RONALDO RADICCHI

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE HIV SOROPOSITIVO

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia

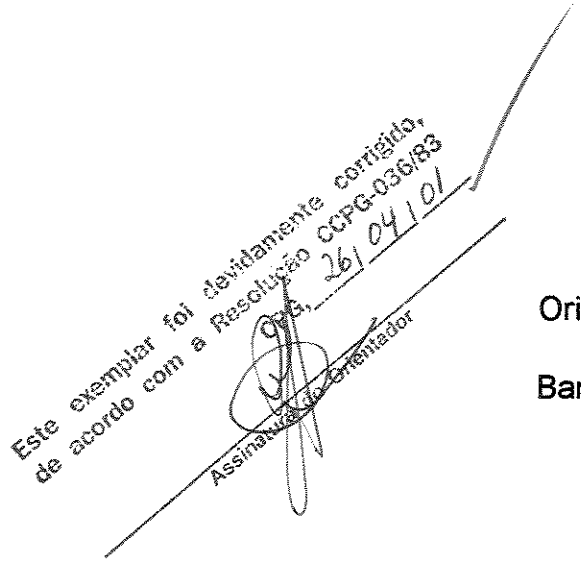
PIRACICABA
2001

00116405

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

RONALDO RADICCHI

RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE HIV SOROPOSITIVO



Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia

Orientador: Prof. Dr. Roberto José Gonçalves

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Beatriz Helena Sottile França
Prof. Dr. Eduardo Daruge
Prof. Dr. Roberto José Gonçalves

PIRACICABA
2001

Ficha Catalográfica

Radicchi, Ronaldo.
R118r Responsabilidade civil e criminal do atendimento odontológico ao paciente HIV soropositivo. / Ronaldo Radicchi. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2001.
xiii, 386p. : il.

Orientador : Prof. Dr. Roberto José Gonçalves.
Co-Orientador: Prof. Dr. Eduardo Daruge Junior
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. AIDS (Doença). 2. Odontologia legal. 3. Responsabilidade (Direito). 4. Cuidados com os doentes. I. Gonçalves, Roberto José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8–6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

UNICAMP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 22 de Março de 2001, considerou o candidato RONALDO RADICCHI aprovado.

1. Prof. Dr. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES

2. Profa. Dra. BEATRIZ HELENA SOTTILE FRANÇA

3. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE

Dedico este trabalho aos pacientes, portadores ou não do vírus HIV, e à consciência profissional da classe odontológica

AGRADECIMENTOS

A Universidade Estadual de Campinas na pessoa do seu Magnífico reitor pela oportunidade que esta Instituição vem proporcionando a alunos de pós-graduação de todos os estados brasileiros, em estudarem em uma Universidade com alta qualidade de ensino.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum, pela estrutura de apoio disponibilizada ao aluno de pós-graduação.

Aos Professores da área de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, pela atenção que sempre tiveram às minhas dúvidas.

Ao Prof. Dr. Roberto José Gonçalves pela sua presença e atuação do como Orientador, as quais foram de inestimável valor para a determinação dos rumos e obtenção de objetividade e clareza dos resultados.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge, Coordenador do Curso de Odontologia Legal e Deontologia, pelo convívio diário, prestativo e colaborador, pelo apoio imprescindível, e pelo exemplo de trabalho e dedicação.

Ao pessoal de Processamento de Dados da FOP-UNICAMP pela ajuda paciente em momentos nos quais o meu conhecimento de informática era o principal obstáculo.

Ao pessoal de Bioestatística da FOP-UNICAMP, em especial a Profa. Dra Gláucia M. Bovi Ambrosano, pelo apoio e dedicação a todos os alunos de pós graduação.

Ao Prof. Dr. Marcelo Alves Correa da ESALQ-Piracicaba, pelo auxílio inestimável na obtenção dos resultados estatísticos.

Ao pessoal da Secretaria da Odontologia Legal e Deontologia, na pessoa da funcionária Dinoly, pela presteza da ajuda, solidariedade e amizade.

Ao pessoal da Cantina, responsável pela boa alimentação de todos e pelo meu baixo índice de colesterol.

Ao ex-aluno de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia Malthus Fonseca Galvão pelo incentivo decisivo na minha opção pela Odontolegal.

Ao ex-aluno de Doutorado em Odontologia Legal Luís Francesquini Júnior, solidário companheiro de todos os alunos de pós-graduação, pela inestimável colaboração na confecção do trabalho, pela enorme paciência e educação em ouvir as nossas dúvidas e tecer considerações, que foram sempre polidas e úteis.

Às Instituições, Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, Associação Brasileira de Odontologia Seção Minas Gerais, Odontoclínica da Polícia Militar de Minas Gerais, Clinica Odontológica do Instituto Previdenciário de Saúde do Estado de Minas Gerais, e a Clínica Dentária Especializada Cura D'Ars pelo apoio logístico, fundamental para a obtenção dos dados estatísticos.

Aos Dirigentes destas Instituições, respectivamente Prof. Dr. Badeia Marcos, Prof. Dr. Osmir Luiz Oliveira, Ten. Cel. PM. Cirurgião Dentista Benedito Alfredo Matias, Dra Virgínia Márcia Lobo Bazzoni, Dr. José Flávio Lanna Drumond e Dra. Manon Bhering Almeida, que pessoalmente se empenharam neste apoio logístico.

Às Bibliotecárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, que durante as horas de pesquisa, foram valiosas pela compreensão das minhas dificuldades, oferendo-me sempre alternativas viáveis onde julgava não mais as ter.

À D. Ester, Simone e ao Lysandro que foram fundamentais para esta jornada, oferecendo-me sempre apoio e sobretudo sua confiança, nos momentos onde o cansaço ameaçava o caminhar.

À Lígia, cúmplice, parceira, conselheira, amiga, e torcedora, que apesar dos meses do nosso convívio sacrificados, sempre esteve a meu lado compreensiva, incentivadora e confiante, tornando o meu caminho mais fácil.

Ao meu irmão Caio pelo incentivo e pela grande ajuda proporcionada.

À minha irmã Regina que tem sido a paciente ouvinte e a amiga certa de todos os momentos incertos.

Aos meus filhos pelo incentivo.

Aos meus pais de quem herdei a responsabilidade no trabalho e a disciplina, pelo incentivo e pelas orações que nunca deixaram de ser feitas.

A Deus, que nas horas de indecisão, angústia, conflito e impaciência não me deixou solitário ou abatido, ensinando-me a tempo e a hora, que os mais fortes sentimentos são o amor pela vida e a alegria de aprender e fazer.

Fora da verdade e da caridade não há salvação.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	1
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	15
RESUMO	17
ABSTRACT	19
1. INTRODUÇÃO	21
2. REVISÃO DE LITERATURA	31
3. MATERIAL E MÉTODOS	139
4. RESULTADOS	149
5. DISCUSSÃO	235
6. CONCLUSÃO	267
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	273
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	295
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO	297
ANEXO 3 - MANUAL	309

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Existência de itens de "biossegurança na Rede Pública" em ordem decrescente de existência 185

FIGURA 2 - Existência de itens de biossegurança na Rede Privada agrupados por ordem decrescente de existência 186

FIGURA 3 - Média de acertos aos agrupamentos de questões. 188

FIGURA 4 - Associação entre a questão 11 (grau de envolvimento pessoal ou ligação afetiva através de amigo/parente HIV soropositivo) com as questões do grupo "Apoio em local de trabalho". 195

FIGURA 5 - Associação entre a questão 11 (grau de envolvimento pessoal ou ligação afetiva) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" 196

FIGURA 6 - Associação entre a questão 12 (já tendeu paciente HIV soropositivo?) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" 197

FIGURA 7 - Associação entre questão 27 (direito do Cirurgião Dentista pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Diagnóstico relativo a SIDA" 198

FIGURA 8 - Associação entre questão 27 (direito do Cirurgião Dentista pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Sigilo Profissional" 199

FIGURA 9 - Associação entre questão 27 (direito do Cirurgião Dentista pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Formulário relativo a SIDA" 200

FIGURA 10 - Associação entre questão 06 (treinamento de Biossegurança na Rede Pública) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Pública" 201

FIGURA 11 - Associação entre questão 06 (treinamento de Biossegurança na Rede Pública) com as questões do grupo "Formulário relativo a SIDA" 202

FIGURA 12 - Associação entre questão 07 (treinamento de Biossegurança na Rede Privada) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Privada" 203

FIGURA 13 - Associação entre questão 10 (trabalho com THD/ACD) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Privada" 204

FIGURA 14 - Associação entre questão 10 (trabalho com THD/ACD) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" 205

FIGURA 15 - Associação entre questão 10 (trabalho com THD) com as questão 57 (disponibilidade de CAT no local de trabalho) 206

FIGURA 16 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Apoio no local de trabalho 209

FIGURA 17 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de Formulários relativos a SIDA em local de trabalho 210

FIGURA 18 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos à questão 06 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública) 211

FIGURA 19 - Classificação da variável tempo de formado de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de itens de Apoio no local de trabalho 213

FIGURA 20 - Classificação da variável tempo de formado de acordo com o treinamento sobre biossegurança recebido em Rede Pública e o escore médio de acertos à questão sobre existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública 214

FIGURA 21 - Classificação da variável procedência universitária de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Apoio em local de trabalho 215

FIGURA 22 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Legislação Civil/Criminal 217

FIGURA 23 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de itens de Apoio no local de trabalho 218

FIGURA 24 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acerto à questão sobre participação em curso de Responsabilidade Civil/Erro Médico 219

FIGURA 25 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (estufa com jogos de instrumentais suficientes) em Rede Pública e Privada 221

FIGURA 26 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (autoclave) em Rede Pública e Privada 222

FIGURA 27 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (piso liso sem ranhura) em Rede Pública e Privada 223

FIGURA 28 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (parede pintada com tinta lavável) em Rede Pública e Privada 224

FIGURA 29 - Classificação segundo a existência de treinamento de biossegurança na Rede Pública 225

FIGURA 30 - Classificação segundo a existência de treinamento de biossegurança na Rede Privada 226

FIGURA 31 - Classificação segundo o trabalho com THD/ACD na Rede Privada 227

FIGURA 32 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança na Rede Pública 228

FIGURA 33 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança na Rede Pública 229

FIGURA 34 - Classificação segundo existência de itens de 230

biossegurança na Rede Pública

FIGURA 35 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança 231

FIGURA 36 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança 232

FIGURA 37 - Classificação por especialidade segundo o escore médio de acertos no grupo de questões "Acerto Total" 234

LISTA DE TABELAS

TABELA	1 -	Distribuição da amostra segundo suas especialidades odontológicas	151
TABELA	2 -	Distribuição da amostra segundo local de trabalho	152
TABELA	3 -	Principais áreas de distribuição e concentração da amostra de acordo com local de trabalho	153
TABELA	4 -	Distribuição dos profissionais que trabalham em Rede Pública segundo o treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção	1154
TABELA	5 -	Distribuição da amostra segundo o treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção recebido na Rede Privada	154
TABELA	6 -	Distribuição da amostra de acordo com participação em cursos de Responsabilidade Civil e/ou Erro Médico	155
TABELA	7 -	Distribuição da amostra de acordo com participação em cursos de Biossegurança e/ou Ética	155
TABELA	8 -	Distribuição da amostra de acordo com trabalho em equipe com THD/ACD	156
TABELA	9 -	Distribuição da amostra de acordo com grau de envolvimento com a doença do HIV	156
TABELA	10 -	Distribuição da amostra de acordo com atendimento a paciente reconhecido como HIV soropositivo	157

TABELA 11 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de local de realização de teste anônimo e voluntário para o HIV 157

TABELA 12 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos procedimentos para o diagnóstico seguro de infecção pelo HIV 158

TABELA 13 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos sinais e sintomas da infecção primária pelo HIV 158

TABELA 14 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos sinais e sintomas da Candidíase Oral e Leucoplasia Pilosa no HIV soropositivo 159

TABELA 15 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da Queilite Angular como forma de manifestação da Cândida em pacientes HIV soropositivos 159

TABELA 16 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que o Eritema Linear Gengival é uma forma de manifestação periodontal em pacientes HIV soropositivos 160

TABELA 17 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre característica clínica da Leucoplasia Pilosa em pacientes HIV soropositivos 160

TABELA 18 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre o aumento de incidência de cárie como possível manifestação da SIDA 161

TABELA 19 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre o SICLOM (Formulário de Cadastramento de Paciente HIV soropositivo) 161

TABELA 20 - Distribuição da amostra de acordo com disponibilidade em local de trabalho do Formulário de Cadastramento de Paciente HIV soropositivo (SICLOM) 162

TABELA 21 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que o Cirurgião Dentista é obrigado por lei a notificar compulsoriamente a infecção pelo HIV 163

TABELA 22 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da Ficha Individual de Investigação (FII) para Notificações Compulsórias 163

TABELA 23 - Disponibilidade da Ficha Individual de Investigação (FII) do Ministério da Saúde em local de trabalho na Rede Privada 164

TABELA 24 - Disponibilidade da Ficha Individual de Investigação (FII) do Ministério da Saúde em local de trabalho na Rede Pública 164

TABELA 25 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre proibição em lei de realização de teste compulsório para o HIV 165

TABELA 26 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre direito do Cirurgião Dentista em realizar diagnóstico do HIV/SIDA 165

TABELA 27 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre responsabilidade profissional de pedido de teste para o HIV 166

TABELA 28 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre eficácia das medidas de biossegurança 16

TABELA 29 - Existência de itens de biossegurança no local de trabalho em Rede Pública 167

TABELA 30 - Existência de itens de biossegurança no local de trabalho em Rede Privada 167

TABELA 31 - Distribuição da amostra de acordo com seu conhecimento prévio da forma correta de identificação de material descartável contaminado com HIV 168

TABELA 32 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da correta forma de quebra de sigilo para proteção de terceiros 168

TABELA 33 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de quebra de sigilo post mortem 169

TABELA 34 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade solidária da quebra de sigilo 169

TABELA 35 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade da quebra de sigilo sem consentimento expresso 170

TABELA 36 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista sobre a quebra de sigilo por membro de sua equipe 171

TABELA 37 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da não obrigatoriedade do uso do CID em atestados 171

TABELA 38 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio das normas de não discriminação de paciente HIV soropositivo dentro do prontuário 172

TABELA 39 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da não obrigatoriedade do Cirurgião Dentista em revelar sua condição HIV soropositivo para os pacientes 172

TABELA 40 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito do Cirurgião Dentista HIV soropositivo em continuar trabalhando 173

TABELA 41 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de testes para HIV em exames admissionais para Serviço Público 173

TABELA 42 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de testes para HIV em exames admissionais para Serviço Privado 174

TABELA 43 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito do empregador em demitir por justa causa portador de HIV 174

TABELA 44 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito a aposentadoria por invalidez do empregado contaminado de forma não ocupacional 175

TABELA 45 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da obrigatoriedade de treinamento sobre SIDA na Rede Privada 175

TABELA 46 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos procedimentos legais pós acidente ocupacional 176

TABELA 47 - Distribuição da amostra de acordo com ocorrência de acidente ocupacional 176

TABELA 48 - Distribuição da amostra de acordo com disponibilidade de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho em local de trabalho 177

TABELA 49 - Distribuição da amostra de acordo com direito do portador da SIDA à aposentadoria e outros benefícios 177

TABELA 50 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista na interpretação de exames laboratoriais 178

TABELA 51 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista na interpretação de exames laboratoriais e ação indenizatória por dano moral 178

TABELA 52 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista sobre o diagnóstico precoce e ação indenizatória por dano a saúde 179

TABELA 53 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que a ausência de medida de biossegurança pode se constituir em crime de perigo de vida para outrem ou de contágio de doença grave 180

TABELA 54 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de proibição de quebra de sigilo mesmo diante de normas de trabalho 180

TABELA 55 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de proibição de quebra de sigilo para companhias de seguro 181

TABELA 56 - Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que a quebra de sigilo gera sanções éticas, judiciais e administrativas para o autor, seu responsável técnico e para o empregador 181

TABELA 57 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Diagnóstico de infecção pelo HIV/SIDA" 182

TABELA 58 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Sigilo Profissional" 183

TABELA 59 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Legislação trabalhista relativa a SIDA" 184

TABELA 60 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Legislação Civil/Criminal relativas a SIDA" 184

TABELA 61 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Notificação Compulsória" 186

TABELA 62 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Apoio em local de trabalho" 187

TABELA 63 - Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" 187

TABELA 64 - Distribuição da amostra segundo os níveis gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade, classificados segundo 06 grupos possíveis 189

TABELA 65 - Resultados significativos observando-se as variáveis classificatórias gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade aplicadas a cada questão. 191

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	-	Abreviatura inglesa para Acquired Immunodeficiency Syndrome (Sindrome de Imunodeficiência Adquirida)
EBV	-	Abreviatura inglesa para o vírus Epstein Barr
ELG	-	Eritema Linear Gengival
EV	-	Endovenoso
GUN	-	Gengivite Ulcero Necrozante
HIV	-	Abreviatura inglesa para Human Immunodeficiency Virus (Virus da Imunodeficiência Adquirida)
HS	-	Herpes simples
HSH	-	Abreviatura de origem inglesa que designa sexo entre homens
KS	-	Abreviatura inglesa para o Sarcoma de Kaposi
LP	-	Leucoplasia Pilosa
P24	-	Proteína receptora para vírus HIV localizada na superfície de células linfocitárias.
SIDA	-	Síndrome de imunodeficiência Adquirida.
SLPI	-	Abreviatura para Secretory Leukocyte Protease Inhibitor que é um fator produzido por leucócitos cotra agentes externos ao organismos humano.
UDI	-	Usuário de Droga Injetável
ZDV	-	Abreviatura para o fármaco anti-retroviral Zidovudina, antigamente denominado AZT.

