

Comportamento do Cirurgião- dentista em Relação aos Métodos de Desinfecção de Moldes, Modelos de Gesso e Próteses

Dentist's Behavior Towards Disinfection Methods of Molds, Stone Casts and Protheses

Ricardo Medeiros Scaranelo*
Solange Morita**
Tatiana Correa da Silva**

Scaranelo RM, Morita S, Silva TC da. Comportamento do Cirurgião-dentista em relação aos métodos de desinfecção de moldes, modelos de gesso e próteses. PCL 2003; 5(27):409-16.

Nesta pesquisa, foi avaliado o comportamento dos Odontólogos frente aos procedimentos de desinfecção de moldes, modelos de gesso e próteses na clínica odontológica, em localidades onde houvesse uma distribuição variada de profissionais provenientes de diversas faculdades de Odontologia. Um questionário contendo 20 questões de múltipla escolha foi aplicado. Pôde-se observar o alto índice de desinformação e falta de conscientização dos profissionais entrevistados, já que os moldes são veículos de infecção cruzada, e uma vez que estes não podem ser esterilizados, deve-se desinfetá-los com métodos apropriados.

PALAVRAS-CHAVE: Desinfecção; Modelos dentários; Prótese; Infecção hospitalar

* Professor Assistente Doutor da Disciplina de Materiais Dentários do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; Rua José Bonifácio, 1193 – CEP 16015-050, Araçatuba-SP; e-mail: scaranel@foa.unesp.br

** Acadêmicas da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Estagiárias da disciplina de Materiais Dentários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

INTRODUÇÃO

Cirurgiões-dentistas, Técnicos em prótese dentária e Auxiliares odontológicos constituem grupos de risco frente a um grande número de vírus, bactérias e fungos patogênicos. AIDS, hepatites, herpes, gripes e tuberculose são doenças infectocontagiosas que podem ser transmitidas em consultórios. O risco de transmissão dessas doenças tem direcionado atenção às técnicas de desinfecção e esterilização praticadas no consultório odontológico.

Tal preocupação é comprovada quando se verifica o aumento do número de profissionais vacinados contra a hepatite B. Segundo Cleveland *et al.* (1996), nos USA, de 22%, em 1983, passou para 85%, em 1992, o número de profissionais vacinados contra a hepatite B, havendo redução de 14% para 9% no número de profissionais infectados. Rezende, Lorenzato (2000) informaram em sua pesquisa que 90,6% dos profissionais entrevistados foram imunizados contra a hepatite B numa campanha feita pelo CRO-SP em 1995. Agora, o próprio CRO-SP nos informou que nesta campanha de 2002, um total de 70 mil doses de vacinas (hepatite B, dupla adulto e triplice), nesta fase inicial, foram aplicadas, enquanto na de 1995, um total de 43,1 mil profissionais foram imunizados, significando que se espera um aumento substancial na proporção de imunização, demonstrando plenamente a conscientização da população envolvida.

No período de 1980 a 1999 foram registrados, na Secretaria de Vigilância Epidemiológica, 135 casos de Cirurgiões-dentistas com AIDS no Estado de São Paulo, sendo 126 homens e 9 mulheres e, entre estes, ocorreram 89 óbitos (Ramos, 2000).

Está comprovado que alguns microorganismos sobrevivem fora da cavidade oral, num período que varia de minutos a semanas. O vírus do herpes simples no sangue, em uma peça de roupa, pode sobreviver por 3 horas; o da tuberculose sobrevive semanas numa

superfície absorvível e o da hepatite B, uma semana (Guimarães, 1992).

A recomendação de Mathias *et al.* (1998) para moldes e próteses é a limpeza destes materiais em água corrente, para a remoção de resíduos de sangue, saliva e matéria orgânica, seguida pela desinfecção apropriada, utilizando métodos tanto por aerossol quanto por imersão, sempre com um tempo de 10 minutos e usando substâncias desinfetantes como glutaraldeído a 2% e hipoclorito de sódio a 1%, na maioria das situações, e em outras o uso de soluções à base de PVPI a 1% e fenol sintético.

Desse modo, procurou-se, neste trabalho, avaliar os profissionais da área odontológica em relação à importância que atribuem ao controle da infecção, bem como aos seus conhecimentos sobre os procedimentos de desinfecção dos moldes, modelos de gesso e próteses na clínica odontológica.

