuído. A idade média da população do estudo foi de 22,8 anos (DP=2,26), com mediana igual a 23, idade mínima de 19 e máxima de 33 anos sendo que 65,1% dos es- tudantes tinham até 24 anos. Prevaleceu o sexo feminino (61.8%) e a cor da pele parda (58,8%). Quanto à distribuição da população de acordo com o semestre em curso, 60% dos estudantes estavam entre o 8º e o 11º primeiro semestre e 40% entre o 4º e o 7º.

Sobre doses recebidas de vacina contra hepa- tite B, 83,8% da população estudada apresentou estado vacinal incompleto, apenas 14,6% dos alunos completaram o esquema e 1,6% não re- cebeu nenhuma dose. A realização do Anti-HBs foi referido por 58,6% dos graduandos, embora 84,9% estivessem orientados quanto à necessi- dade. Observou-se baixa cobertura vacinal em relação à vacina anatoxi tetânica, com 61,4% dos estudantes inadequadamente vacinados e 10,4% informaram não ter tomado nenhuma dose. A vacina contra gripe apresentou equilíbrio entre as respostas, com um quadro de 49,2% imuni- zados. Quanto à tríplice viral, 84,6% referiram estar vacinados. A vacina associada dT, dupla adulto, que previne tétano e difteria, apresentou

um percentual de apenas 24,8% de estudantes com o esquema vacinal completo. Mesmo a vacina BCG ou bacilo de *Calmette-Guérin*, que é utilizada em regiões onde a tuberculose é endê- mica e aplicada em tenra idade, apresentou um percentual de 18,1% de não vacinados.

Em relação à biossegurança, quando indaga- dos sobre quais os itens que eles consideravam precauções padrão, o uso de EPI foi considerado precaução padrão por 99,45% dos alunos; lavar as mãos antes e após o contato com paciente, por 83,06%; manipular cuidadosamente per- furo cortantes, por 98,91%; não reencapar ou entortar agulhas por 75,96%; transferir material sobre superfície segura e firme durante o trabalho por 81,42%; utilizar os recipientes de descarte no limite de segurança preconizado e colocá-

-los em local adequado por 93,44%; e destinar adequadamente os resíduos por 93,44%. Ao assinalarem se consideravam todas as medidas citadas como precaução padrão em Odontolo- gia, apenas 74,4% dos estudantes responderam afirmativamente.

Quanto ao EPI utilizado durante as práticas ambulatoriais na Faculdade, a máscara e o gorro foram os mais citados com o mesmo percentual de 98,38%; seguidos de luvas (96,2%); jaleco ou avental (95,7%); óculos (89,7%); sapato

fechado (20,0%); e visor facial (1,08%).

Questionados sobre as exposições ocupacio- nais na prática odontológica, 67,6% considera- ram respingo de saliva em qualquer superfície do corpo durante as práticas no ambulatório como exposição ou acidente de trabalho. Quanto a ou- tros fluidos corpóreos sem perda de integridade da pele 52,2% responderam afirmativamente e 83,2% dos alunos afirmaram que se consideram vulneráveis à contaminação durante a atividade clínica.

Foram consideradas doenças passíveis de transmissão no consultório odontológico: he- patite B (97,1%), AIDS (92,0%), tuberculose

(79,4%), herpes (78,3%), gripe (78,0%) e he- patite C (69,7%). Em menor escala, aparecem também sífilis (39,2%), sarampo (33,5%), tétano

(33,5%), rubéola (32,8%), meningite (32,2%) e doença de Chagas (5,7%).

Sobre a ocorrência de acidentes durante a prática na Faculdade, dos 131 estudantes que responderam à questão, 37% o fizeram afirma- tivamente. Destes (n=67), 60,0% referiram ter sofrido um único acidente e os demais (40,0%) dois ou mais.