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficência Adquirida (SIDA) desde o seu surgimento em 1981, tem sido objeto de estudos para obtenção de sua cura tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Ao contrário de outras doenças, ela não respeita as usuais barreiras geográficas e sócio-econômicas, e constitui-se em flagelo em países carentes, atingindo até 1/3 da população ativa para o trabalho. Na época de seu aparecimento, havia um interesse mundial significativo em prol dos direitos humanos, e pela primeira vez, os esforços de cura fizeram-se acompanhar de outros direcionados para a proteção da individualidade do doente. Um importante resultado desta coincidência foi a modificação da tradicional relação entre o Médico/Agente de Saúde e os pacientes. Diante deste novo contexto todos os países adotaram novas leis de assistência à saúde, e o Brasil situa-se entre os que possuem legislação moderna e abrangente. Estas novas leis surgiram principalmente na década de 1990, e algumas são bem recentes datando de 2000. O presente trabalho teve como primeiro objetivo estimar o grau de conhecimento sobre estas leis, e para tanto foi escolhida uma população de 6.289 Cirurgiões Dentistas que trabalham em Belo Horizonte, Minas Gerais. Dentro desta população foi selecionada ao acaso uma amostragem de 203 profissionais, que responderam a um questionário com 65 questões objetivas e direcionadas para os aspectos legais no atendimento a portadores de HIV adultos. Os dados obtidos foram agrupados segundo as

variáveis classificatórias a saber: sexo (130 mulheres e 73 homens), tempo de formado (61 profissionais formados entre 0 e 5 anos, 51 formados entre 6 e 10 anos e 91 formados a mais de 11 anos), procedência universitária (96 profissionais formados por Universidade Privada e 107 por Universidade Pública), e especialidade (114 sem especialidade, 36 especialistas em área com maior afinidade ao tema e 53 especialistas em áreas com menor afinidade ao tema). O processamento dos dados foi feito através de análise estatística que incluiu os testes Qui-Quadrado, Exato de Fisher, G2 ou Razão de Verossimilhança, Kruskal-Wallis e Wilcoxon. Os resultados finais mostraram 36,09% de nível de acerto médio às questões propostas, indicando haver um significativo desconhecimento do assunto. Além deste fato, constatou-se que nenhum grupo dentro da amostra apresentou resultado estatístico significativo em termos de nível de acerto de respostas. O segundo objetivo foi a construção de um manual informativo sob forma de apostila, contendo respostas às perguntas onde o conhecimento da amostra indicava carência de informação, e que se constitui em anexo do presente trabalho. A forma simples de sua apresentação é a estratégia adotada para facilitar a consulta do interessado e possibilitar melhor divulgação. Espera-se que este trabalho possa ser fonte prática de consultas tanto para o Cirurgião Dentista que trabalha em Rede Pública como na Privada, e bem como uma efetiva contribuição do Curso de Pós Graduação em Odontologia Legal e Deontologia para o aprimoramento profissional da classe odontológica.

ABSTRACT

The knowledge of a great urban population of Dentists involved in civil and criminal policies in HIV serum-positive dentistry procedures was investigated in this study. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) is a Pandemic disease causing clinic fault in immunologic system that predisposes the patient to opportunistic infection. It appears just on human rights era, and helped change our conception about discrimination. One of the consequences were the modification between Physicians and Patients relationship. Since 1981, has increased the number of laws that treat serum-positive rights, currently patient's privacy and biologic insurance are the main policies of civil and criminal responsibilities. The Author carried out an investigation with 203 Dentists in Belo Horizonte City, where 64,03% was woman and 35,97% man, 52,70% was graduated in state University and 47,30% in private one, 30,04% was graduated from 1 to 5 years, 25,12% was graduated from 6 to 10 years, 44,84% was graduated from 11 years and more, 56,15% was generalist, 17,73% was specialist in some surgical area and 26,12% were specialist in non surgical area. Some aspects like diagnostic, professional secret, legal worker's rights, legal civil and criminal responsibilities, biologic insurance, and local work conditions were researched. The Qui-Square Test, Fisher Exact Test, Likelihood Ratio Test, Kruskal-Wallis Test and Wilcoxon Test were used for statistic analysis, and the results showed 36,09% media rate of rights answers, and none of the sample groups presented sufficient knowledge of civil and criminal responsibilities. Concerning biologic insurance, none of the groups used more than 80% of insurance items, and the public service used fewer items than private service. This aspects that presented deficiency of knowledge were used as a guide to made informative manual, managed to all professionals that want to actualize themselves.

1. INTRODUÇÃO

A SIDA é caracterizada pela imunossupressão e destruição de linfócitos T4 devido a ação dos vírus HIV (Human Immnunodeficiency Virus), o que determina o aparecimento de graves infecções oportunistas e neoplasias que invariavelmente levam a êxito letal (BRASIL, 1994).

O surgimento oficial da SIDA ocorrido há 20 anos (BRASIL, 1994) anos foi marcado pelo estigma do homossexualismo, sendo considerada inclusive doença restrita aos grupos de risco que tinham este comportamento social. Esta visão embora equivocada insiste em persistir até hoje, haja vista a associação do portador HIV com um rótulo de promiscuidade e de uso de drogas injetáveis independentemente da via de contágio. Esta forma preconceituosa de lidar com o doente é discriminatória e fere o direito do cidadão.

Entretanto, A SIDA é a primeira epidemia mundial que ocorre dentro da era dos direitos humanos (VENTURA, 1995). Ao contrário de outras doenças ela tem recebido de forma unânime, um enfoque especial por parte da ciência e da sociedade de todos os povos, tanto no esforço de estudo e prevenção, bem como

nos aspectos dos direitos humanos. Desde 1981, (SANDE & VOLBERDING, 1995) quando a doença foi primeiramente descrita nos Estados Unidos, os países desenvolvidos têm aplicado consideráveis esforços para a descoberta de uma vacina, bem como tem adotado leis que impedem qualquer discriminação econômica, política, social ou no trabalho. Países em desenvolvimento, ressalvadas as restrições existentes quanto as condições de recursos destinadas a pesquisa, também têm desenvolvido leis, códigos de saúde e normas incorporando a nova visão de direito do paciente à privacidade, individualidade e anonimato na sua relação com o Agente de Saúde.

Esse fato novo e importante para a humanidade, possui implicações que suplantam o âmbito restrito da SIDA. Basta observar as reformulações de antigas normas sobre notificação compulsória, sigilo e outros, as quais foram modificadas para se adaptarem à nova realidade surgida da determinação e interesse coletivo em torno dos direitos do paciente HIV soropositivo. Elas foram modernizadas e abrangem hoje toda e qualquer doença, notificável ou não, e isso assinala uma mudança significativa e abrangente no relacionamento entre o profissional e seu Paciente, e que extrapola o âmbito da SIDA.

No Brasil os direitos do cidadão relativos ao portador de HIV incluem desde acesso irrestrito ao Sistema Único de Saúde, a completa informação sobre diagnóstico, o planejamento, tratamento, aconselhamento, direito de ser ouvido em qualquer instante, proteção contra publicidade ou informação enganosa, livre acesso facilitado aos meios legais, direito a anonimato, estendendo-se até o direito de ressarcimento do dano por ação ou omissão odontológica/médica e

inversão do ônus da prova. A partir das leis pertinentes a SIDA, todas as demais doenças passaram a receber o mesmo enfoque. Portanto todo Cirurgião Dentista deve estar ciente de que o exercício da profissão exige conhecimento dessas leis. Não é mais cabível a figura do eminente clínico de louvável saber em área de sua competência, mas desvinculado da visão deontológica. A competência continua sendo o principal fator de progresso, mas ela hoje exige mais que o aprofundamento em uma determinada especialidade científica. Não há mais espaço para o hermetismo propedêutico isolacionista. No momento, para exercer com segurança a Odontologia é necessário, além do conhecimento prévio do acervo científico e clínico, também o conhecimento do acervo deontológico que inclui os direitos do cidadão, do profissional, de sua equipe, bem como todos os deveres inerentes a cada um deles. Assim ao estudo clínico tradicional deve-se juntar o estudo das leis relativas a SIDA, sendo isto hoje uma necessidade, pois funciona como um padrão aplicável a qualquer outra doença de notificação compulsória, além de permear as relações entre profissional e paciente em todos os campos relativos aos direitos do cidadão.

Ao início dos anos 90, já com a legislação bem consolidada, o vetor da SIDA abandonou os padrões iniciais, deixando de ser considerada uma doença de comportamento de risco, para se tornar uma pandemia com caráter de interiorização, pauperização, e heterossexualização com expressiva participação de mulheres, conforme assinala o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) e SIQUEIRA (1999). Ao se deslocar em direção as mulheres e sendo uma doença de curso invariavelmente fatal, a SIDA tornou-se no Brasil a Segunda maior causa

de morte entre mulheres em idade fértil (20 a 34 anos), de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde [MAP,2001]. Apesar da queda de mortalidade a partir de 1995, quando terapias anti-retrovirais foram instituídas a SIDA é ainda um problema de saúde pública (BRASIL, 2000).

Ainda do ponto de vista histórico, e segundo VENTURA DA SILVA (1995):

> " A AIDS é a primeira epidemia internacional da era moderna dos direitos humanos. Surge justamente após período marcado pela luta para a liberação de costumes, da libertação feminina, da afirmação da sexualidade fora do casamento, da escolha de parceiros sexuais, das manifestações de orientações sexuais fora dos parâmetros tradicionais (homossexuais masculinos e femininos). Pela primeira vez os julgamentos arbitrários de valores tinham uma resposta específica e imediata dos integrantes rotulados de "grupos de risco".

Seguindo essa nova trajetória, e levando em conta seu caráter epidêmico, a SIDA foi incluída no contexto das doenças de notificação compulsória através da Portaria no. 542 de 22/12/86 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986).

O Ministério da Saúde, através Lei no. 8.080 de 19/09/90 que criou o SUS (BRASIL, 1990c) modificou toda a Assistência de Saúde Pública e Privada no Brasil, incorporando uma gestoria participativa dos recursos para a saúde, e onde novos conceitos sobre Vigilância Epidemiológica e Sanitária foram

introduzidos. Ao antigo perfil foi incorporado o conceito de cidadania, e assim o sigilo e privacidade do paciente ganharam substancial peso. Muitos aspectos foram modificados e readaptados à nova situação, e um deles trata da Notificação Compulsória.

O art. 8º da Lei no. 8.080 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990c) estabeleceu responsabilidades de controle de doenças transmissíveis da forma que se segue:

> "...É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de doenças relacionadas ...".

Dentro desta nova diretriz criada a nível federal, foram instituídos os Códigos de Saúde Estaduais, que são bem específicos ao definir responsabilidades nos casos de notificação, sigilo, direitos trabalhistas e outros, conforme pode-se exemplificar através da citação do art. 27 do Código de Saúde do Estado de Minas Gerais contido na Lei Estadual no. 13.317 de 24/09/99 (MINAS GERAIS, 1999)

> "... compete a profissionais de saúde devidamente habilitados, no exercício de suas funções, a execução das ações de vigilância epidemiológica...".

O artigo 30 da citada lei que trata das ações diz que:

> "... fica obrigado a notificar a autoridade sanitária local a ocorrência, comprovada ou presumida, de caso de doença transmissível, na seguinte ordem de prioridade:
>
> Parágrafo IV – o farmacêutico, veterinário, Dentista, enfermeiro ou pessoa que exerça profissão afim, que tenha conhecimento de ocorrência da doença...".

Pela análise deste ponto observa-se que a responsabilidade do Cirurgião Dentista enquanto Agente de Saúde é o de estreito colaborador com as Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias, devendo estar preparado para efetuar diagnóstico, solicitar testes para o HIV, manter o sigilo, observar estritas normas de biossegurança, fazer a notificação compulsória dentre outras atribuições. Os demais estados da União, cujo maior exemplo é São Paulo (SÃO PAULO, 1999) também adotaram esta forma de lei, de tal modo que a responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista é expressa da mesma maneira em todo o território nacional. Vale ressaltar que as normas anteriores não definiam nominalmente qualquer agente, o que vem demonstrar que as leis hoje são bem claras em relação aos deveres do Cirurgião Dentista e direitos do Paciente.

Dessa forma, o conjunto de leis formado pelas novas diretrizes pós advento da SIDA, associado com leis complementares a Constituição Federal de 1988, modificaram de forma irreversível o relacionamento profissional/paciente.

Acresça-se a essas considerações o que a Resolução CFO-179/91 de 19/12/91, alterada pela Resolução nº 1 de 05/06/1998 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998) diz em seu art. 3º inciso 1:

> "...Constituem direitos fundamentais do Dentista: diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional...".

Como se depreende, o Cirurgião Dentista tem o direito de diagnosticar a SIDA, sendo livre a sua convicção de diagnóstico. Tendo o direito de diagnosticar a SIDA, tem também o dever de notificar, conforme os Códigos de Saúde dos Estados, exemplificado pelo Código de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1999).

No momento, decorridos mais de 15 anos desde a inclusão da SIDA como doença de notificação compulsória e quase 11 anos após instituição da Lei 8.080 (BRASIL, 1990c) que modificou profundamente toda a assistência de saúde no país, torna-se necessária uma visão sobre o que já foi incorporado à rotina de atendimento, como forma de programar futuras ações de conscientização profissional frente a essa realidade, seja a nível de graduação, pós-graduação ou rotina de atendimento público/privado.

O presente trabalho objetiva contribuir para esta visão, estimando, junto a classe, o grau de conhecimento sobre o assunto e, em decorrência, produzir um veículo informativo direcionado para áreas mais carentes de informação. Para tanto, os objetivos foram:

1 – Estimar junto à população de Cirurgiões Dentistas de um grande centro urbano o grau de conhecimento sobre legislação civil, criminal e trabalhista relativa ao atendimento ao paciente HIV soropositivo.

2 – Com base nesta estiamtiva, identificar os principais pontos de carência de conhecimento da amostra, e elaborar um manual informativo sobre o assunto, direcionado para o Cirurgião Dentista.

Para tanto, foram feitas as revisões bibliográficas de diversos aspectos pertinentes, a montagem dos questionário e a elaboração do munual, conforme as diretrizes gerais descritas a seguir:

A – Para a atualização dos aspectos clínicos foram feitos estudos em textos básicos e em periódicos, com o objetivo de conhecer a doença em seus aspectos nosológicos. Os aspectos clínicos relativos a diagnóstico, transmissão, tratamento e outros foram revisados com base na literatura existente, em sua maioria compreendendo o período pós-terapia anti-retroviral (1995 a 2000), pois, até o meio da década anterior, as terapias eram consideradas incipientes e a descoberta e uso destes medicamentos constitui um marco divisor [MANUAL, 2000]. Desta forma obteve-se uma conjunto de dados básicos para o diagnóstico das manifestações bucais e suas implicações sistêmicas e de tratamento.

Em seguida foi feito o levantamento deontológico que constou de revisão histórica da evolução das leis pertinentes a SIDA e resenha das leis atuais sobre o assunto. Os aspectos essencialmente técnicos como estrutura viral, mecanismo de ação viral, descrição farmacológica dos anti-retrovirais, dentre outros foram abandonados em detrimento dos mais comuns ligados aos

conhecimentos gerais mínimos que qualquer profissional deve Ter para lidar com paciente soropositivo. Da mesma forma em relação à Deontologia, aspectos como fundamentação filosófica de áreas como a do sigilo profissional dentre outras, não foram motivo de investigação particularizada.

B - Num segundo instante, após obtida a atualização, o objetivo, foi aferir, junto a população de profissionais de Belo Horizonte-MG, o grau de consciência e preparo para a solução viável de situações de rotina de atendimento ao portador do HIV. Partindo do princípio de que muitas mudanças ocorreram no plano bioético nos últimos 10 anos (VENTURA, 1995), as perguntas tiveram como tema o diagnóstico, o sigilo, a notificação compulsória e outros, envolvendo sempre os aspectos clínicos e deontológicos. Como exemplo podem ser citadas as perguntas técnicas tradicionais sobre diagnóstico, atreladas à responsabilidade civil de diagnóstico e da não realização do diagnóstico.

Como Sigilo Profissional e Notificação Compulsória estão intimamente ligados ao diagnóstico da SIDA, e visto que o não cumprimento de qualquer formalidade nesta área implica em sanções civis, penais, éticas e administrativas, também foram incluídas questões sobre o tema, sempre relacionando aspectos de rotina de atendimento com a Deontologia.

Relativamente ao tratamento, a obrigação de resultado e a inversão do ônus da prova quando do tratamento odontológico de portador de HIV são as mesmas de um não portador, e a possibilidade de dano causado pela transmissão de doença infecto-contagiosa para si próprio, para o paciente, para outros pacientes através de infecção cruzada, para membro da equipe além de outros

aspectos, são algumas das situações que implicam em responsabilidades e que também foram alvo de questionamento.

Outro aspecto abordado pelas perguntas diz respeito ao dano a terceiro por ação ou omissão do profissional, que pode ocorrer quando um comunicante ou parceiro do portador é contaminado porque o diagnóstico precoce deixou de ser feito.