MATERIAL E MÉTODO

Em dezembro de 2001, foram distribuídos 200 questionários para Cirurgiões-dentistas exercendo atividades em consultório odontológico, contendo 20 questões de múltipla escolha, nas cidades de São Paulo (Zonas Norte e Sul), Cotia, Osasco e Itapevi.

O questionário solicitou informações sobre o tipo de material de moldagem usado, uso de luvas, material empregado para a construção do modelo, substâncias utilizadas para desinfecção dos moldes, modelos e próteses, bem como a marca comercial do agente químico, o método e o tempo de aplicação dos mesmos e a identificação do tipo de doença infectocontagiosa durante o atendimento, dentre outras questões descritas a seguir. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística descritiva.

- Q1-** Quais os tipos de material de moldagem que tem usado?
() alginato () hid. reversível () godiva () pasta de oze () silicone () poliéter () mercaptana
- Q2-** Costuma manipular esses materiais com as mãos protegidas por luvas?
() sim () não
- Q3-** Costuma vazar os moldes no consultório?
() sim () não
- Q4-** Caso negativo, responda quem o faz por você.
() auxiliar odontológico () laboratório de prótese
- Q5-** Se no laboratório de prótese, quem vaza o molde?
() técnico responsável () auxiliar de laboratório () ambos () não sei
- Q6-** Qual o material empregado na construção do modelo?
() gesso () metalização outros:.....
- Q7-** Costuma desinfetar os moldes?
() sim () não
- Q8-** Quais as substâncias usadas para desinfetar os moldes?
() nenhuma () lavar com água () agente químico

- Q9-** Se usa desinfetar os moldes com agente químico, indique qual utiliza.
 glutaraldeído clorhexidine hipoclo. de sódio comp. fenólicos óxi. etileno álcool a 70%
- Q10-** Costuma desinfetar os modelos de gesso?
 sim não
- Q11-** Costuma desinfetar as próteses?
 sim não
- Q12-** Indique qual a marca comercial do agente químico desinfetante utilizado:.....
- Q13-** Qual o método de desinfecção utilizado?
 imersão aerossol (spray) outras:.....
- Q14-** No caso de o método ser por imersão, qual o tempo que o deixa imerso (em minutos)?
 10 seg. 5 10 30 60 mais de 60 minutos
- Q15-** No caso de o método ser por aerossol, qual o tempo que o aplica (em minutos)?
 10 seg. 5 10 30 60 mais de 60 minutos
- Q16-** Costuma lavar os moldes, antes de desinfetar, em água corrente?
 sim não
- Q17-** Costuma lavar os moldes, depois de desinfetar, em água corrente?
 sim não
- Q18-** Já atendeu a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas?
 AIDS hepatite B herpes simples outras:.....
- Q19-** Qual o tipo de especialidade que exerce?
 Clínico Geral Dentística Odontopediatria Reabilitação Oral Periodontia Endodontia Ortodontia Implantodontia
 Cirurgia Oral Prótese Bucomaxilofacial
- Q20-** Em que ano se formou? E qual a faculdade?
 19... / 200... . Faculdade:.....

RESULTADOS

Dos 200 questionários distribuídos, 106 foram respondidos pelos entrevistados, isto correspondeu a 53%. Dentre os dados coletados apresentamos na Figura 1, graficamente, as questões de número: Q1, Q2, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17 e Q18.

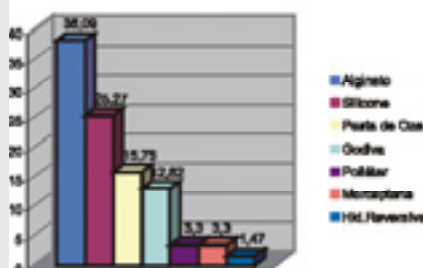
As demais informações recebidas nas questões Q3, Q4, Q5 mostraram que 82,24% dos profissionais vazam os moldes no consultório e 17,76% não o vazam.

Quando perguntados sobre o material para construção do modelo (questão Q6), 98,13% dos entrevistados responderam utilizar o gesso.