Entre os 67 alunos que sofreram algum tipo de acidente, 48,4% referiram à ocorrência de

perfuração. Em seguida, foram citados respingo de sangue ou saliva em pele sem ferida (46,9%); corte em extremidade superior e respingo de sangue ou saliva nos olhos (14,0%); mordedura de pacientes (10,9%); respingo de sangue ou saliva na boca (4,7%); respingo de sangue ou saliva em pele com dermatite e em pele com ferida (1,56%) e outros (3,13%)

Dos acidentes sofridos, foram considerados mais graves: perfuração (42,1%); respingo na pele sem ferida (21,0%); corte (15,8%); mor- dedura de paciente e respingo na conjuntiva (10,53%) e respingo em mucosa (5,3%). As demais alternativas como respingo em pele com ferida e respingo em pele com dermatite, não foram citadas.

Os acidentes ocorreram com maior freqüên- cia no momento do atendimento ao paciente (72,1%). Considerando as disciplinas onde ocorreram os acidentes, as cinco mais citadas foram: Clínica Integrada (25,7%); Periodontia (24,2%); Cariologia (13,6%); Cirurgia (12,1%); e Prótese Fixa (7,6%). Dos alunos que referiram acidentes, a maioria (57,0%) desconsiderou a necessidade da notificação. Daqueles que no- tificaram o acidente (43,1%), 80,8% o fizeram ao professor da disciplina; em segundo lugar aparece a Comissão de Biossegurança da Facul- dade (11,5%). O encaminhamento ao serviço de referência ocorreu em 32,7% dos casos, sendo que 64,3% desses foram encaminhados pelo professor da disciplina, 28,6% pela Co- missão de Biossegurança e 7,1% pela direção da Faculdade. As razões referidas para o não encaminhamento foram: desconhecimento do professor sobre o que fazer (44,1%); o aluno não considerou necessário (35,3%); o professor não considerou necessário (14,7%); e em 5,9% dos casos o aluno desconhecia o que fazer.

A desatenção foi responsabilizada pelos alu- nos pela ocorrência do acidente (48,5%), seguida da pressa (25,8%), da falta de condições de traba- lho (16,7%), de avaria de equipamento e insegu- rança (15,1%), de pressão do professor (10,6%) e outras (19,7%). Dos alunos que referiram ter sofrido acidente, a grande maioria (90,6%) afir- mou que, após o mesmo, introduziu mudanças na sua forma de trabalhar. O desconhecimento sobre os protocolos pós-exposição ocupacional foi assumido por 56,3% dos estudantes, embora a maioria (65,9%) tivesse respondido corretamente a questão relativa ao tempo ideal para a tomada de decisão após o acidente.

Quando se analisou a ocorrência de aciden- tes de acordo com determinadas variáveis de

interesse, observou-se uma diferença estatisti- camente significante (p<0,0010) na ocorrência de acidentes em relação ao semestre em curso, sendo eles mais freqüentes entre os alunos do

8o ao 11o semestre (61,1%). Para as demais variáveis, não foram verificadas diferenças es- tatisticamente significantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Ocorrência de acidentes durante a prática clínica de estudantes do 4o ao 11o semestre de uma Instituição Federal de Ensino Superior, de acordo com variáveis de interesse. Salvador – BA, 2008. (n=186)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIÁVEIS** | **N=67** | **%** | **N=114** | **%** | **P-VALOR\*** |
| **IDADE (ANOS)** |  |  |  |  | 0,4571 |
| < 24 | 41 | 35 | 76 | 65 |  |
| 24 | 26 | 40,6 | 38 | 59,4 |  |
| **SEXO** |  |  |  |  | 0,0617 |
| Masculino | 20 | 28,6 | 50 | 71,4 |  |
| Feminino | 47 | 42,3 | 64 | 57,7 |  |
| **GRUPO ÉTNICO** |  |  |  |  | 0,7186 |
| Negro | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 |  |
| Pardo | 38 | 41,8 | 53 | 58,2 |  |
| Branco | 23 | 33,3 | 46 | 66,7 |  |
| Outros | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 |  |
| **SEMESTRES EM CURSO** |  |  |  |  | 0,001 |
| Quarto ao sétimo | 23 | 21,1 | 86 | 78,9 |  |
| Oitavo ao Décimo primeiro | 44 | 61,1 | 28 | 38,9 |  |
| **DOSES ANTI-HEPATITE B** |  |  |  |  | 0,9199 |
| Nenhuma | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 |  |
| Incompleta | 8 | 33,3 | 16 | 66,7 |  |
| Completa | 57 | 37,5 | 95 | 62,5 |  |
| **SOROLOGIA ANTI-HBS** |  |  |  |  | 0,6156 |
| Sim |  |  |  |  |  |
| Não |  |  |  |  |  |
| **EPI** |  |  |  |  | 1,000 |
| Incompleto |  |  | 1 | 100,00 |  |
| Completo | 67 | 37,2 | 113 | 62,8 |  |