Estas e outras situações tais como erro de interpretação de exames, quebra de sigilo post-mortem e outros, foram abordados através de questões objetivas organizadas sob forma de questionário, as quais foram submetidas a amostra.

C - Num terceiro momento, houve a aplicação prática dos resultados, através de elaboração de um manual em formato de apostila, contendo respostas às perguntas oriundas destas situações e que apresentaram mais carência de informação. Todas apresentam a característica de refletirem aspectos práticos da rotina de atendimento, tanto público como privado. Os textos foram confeccionados para possibilitarem facilidade de consultas por alunos de graduação e pós graduação e por Cirurgiões Dentistas não integrantes do meio acadêmico, na medida em que contêm referência e são apresentadas em linguagem objetiva e acessível.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica objetivou a atualização da parte clínica referente a SIDA, o reconhecimento da evolução histórica das leis e o estudo das normas atuais pertinentes ao assunto, e foi dividida em 03 grupos, e organizada conforme o esquema abaixo:

2.1 - ATUALIZAÇÃO CLÍNICA

2.1.1 - Em livros básicos

2.1.2 - Em periódicos

2.1.3 - Em trabalhos correlatos

2.2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS LEIS

2.2.1- Códigos Internacionais

2.2.2 - No Brasil

.3 – ESTUDO DAS LEIS ATUAIS

2.3.1 - Aspectos gerais das leis:

2.3.2 - Direitos trabalhistas e previdenciários

2.3.3 - Responsabilidade Civil

A atualização clínica foi realizada em livros-texto, periódicos e publicações com temas correlatos, subdivididos de acordo com o esquema abaixo;

2.1 - ATUALIZAÇÃO CLÍNICA

2.1.1 – Em livros básicos

2.1.1.1 - Aspectos históricos

2.1.1.2 - Estrutura Viral

2.1.1.3 - Fatores Biológicos de risco

2.1.1.4 - Vias de transmissão

2.1.1.5 - Infecção primária

2.1.1.6 - Evolução da doença

2.1.1.7 - Principais manifestações orais e sua prevalência

2.1.1.8 - Diagnóstico

2.1.1.9 - Terapia anti-retroviral

2.1.2 - Atualização através de periódicos

2.1.2.1 - Prevalência das manifestações orais

2.1.2.2.- Cândida

2.1.2.3 - Leucoplasia Pilosa

2.1.2.4 - Eritema Linear Gengival, Sarcoma de Kaposi, e distúrbio da Glândula Salivar

2.1.2.5 - Transmissão

2.1.2.6.- Valor do diagnóstico oral

2.1.3 – Em trabalhos correlatos.

2.1 - ATUALIZAÇÃO CLÍNICA

2.1.1 – Em livros básicos

A escolha dos aspectos clínicos abordados dentro destes textos básicos foi permeada pela visão dos procedimentos num exame bucal de rotina para realização de diagnóstico e tratamento de manifestações orais da SIDA. Cada um dos procedimentos recebeu um estudo básico, com o objetivo de bem sedimentar a fundamentação deontológica pertinente a cada uma delas.

2.1.1.1 - Aspectos históricos

SANDE & VOLBERING (1995) relatam que o reconhecimento da SIDA nos EUA como entidade clínica só ocorreu em maio de 1981 , quando foram diagnosticados os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocistii carinii* em homens homossexuais, anteriormente sadios e provenientes da região de Los Angeles. Já em 1988 estimava-se que 5 a 10 milhões de pessoas estivessem infectados, e em 1993 previa-se o aparecimento de mais 1 milhão de novos casos (SANDE & VOLBERING, 1995).

A contaminação da espécie humana pelo HIV segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) deu-se a partir de macacos verdes africanos que têm alta incidência (60%) de infecção pelo vírus indutor de imunodeficiência, chamado Simeon T Lymphotropic Virus type III (STLV III) ou Simeon Immunodeficiency Virus (SIV), o qual não parece causar a doença nesse animal.

Sobre a definição de SIDA, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) a caracteriza como uma doença que se caracteriza por imunossupressão resultante principalmente da destruição de linfócitos T que, por sua vez determina aparecimento de infecções causadas por agentes oportunistas e pelo aparecimento de neoplasias.

2.1.1.2 - Estrutura Viral

SANDE & VOLDERBING (1995) relatam que o vírus HIV é um membro da subfamília dos lentivírus pertencentes aos retrovírus humanos que pode ser encontrado no interior de vários tipos de células humanas, particularmente os Linfócitos T. Foi também detectado em vários fluidos do corpo: plasma e soro, lágrima, saliva, secreções do ouvido, as quais contém de 1 décimo a 1 centésimo da concentração de vírus do plasma, numa menor freqüência e portanto não constituem fonte de contágio; todas as células capazes de serem infectadas pelo HIV tem receptores tipo CD4 em sua superfície, o que se constitui numa forma indireta de medir a viremia do paciente; após a penetração intracelular, o vírus pode permanecer latente durante anos, iludindo assim o sistema imune, e tornando-se ativo por fatores ainda desconhecidos; no organismo infectado, mesmo que de aparência sadia e sem sintomas, a capacidade de reação imune vai decrescendo paulatinamente, pois a ação virótica é gradual, destruindo parte da cadeia necessária para formar as defesas lentamente; além disso, ele se vale de períodos de incubação (janela imunológica) que enganam o sistema imune e permitem proteção contra possíveis anticorpos formados e circulantes e neste período, embora sintomático, o portador apresenta viremia e pode transmitir a doença (SANDE & VOLDERBING, 1995).

2.1.1.3 - Fatores Biológicos de risco

Sobre os fatores biológicos de risco, SANDE & VOLBERDING (1995) relatam que há aumento quando o portador está sintomático, e estudos mostram que nestes casos o nível de CD4 apresenta-se baixo, o que equivale a dizer baixo nível de linfócitos T associado a alta viremia.

Segundo FARTHING et al. (1989), os fatores que contribuem para a maior possibilidade de contágio ocorrem no relacionamento entre homens homo e bissexuais, usuários de drogas injetáveis endovenosas (EV) com agulha compartilhada, transfundidos , homens e mulheres heterossexuais que tem múltiplos parceiros.

Segundo LIBMAN & WITZBURG (1995), o contato sexual heterossexual homem-mulher parece ser mais eficiente que o entre mulher-homem na transmissão do vírus. Entre os usuários de drogas, contam-se como hábitos mais nocivos o uso compartilhado de seringas , a quantidade de injeções/mês e a história mais recente do uso de drogas. Nestes usuários também o número de parceiros heterossexuais aumentam o risco, em particular entre a população de baixa renda, além do fato de ser negro ou latino, e mais pela diferença econômica do que por uma predisposição genética (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

2.1.1.4 - Vias de transmissão

Dentre as principais vias de transmissão, SANDE & VOLBERDING (1995) assinalam como as principais, o contato sexual , transfusão de sangue e seus derivados e transmissão perinatal e outra via de infecção relatada refere-se a via oral quando da prática de sexo, que pode ocorrer tanto para o agente passivo como para o ativo. Os autores SANDE & VOLBERDING (1995) assinalam ainda o primeiro caso de contágio via profissional para paciente acontecido em julho de 1990, entre um Cirurgião Dentista e cinco pacientes, que receberam deste intervenções invasivas. A via exata de transmissão não foi apurada, mas segundo SANDE & VOLBERDING (1995) é provável que o sangue do Cirurgião Dentista tenha entrado em contato com sangue dos pacientes durante a cirurgia, mesmo com uso de luvas como foi o caso. A hipótese menos viável segundo SANDE & VOLBERDING (1995) é a de que os instrumentos estivessem contaminados com sangue do próprio Cirurgião Dentista ou de outro paciente, mesmo considerando que "nem sempre os Cirurgiões Dentistas seguem as recomendações para controle de infecção" (sic). De forma geral, aceita-se que o risco da via profissional HIV soropositivo para paciente é muita pequeno (SANDE & VOLBERDING, 1995).

Segundo o Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas, (BRASIL, 2000), o risco ocupacional do Cirurgiões Dentistas deve ser visto também pelo aspecto trabalhista, pois representa um aspecto de interesse comum a todos. Tanto para os trabalhadores da Rede Privada como para os Servidores Públicos, há necessidade de comunicação

através do preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (BRASIL, 2000). No Regime Jurídico Único ou RJU (BRASIL, 1990d), que rege o Serviço Público, a comunicação é regulada pelos artigos 211 a 214, e deve ser feita até 10 dias após o ocorrido. Na Rede Privada, a comunicação deve ser feita em 24 horas conforme artigo 14 da Lei Nº. 5.452 de 01/05/1948 que aprovou a Consolidação das Leis Trabalhistas ou CLT (BRASIL, 1948). A disponibilidade gratuita dos medicamentos no local de trabalho público é garantida pelo artigo 213 do RJU (BRASIL, 1990d). Da mesma forma, a Lei nº. 9.313 de 13/11/1996 (BRASIL, 1996b), garante os mesmos direitos ao trabalhador da Rede Privada. Existem também recomendações do Ministério da Saúde relativas ao fluxograma para o diagnóstico em pacientes com menos de 2 anos de idade e acima de 2 anos, onde o diagnóstico definitivo é feito através de no mínimo 02 testes ELISA e 01 Western Blot (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde em seu Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico [MANUAL, 1999], o risco médio de se adquirir o HIV é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea, e de 0,09% após exposição mucocutânea, o que é 40% menor que a possibilidade de infecção pelo vírus da hepatite B. A instituição de profilaxia pós acidente ocupacional depende de vários fatores, dentre eles a condição virêmica do paciente-fonte, o conhecimento do status sorológico do paciente-fonte, volume e tipo de material contaminante e outros, sendo que os acidentes mais graves envolvem lesões profundas provocadas por material pérfuro-cortante, presença de sangue visível no dispositivo invasivo, acidentes com agulhas utilizadas em vias sangüíneas de

portador, e qualquer destes acidentes, desde que envolvam paciente com alta dosagem virêmica. [MANUAL, 1999]. Os testes de acompanhamento feitos no profissional acidentado devem levar em conta o período de janela imunológica, na qual pode ocorrer resultado falso negativo [MANUAL, 1999]. Outra situação ligada ao Cirurgiões Dentistas são as mordeduras, consideradas como fatores de exposição de risco quando houver sangue [MANUAL, 1999]. O suor, a lágrima, as fezes, a urina e a saliva (exceto em ambientes odontológicos) são considerados líquidos sem risco de transmissão [MANUAL, 1999]. Para cada tipo de acidente e sua gravidade existe um protocolo de profilaxia específico [MANUAL, 1999]. Ao sofrer o acidente percutâneo, o Cirurgiões Dentistas deve adotar cuidados locais através de lavagem exaustiva com água e sabão e aplicação de degermantes, e além disso o teste para o HIV deve ser feito imediatamente e repetido em 6 a 12 semanas e após 6 meses [MANUAL, 1999]. O profissional acidentado deve ser acompanhado por 12 meses, com especial atenção para as manifestações de infecção primária que podem ocorrer de 3 a 4 semanas após contágio e a instituição de terapia anti-retroviral depende de cada caso, sendo dispensável em alguns [MANUAL, 1999].

Ainda sobre fatores de risco, o Manual de Condutas do Ministério da Saúde [MANUAL, 2000] observa que o HIV já foi isolado do sangue, sêmen, secreções vaginais, saliva, lágrimas, leite materno, fluido cérebro-espinhal, fluido amniótico e urina, sendo que as evidências dos estudos mostram que apenas o sangue, sêmem e secreções vaginais, e possivelmente o leite materno, transmitem o HIV.

A saliva não é considerada um meio de transmissão, onde o vírus é raramente encontrado [MANUAL, 1999].

2.1.1.5 - Infecção primária

Em relação a infecção primária pelo vírus HIV, SANDE & VOLDERBING (1995) afirmam que após primeiro contato com o vírus, seguem-se reações que podem ser detectáveis em alguns casos, e servem de base para a adoção de terapias preventivas, aconselhamento, prevenção da disseminação para comunicantes, e outras providências. A soroconversão pode ser acompanhada de sintomas agudos clínicos em 53% a 93% dos casos, embora possa se desenvolver assintomaticamente e o período de infecção até aparecimento de sintomatologia aguda pode variar de 2 a 4 semanas, às vezes em período mais longo, sendo de caráter agudo, e prolongando-se por uma a duas semanas (SANDE & VOLDERBING, 1995). Existe um grau significativo de mortalidade, e o paciente pode necessitar de internação, mas na maioria das vezes, as manifestações primárias são autolimitantes e não recurrentes (SANDE & VOLDERBING, 1995). Os aspectos clínicos da infecção primária estão ligados ao linfotropismo e neurotropismo do vírus, onde prevalecem febre, letargia, mal-estar geral, mialgias, cefaléia, dor retro-orbitária, fotofobia, dor de garganta,

linfadenopatia, rash maculopapular[1], e, às vezes, meningoencefalite e têm sido relatados casos de candidíase oral e até esofagiana sendo que este último caso ocorreu concomitantemente a baixo nível de CD4 e severa imunodeficiência, embora de caráter transitório (SANDE & VOLDERBING, 1995). Aós a infecção primária acontece fase assintomática que pode durar desde meses até anos, sendo raro desenvolvimento de AIDS em menos de 2 anos (SANDE & VOLDERBING, 1995).

2.1.1.6 - Evolução da doença

Em relação a evolução da doença, SANDE & VOLDERBING (1995), acentuam que o seu conhecimento é fundamental para que o profissional possa não só tratar, mas aconselhar adequadamente, além de poder acompanhar o tratamento anti-retroviral e instituir profilaxia das infecções oportunísticas da maneira mais correta (SANDE & VOLDERBING, 1995). O papel da resistência ao AZT (antigo AZT ou azidotimidina , hoje conhecido com ZDV), a combinação de drogas e instituição de tratamento profilático precoce, e a relação custo e benefício também devem ser analisadas durante o curso natural da doença. Em San Francisco, 54% dos pacientes evoluíram para SIDA onze anos após a soroconversão e os fatores clínicos que assinalam a progressão da infecção de acordo com SANDE & VOLDERBING, 1995:

a) Candidíase oral, febre persistente, diarréia inexplicada, perda de peso involuntária, leucoplasia pilosa oral, herpes zoster cutâneo, linadenopatia

[1] rash maculopapular: lesão eritematosa, não pruriginosa, geralmente simétrica, com lesões de 5 a 10 mm de diâmetro, afetando principalmente a face o tronco, as vezes membros, e as vezes pode ser generalizada.

generalizada. Idade acima de 35 anos está relacionada com prognósticos piores (SANDE & VOLDERBING, 1995).

b) Dentre os marcadores laboratoriais encontram-se: anemia, neutropenia, contagem de CD4 e outros, sendo que a contagem de CD4 e seu nível é o melhor parâmetro predictivo de evolução da doença. O baixo nível de CD4 indica risco de infecções oportunistas. Com índices <200 cels/mm^3 o risco de pneumonia por Pneumocisti carinii é maior, e a profilaxia deve ser iniciada. Entre 250 e 500cels/mm^3 é maior o risco de Candidíase e tuberculose e a contagem entre 150 e 200 cels/mm^3 relaciona-se com linfoma Sarcoma de Kaposi (KS) e criptosporidiose. O acompanhamento da evolução e assistência ao paciente devem ser iniciados com boa anamnese. Em todos os casos, os autores consideram que o exame clínico bem executado continua sendo a principal forma de estadiamento da doença (SANDE & VOLDERBING, 1995).

c) A instituição do tratamento anti-retroviral em pacientes assintomáticos deve ser feita com muito critério, pois existem argumentações a favor e contra. A discussão de cada caso pela equipe é essencial para a correta decisão (SANDE & VOLDERBING, 1995).

SANDE & VOLDERBING (1995) concluem que a monitorização da doença objetiva a otimização dos cuidados, retardo da progressão da doença, instituição de tratamento preventivo e de emprego profilático de anti-retrovirais e ressaltam que cada decisão deve ser bem fundamentada, levando em conta o curso da doença, condição clínica do paciente, relação risco-benefício da terapia a

ser implantada, entre outros, e que qualquer conduta deve ser antecedida de boa avaliação clínica.

Sobre a evolução da doença, o Manual de Condutas do Ministério da Saúde [MANUAL, 2000] afirma que desde o primeiro contato com o vírus até o desenvolvimento da doença, pode ocorrer um período de incubação de até 15 anos, e que embora assintomáticos, estes portadores podem transmitir a infecção.

2.1.1.7 - Principais manifestações orais e sua prevalência

Sobre as manifestações orais, SANDE & VOLBERDING (1995) consideram que elas apresentam aspectos importantes da infecção por HIV e SIDA, pois algumas delas indicam a diminuição da imunidade e conseqüente aparecimento de doenças infecciosas oportunistas. Segundo SANDE & VOLBERDING (1995) elas tem ainda maior importância por se constituírem não raramente nas primeiras manifestações da infecção e seu aparecimento é um reflexo de fenômeno sistêmico, podendo ocorrer em qualquer paciente acometido de imunossupressão (leucemia, imunodeficiência primária, diabetes, radioterapizado, quimioterapizado, etc). Essas lesões podem ser:

a) Fúngicas: Candidíase oral nas suas formas Pseudomembranosa, Eritematosa, Hiperplásica e sob forma de Queilite Angular que é uma forma que se diferencia pela localização específica nos cantos dos lábios; Histoplasmose; Geotricose; e Criptococose (SANDE & VOLBERDING, 1995)

c) Bacterianas : Gengivite Associada ao HIV; Periodontite associada ao HIV; Estomatite Necrotizante; Complexo do *Mycobacterium avium*; e Estomatite por *Klebsiella* (SANDE & VOLBERDING, 1995).

d) Virais: *Herpes simples; Herpes zoster*; Ulcerações pôr Citomegalovírus; Leucoplasia Pilosa; e verrugas (SANDE & VOLBERDING, 1995).

e) Neoplásicas: Sarcoma de Kaposi; Linfoma não-Hodgkin; e Carcinoma Epidermóide (SANDE & VOLBERDING, 1995).

f) Outras doenças: Ulcerações Aftosas Recurrentes; Púrpura Trombocitopênica Imune; e Doença das Glândulas Salivares (SANDE & VOLBERDING, 1995).