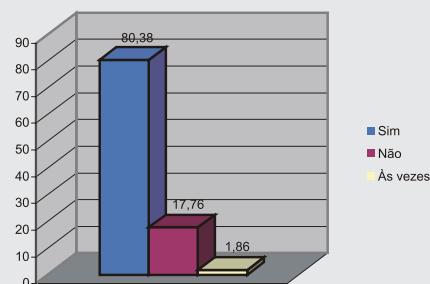
Na questão Q19, segundo a especialidade exercida, destacamos 50,89% de Clínico Geral, 10,78% de Ortodontistas e 7,78% de Odontopediatras, sendo as demais pouco citadas.

Perguntados na questão Q20 a respeito do tempo de exercício profissional e da faculdade de origem, 52% dos entrevistados se formaram nos últimos 10

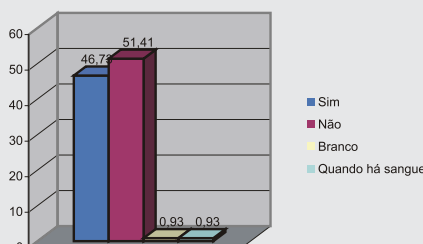
Q1- TIPOS DE MATERIAL DE MOLDAGEM



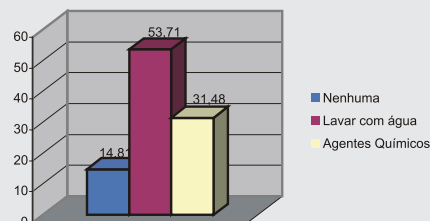
Q2- UTILIZAÇÃO DE LUVAS



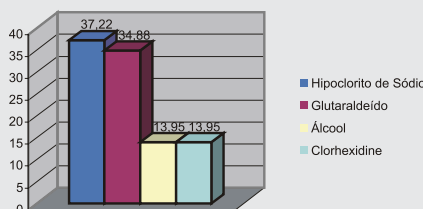
Q7- DESINFECÇÃO DOS MOLDES



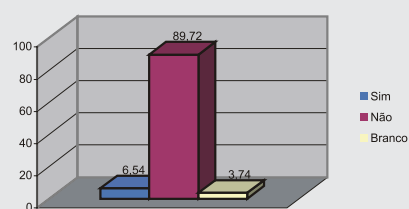
Q8- SUBSTÂNCIAS USADAS PARA DESINFECÇÃO



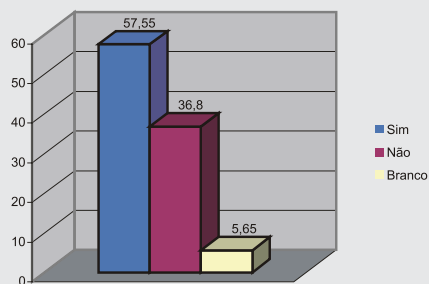
Q9- AGENTES QUÍMICOS UTILIZADOS



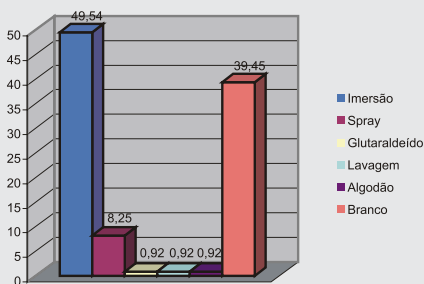
Q10- DESINFECÇÃO DE MODELOS DE GESSO



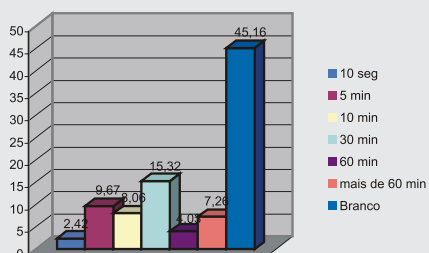
Q11- DESINFECÇÃO DAS PRÓTESES



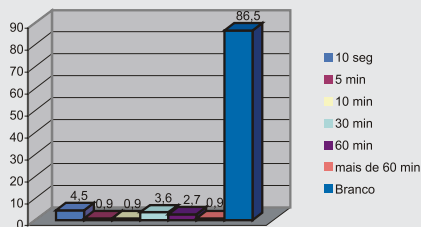
Q13- MÉTODO DE DESINFECÇÃO



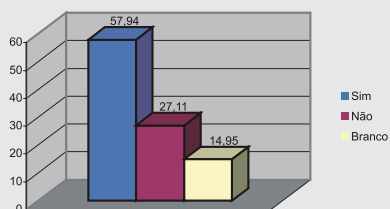
Q14- TEMPO DE IMERSÃO



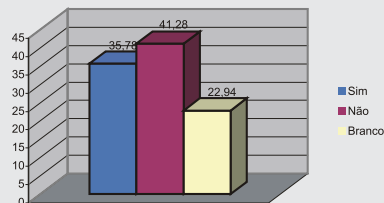
Q15- TEMPO DE APLICAÇÃO DO AEROSSOL



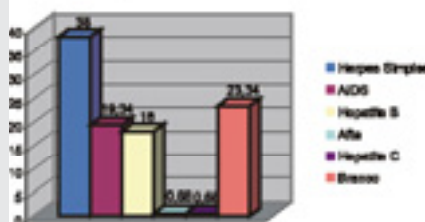
Q16- LAVAR MOLDES ANTES DA DESINFECÇÃO



Q17- LAVAR MOLDES DEPOIS DA DESINFECÇÃO



Q18- ATENDIMENTO A PACIENTES COM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS



anos, 23% nos últimos 20 anos e 25% têm mais de 20 anos de formação, quanto à origem, tem-se UNESP (17%), USP (15%) e UNISA (13%) como as principais. As demais são particulares, do Estado de São Paulo, e federais, de outros Estados e com menor destaque.

DISCUSSÃO

Em virtude dos moldes apresentarem elevado potencial de transmissão de doenças e como não é possível esterilizá-los, é necessário que algum método de desinfecção seja executado. Stern, Whitacre (1981), Davis, Knapp (1984), Crawford (1985) salientaram o risco de infecção cruzada em procedimentos protéticos e recomendaram que alguns cuidados fossem tomados para a redução dos riscos. Independentemente do material e da solução desinfetante a serem utilizados, os moldes devem ser lavados em água corrente após serem retirados da boca, para a eliminação de resíduos de sangue, saliva, microorganismos e matéria orgânica e para que a solução possa agir, alguns recomendam limpeza com solução de água gessada. Depois, os moldes serão imersos em uma solução desinfetante apropriada, aguardar-se-á alguns minutos, em seguida serão novamente lavados em água corrente para remoção do excesso de solução desinfetante e só então o gesso será vertido para o seu interior.

