

Conduta dos estudantes na clínica odontológica integrada em relação às normas de controle de infecção e biossegurança

Behavior of students in an integrated dental clinic in terms of guidelines for infection control and biosafety

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto*

Adriana Maria Vieira Silveira**

Diele Carine Barreto Arantes***

Luana Vianna Borges****

Resumo

Objetivo: avaliar a conduta dos alunos do curso de Odontologia de um centro universitário em relação ao controle de infecção cruzada, comparando a conduta dos alunos iniciantes e concluintes. **Sujeitos e método:** a amostra, composta por 201 alunos, foi dividida em dois grupos (iniciantes e concluintes) e aplicou-se um questionário estruturado abordando as questões relativas ao uso de equipamento de proteção individual (EPI), etapas da esterilização, acondicionamento do material estéril, desinfecção e barreiras de superfícies. Foi realizada a análise descritiva e comparativa dos dados utilizando-se o teste do Qui-Quadrado, com um nível de significância de 5%. **Resultados:** a maioria (97%) dos alunos utiliza o EPI, porém, 16,4% e 29,8% não descartam máscaras e gorro, respectivamente, sendo a maioria concluinte. Das etapas de esterilização, 93,5% realizam a lavagem do instrumental e 59,2% negligenciam a desinfecção pré-lavagem. A desinfecção de superfícies foi realizada por 89,6% dos alunos e 94,5% utilizam barreiras de proteção. Os concluintes realizam menos desinfecção de superfície e esterilizam menos as peças de mão, e 93% dos alunos acondicionam o material estéril no escaninho pessoal. **Conclusão:** a conduta dos alunos em relação ao uso de EPI, à realização do processo de desinfecção e ao uso de barreiras de superfícies apresenta-se satisfatória quando comparada a outros estudos. Nas etapas de esterilização, a principal falha está na desinfecção pré-lavagem,

independente do período. Em geral, alunos concluintes apresentaram mais desvio de conduta em relação às normas de biossegurança, o que ressalta a necessidade de outros estudos para identificação dos motivos desse comportamento.

Palavras-chave: Acadêmicos. Biossegurança. Clínica odontológica. Conduta.

Introdução

A biossegurança na Odontologia é definida como um conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes em ambiente clínico¹. O exercício da profissão expõe os trabalhadores a riscos envolvendo agentes físicos, químicos e biológicos². Nesse sentido, a biossegurança requer treinamento, conhecimento científico, responsabilidade e um constante monitoramento de atitudes de cada profissional que exerce atividades clínicas, reduzindo ou até mesmo eliminando risco no ambiente de trabalho odontológico¹.

Prevenir e controlar a infecção cruzada é imprescindível nos dias atuais, devido ao risco ocupacional de doenças como hepatite B e Aids, além de outras

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i2.6112>

* Professora adjunta do curso de Gestão de Serviços de Saúde do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

** Professora titular do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.

*** Professora titular do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**** Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG, Brasil.

enfermidades infectocontagiosas graves que provocam a ocorrência de um ciclo de infecção cruzada, dentro e fora do ambiente odontológico^{2,3}. Apesar de normas serem elaboradas para reduzir os riscos de infecção ocupacional no consultório odontológico, muitos profissionais ainda resistem em adotá-las^{2,3}. A baixa adesão às condutas de biossegurança na prática odontológica é percebida tanto por parte de profissionais quanto de acadêmicos^{4,5}. Aqueles, por apresentarem maior experiência prática e por se sentirem mais confiantes, muitas vezes, negligenciam as normas de biossegurança, enquanto esses, por terem receio de adquirir uma doença infectocontagiosa, tendem a apresentar maior adesão².

Um estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba aponta que a etapa de desinfecção pré-lavagem foi bastante negligenciada, pois 94% dos estudantes não a realizavam⁴. Os acadêmicos têm sido apontados como o grupo para o qual a educação em biossegurança e controle de infecção cruzada é imprescindível para constante aprendizado e cumprimento dos protocolos⁶.

Para enfrentar o grande desafio do controle de infecções nas clínicas das escolas de Odontologia, as instituições de ensino superior trabalham em várias frentes: ofertam disciplinas, elaboram e divulgam os manuais de biossegurança e trabalham na conscientização de alunos, professores e funcionários. No entanto, mesmo aplicando diversas fontes e ferramentas de ensino/aprendizagem, a obediência dos acadêmicos aos protocolos é variável e, muitas vezes, insatisfatória tanto para medidas de proteção individual quanto coletivas⁴.