Em relação a prevalência destas lesões SANDE & VOLBERDING, (1995) relatam a casuística do hospital San Francisco General Hospital (SFGH) nos EUA, onde a lesão mais encontrada foi a LP com 85,8% de prevalência, seguida da Candida pseudomembranosa com 20,4%. SANDE & VOLBERDING, (1995) ainda tecem mais considerações sobre algumas lesões orais de maior prevalência e de grande importância para o diagnóstico precoce. A forma pseudomembranosa da Candidíase Oral é um indício da síndrome completa nos soropositivos e tem sido constatado que tanto a Candida como a LP predizem o desenvolvimento da fase de aparecimento da SIDA independente da contagem de CD4 (SANDE & VOLBERDING, 1995). A Candida mais comum é a pseudomembranosa, cujo diagnóstico diferencial envolve coloração do exsudato, estudo histopatológico, e resposta terapêutica (SANDE & VOLBERDING, 1995). A queilite angular pode ser causada por Candida , e produz eritema e fissuras nos cantos da boca (SANDE & VOLBERDING, 1995). Ambas as formas,

Pseudomembranosa e Eritematosa têm o mesmo valor predictivo para o desenvolvimento da SIDA (SANDE & VOLBERDING, 1995). A Gengivite e a Periodontite, associadas ao HIV representam formas pouco comuns de lesão oral, podendo ocorrer mesmo sem acúmulo de placa inclusive com formação do ELG (SANDE & VOLBERDING, 1995). Dentre as lesões viróticas, a LP é uma das mais comuns e inicialmente foi relatada como achado clínico na língua de homossexuais, mas pode ocorrer também em outros locais como mucosa bucal, palato mole, assoalho bucal, e em todos os grupos de comportamento de risco (SANDE & VOLBERDING, 1995). A LP Produz espessamento do epitélio às custas de formação de pregas verticais, variando de tamanho desde poucos milímetros até o envolvimento completo da supefície dorsal da língua e o diagnóstico diferencial deve ser feito com leucoplasia por cândida, leucoplasia dos fumantes, displasia epitelial ou câncer oral, nevus esponjoso branco e líquen plano (SANDE & VOLBERDING, 1995). Quase todos os pacientes com LP são soropositivos (75%), sendo que em tempo médio de 24 meses desenvolveram a SIDA, chegando a curso letal em média com 44 meses e o tamanho da lesão não significa sobrevida menor, sendo que o valor predictivo destas lesões assintomáticas tem sido descrito como muito importante (SANDE & VOLBERDING, 1995).

Quanto às doenças neoplásicas SANDE & VOLBERDING, (1995) consideram que a mais importante, dentro do ponto de vista de diagnóstico oral, é o Sarcoma de Kaposi (KS) que são nódulos, máculas, ou pápulas avermelhadas ou de cor púrpura, ocasionalmente da mesma cor da mucosa adjacente.

Freqüentemente assintomático, pode causar dor por úlcera traumática, e/ou pode interferir na fala e mastigação devido ao seu volume e quando na margem gengival a placa produz ulcerações dolorosas (SANDE & VOLBERDING, 1995).

O aumento da glândula parótida também é citado pelos autores SANDE & VOLBERDING, (1995) como importante, e aparece em crianças soropositivas e mais raramente em adultos, determinando xerostomia que pode ser devido a efeito colateral de medicação, sendo que o aumento da incidência de cárie pode ocorrer, e fazendo com que e medidas profiláticas sejam necessárias.

Segundo LIBMAN & WITZBURG (1995) as manifestações orais não raro são as primeiras que aparecem após a infecção pelo HIV, e ocorrem em 40% dos pacientes soropositivos e 90% dos portadores da Síndrome da SIDA. Existem relatos de inúmeros tipos de lesões mas há predomínio de algumas, de tal forma que podem ser agrupadas em fúngicas, bacterianas , virais e neoplásicas, algumas com grande especificidade para o HIV e SIDA, ou relacionadas a deficiência imune, e o curso depende do status da doença e da higiene bucal (LIBMAN & WITZBURG, 1995). A Candidíase oral é a infecção mais comum e freqüentemente é o sintoma inicial da doença e em um estudo realizado pelos autores, foi observado que 59% dos indivíduos com comportamento de risco e que apresentavam Candidíase oral desenvolveram SIDA, e mais de 90% dos pacientes com SIDA desenvolveram Candidíase em alguma época da doença, e portanto o seu valor para o diagnóstico, prognóstico e melhora da morbidade é grande (LIBMAN & WITZBURG, 1995). Dentre as doenças virais, os autores assinalam que a maior prevalência são as causadas por HS, cuja manifestação

oral mucocutânea com duração de mais de 4 semanas em paciente HIV soropositivo preenche os critérios do CDC para diagnóstico presuntivo de SIDA (LIBMAN & WITZBURG, 1995). Os autores citam também a LP, que é causada pelo vírus Epstein Barr (EBV) e que também pode ocorrer em transplantado (LIBMAN & WITZBURG, 1995). Segundo LIBMAN & WITZBURG, (1995) a LP tem pouco valor prognóstico mas seu aparecimento marca um tempo médio de 30 meses para aparecimento da SIDA. Ainda segundo LIBMAN & WITZBURG, (1995), a neoplasia mais comum é o Sarcoma de Kaposi, e mais de 50% dos KS na SIDA ocorrem na boca, sendo que a lesão oral pode ser a única (10% dos casos) ou se associar a outras.

Segundo o Manual de Condutas do Ministério da Saúde [MANUAL, 2000] a Candidíase oral é a manifestação mais comum, sendo importante indicador de comprometimento imunológico. A Queilite Angular apresenta-se como fissuras radiais partindo da comissura labial, freqüentemente associada a eritema, e placas esbranquiçadas [MANUAL, 2000]. A Gengivite associada ao HIV apresenta severo eritema da gengiva inserida e mucosa alveolar, podendo haver um halo eritematoso estendendo-se da gengiva livre à inserida, o que constitui o ELG. [MANUAL, 2000] A LP é uma lesão branca não removível localizada geralmente nos bordos da língua, uni ou bilateralmente [MANUAL, 2000]. O KS é a alteração neoplásica mais comum, apresentando-se como manchas isoladas ou múltiplas de cor vermelha ou violácea, e com ampla variação de tamanho [MANUAL, 2000].

2.1.1.8 - Diagnóstico

Sobre o diagnóstico e tratamento das principais lesões orais SANDE & VOLBERDING (1995) consideram que ambos devem ser realizados pelo Cirurgiões Dentistas e que estas lesões são indicadoras das condições sistêmicas do portador. De forma geral, os aspectos mais importantes deste diagnóstico são:

a) A Candidíase é diagnosticada pelo seu aspecto ou por cultura, ou por esfregaço com hidróxido de potássio, e tratada com antí-fúngicos (SANDE & VOLBERDING, 1995)

b) A Gengivite associada ao HIV é diagnosticada pelo seu aspecto clínico e tratada pela remoção das placas e bochechos com clorexidina (SANDE & VOLBERDING, 1995).

c) A Leucoplasia pilosa (LP) é diagnosticada pelo seu aspecto clínico, biópsia e exame de hibridização in situ para EBV , não requerendo tratamento na maioria dos casos (SANDE & VOLBERDING, 1995).

d) Sarcoma de Kaposi (KS) é diagnosticado pelo seu aspecto clínico, biopsia, e pode ser tratado por excisão paliativa cirúrgica ou laser para as lesões volumosas ou deformantes, além de rádio e quimioterapia (SANDE & VOLBERDING (1995).

Em relação ao diagnóstico laboratorial SANDE & VOLBERDING (1995) relatam que os dois testes mais utilizados são o de imunoabsorção enzimática (ELISA) e o teste Western Blot (WB), que são mais rápidos, mais fáceis de aplicar e mais baratos, e não requerem manipulação de vírus vivos, sendo, portanto, mais seguros. Para a interpretação dos resultados é importante conhecer a evolução da doença e a forma de obtenção dos testes (SANDE & VOLBERDING, 1995)

Assim, o tempo mediano para o aparecimento de anticorpos circulantes pode variar de 2 a 5,8 meses (95% dos infectados) e dentro de 14 a 21 dias após aparecimento dos sintomas e a resposta dos anticorpos permanece detectável por toda a vida (SANDE & VOLBERDING, 1995). O falso negativo pode ocorrer em qualquer momento no intervalo de tempo de dois a seis meses do início da infecção, e em populações consideradas de baixo risco essa proporção pode variar de um resultado falso negativo para 40.000 até 150.000 sendo que outras causas de falso negativo em testes ELISA: transfusão de sangue, transplante de medula óssea, e alguns tipos de testes ELISA que usam p24 (SANDE & VOLBERDING, 1995). Os falsos-positivos são resultados de reações cruzadas que se desenvolvem quando da presença de antígenos não específicos para HIV mas que são detectáveis pelo teste e embora a especificidade dos testes tenha aumentado nos últimos 3 a 5 anos, não se iguala a 100%, chegando, em algumas circunstâncias, e dependendo da experiência do aplicador, a até 99,9% com taxa de falso negativo de 0,1% (SANDE & VOLBERDING, 1995). Tendo em vista a dramaticidade de um falso-positivo, é recomendável a repetição dos dois testes ELISA e um teste confirmatório Western Blot (SANDE & VOLBERDING, 1995).

Sobre diagnóstico laboratorial LIBMAN & WITZBURG (1995), relatam que os testes Western Blot com resultados indeterminados devem ser repetidos de 3 a 6 meses após o suposto contágio e a questão polêmica do teste obrigatório continua, não sendo claro ainda quem deve ser testado e sob quais circunstâncias. O teste obrigatório nos EUA só é adotado em doadores de sangue, recrutas do exército, e em alguns casos de candidatos a seguro de vida ou de

saúde sendo que uma triagem rotineira também é feita em hospitais entre doadores de tecidos para transplantes (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

Sobre os testes para detecção do HIV, FARTHING et al.(1989) consideram que eles pesquisam basicamente anticorpos anti-HIV, ou detecção dos antígenos HIV, ou isolamento do vírus, e os testes que pesquisam anticorpos são os mais utilizados. O aparecimento de anticorpos anti-HIV geralmente ocorre dentro de 12 semanas pós-infecção, e esse período denomina-se "janela imunológica" e que pacientes dentro do período de janela imunológica ou em alguns casos de fase terminal, podem apresentar falso-negativo para anticorpo, sem que isso esteja relacionado com ausência de infecção ou da doença (FARTHING et al, 1989). A comunicação do resultado deve ser feita por profissional de saúde preparado para dar suporte psicológico e aconselhamento mesmo porque as técnicas de testes não garantem a identificação de todos os portadores, e por isto sua aplicação envolve aspectos sociais, éticos, além de médicos, e não devem ser utilizados como testes rotineiros (FARTHING et al, 1989).

Sobre os testes o Manual de Condutas do Ministério da Saúde [MANUAL, 2000] considera que apesar da possibilidade de resultados falso positivo/negativo, eles são altamente confiáveis e todos os testes positivos devem ser confirmados através de repetição e de realização de mais um teste com maior sensibilidade que os dois primeiros.

2.1.1.9 - Terapia anti-retroviral

Sobre a terapia anti-retroviral LIBMAN & WITZBURG (1995) consideram que a terapia viral preventiva é pedra fundamental, e está sob contínua evolução. Em 1995 os autores assinalavam 3 opções medicamentosas aprovadas pela Food And Drug Association (FDA), e válidas até hoje:

a) Zidovudina (antigo AZT – azidotimidina -, hoje conhecido com ZDV) : parece aumentar a sobrevida, retardar a progressão da doença, usado geralmente no início da doença (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

b) Didanosina (ddI) : aprovada para uso em pacientes submetidos por longo tempo a ZDV, que são intolerantes a ZDV, ou que tem progressão da doença mesmo com uso de ZDV (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

c) Dideoxicitidina (ddC): para uso combinado com ZDV em estágios avançados da doença (LIBMAN & WITZBURG, 1995).

LIBMAN & WITZBURG(1995) prosseguem considerando que a terapia anti-retroviral combinada parece ser a tendência e deve ser adotada conforme cada caso, após ampla avaliação de riscos e benefícios e de forma geral essa associação tem-se mostrado mais eficaz que a monoterapia e em qualquer circunstância a sua instituição deve ser criteriosa.

Finalmente, o custo médio desta terapia que é fornecida gratuitamente pelo Estado pode chegar a R$3.008,70 por paciente/ano [CUSTO MÉDIO, 2001].

2.1.2 - ATUALIZAÇÃO ATRAVÉS DE PERIÓDICOS

A partir desta revisão básica em livros de consulta, foi feito um levantamento de artigos sobre os principais aspectos clínicos da SIDA publicados em periódicos entre 1995, data do efetivo aparecimento dos fármacos anti-virais, até o ano 2000. O enfoque foi direcionado para a prevalência das principais manifestações orais em pacientes HIV soropositivos citadas pelos textos básicos consultados que as consideram de alto valor predictivo e um meio de monitoração das condições sistêmicas do paciente.

2.1.2.1 - Prevalência das manifestações orais

Sobre a prevalência das manifestações orais, os achados foram:

VIDEIRA (1994), em tese de mestrado apresentada a Faculdade De Odontologia da Universidade de São Paulo, estudou a Candidíase e a LP em 229 pacientes HIV soropositivos, e concluiu que 68,1% da amostra apresentaram 1 ou mais achados bucais, onde as lesões mais comuns foram a Candida (50,2%) seguida da Leucoplasia (20 %) sendo que ambas as lesões se relacionavam com baixos níveis de CD4.

GREENSPAN & GREENSPAN (1996), consideram as manifestações orais como marcadoras do estágio de imunossupressão do paciente HIV soropositivo, sendo importantes para determinar o início de terapias preventivas contra agentes oportunistas.

SHIBOSKI et al., (1996) estudou a prevalência de manifestações orais em pacientes HIV soropositivos segundo o gênero e concluiu que em mulheres a LP e a Candidíase são menos freqüentes que em homens.

WEINERT et al., (1996) realizou estudo em pacientes HIV soropositivos com o objetivo de reconhecer as prevalências das manifestações orais e concluiu que estas lesões ocorreram em 90% da amostra, sendo que a Candidíase apresentou prevalência de 75%, seguida da LP com 42% e o KS com 15% (sendo 60% intraoral). WEINERT et al (1996) consideram que a saúde oral destes pacientes, quando abalada por essas lesões, tem sérias implicações para a saúde geral, na medida em que podem evoluir para odinofagia[2], disfagia[3], menor ingesta de nutrientes, perda de peso, desidratação, desnutrição e facilitação do avanço da Síndrome da SIDA. WEINERT et al (1996) finalizam observando que o Cirurgiões Dentistas deve fazer parte da equipe multidisciplinar que trata da SIDA, constituindo-se em efetivo co-atuante que realiza diagnóstico de importância.

PHELAN (1997), em estudo realizado no Medical Clinics Of North America, ressalta que as lesões orais podem se constituir em primeira manifestação da AIDS em paciente ainda não diagnosticado e este fato é o ponto de partida para a instituição de testes para o HIV, aconselhamento, tratamento preventivo, e outros. Quando estas lesões ocorrem em pacientes HIV soropositivos já diagnosticados, podem servir de marcadoras para o início de terapia preventiva contra oportunistas. Por essas razões o autor considera o diagnóstico das manifestações orais como fundamental (PHELAN, 1997).

---

[2] Odinofagia, s.f., deglutição dolorosa (GARNIER & DELAMARE, 1984)
[3] Disfagia, s.f., dificuldade de executar ato de comer; empregado freqüentemente no sentido restrito de dificuldade de engolir (GARNIER & DELAMARE, 1984)

SHIBOSKI (1997) realizou estudo em mulheres, e seus achados demonstraram que 15% delas apresentaram manifestações orais, sendo que a Candidíase e a LP foram menos prevalentes que em homens.

AMADOR et al (1998) realizaram um estudo longitudinal em pacientes HIV soropositivos da Cidade do México, no período entre 1989 a 1996, para determinar a prevalência de lesões orais e seus achados demonstraram que elas estavam presentes em 75% dos 436 pacientes, sendo LP, Candídiase Eritematosa e Pseudomembranosa, Queilite Angular e ulcera oral os mais freqüentes. A Candidíase e Leucoplasia foram as lesões mais freqüentes e apareciam em estágios mais avançados da doença e de forma geral, a Leucoplasia Pilosa ocorreu mais em transfundidos e foi menos freqüente em mulheres transfundidas (AMADOR et al, 1998). Parece haver um associação da Leucoplasia com a Cândida, tanto que invariavelmente havia ocorrência simultânea das duas (AMADOR et al, 1998).