Essa pesquisa, realizada na cidade de São Paulo e grande São Paulo, mostrou que, dos entrevistados, 53,71% disseram "desinfetar" os moldes lavando-os com água corrente, 31,48% utilizaram algum agente químico desinfetante, o restante (14,81%) informou não tomar nenhum tipo de procedimento. Esses dados encontrados estão próximos dos mostrados por Watkinson (1988), que verificou que 45%

dos entrevistados não procediam a nenhum tipo de desinfecção sobre os moldes, sendo que 17,5% limpavam o molde em água corrente morna e 37,5% usavam algum tipo de agente desinfetante sobre o molde, demonstrando naquela época já algum tipo de orientação sobre o assunto desinfecção de moldes. Pavarina *et al.* (1996) encontraram que 66,9% lavavam o molde só em água, uma minoria de 4,4% dos entrevistados utilizava solução desinfetante e uma parcela também considerável, cerca de 28,7%, não realizava nenhum tratamento sobre o molde antes de verter o gesso, num universo de 181 entrevistados em Araraquara, região central do Estado de São Paulo. Scaranelo *et al.* (1993), em uma pesquisa realizada entre profissionais Cirurgiões-dentistas e Técnicos em prótese dentária da região de Araçatuba, noroeste do Estado de São Paulo, em um universo de 100 questionários enviados com cerca de 61% de devolução, mostraram resultados diferentes, em que 14,8% responderam que só usavam água, 18% afirmaram usar algum agente químico desinfetante e 3,3% não aplicavam nada sobre os moldes. Entretanto, a grande maioria dos entrevistados, 63,9%, deixaram de responder, fato que nos levou a supor que na ocasião o assunto era totalmente desconhecido pelos profissionais.

Recentemente, Gallito *et al.* (2000) realizaram uma pesquisa com Cirurgiões-dentistas da Faculdade de Odontologia da UERJ e ABO do Rio de Janeiro (110 entrevistados), mostrando que 40% deles executavam algum tipo de desinfecção contra 60%. Demonstraram também que, de modo geral, uma parcela significativa de Cirurgiões-dentistas está longe de aplicá-la de forma sistemática.