Em um estudo comparativo realizado com estudantes de Odontologia de Minas Gerais, percebeu-se uma piora significativa em atitudes e comportamentos dos estudantes em relação ao controle de infecção em um período de dez anos⁷. Os motivos da falta de adesão dos alunos às normas de biossegurança e controle de infecção variam, vão desde a falta de informação até a dificuldade de cumprir com todas as normas na prática clínica, uma vez que o atendimento deve ser rápido⁷. Observou-se, então, que as medidas de prevenção são teóricas e distantes da prática clínica, por isso, esse deve ser um trabalho de equipe, em que professores, alunos e funcionários sejam exemplos⁷.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever a conduta dos alunos do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva em relação ao controle de infecção cruzada, comparando a conduta de alunos iniciantes e concluintes.

Sujeitos e método

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal com 201 alunos do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. A amostra do estudo foi calculada considerando a

comparação entre proporções estimadas de 70% e 90% para os grupos de alunos concluintes e iniciantes, respectivamente, obtendo um poder amostral de 95% a um nível de significância de 5%.

A amostra foi composta por alunos dos períodos iniciais (4º, 5º e 6º períodos) que já tinham cursado a disciplina de 1ª Ciências Odontológicas Articuladas (primeira disciplina a ofertar atividade clínica com pacientes) (n = 125), e dos períodos concluintes (7º, 8º e 9º períodos) (n = 76) que consentiram em assinar previamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Aos participantes do estudo foi aplicado um questionário estruturado, envolvendo questões de formação acadêmica e de adesão às normas de controle de infecção, sendo abordados temas como: uso de EPI (uso e descarte de gorro e máscaras após cada atendimento, considerando essas variáveis dicotômicas: uso – sim/não; descarte – sim/não), etapas dos processos de esterilização (desinfecção pré-lavagem, lavagem, esterilização), acondicionamento do material estéril e desinfecção e utilização de proteção mecânica nas superfícies.

Foi realizada uma análise descritiva (medidas de frequência e de variabilidade) e comparativa dos dados utilizando o teste Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher, a um nível de significância de 5%. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 08375112.2.0000.5097.

Resultados

Entre os participantes do estudo, 125 (62,19%) pertenciam ao grupo de alunos iniciantes e 76 (37,81%) foram considerados concluintes. Em relação ao sexo, 46 (22,9%) pertenciam ao sexo masculino e 155 (77,1%) ao feminino. A média de idade foi de $23,1 \pm 5,0$ anos.

Em relação ao uso de EPI, 97,5% dos alunos relataram utilizar avental de mangas compridas e colarinho alto, 98,5% relataram o uso de luvas de procedimento, 96%, o uso de óculos de proteção, 98,5%, o uso de máscara, 97,0%, o uso de gorro. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos iniciais e concluintes em relação a essas variáveis ($p > 0,05$).

Sobre o descarte de alguns equipamentos, percebeu-se que 16,4% dos alunos não descartavam máscaras e 29,8% não descartavam o gorro após o atendimento de cada paciente. Em relação ao descarte de gorro e de máscara, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os alunos de períodos iniciais e concluintes, sendo que os iniciantes descartam mais do que os concluintes ($p < 0,01$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise comparativa da conduta dos alunos iniciantes e concluintes segundo uso e descarte de máscara e gorro

Variável	Total (n=201)	Iniciantes n (%)	Concluintes n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Uso da máscara					
Sim	198 (98,5)	123 (98,4)	75 (98,7)	0,99	1*
Não	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0,0)	(0,97 - 1,00)	
Descarte da máscara					
Sim	165 (82,1)	111 (88,8)	54 (71,1)	3,59	0,00 ^a
Não	33 (16,4)	12 (9,6)	21 (27,6)	(1,64 - 7,84)	
Uso do gorro					
Sim	195 (97,0)	123 (98,4)	72 (94,7)	5,12	0,15*
Não	4 (2,0)	1 (0,8)	3 (4,0)	(0,52 - 50,19)	
Descarte do gorro					
Sim	140 (69,6)	97 (77,6)	43 (56,6)	2,57	0,00 ^a
Não	60 (29,8)	28 (22,4)	32 (42,1)	(1,38 - 4,79)	

* Teste Exato de Fisher.

^a Diferença estatisticamente significativa entre os grupos analisados.