ARENDORF et al (1998b), em estudo realizado na África do Sul, constataram que as manifestações orais em pacientes HIV soropositivos ocorriam em 60,4%, sendo a Candidíase a mais encontrada (37,8%), seguida da LP (19,7%) sendo que o KS apresentou uma prevalência de 1,5%.

CHIANG et al., (1998) em estudo longitudinal em 207 pacientes HIV soropositivos em Tawain, encontraram manifestações orais em 52,2% da amostra, sendo a mais comum a LP (29,5%), seguida da Candidíase Oral (12,1%) e o KS foi encontrado em 1,0% da amostra, e comprovou-se que antecede em três meses em média o aparecimento da doença.

KLAUS & GRODESSKY (1998), consideram importante o estudo dessas lesões não só porque seu tratamento diminui a morbidade, mas porque não raro constituem-se no primeiro achado e primeiro alerta clínico e sugerem a inclusão de Cirurgiões Dentistas na equipe multidisciplinar que interage com paciente portador de HIV.

MARCENES et al (1998), realizaram estudo em 51 pacientes HIV soropositivos em Londres, Inglaterra, onde 76,5% tinham algum tipo de manifestação oral sendo que o achado intraoral mais comum foi a LP (45,1%) seguida da Candidíase Eritematosa (21,6%) e Candidíase Pseudomembranosa (13,7%) e no qual a ocorrência de KS intraoral foi de 3,9%.

MIROWISKI et al (1998), em estudo realizado em 55 homens com objetivo de estabelecer quais lesões cutâneas eram de alto risco para o paciente HIV soropositivo, encontraram que 93% tiveram manifestações orais incluindo Candidíase, LP e KS e observaram que o diagnóstico precoce dessas lesões são importantes fatores de melhora na morbidade e aumento de sobrevida do paciente.

PATTON et al. (1998), em estudo longitudinal realizado no sudoeste dos Estados Unidos, incluindo 238 pacientes adultos HIV soropositivos, e que objetivava examinar as possíveis variações das prevalências das manifestações bucais de acordo com raça, gênero, risco comportamental, UDI e higidez do sistema imune, encontraram a seguinte prevalência: a LP estava associada a pacientes do sexo masculino HSH, e ocorreu em 26,5 % dos pacientes e a

Candidíase Oral estava associada a fumantes e baixos níveis de CD4 (<200cels/mm^3).

SIROIS (1998) em estudo longitudinal amplo observou a forte associação das manifestações orais com o paciente HIV soropositivo e que, estas lesões não raro são as primeiras a aparecerem, e portanto se prestam ao diagnóstico precoce, o qual é fator de aumento da sobrevida e melhora a morbidade, porque possibilita intervenção preventiva no curso da doença. SIROIS (1998) observou ainda que a lesão mais freqüente era a Candidíase e seu aparecimento em paciente adulto e de comportamento de risco pode anteceder em até três meses o diagnóstico do HIV e que o KS foi o achado malígno intraoral menos freqüente, mas quase sempre se constituindo em lesão inicial da doença SIDA.

TEANPAISAN & NITTAYNANTA (1998), em estudo realizado na Tailândia entre pacientes HIV soropositivos comprovaram a maior prevalência de Cândida oral nos pacientes de sua amostra.

FERREIRA et al (1999) relatam que a Candidíase é a lesão de oral de maior prevalência (82,3%), seguida pelo Herpes simples (35,2%) e Leucoplasia Pilosa (32,3%) e ressaltam a importância do diagnóstico do Cirurgiões Dentistas, que muitas vezes é o primeiro profissional de saúde a entrar em contato com o portador.

Sobre estas lesões, em todos os textos básicos já referidos houve certa uniformidade nas conclusões sobre os tipos mais comuns, bem como do seu valor para o diagnóstico precoce, para o prognóstico, e para morbidade e

mortalidade. Assim, aparecem em destaque a ocorrência de Candidíase Oral como a manifestação fúngica mais comum, seguida da Leucoplasia Pilosa que é a manifestação viral mais freqüente, gengivites e Sarcoma de Kaposi. Seu alto valor predictivo e marcador da doença justificam um estudo mais específico, além de um estudo sobre seu valor de diagnóstico.

2.1.2.2.- Cândida

Sobre a Candidíase oral, os trabalhos encontrados em publicações periódicas foram:

CORREA et al (1994b) estudaram as manifestações orais de origem fúngica e concluíram que a Candidíase era a mais freqüente.

AMADOR et al (1996), em estudos, consideraram as lesões orais como marcadoras da progressão da doença do HIV, além de serem marcadoras para o início de terapia preventiva contra agentes oportunistas e que estão geralmente associadas a baixos níveis de CD4 e, portanto, sua ocorrência assinala um prognóstico pior, com sobrevida variando entre um e dois anos. AMADOR et al, (1996) associam a Cândidíase ao início de terapia específica para o *Pneumocisti carini* e rápido avanço da Síndrome.

FOLTYN & MARRIOTT (1996) consideram o aparecimento de Cândida Oral em pacientes HIV soropositivos como marcador da doença do HIV e da progressão da mesma e assinalam que, em média, o aparecimento da SIDA ocorre em 2 anos após o aparecimento dessas lesões. FOLTYN & MARRIOTT

(1996) também consideraram a LP como lesão marcadora da progressão da doença.

NITTAYANATA & CHIUNGPANICH (1997), em estudo realizado na Tailândia em 124 pacientes HIV soropositivos, encontraram prevalência de manifestações orais em 82 % da amostra e observaram que entre as manifestações mais comuns estavam a Candidíase Pseudomembranosa (54%) seguida da Eritematosa (25%) e que não houve achado significativo de KS.

MAUTONI (1997), em tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, fez um estudo clínico, laboratorial e terapêutico da Candidíase oral em pacientes portadores, e concluiu que esta é uma manifestação freqüente, cuja forma mais comum é a Pseudomembranosa e que seu aparecimento relaciona-se com sistemas imunológicos deprimidos.

MESQUITA et al (1998) relatam que a Candidíase está fortemente associada a infecção pelo HIV, e possui grande valor clínico como marcador da progressão e de predictividade da doença.

2.1.2.3 - Leucoplasia Pilosa

Sobre a Leucoplasia Pilosa, os trabalhos encontrados em periódicos foram:

CORREA et al (1994c), realizaram estudo no Brasil, e associaram a ocorrência de LP com baixos níveis imunológicos.

LASKARIS et al (1995) estudaram um caso isolado de paciente de nove anos que apresentou LP recobrindo toda a língua e que era refratária a tratamento.

MARTINS NETO et al (1995) citam trabalho de DUTRA et al (1993) realizado em 50 pacientes HIV soropositivos oriundos do sistema prisional de São Paulo, SP, e concluiram existir uma prevalência de até 80% na amostra. MARTINS NETO et al (1995) consideram que a presença desta lesão intraoral constituiu-se em fator de conclusão de diagnóstico, o que ressalta a importância do Cirurgiões Dentistas no diagnóstico da SIDA tendo em vista sua área de competência e preparo técnico para realização deste tipo de exame.

HUSAK et al (1996) estudaram a prevalência de LP em pacientes HIV soropositivos, encontrando 15,6% da amostra comprometidos e concluíram ainda que a presença de LP está ligada a uma sobrevida menor (25 meses em média) se comparada a de pacientes sem LP (52 meses em média), e que a ocorrência de LP indica severa imunossupressão.

CYRIAQUE et al (1997), em estudo realizado em pacientes HIV soropositivos direcionado para a LP, concluiram que esta lesão ocorre em 24 a 33% dos pacientes, o que constitui um indicador da progressão da AIDS.

TRAUB & CYRIAQUE (1997) estudaram a etiologia da LP e concluíram ser o vírus EBV o agente causador.

TRIANTOS et al (1997) em estudo realizado em pacientes HIV soropositivos e direcionado para a LP, concluíram que essas lesões aparecem em estados imunossupressores, em especial em pacientes HIV soropositivos e que

dessa forma, esta associação permite considerar a LP como doença intraoral marcadora da progressão da doença.

JAHN et al., (1998) em estudo realizado em pacientes HIV soropositivos direcionado para LP concluíram que baixos níveis de CD4 e aparecimento de LP tem forte ligação, de tal forma que a LP pode ser utilizada como meio de diagnóstico quando os recursos técnicos laboratoriais são escassos.

2.1.2.4 - Eritema Linear Gengival, Sarcoma de Kaposi, e distúrbio da Glândula Salivar

Sobre o Eritema Linear Gengival os trabalhos publicados em periódicos encontrados foram:

CORREA et al (1994a) estudaram as manifestações orais de origem bacteriana e sua prevalência, dentre as quais apontam como mais freqüentes as doenças periodontais dentre outras.

BARR (1995) realizou estudo em pacientes HIV soropositivos direcionado para lesões tipo ELG, GUN, Periodontite Necrotizante e Estomatite Necrotizante, e comparou os resultados com outros obtidos em pacientes soronegativos. Relata não ter encontrado diferença significativa de prevalência de microbiota entre os dois grupos, mas a resposta clínica ao tratamento convencional era mais lenta nos soropositivos.

ROBERTSON (1995) efetuou revisão bibliográfica sobre a condição periodontal em pacientes HIV soropositivos, e concluiu que as gengivites em

soropositivos são indistinguíveis das diagnosticadas em soronegativos e que em soropositivos, o Eritema Linear Gengival (ELG) parece ser precursor da Periodontite, daí ser denominada também de "Gengivite associada ao HIV". ROBERTSON (1995) relata que o ELG pode apresentar três formas clínicas caracterizadas por:

a) Intensa vermelhidão na gengiva marginal;

b) Petéquias afetando gengiva inserida; e,

c) Eritema generalizado afetando gengiva inserida e não inserida.

ROBERTSON (1995) considera que o ELG tem sido apontado como meio de diagnóstico, e que não responde bem aos procedimentos usuais.

COATES (1996) realizou um estudo comparativo entre a saúde oral de paciente HIV soropositivo tratado a nível de Rede Pública de Saúde e Rede Privada e observou que a saúde oral de pacientes tratados fora da Rede Privada apresentava pequenos índices melhores que os da rede Pública e que a maior incidência de dor de origem bucal nestes pacientes deveu-se a problemas periodontais.

SALLUM et al (1996) descrevem as formas clínicas das doenças periodontais e gengivais características da infecção pelo HIV, dentre as quais a ELG, que é citada como importante achado em pacientes soropositivos..

JOHNSON (1997) realizou estudo direcionado para as manifestações orais periodontais em pacientes HIV soropositivos, e concluiu que a presença de sangramento determinado pela doença periodontal (DP) em pacientes HIV

soropositivos constitui fator de aumento da possibilidade de transmissão por via oral através da saliva contaminada.

LAMSTER et al (1997) estudaram as diversas formas de Doença Periodontal em pacientes HIV soropositivos e concluíram que a presença de Gengivite Ulcero Necrosante (GUN) e Periodontite se associam com baixa imunidade e que a flora microbiana envolvida é basicamente a mesma encontrada em pacientes soronegativos, mas a presença de Cândida subgengival constitui sinal indicativo de rápida progressão da DP.

ROBINSON (1998) em estudo direcionado para DP em pacientes HIV soropositivo, comparou seus resultados de prevalência dessas lesões com os encontrados em pacientes soronegativos, e concluiu que existem três formas periodontais características associadas ao HIV:

a) Eritema Linear Gengival;

b) Doença Periodontal Necrotizante; e,

c) Crateras interdentais.

ROBINSON (1998) acentua que são necessários mais estudos para comprovar estes fatos clínicos.

ROBINSON (1998) consideraram que estas lesões são fatores prejudiciais a morbidade e que devem ser tratadas preferencialmente de forma preventiva, através de exames trimestrais pelo Cirurgiões Dentistas.

ROBINSON et al. (1998), em estudo duplo cego direcionado para manifestações periodontais em pacientes HIV soropositivos, concluíram que a perda de inserção igual ou maior que 4 mm está associada a rápida progressão da

DP. O Eritema Linear Gengival (ELG), juntamente com GUN e cratera interdental foram outros achados, sendo que podiam ocorrer múltiplas formas em um mesmo paciente num mesmo momento.

REGO & PINHEIRO (1998) realizaram estudo direcionado para a DP em pacientes HIV soropositivos e concluiram que a DP que ocorre em pacientes soropositivos difere clinicamente da encontrada em soronegativos e que a principal diferença é a presença de sintomas clínicos que não guardam relação com fatores locais, além de apresentarem progressão mais rápida e não responderem satisfatoriamente a terapia convencional.

Sobre o Sarcoma de Kaposi os trabalhos publicados em periódicos encontrados foram:

GREENSPAN & GREENSPAN (1996) relatam que as lesões orais refletem o status e o estágio da imunossupressão, e são elementos importantes na definição do estágio e classificação de esquemas relativos ao HIV, além de criar questões pertinentes sobre aspetos da mucosa ligados a imunossupressão, e de se constituir em motivo para mudança de terapêutica. GREENSPAN & GREENSPAN (1996) consideram que pela sua significância natural e biológica, a ênfase a importância aos exames orais deve ser dada, de tal forma que se constitua parte integrante da avaliação médica e citam o KS como lesão oral comum em HIV soropositivo, e que pode se constituir no primeiro sintoma .

WEINERT et al (1996) realizaram estudo em soropositivos e constataram que a maioria tem algum tipo de lesão oral. WEINERT et al (1996) realizaram um estudo da bibliografia que comprovou que a freqüência e o tipo de

lesão varia com o estágio da doença HIV e com o grau de imunossupressão. WEINERT et al (1996) consideram também que embora os estudos freqüentemente se contradigam com relação a primeira lesão mais comum e a primeira a se manifestar, as discrepâncias podem ser atribuídas às características da população estudada e que todos concordam entretanto que o risco para complicações orais aumenta com o avanço da imunossupressão. WEINERT et al (1996) também identificaram doenças orais como marcadoras da deterioração do sistema imune independente da contagem de CD4 e que a saúde oral compromissada tem sérias implicações para a saúde geral em paciente HIV soropositivo. WEINERT et al (1996) consideram que sem tratamento a doença oral pode evoluir para odinofagia e disfagia, o qual interfere na capacidade e função do sistema mastigatório, resultando em menos ingesta de nutrientes com subsequente perda de peso, desidratação, má nutrição avanço da síndrome do HIV e daí a importância da prevenção e tratamento das doenças orais para a manutenção da qualidade de vida e prevenção de complicações mais sérias. WEINERT et al (1996) concluem que, é importante que os médicos saibam reconhecer os primeiros sinais das doenças orais mais comuns, e então fazer o diagnóstico e instituir o tratamento apropriado e também definiram o KS como uma proliferação multifocal neoplásica das células endoteliais com prevalência maior em homens. WEINERT et al (1996) relatam que recentes descobertas associam essa lesão a um tipo de herpes vírus, e seu achado em sêmen sugere possibilidade de transmissão por via sexual. WEINERT et al (1996) consideram também que a prevalência é de 15% de forma geral, muitos dos quais se

apresentam em ambiente oral (60%). WEINERT et al (1996) consideram ainda que o Cirurgiões Dentistas tem papel importante no diagnóstico e tratamento, que é feito através de injeções intralesionais de anti-neoplásicos.

PHELAN J.A. (1997) observa que muitas lesões orais já foram descritas em pacientes HIV soropositivos, e na maioria das vezes são devidas a infecção por agentes oportunistas os quais podem muitas vezes se constituir na primeira manifestação clinica da imunodeficiência causada pelo HIV, e que, assim, a identificação de um quadro oral semelhante a uma dessas lesões em paciente sem histórico de infecção por HIV, pode sugerir indicação para testes de detecção do vírus HIV, e nos pacientes já diagnosticados, serve como indicação para início de terapia preventiva. PHELAN J.A. (1997) observou que essas lesões não são diretamente causadas pelo HIV, mas são devidas a imunodeficiência ou efeito da medicação e que todas essas lesões que ocorrem em associação com HIV, ocorrem também em outros tipos de debilidade. PHELAN J.A. (1997) cita o KS entre as neoplasias, que ocorre preferencialmente no palato e gengiva, mas pode também ocorrer em outras áreas orais, inclusive envolvendo seio maxilar e que o comportamento dessas lesões é imprevisível, sendo que algumas podem apresentar progressão rápida com envolvimento cosmético, alimentar, e outros, e que o tratamento ainda é inconsistente.

ARENDORF et al (1998b) consideram em seus estudos que uma ou mais lesões ocorreram em 60,4% dos casos, sendo que 1,5% eram Sarcoma de Kaposi .

MARCENES et al. (1998), em estudo feito em Londres com 51

pacientes, onde 76,5% tinham manifestações orais, observaram que o Sarcoma de Kaposi se constituiu em 3.9% dos achados.

PATTON et al (1998) em estudo com 238 adultos HIV soropositivos, dos quais 76% eram homens e 59% negros, com o objetivo de examinar as variações das manifestações orais de acordo com o gênero, raça, risco comportamental, usuário de droga injetável e status do sistema imune, encontrou que o Sarcoma de Kaposi (KS) prevalecia em 1,7% dos casos e que o KS estava associado a prática do homossexualismo e a conclusão foi que este hábito apresenta incrível risco para KS.

Sobre o distúrbio de Glândula Parótida os trabalhos publicados em periódicos encontrados foram:

KLINE (1996) relata que as lesões orais em pacientes HIV soropositivos ocorrem em um terço dos pacientes afetados, podendo existir tanto em adultos como em crianças, sendo algumas vezes o sinal primário ou único da doença, e que o envolvimento da parótida parece ser mais comum em crianças e pode ser um sinal precoce. KLINE, (1996)assinala que a cárie rampante ocorreu em 45% dos portadores de dentes que tiveram xerostomia decorrente de distúrbio da glândula parótida.