Nossos resultados estão de acordo com os mostrados por estes pesquisadores. Isto porque encontramos nesta pesquisa que 46,7% praticavam algum tipo de desinfecção, contra 51,3% que não a praticavam e 2% informaram que às vezes aplicavam a desinfecção quando houvesse presença de sangue, fato este que vai de encontro aos dados informados por Rezende, Lorenzato (2000), os quais encontraram que 53,4% dos profissionais sempre desinfetam os moldes, 25,5% nunca desinfetam e 21,1% às vezes tomam essa precaução, em pesquisa com envio de questionário para 80 Cirurgiões-dentistas da região centro-oeste do Estado de São Paulo, com o total de 55% de retorno.

Sempre é interessante conhecer quais materiais de moldagem os profissionais têm utilizado, visto que as variações de composição, textura e lisura de superfície afetariam a capacidade destes materiais em absorver ou adsorver os microorganismos, além de influírem no seu potencial de transmissão. Watkinson (1988) nos mostrou, como resposta no seu questionário a respeito

do uso dos materiais de moldagem, que os mais usados foram o alginato, silicona e pasta de óxido de zinco e eugenol, sendo que o uso do alginato foi indicado por 100% dos entrevistados. Costa *et al.* (1992) também estavam de acordo quando informaram que, para os profissionais que realizam algum tipo de prótese, a seleção do material de moldagem está condicionada diretamente ao tipo do trabalho em si. Deste modo, o alginato foi o mais utilizado para moldagens anatômicas (74%), seguido da godiva (30%) e de elastômeros (3%). Entretanto, se a moldagem é funcional, a preferência recai sobre a pasta de óxido de zinco e eugenol (85%), ficando os elastômeros com 11%, e se o uso for para moldagem em prótese fixa a quase totalidade usa algum tipo de elastômero, principalmente os silicones, ficando o alginato com 8% e godivas com 3%. Dados que estão também corroborados na pesquisa de Pavarina *et al.* (1996), mostrando que 40,9% dos profissionais utilizam tanto o alginato quanto os silicones e, em menor escala, os outros materiais.

Isso foi comprovado neste trabalho, onde verificamos que o alginato foi o material mais indicado (38%), seguido dos elastômeros (31,9%), da pasta de óxido de zinco e eugenol (15,8%), sendo a godiva (12,8%) e o hidrocolóide reversível (1,5%) os menos usados. O interesse nesse conhecimento está no fato de que as populações virais, nos hidrocolóides, por exemplo os alginatos, não são muito afetadas por uma simples limpeza com água corrente, mas diminuídas, porque são absorvidas e ficam protegidas, assim, da ação mais efetiva dos desinfetantes. Por outro lado, quanto mais impermeável a superfície do material, permitindo somente a adsorção viral, mais fácil a desinfecção, pois a irrigação remove melhor os microorganismos e, desta forma, os desinfetantes podem atuar melhor e em menor tempo de exposição (Gerhardt, Sydskis, 1991).

Como parte integrante do meio de proteção individual EPI, o uso de luvas pelo profissional faz parte da cadeia asséptica a ser mantida durante o atendimento aos pacientes até o término, quando da realização dos procedimentos de desinfecção dos moldes, modelos e próteses. Deste modo, procurou-se saber, neste trabalho, a conduta dos Cirurgiões-dentistas quanto ao uso de luvas durante a manipulação dos materiais de moldagem, ao que 80,38% responderam que sim e apenas 19,62% disseram que não usam. Como é do conhecimento de todos, o uso de luvas só passou a fazer parte rotineira da proteção individual do Cirurgião-dentista e Auxiliares odontológicos a partir de meados da década de 80, principalmente com o surgimento da AIDS, obrigando os profissionais a mudarem de atitude, conforme demonstrado pelos trabalhos de Evans (1989) no Reino Unido e de Stevenson, Higgins (1989) na Austrália, onde 30% e 42%, respectivamente,