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere à desinfecção dos equipamentos (equipo, cadeira, mochos e acessórios odontológicos), 89,6% relataram realizar previamente ao atendimento, sendo que 9,4% relataram não realizar e 1% não respondeu. Para a execução dessa etapa, 89,6% dos alunos relataram utilizar a luva de borracha e 10,4% afirmaram não a utilizar. Sobre o uso de barreiras de proteção, os resultados

mostraram que 94,5% dos alunos utilizavam barreiras físicas para cobrir as superfícies, 3% não utilizavam e 2,5% não responderam. Ao comparar a conduta dessas práticas entre os alunos iniciantes e concluintes, percebeu-se que esses apresentaram menor adesão às normas de desinfecção de superfícies, observando-se diferença significativa entre eles (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise comparativa da conduta dos alunos iniciantes e concluintes segundo práticas de desinfecção de superfícies

Variável	Total (n=201)	Iniciantes n (%)	Concluintes n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Realiza desinfecção de superfícies					
Sim	180 (89,6)	123 (98,4)	57 (75,0)	38,84	0,00* ^a
Não	19 (9,4)	1 (0,8)	18 (23,7)	(5,06 - 298,12)	
Usa barreiras de proteção em superfícies					
Sim	190 (94,5)	120 (96,0)	70 (92,1)	8,57	0,03* ^a
Não	6 (3)	1 (0,8)	5 (6,7)	(0,98 - 74,85)	
Usa luvas de borracha para desinfecção de superfícies					
Sim	180 (89,6)	121 (96,8)	59 (77,6)	8,71	0,00* ^a
Não	21 (10,4)	4 (3,2)	17 (22,4)	(2,80 - 27,05)	

* Teste Exato de Fisher.

^a Diferença estatisticamente significativa entre os grupos analisados.

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à desinfecção, à lavagem, à esterilização e ao acondicionamento dos instrumentais, observou-se que 59,2% dos estudantes não realizavam a desinfecção previamente à lavagem, não havendo diferença estatisticamente significativa entre iniciantes e concluintes ($p = 0,14$). Quanto à escovação dos materiais com água e sabão previamente à esterilização, 93,5% a fazem, 5% não e 1,5% não responderam. Em relação a essa prática, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ($p = 0,18$). Foi observado que 96,0% dos alunos utilizavam luvas de borracha para esse fim, sem diferença estatisticamente significativa entre os períodos iniciantes e concluintes

($p=0,06$). Sobre a utilização do ultrassom para a lavagem dos instrumentais, apenas 32,3% o utilizavam, 65,2% não utilizavam e 2,5% não responderam, sendo que a porcentagem dos alunos que não o utilizavam, apesar de ser significativa em ambos os grupos, é maior nos alunos dos períodos iniciantes (74,4%) do que nos de períodos concluintes (50,0%) ($p < 0,01$). Sobre a esterilização, 86,1% dos alunos disseram esterilizar as peças de mão, 10,4% não esterilizam e 3,5% não responderam. Quando comparados os grupos, percebeu-se uma porcentagem maior de alunos que não esterilizam as peças de mão nos períodos concluintes do que nos iniciantes ($p < 0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise comparativa da conduta dos alunos iniciantes e concluintes segundo a realização das etapas da esterilização

Variável	Total (n=201)	Iniciantes n (%)	Concluintes n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Utiliza luvas de borracha verde para lavagem dos instrumentais					
Sim	193 (96,0)	123 (98,4)	70 (92,1)	5,27	0,05*a
Não	8 (4,0)	2 (1,6)	6 (7,9)	(1,03 - 26,82)	
Realiza desinfecção pré-lavagem em solução degermante					
Sim	79 (39,3)	54 (43,2)	25 (32,9)	1,56	0,14
Não	119 (59,2)	69 (55,2)	50 (65,8)	(0,86 - 2,84)	
Escova os instrumentais com água e detergente					
Sim	188 (93,5)	119 (95,2)	69 (90,8)	2,58	0,18*
Não	10 (5,0)	4 (3,2)	6 (8,0)	(0,70 - 9,48)	
Utiliza o ultrassom para lavagem dos instrumentais					
Sim	65 (32,3)	28 (22,4)	37 (48,7)	0,30	0,00a
Não	131 (65,2)	93 (74,4)	38 (50,0)	(0,16 – 0,57)	
Esteriliza as peças de mão					
Sim	173 (86,1)	116 (92,8)	57 (75,0)	12,21	0,00 ^a
Não	21 (10,4)	5 (4)	18 (23,7)	(3,45 – 43,16)	
Está sempre atento ao prazo de validade da esterilização dos instrumentais					
Sim	190 (94,5)	121 (96,8)	69 (90,8)	1,08	0,00 ^{*a} LKADKL
Não	6 (3,0)	0(0,0)	6 (8,0)	(1,01 – 1,16)	

* Teste Exato de Fisher.