\* *qui-quadrado* de Pearson

Observou-se, neste estudo, que a média de idade dos graduandos foi de 22,8 anos e o gê- nero feminino representou a maioria (61,8%). Estes achados são concordantes com outros autores16,21,24. Em relação à cor da pele, dos 181 graduandos que responderam a questão, 58,8% se reconheceram pardos, seguidos de 39,2% de brancos, 7,2% de negros e 2,8% de amarelos ou índios. A variável semestre em curso foi ca- tegorizada em intervalos, sendo observado que

**DISCUSSÃO**

40% estavam cursando do 4º ao 7º semestre e 60% do 8º ao 11º semestre.

A imunização, dentre outras medidas, é efi- caz na prevenção das doenças ocupacionais de- correntes da exposição a materiais biológicos. É uma forma de prevenção acessível e obrigatória para todos os profissionais de saúde4,10. Buscan- do conhecer o estado vacinal e o conhecimento dos alunos acerca das vacinas, questionou-se so- bre doses de vacina anti-hepatite B recebidas e, chamou atenção o fato de 83,6% da população estudada, apresentar estado vacinal incompleto

(menos de 03 doses). Apenas 14% dos alunos referiram esquema vacinal completo e há de se considerar a existência de alunos que não receberam nenhuma dose da vacina (1,6%), o que os coloca sob-risco de contaminação.

Sabe-se que a vacinação anti-hepatite B é a principal medida de prevenção pré-exposição, com eficácia em torno de 90 à 95%, e os eventos adversos pós-vacinais se resumem a dor e febre, com pequena incidência de resposta alérgica, o que não ultrapassa a 6% dos vacinados25.

Ângelo et al.16 (2007) relatam em trabalho envolvendo alunos de Odontologia, percentual de 90,05 % destes, inadequadamente vacina- dos (menos de 03 doses e sem sorologia pós vacinal) contra a hepatite B. Oliveira et al.10 (2007), em estudo sobre a cobertura vacinal de profissionais de saúde acidentados nos últimos 07 anos (1999-2006), apontam o percentual de 64,6% de indivíduos vacinados contra hepatite B pré-exposição.

No estudo de Tipple17 (2002), para 58,0% dos alunos de Odontologia, a hepatite B não é a doença mais preocupante, enquanto 91,1% têm medo da AIDS. Santos20 (2004) também relata que alunos de vários cursos da área de saúde de uma Instituição de Ensino Superior em Salvador consideraram que a hepatite B é uma doença co- mum. Neste estudo, de forma discordante com os demais, as respostas dos graduandos sobre doenças passíveis de transmissão revelaram, de forma coerente, as doenças e a sua relevância na prática odontológica, ressaltando que a AIDS não apareceu como doença mais transmissível por via ocupacional.

É preciso considerar que, além de adequa- damente vacinado contra a hepatite B, existe a necessidade de constatar a qualidade da resposta vacinal com o teste sorológico. Embora fundamental, esse aspecto é desconhecido para muitos, o que aponta a fragilidade das informa- ções no processo de formação profissional pelas IES e impõe definição de estratégias imediatas para se alcançar índice de cobertura ideal para as doenças imunopreveníveis.