não usavam luvas. Fato este não observado por Magro Filho *et al.* (1991) no Brasil, uma vez que somente 14% disseram não usar luvas. Semelhante a isso foi demonstrado por Razak, Lind (1995), na Malásia, que observaram 13% dos profissionais não usando luvas durante o atendimento ao paciente. Já no laboratório de prótese, para os procedimentos de construção dos modelos de gesso e trabalho com as próteses, Pavarina *et al.* (1996) encontraram que 16,6% dos entrevistados não usavam luvas, enquanto Mathias *et al.* (1998) encontraram 81% nunca usando luvas, sendo respectivamente profissionais Cirurgiões-dentistas e Técnicos em prótese. Isto é preocupante do ponto de vista da biossegurança na prática odontológica, uma vez que a necessidade e o dever de obter conhecimentos é um compromisso de todos. O profissional da área de saúde não pode, de maneira alguma, ser disseminador de microorganismos durante sua atividade profissional, mas sim erradicador da infecção cruzada.

Para a obtenção dos modelos, 82,24% dos entrevistados afirmaram que vazam os moldes no consultório, enquanto 17,76% costumam enviar para o laboratório de prótese, sendo que neste, 5,66% são preparados pelo Técnico responsável, 8,49% pelo auxiliar de laboratório e 3,78% disseram que por ambos, porém 82,07% não sabem quem o faz, o que vem a justificar que a desinfecção tenha que ser realizada pelo próprio profissional, dados semelhantes aos encontrados por Scaranelo *et al.* (1993) e Pavarina *et al.* (1996). O gesso foi o material mais usado pela grande maioria (98,13%) dos entrevistados, o que demonstra a preocupação de pesquisadores como Leung, Schonfeld (1983), que constataram nos modelos de gesso potencial para transmitir doenças, podendo ocasionar infecção cruzada entre consultório e pessoal de laboratório. Foi perguntado também se realizavam algum procedimento de desinfecção sobre os modelos de gesso e as próteses; 6,54% informaram que sim e 89,72% não costumavam desinfetar os modelos de gesso. Já as próteses, a maioria (57,55%) afirmou desinfetá-las, mas uma parcela considerável, 42,45%, não costuma fazê-lo, indicando como agente químico o álcool a 70% como o mais usado (21%), dentre outros produtos citados, muitas vezes levando-nos a crer que na realidade não ocorria um critério de procedimento, mostrando desconhecimento do assunto.

As escolhas do método de desinfecção, do tipo de agentes químicos utilizados e do tempo empregado são fatores importantes num protocolo de desinfecção para os moldes, modelos de gesso e próteses. A sua utilização deve ser criteriosa, a fim de se evitarem as alterações dimensionais e promover a desinfecção do material. Em nosso trabalho, o método de desinfecção mais citado pelos entrevistados foi a imersão (49,54%);

o aerossol foi citado apenas por 8,25%. Estes dados são corroborados pelos apresentados por Gallito *et al.* (2000), que indicaram cerca de 77,27% utilizando a técnica da imersão e 22,72% fazendo-a por aerossol, enquanto que Mathias *et al.* (1998), entrevistando Técnicos em prótese dentária, também informaram que a maioria utiliza-se da técnica por imersão, porém sem especificar o tempo em que isto ocorre. Com relação ao tipo de agente químico desinfetante usado, os entrevistados, em nosso trabalho, indicaram o hipoclorito de sódio (37,22%) como sendo o mais utilizado, seguido do glutaraldeído (34,88%), álcool a 70% e clorexidina (13,95%), fato que difere dos encontrados por Watkinson (1988), Pavarina *et al.* (1996) e Gallito *et al.* (2000), que relataram o glutaraldeído a 2% como sendo o mais usado, seguido do hipoclorito de sódio e da clorexidina. Isto é bastante importante do ponto de vista da compatibilidade entre o molde/modelo/prótese e o agente químico sobre as alterações físico-químicas das propriedades dos materiais, principalmente se levarmos em conta o fator tempo de exposição. Dos entrevistados, em nossa pesquisa, 15,32% disseram que deixam imersos por 30 minutos, 9,67% optaram por 5 minutos, 8,06% por 10 minutos, 4,03% por 60 minutos e 7,26% por tempo maior que 60 minutos, mas 45,16% deixaram de responder. Quando da aplicação do aerossol, 4,5% usaram 10 segundos, com os demais tempos, praticamente, sendo pouco citados, entretanto, a grande maioria optou por deixar em branco esta resposta (86,5%), com que ficou claro o desconhecimento em torno do tempo indicado, embora Pavarina *et al.* (1996) tenham encontrado um tempo médio em imersão de 7 minutos. Seja qual for o método empregado, é consenso mundial que o tempo adequado, mostrado por várias pesquisas, para a desinfecção, a ser utilizado em qualquer circunstância, respeitando o protocolo da imersão e do aerossol, é de 10 minutos.