^a Diferença estatisticamente significativa entre os grupos analisados.

Fonte: dados da pesquisa.

Sobre o acondicionamento do material estéril quando não usados após a retirada da CME (Central de Material Esterilizado), 93,0% disseram acondicionar o material no seu escaninho pessoal,

2,5% disseram acondicionar no carro e 4% em casa. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os períodos iniciantes e concluintes em relação a essas variáveis ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise comparativa da conduta dos alunos iniciantes e concluintes segundo local de acondicionamento do material estéril não utilizado no atendimento clínico

Local de acondicionamento do instrumental estéril não utilizado	Total (n=201)	Iniciantes n (%)	Concluintes n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Escaninho pessoal					
Sim	187(93,0)	113 (90,4)	74 (97,4)	0,38	0,65 *
Não	5 (2,5)	4 (3,2)	1 (1,3)	(0,04 – 3,48)	
Carro					
Sim	5 (2,5)	3 (2,4)	2 (2,6)	1,02	1,0*
Não	101 (50,2)	60 (48)	41 (54,0)	(0,16 – 6,40)	
Em casa					
Sim	8 (4,0)	6 (4,8)	2 (2,6)	2,06	0,47*
Não	98 (48,7)	58 (46,4)	40 (52,6)	(0,39 – 10,77)	

* Teste Exato de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

EPI é todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaças à segurança e à saúde no trabalho. O uso desse equipamento

representa uma barreira física de proteção contra transmissão aérea de infecções e inalação de agentes e substâncias químicas. Deve ser trocado com frequência, evitando permanecer com o mesmo equipamento durante muito tempo, devendo o gorro, a máscara e as luvas serem descartados após o atendimento a cada paciente^{8,9}.

A frequência do uso de EPI relatada pelos participantes do presente estudo sugere um aumento na adesão a esses dispositivos com o passar dos anos. Estudo realizado com cirurgiões-dentistas em Porto Alegre, RS, no ano de 2004, mostrou percentuais relativos ao uso de máscara, óculos de proteção e gorro inferiores ao observado no presente estudo⁵. Alunos de diversos cursos da área da saúde em instituições do estado de Goiás, em 2008, foram analisados em relação ao uso de EPI, e observou-se que o avental foi o mais utilizado (93,9%), seguido de luvas de procedimento (49,8%), máscara (29,3%), óculos (21,4%) e gorro (20,7%). Os discentes do curso de Odontologia foram considerados com a melhor adesão e conhecimento sobre EPIs¹⁰.

No presente estudo, o descarte inadequado de máscara e gorro, entendido quando houve a reutilização desses EPIs pelos alunos em um mesmo turno de atendimento, foi observado entre os alunos concluintes quando comparados aos iniciantes, sugerindo que houve alteração de condutas no decorrer do curso. No entanto, os resultados de Letieri et al.¹¹ (2011) mostraram que a adesão ao uso de óculos de proteção durante o atendimento foi de 76,3%, e não houve diferença significativa entre iniciantes e concluintes.

A limpeza de superfícies e equipamentos odontológicos deve ser realizada com água e sabão neutro, seguida da desinfecção com álcool 70%, utilizando-se, obrigatoriamente, luvas grossas de borracha. Para diminuir ainda mais o risco de contaminação e disseminação, toda a superfície que possa ser tocada durante o atendimento do paciente deve ser coberta por barreiras físicas impermeáveis^{1,4,8,9}. A maioria dos alunos do presente estudo relatou realizar desinfecção previamente ao atendimento de cada paciente utilizando a luva de borracha grossa para esse fim, sendo que os concluintes aderiram menos a essa prática. Contrapondo esse cenário, estudos anteriores mostraram que a desinfecção das superfícies era realizada por apenas 52,1% dos estudantes⁴ e que 55,1% utilizavam a luva grossa de borracha para essa finalidade¹², sendo que os alunos de períodos mais avançados apresentaram melhores índices quanto à desinfecção e à proteção mecânica de superfícies⁴.