Carneiro21 (2007) relata que não se realiza rotineiramente a sorologia, mas os testes soro- lógicos devem ser utilizados como medida de proteção ocupacional dos grupos expostos a riscos biológicos. Neste estudo, a realização do Anti-HBs foi relatada por 58,6% dos graduan- dos. Dados discordantes destes foram encontra- dos por Ângelo et al.16 (2007), que entre os 50% dos alunos que diziam estar vacinados contra a hepatite B, apenas 9,95% fizeram o exame para

conhecer a soro conversão estando, portanto, vulneráveis à doença. Embora os percentuais referentes a não-realização do Anti-HBs tenham sido elevados e concordantes em diversos tra- balhos, quando perguntamos aos acadêmicos se eles foram orientados a realizar a sorologia, 84,9% responderam que sim, e apenas 15,1% informaram não estar devidamente orientados. As instituições formadoras devem sensibilizar graduandos e profissionais para a melhoria da cobertura vacinal e validação da imunidade.

Neste trabalho, a principal referência de in- formação para o aluno sobre questões relativas à imunização e teste de sorologia foi o professor (através de algumas disciplinas e Comissão de Biossegurança), com 64,9% das indicações, seguido pelos colegas de curso, 20,7%. Este é um dado positivo, quando o aluno passa a ser o sujeito da ação pela credibilidade junto aos seus pares. A mídia também foi mencionada como referência de informação, mas com percentual pouco expressivo diante de sua abrangência. Santos et al.3 (2006) também identificaram em trabalho realizado que as principais fontes de orientação citadas pelos alunos para a realização da sorologia Anti-HBs foram os professores das disciplinas, o diretor da Faculdade e os colegas. Outra concordância observada por Santos20 (2004) quando avaliou conhecimentos, atitu- des e comportamentos a respeito da hepatite B envolvendo alunos dos cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem da Universidade Fede- ral da Bahia, foi que apenas 13,3% referiram ter recebido orientação sobre vacinas do professor ou da instituição onde estudavam.

A vacina anatoxi tetânica também apresen- tou baixa cobertura vacinal, identificando-se que 61,4% estão inadequadamente vacinados; 28,2% indicaram esquema completo e 10,4% informaram não ter recebido nenhuma dose. A vacina associada dT, dupla adulto bacteriana, que previne tétano e difteria, apresentou o maior percentual de inadequadamente vacinados, com 54,7%, e os percentuais de não vacinados e vacinados adequadamente foram, respec- tivamente, 20,5% e 24,8%. A vacina contra gripe apresentou equilíbrio das respostas, com percentuais de 49,2% imunizados e 50,8% de não imunizados.

A vacina conhecida como BCG ou bacilo de Calmette – Guérin apresenta percentuais de vacinados neste estudo de 81,9% e de não vaci- nados, 18,1%. Santos et al.3 (2006) referem que em estudo que envolveu estudantes de Medicina de uma universidade de Pernambuco, observou

elevado percentual de não imunizados contra tuberculose através de testes de reação de sen- sibilidade. De 395 estudantes avaliados, apenas 5,0%, haviam recebido a vacina BCG. Já no estudo de Tipple17 (2002), refere-se que de 261 alunos investigados, 33,5% estavam vacinados com a BCG. Por se tratar de vacina aplicada quando os indivíduos estão recém-nascidos pode ter ocorrido um viés de memória, o que implicou em uma falsa baixa cobertura.

Quanto aos aspectos da biossegurança, o que se observa, na maioria dos trabalhos que envol- vem alunos de cursos da área de saúde, espe- cialmente de Odontologia, é a cumplicidade do graduando com o risco. Para Zenkner5 (2006), falta conhecimento sobre medidas preventivas e identificação dos riscos para o efetivo controle e redução dos agentes agressivos presentes nos locais de trabalho. Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente alcançou, neste estudo, um percentual de 83,06%, o que não é ainda o ideal. Observando ambulatório de práticas numa IES do Rio Grande do Sul, constatou que apenas 0,8% dos alunos observados lavavam as mãos antes de iniciar o atendimento ao paciente e nenhum lavou ao término do atendimento. So- mente 3,25% dos alunos observados lavaram as mãos antes de calçar as luvas. A porcentagem de alunos que higienizaram as mãos após a retirada da luva é muito baixa e quando realiza o proce- dimento é de forma inadequada. Acredita-se que esse seja um ponto crítico importante para novo estudo a ser realizado a partir da observação dos preceptores em ambulatórios didáticos de atendimento ao paciente. O uso de EPIs, neste estudo, foi considerado como precaução-padrão (PP) por 99,45% dos acadêmicos; mas, quando indagados sobre quais dos EPIs utilizam durante a prática no ambulatório, houve variação dos percentuais para cada item da paramentação. Silva et al.18 (2002), Carneiro21 (2007) e Ribeiro8 (2005) informam que existe uma baixa adesão aos EPIs e que nem sempre os alunos fazem uso dos mesmos durante as práticas, sendo o uso dos óculos de proteção e das luvas para lavagem de material os mais negligenciados. Guandalini et al.26 (1999) salientam que os óculos de proteção protegem os olhos de traumas, de substâncias químicas e de contaminação microbiana, de- vendo ser utilizados também pelo paciente du- rante procedimentos. Para Shimizu & Ribeiro12 (2002), a falta dos óculos expõe o graduando a respingos.