Durante a entrevista, procurou-se saber se os profissionais tinham conhecimento específico do protocolo de desinfecção dos moldes. Para isso, foi perguntado se lavariam o molde antes de proceder à desinfecção propriamente dita. 57,94% responderam que sim, enquanto 27,11% disseram não haver necessidade, fatos estes semelhantes aos encontrados por Pavarina *et al.* (1996), que mostraram que 66,9% lavavam o molde em água e 28,7% não o faziam. Entretanto, dos nossos entrevistados, uma parcela de 14,95% não respondeu; se considerarmos os 27,11% que disseram não lavar em água, teremos cerca de 42,06% do total de entrevistados, número expressivo quando nos referimos ao procedimento correto no preparo do molde para a realização da desinfecção, demonstrando a falta de conhecimento entre os nossos profissionais. Isto

fica evidenciado quando se verifica as respostas dos entrevistados sobre a necessidade ou não de lavar o molde do desinfetante após o método escolhido, seja ele qual for, é sempre de que isto é preciso para a retirada do excesso do agente químico da superfície do molde, para que não ocorra nenhuma reação entre o molde desinfetado e o material de modelo, no caso o gesso. Apenas 35,78% afirmaram que lavam o molde mas 41,28% disseram que não lavam e 22,94% preferiram deixar sem resposta, do que se pressupõe que não conhecem o protocolo de desinfecção do molde.

Na atualidade, pelo fato de todo paciente ser considerado potencialmente "doente" em relação a nós profissionais, sempre é interessante pesquisarmos o grau de avaliação que os Cirurgiões-dentistas fazem dos mesmos. Perguntamos se já haviam atendido portadores de doenças infectocontagiosas; 38% disseram ter atendido portadores de herpes simples; 19,34%, pacientes com AIDS; 18% com hepatite B e 23,34% não responderam. Pressupondo que estes últimos possam pertencer a um grupo de profissionais que não conseguem realizar uma anamnese adequada, mesmo sabendo que, na maioria das vezes, depende do paciente revelar ou não. Estes dados são semelhantes aos de Gibson, Freeman (1996) que, na Irlanda do Norte, nos seus estudos, encontraram 11,3% de profissionais que atenderam pacientes portadores de AIDS.

Dos profissionais entrevistados, destacamos a procedência como sendo originários das faculdades UNESP (17%), USP (15%), UNISA (13%), as principais; e em menor número as particulares do Estado de São Paulo e federais de outros Estados, mostrando a diversificação da origem dos profissionais, sendo semelhante ao encontrado por Pavarina *et al.* (1996). Da mesma forma

em relação ao tempo de formado: 52% formaram-se nos últimos 10 anos, 23% nos últimos 20 anos e 25% tendo mais de 20 anos de formação. Destes, a maioria Clínico Geral (50,89%), vindo as outras especialidades com menor destaque.

Mesmo diante da resistência natural aos procedimentos de biossegurança, é preciso que os Cirurgiões-dentistas acreditem e invistam na aplicação de medidas de prevenção a todos os riscos biológicos, acreditem nas estatísticas alarmantes do crescimento de profissionais contaminados por AIDS e hepatites. A busca da qualidade clínica, com a conseqüente capacitação, coloca o profissional em posição diferenciada, atento às exigências terapêuticas atuais e capaz de gerenciar as solicitações diárias da atividade odontológica (Rezende, Lorenzato, 2000). A desinformação e a falta de conhecimento sobre os procedimentos de desinfecção de moldes, modelos e próteses por parte dos profissionais, geradas por negligência dos docentes de diversas faculdades, que não as colocaram em seus programas de ensino, parecem justificar várias respostas aqui obtidas, pois o protocolo de desinfecção desses procedimentos é bem simples e pouco dispendioso, podendo ser aplicados com segurança por todos.