Os instrumentais odontológicos devem passar pelas etapas de limpeza, desinfecção e esterilização. Inicialmente, deve ser realizada a pré-lavagem do instrumental por meio do método manual ou automático, a fim de facilitar a remoção de resíduos orgânicos e inorgânicos. Após essa etapa, segue-se a remoção das sujidades com o auxílio de escova, água e sabão para garantir o processo de limpeza dos instrumentais. É imprescindível o uso de luvas de borracha grossa, uma vez que constituem uma barreira física eficaz que previne a contaminação e reduz os riscos de acidentes do profissional de saúde^{8,9}.

Neste estudo, apesar de a maioria dos alunos realizar a lavagem do instrumental por meio de es-

covação, muitos negligenciaram a etapa de desinfecção pré-lavagem, em consonância ao estudo de Pimentel⁴. Essa etapa é de suma importância, pois além de a eficiência da esterilização depender do preparo prévio do instrumental, ela reduz o número de microrganismos para um nível menos prejudicial àquele que realiza a limpeza^{13,14}. Em relação ao uso de luvas de borracha grossa para a lavagem dos instrumentais, percebe-se um comportamento satisfatório tanto nos períodos iniciais quanto nos concluintes, assim como foi observado no estudo realizado na Universidade de Pernambuco em 2010¹⁵. Entretanto, quando comparado ao estudo desenvolvido na Universidade Federal da Paraíba, percebe-se uma discrepância na adesão dos alunos quanto à utilização de luvas emborrachadas, uma vez que 91,2% dos alunos utilizavam luvas de procedimento para realizar tal tarefa⁴.

A esterilização dos instrumentais é obrigatória antes do atendimento nas clínicas, inclusive das peças de mãos. As partes internas da caneta de alta rotação, independente se não entram em contato direto com a cavidade oral, podem ser contaminadas com secreções provenientes do paciente e, conseqüentemente, esse material pode ser pulverizado na cavidade oral de um segundo paciente. Dependendo do contato com fluidos corporais durante os procedimentos realizados, a caneta de alta rotação pode ser considerada um artigo semicrítico ou crítico. Dessa forma, a desinfecção ou a esterilização desses instrumentais por produtos químicos não é recomendada e devem ser esterilizados entre os atendimentos¹⁶.

No presente estudo, a maioria dos alunos relatou esterilizar as peças de mão, contrapondo-se a outros estudos realizados com acadêmicos em que se observou que 92,4% e 97,1% dos participantes realizavam a desinfecção com álcool 70% em substituição da esterilização das canetas^{4,16}. Além disso, 2,9% dos alunos submetiam, semanalmente, as peças de mão ao processo de esterilização, 57,1% previamente às cirurgias e 40% nunca o faziam¹⁶.

Tão importante quanto o processo de esterilização em si e seu controle é a armazenagem apropriada do material. O instrumental deve ser armazenado em local exclusivo, separado dos demais, em armários fechados, protegido de poeira, umidade e insetos^{8,17}. Neste estudo, constatou-se que a maioria dos alunos acondicionava o material estéril que foi retirado do CME, mas não foi utilizado no atendimento clínico, em seu escaninho pessoal. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo com alunos concluintes, em 2012, na mesma instituição, quando se observou que 40% dos alunos acondicionavam o material no escaninho pessoal e 60% no armário disponibilizado pela CME¹⁷. Esses dados sugerem a necessidade de conscientização desse público a respeito do acondicionamento dos instrumentais, uma vez que a manutenção da esterilidade do material depende do rigoroso controle de todas

as etapas desse processo para que não ocorra a quebra da cadeia asséptica¹⁷.

Conclusão

Pode-se concluir que as condutas inadequadas, principalmente, dos alunos concluintes é preocupante. Sugere-se uma atuação dos docentes dentro das normas de biossegurança, motivando os discentes à adesão de práticas seguras, lembrando e cobrando as condutas corretas. Além disso, é necessário desenvolver novos estudos para identificar os motivos da falta de adesão dos alunos concluintes às normas de controle de infecção para que haja manutenção de hábitos corretos não só na graduação, mas durante a vida profissional.