Martins et al.15 (2004), em estudo com pro- fissionais cirurgiões-dentistas, observaram que

63 entre 284 dentistas (22%) informaram fazer uso do conjunto de EPIs em todos os proce- dimentos. Esses resultados são concordantes com os achados deste trabalho, envolvendo alunos do 4º ao 11º semestre da graduação, indicando que, na vida profissional, persiste a exposição ao risco pelo desconhecimento ou descaso. Tipple17 (2002), em estudo para identificar o conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre as medidas básicas de con- trole de infecção, identificou a fragilidade do conhecimento e a necessidade de se intervir no processo de formação profissional no concerne a esses aspectos. A consciência da importância do controle dos riscos de acidentes, incidentes e doenças ocupacionais começa a se formar ainda na vida acadêmica.

Sobre a ocorrência de acidentes, dos 131 alu- nos que responderam à questão (67), 37,0% fo- ram afirmativos. Desse grupo, 42,1% relataram como principal tipo de acidente a perfuração, e 60,0% afirmaram ter sofrido mais de um aciden- te. Mesmo sendo o instrumental perfuro cortante o mais citado como causador de acidentes, 24,04% responderam que reencapam agulhas, o que contraria as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Ribeiro8 (2005) apresentou dados que diferem desses resultados, quando relaciona a exposição à pele íntegra como a de maior ocorrência, seguida de exposição em mucosa e, por fim, acidente percutâneo.

Marziale & Rodrigues13 (2003) afirmam que 80% a 90% dos acidentes que ocorrem entre os profissionais da saúde são por perfuração ou corte e o risco de transmissão de infecção, através de uma agulha contaminada, é de 1 em 3 para Hepatite B, 1 em 30 para Hepatite C e 1 em 300 para HIV.O risco de contrair HIV pós-

-exposição ocupacional percutânea com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%, e de 0,09% em acidente de contato com mucosa. O Ministério da Saúde do Brasil afirma, no entanto, que a possibilidade de transmissão em aciden- te perfurocortante é de 0,05 a 0,1% (BRASIL, 2000). No caso de exposição ocupacional ao vírus da hepatite B (HBV), o risco de infecção varia de 6% a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo do estado do paciente-fonte, entre outros fatores. Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8% (variando entre 0 a 7%)14.

Biffi et al.22 (2005) verificaram em estudo que envolveu alunos de curso de Odontologia, que

eles deram mais importância à saliva (82,6%) como contaminante para a transmissão do HBV do que ao sangue (68,1%), demonstrando a necessidade de se rever o conhecimento sobre os veiculadores de patógenos. Amaral et al.1 (2005) e Ribeiro8 (2005) indicam que, para os graduandos de Odontologia, fluidos corpóreos, como o sangue, parecem fazer parte da prática odontológica.

Ribeiro8 (2005), em estudo com alunos de Odontologia do Paraná, apresentou dados concordantes com este trabalho em relação ao percentual de acidentes entre as mulheres. Marziale & Rodrigues13 (2003) apontam que em estudo envolvendo profissionais de enfermagem, foi observado que as mulheres também foram mais acidentadas. No entanto, Araujo et al.24 (2007) não encontrou diferenças significantes entre os gêneros.