NITTAYANANTA W., CHUNGPANICH S. (1997) em estudo com o objetivo de estabelecer a prevalência das lesões orais presentes na população HIV soropositiva da Tailândia e estabelecer se há diferença de gênero, encontraram que o distúrbio da glândula parótida e xerostomia são achados

comuns, sendo encontrados em 63% da sua amostra e que não foi demonstrada influência do gênero.

SIROIS, (1998), considera que as manifestações orais são freqüentemente associadas com HIV e, mesmo que ocorram em outras doenças caracterizadas por imunossupressão, nenhuma outra doença está associada às lesões orais tanto como o HIV, seja pelo seu largo espectro associativo, seja pela ocorrência precoce em HIV soropositivo e que não raro as lesões orais são o primeiro sintoma da doença, e a partir daí o diagnóstico também pode ser precoce. SIROIS, (1998) constatou que o uso prolongado de anti-fúngicos pode determinar aumento de cáries, como no caso da nistatina e outro achado foi que a xerostomia é geralmente resultado de terapia anti-viral, anti-hipertensiva, anti-depressora, ansiolítica ou analgésica e que aumenta o risco de cáries. SIROIS, (1998) considera que o distúrbio da glândula parótida também foi um achado, e se caracteriza por aumento volumétrico da glândula com diminuição do fluxo de saliva e, que não é comum afetar a glândula submandibular, sendo que seu agente etiológico parece ser o citomegalovírus.

2.1.2.5 - Transmissão

Sobre o meio bucal e seu potencial de transmissibilidade, embora geralmente considerado baixo, observa-se que a existência de alguns fatores como a presença de sangue, o que pode torná-lo de alto risco. Existem vários

estudos sobre a transmissibilidade da doença e a importância do meio bucal como meio de transmissão, dentre os quais foram encontrados:

SAMARANAYAKE et al (1993) consideram relativamente ao potencial de infecção durante o tratamento dentário, que a infectividade é três a dez vezes menor do vírus HIV em relação ao vírus da hepatite (HBV).

BERREY e SHEA (1997) relatam caso de homossexual portador que teve múltiplos contatos por via orogenital, sem chegar a ejaculação, o que comprova a presença de vírus em secreção pré-ejaculatória, e potencial de transmissão da doença através do meio bucal.

KHAJOTIA (1997) relata um caso de transmissão pela saliva através de mordida nos lábios.

PADIAN (1997) relata um caso de transmissão do homem para a mulher, onde o homem era UDI e foi infectado por via endovenosa. Apesar de diagnosticado a tempo e monitorado houve a transmissão, sendo a via de transmissão, a saliva contaminada por sangue. PADIAN, (1997) relatam que os pacientes usaram preservativo e cuidados nas relações sexuais, e que se beijavam, sendo que ambos tinham péssima saúde periodontal e relatavam sangramento gengival, daí concluírem ser esta a única via possível detectada. PADIAN, (1997) ressalta que esta é um forma rara de transmissão porque a saliva inibe a infectividade do HIV, além do vírus ser raramente encontrado na saliva e sempre em baixas concentrações, mesmo em presença de DP.

ARENDORF et. al (1998a) chama a atenção para a possibilidade de transmissão pela saliva, o que já tem sido relatado embora raramente e ressalta

que em países pobres com os da África, essa via pode se tornar muito importante, porque as doenças do periodonto que aumentam o sangramento são extremamente comuns nessas áreas.

ROTHENBERG et al (1998) afirmam que embora o contato casual com a saliva infectada continue sendo um insignificante meio de transmissão, o sexo oral parece ter um importante papel e que o vírus tem sido encontrado em sêmen sangue e saliva, e que até 1987 já haviam sido relatados 21 casos potenciais de transmissão oral. ROTHENBERG et. Al., (1998) relatam que a dificuldade de documentação e a raridade em que o meio oral é o único possível de contaminação, são fatores que dificultam o estudo da sua prevalência. ROTHENBERG et. Al., (1998) relatam também que a presença do vírus na secreção salivar, a sua titulagem, a integridade da mucosa, a presença de fatores inibidores locais além da freqüência são as variáveis apontadas como facilitadoras ou limitadoras da transmissão por esta via e que a presença de vírus em secreção pré-ejaculatória também tem sido detectada e provavelmente é o meio de transmissão do sexo oral, mesmo quando não ocorre a ejaculação .

SHUGARS e WAHL (1998) relatam que os níveis salivares do HIV são baixos devido ao baixo nível de células com tropismo para o HIV presentes e pela existência de fatores endógenos virais. SHUGARS e WAHL (1998) não consideram o meio bucal uma via normal de transmissão, com exceção da infecção pós-natal e contato orogenital, mas contudo é um tópico de interesse para o Cirurgiões Dentistas, particularmente pelo crescente número de pessoas infectadas. SHUGARS & WAHL (1998) consideram que o potencial de risco para o

profissional é extremamente baixo e que a combinação da barreira da camada epitelial, com reduzido número de células com receptores CD4, presença de anticorpos virais e de muitos inibidores endógenos incluindo SLPI (secretory leukocyte protease inhibitor) fazem da cavidade oral um meio particularmente resistente para a transmissão do HIV.

2.1.2.6 - Valor do diagnóstico oral

O valor clínico do diagnóstico oral foi avaliado em diversos trabalhos, e sua importância reside na possibilidade de diagnóstico precoce. Os achados foram:

SALLUM et al. (1992) salientam que as manifestações orais da SIDA muitas vezes antecedem os sintomas gerais e que o exame clínico realizado pelo Cirurgião Dentista tem papel decisivo na detecção e manejo dos pacientes.

Segundo LIFSON et al (1994) citado por GREENSPAN (1997), a presença de Cândida Oral é predictivo de morte em países como Ruanda, África.

CRUZ et al (1996) realizaram estudo em 245 pacientes HIV soropositivos objetivando o diagnóstico específico de Cândida Oral e LP realizados em forma de estudo cego por Cirurgiões Dentistas e Médicos, e obtiveram os seguintes resultados:

a) Em pacientes HSH, os Cirurgiões Dentistas diagnosticaram prevalência de 11% de Cândida Oral e 14% de LP, e os Médicos 4% e 8% respectivamente, relação que demonstrou a melhor acuidade porparte do .

b) Em pacientes UDI dos Cirurgiões Dentistas foi diagnosticada a prevalência de 29% de Cândida Oral e 11% de LP, e os Médicos 9% e 2% respectivamente, numa relação que demonstrou a melhor acuidade por parte do Cirurgião Dentista.

Segundo CRUZ et al., (1996) entre pacientes HSH 40% das lesões orais não foram detectadas pelos Médicos e entre os pacientes UDI o resultado mostrou que 79% das lesões não foram diagnosticadas e concluíram que o treinamento específico para exame oral tem significativo impacto no diagnóstico dessas lesões e sugerem que todo agente de saúde deve ser treinado para reconhecer tais manifestações.

GREENSPAN (1997) realizou estudo em pacientes HIV soropositivo onde enfatizou a importância do exame oral pela sua facilidade de realização e baixo custo e ressaltou ainda o valor predictivo dessas lesões em relação a presença de infecção pelo HIV, notadamente a Cândida Oral, LP e KS intraoral. GREENSPAN (1997) relata o trabalho de LIFSON et al (1994) realizado em oitenta homens HIV soropositivos na região de San Francisco, EUA, que tinham datas de soroconversão bem conhecidas, e onde os resultados apontaram que pacientes com Cândida Oral e LP desenvolveram a SIDA em um ano (10%), três anos (30%) e cinco anos (50%), e que a progressão mais rápida da doença (seis meses em média) foi observada entre pacientes que tiveram essas lesões orais. GREENSPAN (1997) prossegue atribuindo importância a essas lesões orais no valor predictivo para instituição de terapia preventiva para infecções oportunistas, em especial a do P. carinii que se associa com a presença de Cândida Oral independente dos níveis séricos CD4 e finalizou observando que é necessário

treinamento de mais pessoal pois o diagnóstico dessas lesões é fator de sobrevida.

WIEBE & EPSTEIN (1997) realizaram estudo em pacientes soropositivos direcionado para a associação existente entre debilidade imune e as lesões orais, seguindo os critérios propostos pelo European Economic Community (EEC), e os protocolos da Clearinghouse On Oral Problems Related To Hiv Infection, e da World Organization Collaborating Centre On Oral Manifestations Of The Immunodeficiency Virus, concluindo que existem três tipos de lesões orais que têm associação com níveis séricos e que se classificam como:

a) Lesões fortemente associadas a presença de infecção pelo HIV

b) Lesões menos fortemente associadas a presença de infecção pelo HIV; e,

c) Lesões possivelmente associadas com a presença de infecção pelo HIV.

WIEBE & EPSTEIN (1997) conclui que no primeiro grupo as mais importantes são Cândida Eritematosa, Cândida Pseudomembranosa, LP e KS, e observa que é essencial a atenção dos Cirurgiões Dentistas a essas lesões, porque além dos envolvimentos imunológicos, elas representam em muitos casos, a única evidência de uma condição sistêmica debilitada.

ROBINSON et al (1998) em estudo realizado em 572 homens infectados pelo HIV, estimaram o valor predictivo das lesões orais e concluíram que seu diagnóstico é pobre predictor para o diagnóstico mas útil quando utilizado em conjunção com a história social. ROBINSON et. al., (1998) consideram que o diagnóstico é feito pelo exame bucal, que é simples, não invasivo, confortável para o paciente, barato e deve ser incentivado em especial entre a população de baixa

renda e que as lesões mais comuns foram as formas pseudomembranosa e eritematosa da Candidíase e a LP, e muitas vezes são as primeiras manifestações da SIDA.

PHELAN (1997) descreve que muitas lesões orais são causadas por agentes oportunistas, as quais podem muitas vezes se constituir na primeira manifestação da infecção por HIV. A presença dessas lesões em paciente sem histórico de infecção para o HIV pode sugerir indicação de teste para o HIV, e nos pacientes já reconhecidos pode ser o indicativo para início de terapia contra infecções oportunistas.

Estes aspectos clínicos até aqui estudados são os considerados básicos para tratamento do paciente portador, e o seu conhecimento prévio permite ações profissionais menos sujeitas a sanções éticas e jurídicas. O assunto comporta ainda extensa bibliografia uma vez que a SIDA é uma doença complexa, multidisciplinar e com largas implicações de saúde, e que apresenta forte interligação com a Deontologia, mas esta não será objeto do presente estudo.

2.1.3 – EM TRABALHOS CORRELATOS.

Em relação a trabalhos correlatos publicados no Brasil, não houve constatação de antecedentes relativos a responsabilidade civil e criminal do atendimento ao paciente portador. Entretanto, dentre estes encontram-se econtram-se alguns que guardam alguma semelhança:

SPOSTO et al. (1994) realizaram estudo sobre a prontidão de Cirurgiões Dentistas brasileiros para tratar paciente HIV soropositivos, e concluíram que somente 44% demonstraram estar dispostos a fazê-lo.

ALVAREZ LEITE (1996) em tese Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou estudo sobre a conduta de Cirurgiões Dentistas frente a procedimentos de biossegurança, e concluiu que os índices de utilização dos equipamentos de proteção (EPI) era muito baixo, e que a técnica de esterilização pelo calor seco era a mais utilizada e também apresentava baixos índices de manuseio correto. ALVAREZ LEITE (1996) ressalta que nenhum profissional preencheu os requisitos de biossegurança, e quase a metade deles não se sentia preparado para atender pacientes soropositivos, e que não houve associação significativa entre a maioria das variáveis estudadas e o tempo de exercício profissional, bem como origem acadêmica e inserção no mercado de trabalho.

GONÇALVES (1996), em tese de mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, estudou a prática de controle de infecção cruzada entre Periodontistas, e concluiu que há um bom nível de preocupação com o risco ocupacional, embora o nível de aplicação de algumas medidas ainda esteja muito baixo.

DISCACCIATI & PORDEUS (1997) realizaram trabalho entre Cirurgiões Dentistas com o título: "Você está disposto a tratar pacientes com AIDS?, e concluíram que os principais motivos de recusa de atendiemnto a pacientes

portadores foram o medo de contaminação e o receio de perder clientes e, que a disposição para o atendimento vem aumentando ao longo do tempo.

SILVEIRA (1998) em tese de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sobre o tema: "A prática odontológica e a AIDS. Atitudes do Cirurgião Dentista da rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto com relação a AIDS", concluiu que os conhecimentos dos Cirurgiões Dentistas provavelmente foram originados de campanhas de prevenção e proporcionavam pouco esclarecimento, além de mostrar um caráter alarmista sobre a doença, e constatou entre os Cirurgiões Dentistas, conhecimento insuficiente sobre biossegurança e despreparo das atendentes, provavelmente devido a formação curricular que privilegia aspectos técnicos em detrimentos dos conhecimentos básicos de prevenção. SILVEIRA (1998) observou também desconhecimento sobre os medicamentos anti-retrovirais.

DISCACCIATI et al (1999) realizaram estudo sobre a SIDA e controle de infecção cruzada na Odontologia e a percepção e atitudes dos pacientes quanto ao risco de contrair o HIV, e concluíram que 88,4 % acreditam que possa haver transmissão durante o tratamento. DISCACCIATI et al. (1999) relataram que parte da clientela declarou que não continuaria o tratamento se seu Cirurgião Dentista atendesse pacientes HIV soropositivos (42,9%) e outra parte declarou que não se trataria com Cirurgião Dentista HIV soropositivo (45%).

A nível internacional, CHAM & LAM (1997), realizaram um importante estudo sobre conhecimentos, atitudes, crenças e práticas sobre a SIDA e

pacientes portadores, entre os Médicos e Cirurgiões Dentistas de Singapura. Este estudo foi realizado para fins de comparação com outro semelhante realizado em 1987 com 770 médicos. As principais características e resultados estão descritos a seguir.

a) Foram enviados 1523 questionários com 38 perguntas, para Médicos e Cirurgiões Dentistas de Singapura. As questões tinham como tema a biodata, conhecimento da doença, atitudes e crenças frente a doença, e conhecimento sobre a prática de atendimento do paciente soropositivo. Responderam ao questionário 446 profissionais (29,3%).

b) A maioria (62,3%) apoiou a idéia de teste compulsório para os pacientes, mas apenas 40% concordaram com esta idéia para os Agentes de Saúde.

c) Cirurgiões Dentistas demonstraram ser mais sensíveis que os Médicos em relação a transmissão, sendo que 95% deles relataram uso de medidas universais de proteção.

d) A maioria da amostra era de homens (2/3). Em relação ao tempo de formado, 60% era profissional nos últimos 14 anos, e em relação a especialidade, 33,5% não a tinham.

e) Em relação ao grau de afetividade com a doença, 8,5% relatou ter parente ou amigo portador do HIV. Os que relataram este grau de afetividade com a doença, apresentaram melhores resultados nas respostas.

f) Sobre o conhecimento da doença, 93% relataram estarem seguros sobre as formas de transmissão e prevenção, 80,4% estavam seguros de como fazer diagnóstico e 78,9% estavam seguros sobre as manifestações clínicas da SIDA.

Em compensação, somente 48,9% mostraram-se versados nas questões sobre tratamento, e apenas 60% sabiam que o teste Western Blot é confirmatório para o HIV.

g) A maioria dos entrevistados conhecia a obrigação de Notificação, mas somente 57,5% conheciam os locais de testes anônimos.

h) Em relação aos testes pré-operatórios, 62,3% consideravam que deveria ser rotina, sendo que os profissionais da Rede Pública concordaram menos com esta afirmação.

i) A maioria (76,8%) concordou que o Agente de Saúde portador de HIV deve comunicar seu status sorológico ao paciente.

j) Quase 1/3 dos profissionais (30%) já tinha realizado pelo menos um ou dois atendimentos a paciente HIV soropositivo. As precauções universais eram adotadas em 70% dos casos, sendo que, dentre estes, 77% adotaram estas medidas em seus consultórios particulares, 69% as tinham em seus locais de trabalho público, e 95% dos Cirurgiões Dentistas as adotaram em comparação a apenas 69% dos Médicos.

k) A performance mais pobre da amostra foi aquela relativa aos procedimentos, sendo que os melhores índices de acerto foram obtidos por profissionais que trabalham em Rede Pública hospitalar, entre os mais jovens, e entre os que tinham grau de afetividade com a doença.

l) Em 1987, 70% da amostra estudada concordou com a obrigação ética de atendimento ao paciente HIV soropositivo, enquanto que em 1997, 82,9% concordaram com esta idéia.

m) Os acidentes ocupacionais são 4,65 vezes mais comuns entre pessoal iniciante do que entre profissionais já bem treinados.

CHAM & LAM (1197) chegaram a uma conclusão bastante significativa e importante, que foi a seguinte:

> "... apesar de decorridos 12 anos do aparecimento da síndrome em Singapura, e do interesse e atenção que esta doença tem recebido internacional e localmente , permanecem lacunas de conhecimento importantes no meio profissional de Médicos e Dentistas.... guias éticos e profissionais poderiam ser criados para prevenir ou minimizar o impacto do aumento dos casos previstos no futuro...".