Abstract

Objective: To assess the behavior of dental students from a University Center in terms of cross-infection control, comparing the behavior of freshmen and final-year graduates. Subjects and method: The sample of 201 students was divided in two groups (freshmen and final-year graduates), and a structured questionnaire was applied with questions concerning the use of PPE (Personal Protective Equipment), sterilization steps, stowage of sterile equipment, disinfection, and surface barriers. A descriptive and comparative data analysis was performed using the chi-square test at 5% significance level. Results: The majority of students (97%) uses PPE, but 16.4% and 29.8% do not discard masks and caps, respectively, and most of these students are final-year graduates. Regarding sterilization steps, 93.5% of students washes instruments, and 59.2% neglect prewashing disinfection. Surface disinfection is performed by 89.6% of students and 94.5% use protective barriers. Graduate students perform less surface disinfection and less sterilization of handpieces, and 93% of the students stow sterile material in their personal bin. Conclusion: The behavior of students regarding the use of PPE, disinfection of surfaces, and use of surface barriers was considered satisfactory when compared with previous studies. In the sterilization steps, the main flaw is prewashing disinfection, regardless of the academic period. Overall, final-year graduates presented more deviant behavior regarding biosafety guidelines, which emphasizes the need of further studies to identify the reasons for such behavior

Keywords: Students. Biosafety. Dental clinic. Behavior.

Referências

1. Xerez JE, Neto HC, Júnior FLS, Maia CADM, Galvão HC, Górdon-Núñez MA. Perfil de acadêmicos de odontologia sobre biossegurança. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 2012; 53(1):11-5.
2. Bezerra ALD, Sousa MNA, Feitosa ANA, Assis EV, Barros CMB, Carolino ECA. Biossegurança na odontologia. *ABCS Health Sci* 2014; 39(1):29-33.
3. Silva PEB, Patrocínio MC, Neves ACC. Avaliação da conduta de biossegurança em clínicas odontológicas de graduação. *Rev Bioc* 2002; 8:45-52.
4. Pimentel MJ, Filho MMVB, Santos JP, Rosa MRD. Biossegurança: comportamento dos alunos de odontologia em relação ao controle de infecção cruzada. *Cad Saúde Colet* 2012; 20:525-32.
5. Galvani LR, Pires MM, Passos D, Mota EG, Pires LAG. Utilização dos métodos de biossegurança nos consultórios odontológicos da cidade de Porto Alegre - RS. *Rev Stomatol* 2004; 10:7-13.
6. Pinelli C, Garcia PPN, Campos JADB, Dotta EAV, Rabello AP. Biossegurança e odontologia: crenças e atitudes de graduados sobre o controle da infecção cruzada. *Saúde Soc* 2011; 20:448-61.
7. Abreu G, Lopes-Terra MC, Braz LF, Rímulo AL, Paiva SM, Pordeus IA. Attitudes and behavior of dental students concerning infection control rules: a study with a 10-year interval. *Braz Dent J* 2009; 20:221-5.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa; 2006. 152p.
9. Newton Paiva. Manual de controle de infecção de clínicas e laboratórios específicos do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. [citado 2013 jun. 12]. Disponível em URL: www.newtonpaiva.br.
10. Souza ACS, Silva CF, Tipple AFV, Santos SLV, Neves HCC. O uso de equipamentos de proteção individual entre graduandos de cursos da área da saúde e a contribuição das instituições formadoras. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 7:27-36.
11. Letieri AS, Oshiro NS, Lima LS, Andrade VM, Leão ATT, Torres SR. Avaliação de aderência dos estudantes de odontologia em relação ao controle de infecções. *Rev Bras Odontol* 2011; 68:186-90.
12. Vasconcelos MMVB, Brasi CMV, Mota CCBO, Carvalho NR. Avaliação das normas de biossegurança nas clínicas odontológicas da UFPE. *Rev Odontol Clín Cient* 2009; 8:151-6.
13. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Prática recomendadas: recuperação anestésica e centro de material de esterilização. São Paulo; 2009. 304p.
14. Guandalini SL, Melo NSFO, Santos ECP. Biossegurança na odontologia: controle da infecção. Paraná; 2003; 124p.
15. Oliveira GMF, Ribeiro GA, Oliveira PM, Burgos MEA. Avaliação das atitudes de prevenção de infecção cruzada através de inspeção visual nas clínicas de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE. *Odontol Clín Cient* 2010; 9:349-53.
16. Tura F, Alves CFS, Kirsten VR, Amaral CF, Dotto PP, Santos RCV. Avaliação da contaminação interna em canetas de alta rotação na prática clínica. *Rev Braz Dent Sci* 2011; 14:18-26.
17. Reis SCRM, Ramos IJM, Zocratto KBF, Branco KMGR. Influência do armazenamento do instrumental odontológico na manutenção da esterilidade. *Rev Arq Odontol* 2012; 48:89-95.

Endereço para correspondência:

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG
Telefone: (31) 3409-9864
E-mail: kelibahia@yahoo.com.br

Recebido: 21/06/2016. Aceito: 23/08/2016.