Neste estudo, entre as disciplinas onde ocor- reu o acidente, as mais citadas foram a Clínica Integrada (25,7%), seguida da Periodontia (24,2%) e da Cariologia (13,6%) concordantes

com Ribeiro8 (2005).

E quanto à circunstância do acidente, os estudantes apontaram que foi o momento do atendimento ao paciente o mais freqüente (72,1%), seguido do momento da lavagem do material (16,4%). Santos e Peloggia (2002), em estudo que envolveu cirurgiões-dentistas do Vale do Paraíba, apresentam dados concordantes com este trabalho quanto ao tipo de acidente, pois relatam ocorrências que envolvem brocas, agulhas ocas e instrumentais de Periodontia como mais frequentes, caracterizando acidente perfurocortante. Entretanto, os autores apresen- tam dados discordantes quanto a circunstancia do acidente, afirmando que “lavar material” (65,1%) foi a circunstância mais citada.

Dos alunos que sofreram acidente, 57,0% desconsideraram a necessidade de notificar a ocorrência e, dos 43,1% que notificaram 80,8% o fizeram ao professor da disciplina, seguido da Comissão de Biossegurança da Faculdade (11,5%), instância que começa a ser identificada como de acolhimento no momento da exposição. Dos encaminhamentos realizados (32,7%), ele- vado percentual foi conduzido pelos professores das disciplinas (64,3%). Das razões citadas para o não encaminhamento, foram as mais relevantes o desconhecimento do professor quanto às medidas a serem adotadas pós-exposição e o desconhe- cimento do próprio aluno. A subnotificação é reconhecida por vários autores, como Araújo et al.24 (2007); Canini et al.27 (2002).

Angelo et al.16 (2007), em estudo avaliando o conhecimento e práticas de alunos de Odon- tologia de uma Instituição de Ensino Superior também verificaram que entre os 39 alunos que referiram ter sofrido acidente (33,3%), apenas 17(43,6%) realizaram profilaxia pós-exposição. Quanto às razões que levaram ao acidente,

a desatenção foi a mais apontada pelos alunos, neste trabalho (48,5%); a falta de condições de trabalho aparece em 3º lugar (16,7%). Os au- tores Araujo et al.24 (2007) e Santos e Peloggia. (2002) afirmam que desatenção, pressa, pouca habilidade na manipulação do instrumental, avaria de EPI e cansaço são os maiores facilita- dores do acidente. Zenkner5 (2006) e Tipple17 (2002) indicam que a adequação da estrutura física, práticas ergonômicas, recursos materiais e humanos colaboram para reduzir os riscos ocupacionais e, quando não existentes, são dificultadores do controle de infecção e do seu ensino.

Em relação ao protocolo a ser cumprido na pós-exposição, neste estudo, 56,3% dos alunos disseram não conhecê-lo, mas a maioria respon- deu corretamente (65,9%) a questão relativa ao tempo de duas horas para a adoção das medidas profiláticas, sendo a situação ideal realizar todo o protocolo na primeira hora. O Ministério da Saúde7 refere que estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada entre 24 e 48 horas após a exposição. Há estudos demonstrando que o uso profilático de Zidovudina resultou em redução de 79% do risco de soro conversão após acidente25.

As condutas pós-exposição incluem os cui- dados locais imediatos, o tratamento e o acom- panhamento. De acordo com o Ministério da Saúde25 as lesões percutâneas e cutâneas devem ser lavadas exaustivamente com água e sabão, devendo-se evitar a utilização de soluções irri- tantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído. Nas exposições de mucosas deve-se lavar com água ou com solução fisiológica. A utilização da gamaglobulina Hiperimune (HBIG) deve, quando necessária para profilaxia da Hepatite B, ser utilizada imediatamente. Quanto mais precoce a utilização melhor a eficácia, podendo ser aplicada dentro do período de 24 a 48 horas pós-exposição. Quanto à Hepatite C não existem medidas profiláticas como vacina na pré- expo- sição ou medicamentos na pós-exposição. Em relação ao HIV ainda não existe vacina contra a doença, e este fato reforça a necessidade de aplicar as precauções padrão na prática junto ao paciente13,25.