Concluída a parte de atualização clínica, foi realizado um levantamento histórico das leis com o objetivo de conhecer o grau de influência da SIDA na sua evolução em relação aos direitos humanos. Os aspectos foram abordados de acordo com o esquema abaixo:

2.2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS LEIS

2.2.1- Códigos Internacionais

2.2.1.1 - Período 1900 a 1931

2.2.1.2 - Código de Nuremberg, 1947

2.2.1.3 - Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948

2.2.1.4 – Declaração de Helsinki I 1964

2.2.1.5 – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, 1966.

2.2.1.6 – Declaração de Helsinki II em 1975, Declaração de Helsinki III em 1983 e Declaração de Helsinki IV em 1989

2.2.2 - No Brasil

2.2.2.1 – Lei da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1975

2.2.2.2 - Lei da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1976

2.2.2.3 – Normas para controle de DST, 1978

2.2.2.4 – Diretrizes de controle da SIDA, 1985.

2.2.2.5 – Constituição Brasileira, 1988

2.2.2.6 – Reorganização dos Ministérios, 1990.

2.2.2.7 – Criação do SUS

2.2.2.8 – Diretrizes éticas de pesquisa, 1993

2.2.2.9 – Resolução 196/96, de 1996

2.2.2.10 – Resolução 01/97 de 1997

2.2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS LEIS

A coincidência histórica do surgimento da SIDA num momento em que os Direitos Humanos tiveram seu advento, torna esta pandemia diferenciada das

demais, pois, pela primeira vez, as ações de combate a doença deixaram de ter conteúdo unicamente científico e técnico. Foram incorporados valores que priorizam os direitos individuais, sobrepondo-se aos interesses difusos e coletivos, o que marca expressiva mudança no relacionamento entre o Agente de Saúde e o Paciente. Em atenção a este importante fato, foi feito um estudo retrospectivo sobre as normas que influenciaram este período de transição, com o objetivo de identificar quais as mudanças havidas e quais os princípios éticos e morais que elas implantaram nas relações atuais entre o Cirurgião Dentista e seus pacientes.

2.2.1- Códigos Internacionais

2.2.1.1 - Período 1900 a 1931

KFOURI NETO (1998) relata que, por volta de 1829, os tribunais franceses consideravam muito difícil responsabilizar o Médico devido a pluralidade natural de conceitos sobre um mesmo diagnóstico e procedimento. Por esta época, o ônus da prova recaía sobre quem acusava o profissional. Em 1832 ocorreu o primeiro julgamento que considerou um Médico culpado pela mutilação de uma criança durante o parto, sendo condenado a pagamento de pensão anual à vítima. Mais tarde surgiu o conceito denominado "perda de uma chance", definido como erro médico decorrente do fato de não terem sido oferecidas ao paciente todas as chances de cura ou sobrevivência. O nome advém do fato de que a perda de uma única chance dentre inúmeras possíveis é suficiente para ensejar responsabilização. O primeiro caso de condenação baseada neste

princípio ocorreu em 1957 também na França. A partir daí, a responsabilização jurídica do Médico tomou as primeiras feições daquilo que hoje se conhece.

Somente 24 anos após este primeiro caso de condenação baseada em princípio de "perda de uma chance" surgiu a SIDA, e FARTHING et al., (1988) relatam que o diagnóstico mais antigo data de 1981, tendo o isolamento do agente viral ocorrido simultaneamente na França e Estados Unidos em 1983. Por esta época, em termos de Direitos Humanos e pesquisa médica com humanos, apenas uma norma internacional pode ser citada. Ela era, denominada Instrução sobre Intervenções Médicas com Objetivos Outros que Não Diagnóstico, Terapêutica ou Imunização, foi editada em 1901 na Prússia [INSTRUÇÃO, 1901], e continha apenas três artigos que estabeleciam proteção ao menor em caso de pesquisa médica, e instituía a necessidade de consentimento prévio para pesquisa em humanos em geral. É necessário esclarecer que toda norma internacional sobre pesquisa em seres humanos serve de modelo para o relacionamento entre Agente de Saúde e paciente, da mesma forma que a Declaração Universal dos Direitos Humanos serviu de base para a nossa Constituição.

A norma seguinte, denominada Diretrizes para Novas terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos, foi editada em 1931 na Alemanha [DIRETRIZES, 1931], e continha 14 artigos que instituíam, além de proteção ao menor e consentimento prévio, análise do risco/benefício, rejeição à exploração de necessitados, cuidados especiais com microorganismos vivos, imputabilidade do médico chefe da instituição, documentação por escrito, respeito à dignidade do

paciente na publicação dos resultados. Um fato a ser ressaltado é a imputabilidade médica aqui introduzida.

2.2.1.2 - Código de Nuremberg, 1947

O Código de Nuremberg foi editado em 1947 [CÓDIGO, 1947], e surgiu como uma conseqüência dos crimes de guerra recentemente ocorridos. Ele manteve os direitos estabelecidos nas anteriores além de instituir o livre consentimento com prévia informação de riscos e benefícios e, pela primeira vez, estabeleceu proteção contra danos físicos e materiais ao paciente. Esta foi a primeira norma internacional que reconheceu a possibilidade de dano físico ao paciente, e embora no Brasil já vigorasse o Código Civil (BRASIL, 1916) que trata deste assunto, não era comum a classe médica ser acionada judicialmente por algum dano decorrente do exercício profissional.

2.2.1.3 - Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948

A norma denominada Declaração Universal dos Direitos Humanos foi editada em 10 de dezembro de 1948 [DECLARAÇÃO, 1948], manteve também os direitos anteriores e instituiu o direito de igualdade e fraternidade entre os homens, direito à vida, liberdade e segurança, proteção contra qualquer discriminação individual, e direito a privacidade em seu lar e vida particular. Foi a primeira menção a atos discriminatórios dentro das relações humanas e um importante

marco que teve reflexos imediatos na relação Agente de Saúde e Paciente. DARUGE & MASSINI (1978),assinalam que a história política moderna da humanidade deu o primeiro passo decisivo com esta Declaração.

2.2.1.4 – Declaração de Helsinki I 1964

Em 1964 foi editada a Declaração de Helsinki I [DECLARAÇÃO, 1964], que seguiu a tradição de manter direitos já estabelecidos anteriormente, e instituiu outros novos tais como a aplicação de princípios morais na pesquisa científica e o consentimento por escrito após prévio esclarecimento de riscos e benefícios. Além de ressaltar os princípios morais, esta norma instituiu o termo de consentimento, instrumento legal da maior importância em nossos dias.

2.2.1.5 – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, 1966.

Em 1966 o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos foi editado [PACTO, 1966], o qual vigora até o presente e é uma norma que trata do direito das pessoas sob vários aspectos, mas sobretudo privilegiando o indivíduo. Assim, este documento instituiu o direito dos povos de decidirem seu próprio destino, e estabeleceu que é dever do Estado a proteção do indivíduo contra discriminação por sexo, cor, língua, religião, opinião política, origem de nascimento ou de outra qualquer situação. Ainda sobre os direitos individuais, esta norma instituiu como dever do Estado a defesa do direito do cidadão quanto a

liberdade social, religiosa, de pensamento e de opiniões, proteção à criança e às minorias, livre acesso a função pública sem discriminação e a formação de família. Os princípios básicos de não discriminação e proteção do indivíduo pelo estado contidos nesta norma são as bases jurídicas que influenciaram (e influenciam até hoje) a construção de leis como a Constituição Brasileira (D-BRASIL, 1988) e outras relativas a proteção do paciente em sua relação com o Agente de Saúde.

2.2.1.6 – Declaração de Helsinki II em 1975, Declaração de Helsinki III em 1983 e Declaração de Helsinki IV em 1989

A evolução dessa nova consciência prosseguiu através da publicação em 1975 da Declaração de Helsinki II [DECLARAÇÃO, 1975], que trouxe como novidade a instituição de Comissão de Ética para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, e principalmente criou salvaguardas de integridade ao conjunto físico e mental do paciente, que antes não existiam de forma tão claramente expressas. O aspecto notável foi a incorporação do aspecto mental formando conjunto com o físico nas salvaguardas para o paciente, o que se constitui no conceito atual de saúde.

Já então as normas indicavam claramente um novo pensamento, onde a saúde do paciente compreendia um conjunto de valores que ia do bem-estar físico tradicional até o bem-estar mental, com todas as suas implicações. Em 1983, pouco depois dos primeiros relatos da SIDA, foi editada a Declaração de Helsinki III [DECLARAÇÃO, 1983], a qual manteve os direitos anteriores e instituiu

o respeito a privacidade do paciente. Ao conceito de dano físico e mental foi acrescido o de dano a personalidade, o que em outras palavras é a expressão máxima do reconhecimento da individualidade do paciente, e é a base para se entender dano moral no relacionamento Agente de Saúde e Paciente.

Em 1989 foi editada a DECLARAÇÃO de Helsinki IV [Declaração, 1989], onde os principais pontos abordados foram: imputabilidade civil e ética dos médicos quando da condução de trabalhos de pesquisa, total independência das Comissões de Ética em Pesquisa Humana, responsabilidade do resultado sempre imputada ao médico, prevalência dos interesses do paciente sobre os da ciência e da sociedade, respeito a integridade e privacidade do paciente, e reconhecimento taxativo de possibilidade de dano a integridade física, mental, e a personalidade do paciente. Todos os princípios de responsabilidade civil e dano estão contidos nesta importante norma.

A partir daí, privacidade, sigilo, anonimato, amplo acesso a informação, aconselhamento, consentimento e outros passaram a ser parte integrante das relações entre Agente de Saúde e Paciente.

2.2.2 - No Brasil

No Brasil, o histórico evolutivo das leis pertinentes revela a assimilação da tendência global em considerar a defesa os direitos da pessoa

como um dever do Estado. As leis que tratam das ações de Vigilância Epidemiológica são um bom exemplo desta evolução.

2.2.2.1 – Lei da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1975

Antes do aparecimento da SIDA, em 1975, foi editada a Lei nº 6.259 de 30/10/75 (BRASIL, 1975) que dispõe sobre ações de vigilância epidemiológica e que está até hoje em vigor. Esta lei criou uma lista de doenças que deviam ser notificadas, e estabeleceu que a Notificação Compulsória é uma ação de caráter sigiloso e confidencial e do interesse da vigilância epidemiológica, atribuindo o dever de Notificação a todo o cidadão que tiver conhecimento de doença notificável. A Notificação foi definida como uma ação que objetiva subsidiar a vigilância epidemiológica com dados que lhe permitam planejar a prevenção (BRASIL, 1975). Todo Agente de Saúde da Rede Pública e Privada está obrigado à notificação, e está submetido a critérios para quebra de sigilo, que pode ocorrer em caso de grande risco à comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com prévio conhecimento do paciente ou do seu responsável (BRASIL, 1975). O artigo 14 (BRASIL, 1975) considera ilícito penal a inobservância destas regras. Nesta norma (BRASIL, 1975) o sigilo tem um destaque especial, e são traçadas as condições legais para sua quebra. Todos os aspectos desta lei guardam estreita relação com as Declaração de Helsinki de 1964 e 1975 e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, mas não há ênfase especial aos direitos individuais.

2.2.2.2 - Lei da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1976

Posteriormente, em 1976, houve regulamentação desta lei através do Decreto nº. 78.231 de 12/08/1976 (BRASIL, 1976), que veio ressaltar ainda mais a importância da Notificação Compulsória dentro das ações de vigilância epidemiológica, bem como a importância das declarações de Atestado de Óbito no contexto epidemiológico. Contudo, dentro da lei de 1975 (BRASIL, 1975) e na de 1976 (BRASIL, 1976) não havia ainda citações contra o preconceito e discriminação e o reconhecimento de possibilidade de dano moral por quebra de sigilo, embora a não discriminação já se constituísse em direito do cidadão e dever do Agente de Saúde conforme o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916). Por esta época a SIDA ainda não havia sido identificada, e obviamente não constava da lista de doenças notificáveis.

2.2.2.3 – Normas para controle de DST, 1978

Em 1978, a portaria nº. 22 de 25/07/1978 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1978) aprovou normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle de doenças sexualmente transmissíveis. O conteúdo desta lei era taxativo e não admitia exceções quanto à obrigatoriedade das notificações, aceitando inclusive que as notificações pudessem ser feitas até mesmo sem confirmação laboratorial, ao contrário do que é preconizado hoje no caso da SIDA, em que um fluxograma

de exames tem que ser seguido (BRASIL, 2000). Segundo esta Portaria (BRASIL, 1978) não havia a proibição de teste compulsório, exigência de consentimento esclarecido, aconselhamento, ou previsão de imputabilidade em caso de quebra de sigilo e a única medida prevista para controle das doenças era o simples tratamento imediato, tanto do portador como do comunicante, que deveria ser realizada em ambulatório comum, sem necessidade de ficha especial ou especialista, nem de serviços especializados, salvo em casos complicados. O inciso 7 do Capítulo IV (BRASIL, 1978) contra-indica o uso de fichas especiais e identificação com fotografias. O inciso 8 (BRASIL, 1978) do mesmo capítulo recomenda que as pessoas de alto risco devam merecer atenção diferenciada. Em vários outros artigos (BRASIL, 1978), a expressão "grupos de risco" foi utilizada, tanto que as ações de prevenção foram direcionadas para segmentos da sociedade tais como prostitutas, homossexuais, migrantes, viajantes, marinheiros e outros nominalmente citados no texto da lei. As medidas preventivas concebidas para combate das DST foram (BRASIL, 1978): tratamento das gestantes com sorologia positiva, aplicação de colírio de nitrato de prata 1% em nascituros infectados e uso de preservativo de borracha para prevenir gonorréia. Não há citação no texto da lei (BRASIL, 1978) à imputabilidade do Agente de Saúde, aconselhamento e proibição de teste compulsório ou outras medidas semelhantes.

Portanto, no período de 1975 até 1978, já haviam sido incorporados às nossas leis de vigilância alguns conceitos de sigilo, não havendo menção a imputabilidade médica e dano a personalidade do indivíduo. Adotava-se claramente o conceito de grupo de risco, inclusive com citação nominal.

2.2.2.4 – Diretrizes de controle da SIDA, 1985.

A Portaria nº. 236 de 02/05/1985 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1985) foi editada já dentro do reconhecimento da existência da SIDA, e contém normas específicas para esta doença, estabelecendo inclusive formulário exclusivo para comunicação de contágio pelo HIV. No seu Art. 4º e seus incisos (BRASIL, 1985) são definidos termos importantes tais como: "casos confirmados", "casos suspeitos", "comunicantes" e mais uma vez, "grupos em risco" e como novidade foi inserida a preocupação com a responsabilidade do diagnóstico, através de adoção de critérios de exclusão. No restante, o padrão da lei dá ênfase a grupo em risco, o que mostra a tendência discriminatória ainda existente na época. Por isto, a visão educacional contida na lei era simplificada e simplista, marcada pela opção de considerar os portadores como adstritos a grupos, bem como a prevenção, que foi instituída como simples atos isolados, ao invés de serem consideradas como ações de um processo continuado de informação a toda a sociedade. Mesmo assim progressos foram incorporados (BRASIL, 1985) tais como novos critérios de diagnóstico. A identificação laboratorial ainda não previa os testes ELISA e Western Blot para identificação do vírus. Não houve menção aos direitos individuais tais como consentimento esclarecido, aconselhamento, imputabilidade pela quebra de sigilo e outros. As primeiras normas de biossegurança foram implantadas, o risco ocupacional foi considerado pequeno, e a SIDA considerada doença sexualmente transmissível (BRASIL, 1985). Esta visão de que a doença estava confinada a grupo de risco talvez tenha

sido uma tendência mundial, e contribuiu para o caráter restrito dos planejamentos de prevenção. Mas parece certo que este ponto de vista hoje é proscrito, mesmo porque não se revelou capaz de deter o avanço da doença a nível mundial e local.

Em junho de 1990, a Organização Mundial de Saúde (LIMA, 1996) incluiu a SIDA entre as doenças sexualmente transmissíveis, reconhecendo esta via como a principal, sem descartar entretanto outras formas tais como transfusões, uso de drogas injetáveis e seringas compartilhadas e outras. No Brasil, a SIDA é considerada como doença sexualmente transmissível, tendo sido incluída no catálogo de doenças com obrigatoriedade de Notificação Compulsória a partir da Portaria nº. 542 de 22/12/1986 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986). Na prática, o significado é que o Agente de Saúde tem a responsabilidade de notificar as autoridades sanitárias todo caso de infecção pelo HIV ou SIDA independente inclusive do consentimento do paciente.

O final dos anos 80 e início da década de 90 foram marcados por profundas modificações do contexto das leis do país.

2.2.2.5 – Constituição Brasileira, 1988

A Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgada em 05/10/1988 (BRASIL, 1988a) e surgiu dentro de um cenário internacional fortemente influenciado pelos direitos humanos propostos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. No

seu Art. 3º. Inciso IV do Título I (BRASIL, 1988 a) a Constituição inclui, entre os objetivos fundamentais do Estado, a promoção do bem de todos sem discriminação de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. O Art. 4º. Inciso II do mesmo Título (BRASIL, 1988a) diz que a prevalência de direitos humanos é prioridade em nossas relações internacionais. No Título II que trata dos Direitos e Garantias fundamentais, dentro do Capítulo II dos Direitos Sociais, encontra-se o Art. 6º (BRASIL, 1988a) que estabelece o direito a saúde ao cidadão, além de proteção à maternidade e à infância. O Título VIII que trata da ordem social, inserido no Capítulo II da Seguridade Social, Seção I das Disposições Gerais, em seu Art. 194 (BRASIL, 1988a) define Seguridade Social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. No mesmo Título, no Art. 196 (BRASIL, 1988a) ficou estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e o Art. 200 inciso II determinou que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador competem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2.2.6 – Reorganização dos Ministérios, 1990.