CONCLUSÃO

Baseado nos dados, pode-se concluir que este assunto ainda não faz parte da realidade de uma grande parcela dos profissionais entrevistados, mostrando a falta de informação e conscientização na prática odontológica, no que visa ao controle da infecção cruzada.

Scaranelo RM, Morita S, Silva TC da. Dentist's behavior towards disinfection methods of molds, stone casts and prostheses. PCL 2003; 5(27):409-16.

In this research, it was evaluated the behavior of Dentists towards the disinfection procedures of molds, stone casts and prostheses in dental clinics, in places where there was a wide distribution of professionals graduated in several dentistry faculties. A questionnaire containing 20 questions of multiple choice was applied. It could be observed, from that, the high levels of disinformation and the professionals' lack of understanding about the topic, since the molds are vehicles of crossed infection, and, since they cannot be sterilized, they should be disinfected with appropriate methods.

KEYWORDS: Disinfection; Dental models; Prosthesis; Cross infection.

REFERÊNCIAS

- Cleveland JL *et al.* Hepatitis B vaccination and infection among U. S. dentists, 1983-1992. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(9):1385-90.
- Costa B, Stegun RC, Todescan R. Realização profissional: uma avaliação entre os dentistas na grande São Paulo. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1992; 46(4):821-4.
- Crawford JJ. State-of-the-art: practical infection control in dentistry. *J Am Dent Assoc* 1985; 110(4):629-33.
- Davis DR, Knapp JF. The significance of AIDS to dentists and dental practice. *J Prosthet Dent* 1984; 52(5):736-8.
- Evans R. Acceptance of recommended cross-infection procedures by orthodontists in the United Kingdom. *Br J Orthod* 1989; 16(3):189-94.
- Gallito MA, Alves WV, Miranda MS. A desinfecção de moldes e modelos na clínica odontológica. *Pesq Odontol Bras* 2000; 14(Supl.):14 Abstract 1018.
- Gerhardt DE, Sydiskis RJ. Impression materials and virus. *J Am Dent Assoc* 1991; 122(5):51-4.
- Gibson BJ, Freeman R. Dangerousness and dentistry: an explanation of dentists' reactions and responses to the treatment of HIV-seropositive patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(5):341-5.
- Guimarães J. Doenças contagiosas atacam em consultórios. *Rev Manchete* 1992; p.6 (Suplemento especial).
- Leung RL, Schonfeld SE. Gypsum casts as a potential source of microbial cross-contamination. *J Prosthet Dent* 1983; 49(2):210-1.
- Magro Filho O, Melo MS, Martin SC. Métodos de esterilização, desinfecção e paramentação utilizados pelo cirurgião-dentista e auxiliar no consultório odontológico. Levantamento entre os profissionais. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1991; 45(5):589-92.
- Mathias SA, Mathias AL, Guandalini SL. Detecção de pontos críticos no controle de infecção em laboratórios de prótese. *J Bras Odontol Clin* 1998; 2(8):51-7.
- Pavarina AN, Bussadori CMC, Lofredo LMC. Desinfecção de moldes e modelos: avaliação dos procedimentos entre profissionais. *Odontol Clin* 1996; 6(1):45-50.
- Ramos DLP. [AIDS] Dentistas com HIV. *J CROSP* 2000; 22(92):16.
- Razak IA, Lind OP. Cross-infection control in Malaysian dental practice. *Singapore Dent J* 1995; 20(1):11-5.
- Rezende MCRA, Lorenzato F. Avaliação dos procedimentos de prevenção dos riscos biológicos por cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000; 54(6):446-54.
- Scaranelo RM, Silva HB, Dyodo HH, D'Antonio GM. Desinfecção de moldes, modelos e próteses: hoje uma necessidade. In: 13ª Jornada Acadêmica de Araçatuba; 1993, Araçatuba. Anais. Araçatuba: FOA; 1993. p.15.
- Stern MA, Whitacre RJ. Avoiding cross-contamination in prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1981; 46(2):120-2.
- Stevenson ARL, Higgins TJ. Infection control in general dental practice. *Aust Dent J* 1989; 34(2):106-14.
- Watkinson AC. Disinfection of impressions in UK dental schools. *Br Dent J* 1988; 164(1):22-3.

Recebido para publicação em: 15/07/03

Enviado para análise em: 07/08/03

Aceito para publicação em: 15/09/03