A análise da ocorrência do acidente, de acor- do com determinadas variáveis de interesse, é contraditória com o esperado. Demonstra que o aluno concluinte do curso não está apto a tomar decisões frente à exposição ocupacional, considerando-se que os acidentes ocorreram com maior frequência (p<0,001) entre os alunos do 8o ao 11o semestre. Pode-se analisar que os alunos consideram-se seguros na prática clínica e por isto negligenciam as precações padrão e como já acumularam horas de disciplinas clínicas, pelo caráter cumulativo apresentaram mais exposições.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com a devida parcimônia. Há de se considerar a utilização de desenho transversal e análise eminentemente descritiva. Além dis- so, a estratégia de coleta de dados utilizada, mediante questionário auto-aplicável, pode ter introduzido vieses de informação, evidenciando inconsistências que determinaram uma signifi- cativa perda de informação.

Há de se considerar, todavia, que este é um tema relevante e ainda incipiente na literatura. Nesses casos, estudos descritivos têm grande potencial como geradores de hipóteses. Além disso, vale ressaltar que os resultados poderão contribuir na condução de mudanças nas práti- cas e rotinas da instituição e subsidiar as IES para um processo de transformação na formação dos

alunos, com o olhar da interdisciplinaridade, pela preservação da vida e não só voltado para as inovações e tecnologias.

**CONCLUSÕES**

Mesmo considerando avanços, é um grande desafio a inserção da biossegurança como co- nhecimento interdisciplinar. É uma nova ciência e, deve permear todo conteúdo curricular, sendo necessário que os educadores passem a aplicar os princípios da biossegurança como referência para o educando. Tipple17 (2002) refere que uma disciplina única não dará conta deste trabalho. O processo de educação para as competências nessa área exige acompanhamento do aluno, discussão constante sobre atitudes e comporta- mentos de risco.

A estrutura física, administrativa e de fun- cionamento de uma instituição tem relação com o trabalho nela desenvolvido. Quando a estrutura não é adequada às práticas, passa-se a operacionalizar de forma improvisada, o que facilita a exposição. O Estado legislador e fis- calizador deve ser também o estado cumpridor da legislação, no sentido de prover e promover condições adequadas para o ensino, cumprindo normas e resoluções que dizem respeito às exi- gências sanitárias, tão facilitadoras do controle da infecção quando atendidas plenamente.

**REFERÊNCIAS**

1. Amaral AS, Sousa AFS, Ribeiro SO, Oli- veira MAN. Acidentes com material perfu- rocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista- BA. Rev Sitientibus 2005; 33: 101-114.
2. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Na- cional de DST e AIDS. Controle de infec- ções e a prática odontológica em tempos de AIDS**.** Manual de Condutas. Brasília, 2000. p. 118.
3. Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Sou- za JT. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imu- nopreveníveis. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(1):91-8. Available from:http:// [www.fen.ufg.br/revista/revista8\_1/origi-](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/origi-) nal\_12.htm.
4. Ribeiro MA. Avaliação da necessidade de implantação de normas e rotinas de biosse- gurança para a qualificação dos estudantes do curso de Odontologia. 2004. 62f. Dis-

sertação (Mestrado)- Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

1. Zenkner CLL. Proposta de gestão de riscos para o controle de infecção, a partir do diagnóstico de biossegurança, nas clínicas do curso de odontologia da UFSM. 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Tecnologia, Uni- versidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2006.
2. Teixeira P, Valle S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janei- ro: Ed. Fiocruz, 1996.
3. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secre- taria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Classificação de risco dos agentes biológicos. Brasília – DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: [HTTP://bvsms.saude.gov.](http://bvsms.saude.gov/) br/bvs/publicacoes/06\_1156\_M.pdf%20.

Acesso em: 16 de junho de 2007.

1. Ribeiro PHV. Acidentes com material biológico potencialmente contaminado em alunos de um curso de Odontologia do interior do Estado do Paraná. 2005. 150f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
2. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Reco- mendações para atendimento e acom- panhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e

C. Brasília, DF, 2004. Obtido em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepati- tes\_aconselhamento.pdf.

1. Oliveira AC, Gonçalves JA. Prevalência de acidentes com material perfurocortante en- tre alunos de graduação em enfermagem. 2006. Disponível em: <[www.abev.com.](http://www.abev.com/) br/controledeinfeccao/temaslivres/poster/ id675.doc>. Acesso em: 29 jul. 2007.
2. Tipple AFV, Pereira, MS, Hayashida M, Mo- riya TM, Souza ACSl. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev. Latino-am. Enfermagem 2003; 11(2): 245-250.
3. Shimizu HE, Ribeiro EJG. Ocorrência de acidente de trabalho com materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores de saúde de um hospital escola de Brasília. Rev. Esc. Enferm. USP 2002; 36(4): 367-375.
4. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre traba- lhadores de enfermagem. Rev. Latino-am. Enfermagem 2003; 10(4): 571-577.
5. Sassi SJG, Feijó RDF. Acidente com ma- terial biológico: o que há de prevenção. BEPA: Bol.Epidemiol. Paulista, São Paulo, ano 1, n.6, jun. 2004. Disponível em:

<<http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/> bepa6\_bio.htm> Acesso em: 3 set. 2007.

1. Martins, AMEBL, Barreto SM, Rezende VLS. Acidentes de trabalho com instru- mentos perfuro cortantes entre cirurgiões dentistas. Rev. Bras. Med. Trab. 2004; 2(4): 267-274.
2. Angelo AR, Queiroga AS, Santos SD, Sousa CDFS, Soares MSM. Hepatite B: conheci- mento e prática dos alunos de odontologia da UFPB. Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr. 2007; 7(3): 211-216.
3. Tipple AFV. As interfaces do controle de infecção em uma instituição de ensino

odontológico. Rev. Eletrônica de Enferma- gem. 2002; 4(1): 67. Resumo.

1. Silva PEB, Patrocinio M, Neves ACC. Avaliação da conduta de biossegurança em clínicas odontológicas. Rev. Biociên. 2002; 8(1): 45-52.
2. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Portaria nº 597 de 08 de abril de 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: [HTTP://dtr2001.saude.gov.](http://dtr2001.saude.gov/) br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-597. htm. Acesso em: 10 de agosto de 2006.
3. Santos ALDA. Conhecimentos, atitudes e comportamentos a respeito da hepatite B pelos alunos dos cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem da Universida- de Federal da Bahia. 2004. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
4. Carneiro GGVS. Prevalência presumível, cobertura vacinal, conhecimentos e ati- tudes a respeito da hepatite B dos gradu- andos de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Dissertação (Mestrado)

– Faculdade de Odontologia, Universida- de Federal da Bahia, Salvador, 2007.

1. Biffi JCG, Faria RA, Oliveira DA. Hepa- tite B: uma realidade na Odontologia. [2005]. Disponível em: [www.propp.ufu.](http://www.propp.ufu/) br/revistaeletronica/edição2005/vida2005/ vida2005/hepatite.pdf. Acesso em: 20 de abr. de 2007.
2. CDC. Provisional Public Health Services Recommendations for Chemioprophilaxis after occupational exposure to HIV. Mor- bity and Mortality Weekley Report 1996; 45(22): 468-472.
3. Araújo TM, Souza RA, Chagas IJ, Herdy AC, Graça CEP. Avaliação da subnotifica- ção de acidentes biológicos em estudantes de instituição de ensino odontológico. Pesq. Odontol. Bras. 2007; 21 (Supl 1): 31.
4. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacio- nal de DST e AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adoles- centes infectados pelo HIV: 2005/2006. 6ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 188, il. – Série Manuais – n° 2.
5. Guandalini SL, Melo NSFO, Santos ECP. Biossegurança em Odontologia. Curitiba: Odontex, 1999.
6. Canini, SRMS, Gir E, Hayashida M, Ma- chado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista.

Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002; 10(2): 172-178. Disponível em: [www.eerp.usp.](http://www.eerp.usp/) br/relae. Acesso em: 2 de maio de 2006.

|  |
| --- |
|  |
| **Endereço para correspondência:** |  |
| Rosângela RabeloR. Dr. José Peroba nº 73 – Costa Azul E-mail: goes.rabelo@bol.com.br |

***CASE REPORT***