Em 10/05/1990 foi editado o Decreto nº. 99.244 (BRASIL, 1990a) que reorganizou toda a estrutura da Presidência da República e dos Ministérios, e em cuja área relativa à saúde, na Subseção III Do Ministério da Saúde, em seu Art. 135, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Na mesma Subseção,

foram estabelecidas a competência e a organização estrutural da Secretaria nos Art. 137e 138 respectivamente(BRASIL, 1990a). Ao Departamento Nacional de Programas de Saúde foram determinadas a promoção, execução e avaliação de programas relativos a SIDA (BRASIL, 1990a).

2.2.2.7 – Criação do SUS

Dentro especificamente da assistência de saúde no país, o ato oficial mais significativo foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990c). Ela foi denominada "Lei Orgânica de Saúde", e é o equivalente da Constituição Federal na área da saúde do Brasil, da qual derivam todas as Leis Orgânicas Estaduais e Municipais. Seu art. 2º (BRASIL, 1990c) considera que saúde é um direito de todos e cabe ao Estado prover as condições para que haja assistência a todos O art. 3º (BRASIL, 1990c) institui que a garantia de saúde envolve aspectos de bem-estar físico, mental e social. O capítulo II, que trata dos Princípios e Diretrizes, no seu art. 7º e incisos, (BRASIL, 1990c) assegura o direito de preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade de assistência sem qualquer discriminação, e completo direito a informação sobre sua saúde e prevenção, dentre outros. A regulamentação do funcionamento dos serviços privados de assistência de saúde está prevista no art. 21º (BRASIL, 1990c), onde se assegura o caráter livre do exercício da assistência à iniciativa privada. No art. 22º (BRASIL, 1990c), as condições para o funcionamento do serviço privado estão atreladas a

observação de princípios éticos e normas expedidas pelo SUS, dentre as quais as normas de biossegurança, da notificação e sigilo profissional, e não discriminação no atendimento ao paciente portador de HIV.

2.2.2.8 – Diretrizes éticas de pesquisa, 1993

Após a Constituição Brasileira, em 1993 surgiu no cenário internacional as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos [DIRETRIZES, 1993]., editada em Genebra pelo Council For International Organizations Of Medical Sciences (CIOMS) em colaboração com a Organização Mundial De Saúde. Este documento [DIRETRIZES, 1993] traz em detalhes até então não descritos, todas as ações necessárias para obter-se o consentimento esclarecido do paciente. Além disso, é minucioso no tocante às obrigações do pesquisador/Agente de Saúde em relação a proteção a criança, ao incapaz perante a lei, a prisioneiros, a comunidades carentes, a análise de riscos e benefícios, e proteção a gestantes e nutrizes. Prossegue ainda de forma explícita, ao estabelecer direito do paciente de reparo ao dano, de tal forma que se constituiu em novo passo importante no avanço da cidadania nas relações profissionais médicas.

2.2.2.9 – Resolução 196/96, de 1996

Esta norma internacional [DIRETRIZES, 1993] teve repercussão no Brasil, e em 1996 a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b) denominada Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabeleceu novos parâmetros para a pesquisa onde risco e o dano, a vulnerabilidade do paciente e o consentimento esclarecido foram definidos. Os quatro princípios éticos da pesquisa em humanos, que são os mesmos que permeiam as relações atuais entre Agente de Saúde e Paciente foram enumerados e justificados. São eles: Autonomia, Beneficiência, Não-Maleficiência, Justiça e Equidade (BRASIL, 1996b).

A Autonomia se refere a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes perante a lei. A Beneficiência é a necessária ponderação que deve existir entre riscos e benefícios, onde o compromisso deve ser a obtenção do máximo de benefícios com mínimos danos e riscos (BRASIL, 1996b). A Não-Maleficiência diz respeito às garantias de que danos previsíveis serão evitados(BRASIL, 1996a). A Justiça e Eqüidade (BRASIL, 1996b) são relativas ao equilíbrio harmônico entre as vantagens auferidas pelo pesquisador com a pesquisa e a minimização do ônus para o sujeito vulnerável (paciente). Também foram assegurados os direitos de proteção a privacidade e confidencialidade, de tal forma que sempre estará protegida a pessoa do paciente contra qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 1996b).

2.2.2.10 – Resolução 01/97 de 1997

Em 1997 a Comissão De Pesquisa e Ética em Saúde editou a Resolução Normativa nº. 01/97 [BRASIL, 1997], em que a responsabilidade dos pesquisadores sobre a privacidade e o anonimato dos pacientes e a confidencialidade dos dados utilizados, foram delineadas tal como as conhecemos hoje, tanto na pesquisa como na confecção de fichas e prontuários.

Em termos atuais é válido citar alguns Autores que também tratam do assunto.

SILVA, 1997 considera que a discriminação que quase sempre está associada a doença, contribuiu definitivamente para esta mudança, no momento em que canalizou todas as atenções sobre os valores éticos e morais envolvidos.

RUDNICKI, 1996 conclui que se é possível dizer que se aSIDA trouxe algo de bom, certamente foi o fato de obrigar a humanidade a abandonar posições cínicas e aceitar realidades há muito existentes.

A extensa bibliografia sobre a evolução dos direitos humanos dentro das relações profissionais de saúde ainda prossegue, mas para fins deste trabalho foi encerrada no momento da constatação de que os quatro princípios éticos foram definitivamente implantados.

A revisão prosseguiu através do estudo das leis atuais, conforme o esquema a seguir:

2.3 – ESTUDO DAS LEIS ATUAIS

2.3.1 - Aspectos gerais das leis:

2.3.1.1 - Lei 8. 080 de 19/09/1990, do Sistema Único de Saúde.

2.3.1.2 - Código de Defesa do Consumidor.

2.3.1.3 - Leis Orgânicas de Saúde Estaduais.

2.3.1.4 - Código de Ética Médica.

2.3.1.5 - Código de Ética Odontológica

2.3.2 - Direitos trabalhistas e previdenciários

2.3.2.1 – Direitos do empregado portador de HIV

2.3.2.2 – Deveres do empregador

2.3.2.4 – Acidente de trabalho

2.3.2.4 – Leis estaduais e municipais de biossegurança

2.3.2.6 - Deveres dos consultórios odontológicos em relação a biossegurança.

2.3.3 - Responsabilidade Civil

2.3.3.1 - Aspectos de Responsabilidade Civil na Constituição.

2.3.3.2 – Relação contratual

2.3.3.3 – Código Civil Brasileiro

2.3.3.4 – Código Penal Brasileiro

2.3.3.5 – Notificação Compulsória.

Esta fase de estudos de leis atuais foi iniciada pela revisão geral das normas federais sobre assistência de saúde, passando pelas estaduais e municipais, e complementada pelo estudo dos Códigos Civil, Penal, Códigos de Ética e do Consumidor , leis trabalhistas e previdenciárias e jurisprudência existente sobre o assunto.

2.3 – ESTUDO DAS LEIS ATUAIS

2.3.1 - Aspectos gerais das leis:

2.3.1.1 - Lei 8. 080 de 19/09/1990, do Sistema Único de Saúde.

A Lei Nº 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990c) foi editada apenas dois meses após o Código do Consumidor, e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela estabeleceu competência ao SUS para a execução de todas as ações de saúde pública no Brasil e sua influência abrange até a Rede Privada de

atendimento (BRASIL, 1990c). O enfoque principal em termos de gerais são as garantias individuais, a democratização e a instituição de regulamentos uniformizadores das ações de saúde, expresso da forma que se segue:

O art. 2º e incisos e art. 3º. Parágrafo único (BRASIL, 1990c) asseguram garantia de universalidade dos serviços sem discriminação, garantia da preservação da autonomia do paciente, e da igualdade de assistência sem preconceito e discriminação.

O art. 4º e incisos e art. 5º e incisos (BRASIL, 1990c) promovem a descentralização e participação ativa da sociedade na gestão de recursos, imprimindo um aspecto democrático e participativo na prestação dos serviços de saúde.

O art. 6º e incisos (BRASIL, 1990c) determinam a criação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, e define termos e objetivos tais como os relativos a saúde do trabalhador.

O art. 7º e incisos (BRASIL, 1990c) institui a universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde, à integralidade desta assistência, e à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

O art. 16 e incisos (BRASIL, 1990c) determinam competência ao SUS para elaborar normas de controle de condições e ambiente de trabalho, dentre outras e neste aspecto, além da competência da União, os Estados, Distrito Federal e Municípios também receberam competência para elaboração de orientações técnicas de vigilância sanitária. O maior exemplo são as normas de

biossegurança estaduais que foram criadas a partir desta atribuição, e que especificam até as condições estruturais e de biossegurança para o funcionamento de estabelecimentos odontológicos a nível público e privado (MINAS GERAIS, 1999; SÃO PAULO 1999).

Dentro ainda da lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990c), a competência do SUS inclui a regulamentação do serviço privado de saúde a nível nacional, e está prevista nos art. 20 a 23 e incisos, e desta forma, as condições para funcionamento ficam condicionadas a alvarás oficiais expedidos após vistoria de fiscalização no estabelecimento.

2.3.1.2 - Código de Defesa do Consumidor.

O Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b) constitui-se em marco nas relações entre o profissional de saúde e o usuário de Rede Privada ou Pública de atendimento. Em seu art. 3º. ele define o Cirurgião Dentista como um fornecedor tanto como pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que presta serviço na área de saúde (BRASIL, 1990b). Segundo o art. 4º. Inciso I o paciente é o consumidor ao qual as ações governamentais devem proteger face a sua vulnerabilidade perante o mercado. Entre os direitos do consumidor contidos no art. 6º e incisos (art. 4º. Inciso I) encontram-se a proteção a vida, direito a informação e educação ampla sobre o tratamento, inclusive com esclarecimentos prévios sobre riscos e possíveis danos (princípios de risco-benefício e não-maleficiência), e proteção contra publicidade enganosa. Também constituem seus

direitos a reparação dos danos patrimoniais, morais, individuais, coletivos e difusos (princípios de privacidade e confidencialidade) , além de livre acesso aos órgãos judiciários, inclusive com inversão do ônus da prova (BRASIL, 1990b).

Segundo o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b) relativamente ao Cirurgião Dentista empregador, haverá sempre a responsabilidade solidária no caso de dano causado por seu empregado ou pelo produto incorporado ao tratamento, conforme previsto nos art. 7º parágrafo único, art. 25º. Parágrafo 1º e 2º, art. 34º. O direito de regresso contra o seu preposto causador do dano é garantido pelo art. art. 13º parágrafo único (BRASIL, 1990b).

O art. 14º (BRASIL, 1990b) estabelece que o Cirurgião Dentista responderá independente da existência de culpa, pela reparação dos danos advindos da prestação de serviço ou por informações inadequadas ou insuficientes sobre a fruição ou riscos do trabalho. O parágrafo 4º do mesmo artigo (BRASIL, 1990b) personaliza a responsabilidade dos profissionais liberais ao explicitar que ela será apurada mediante verificação de culpa.

Pelo determinado no art. 40 e incisos (BRASIL, 1990b), o Cirurgião Dentista é obrigado a confeccionar orçamento prévio com discriminação do valor do tratamento, dos materiais e equipamentos, das condições de pagamento e das datas de início e término dos serviços.

O prazo de prescrição é de 05 anos a partir do momento que se conheceu o dano e sua autoria, válido também quando da evidenciação de defeito por vício oculto ou redibitório (BRASIL, 1990b). Quanto ao vício oculto, trata-se de um aspecto não evidenciado e preexistente à celebração de um contrato e que

venha, no futuro, a prejudicar o uso do objeto do contrato ou lhe diminua o valor, conforme artigo 1001 do Código Civil (BRASIL, 1916) e definição contida na Revista do Direito [REVISTA DO DIREITO, 2001].

Em conclusão, esta lei estabelece a responsabilidade civil do Cirurgião Dentista desde o momento de veiculação de publicidade, passando por todos os atos pertinentes ao diagnóstico e tratamento, até o período após a finalização dos trabalhos. Responderá ele por danos físicos e morais mesmo no caso de dano causado por seu empregado. Em cada um destes momentos haverá sempre inversão do ônus da prova em favor do paciente. Esta inversão estabelece que a simples representação do paciente é suficiente para desencadear o processo, cabendo ao Cirurgião Dentista produzir elementos de sua defesa. Esta colocação subtende que qualquer Cirurgião Dentista pode ser processado, mas certamente a menor probabilidade de condenação pende para o lado daquele que tem melhores condições de produção de provas a seu favor e, neste sentido, o caminho da observação diligente das normas de responsabilidade civil e criminal é o mais seguro.

2.3.1.3 - Leis Orgânicas de Saúde Estaduais.

A principal conseqüência da nova sistemática implantada, foi a criação das Leis Estaduais e Municipais, que incorporaram estes princípios, e hoje constituem a essência da visão deontológica que todo Cirurgião Dentista deve ter no seu relacionamento com o paciente.

A Lei Orgânica de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1999) estabelece todos os padrões essenciais para o funcionamento de sua vigilância epidemiológica e sanitária, incorporando todos os valores éticos e morais contidos nas leis federais. O mesmo ocorre com a Lei Orgânica de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 1999), e demais estados da União.

Os municípios também criaram seus Códigos Sanitários, como é o caso de Belo Horizonte [BELO HORIZONTE, 2001], onde as mesmas garantias de igualdade e não discriminação estão propostas.

2.3.1.4 - Código de Ética Médica.

Um exemplo claro desta influência fora do âmbito estadual e municipal, pode ser encontrado na Resolução do Conselho Federal de Medicina publicada em 1992 denominada "Normas Éticas para o Atendimento ao Paciente com AIDS" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992), que trata especificamente do atendimento do paciente portador. Em poucos artigos foram sintetizados todos os seus direitos, e cuja objetividade tem se constituído a base das legislações estaduais, e por isto são comentados aqui:

> "Artigo Primeiro: O atendimento profissional a pacientes portadores do HIV é um imperativo moral da profissão médica e nenhum Médico pode recusá-lo".

O direito ao atendimento é garantido através da proibição de recusa de atendimento, o que promove o acesso livre e irrestrito do paciente tanto à Rede Pública como à Privada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Parágrafo Primeiro: Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada".

A abrangência fica ainda mais clara ao se explicitar nominalmente o compromisso de atendimento sem discriminação de ambos os serviços (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Parágrafo Segundo: o atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com normas de biossegurança recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, razão pela qual não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para sua recusa de prestação de serviço".

Neste parágrafo estão previstas a implantação de normas de biossegurança como forma de proteção a saúde do paciente e de garantia de atendimento sem discriminação por tipo de doença (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Parágrafo Terceiro: As instituições deverão propiciar ao Médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para sua proteção contra infecção,

> com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito".

O dever das Instituições em proporcionar melhores condições de trabalho tem como objetivo maior a prevenção do risco ocupacional e da infecção cruzada. Este artigo é um instrumento legal de forte apelo junto as Autoridades e Empregadores, que pode ser usado pelo Agente de Saúde sempre que sua integridade ou a do paciente estão ameaçadas por falta de medidas universais contra infecção em seu local de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Parágrafo Quarto: É de responsabilidade do Diretor Técnico da Instituição a garantia das condições de atendimento".

Desta forma, a co-responsabilidade fica estabelecida, podendo haver ensejo de responsabilização de toda uma cadeia hierárquica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992) .

> "Artigo Segundo: O Sigilo Profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso implica, inclusive, aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer a familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente".

Fica claro que a vontade expressa do paciente é soberana sobre os interesses coletivos e difusos. A privacidade e confidencialidade são extensivas até período post-mortem (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Parágrafo Único: Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (notificação às autoridades sanitárias) e preenchimento de atestado de óbito ou por justa causa (proteção a vida de terceiros: comunicante sexual fixo ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o paciente recusa-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado, após exauridas todas as alternativas de convencimento por parte da equipe de saúde)".

As três únicas condições onde pode haver quebra de sigilo são expressas, e constituem, além de uma proteção a individualidade do paciente, uma orientação sobre as condições onde ela é obrigatória e pode ser feita sob o escudo da legalidade. No caso dos pacientes refratários a condutas de prevenção em relação ao seu parceiro/comunicante, RUDNICK, (1996) considera possível a transmissão dolosa que ocorre quando se comprova a intenção de contagiar outrem. Nestes casos, o portador, mesmo tendo conhecimento de sua condição, recusa-se a adotar condutas compatíveis com a saúde do próximo. Neste caso, o crime de contágio de doença letal encerra uma natureza dolosa enquadrando-se em homicídio qualificado pelo emprego de meio cruel (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Artigo Terceiro: O Médico que presta seus serviços a empresa está proibido de revelar diagnóstico de candidato a emprego, inclusive ao empregador e à seção de pessoal da empresa, cabendo-lhe informar exclusivamente sobre sua capacidade ou não de exercer determinada função".

A proteção contra a discriminação do trabalhador HIV soropositivo no seu local de trabalho fica garantida através de proteção ao Agente de Saúde contra possíveis coações do empregador no sentido de obter a quebra de sigilo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

> "Artigo Quarto: É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório ou exame pré-admissional ou periódico e, ainda, em estabelecimentos prisionais".

As situações de rotina de atendimento onde normalmente mais se solicitam exames, foram elencadas, e não podem ser utilizadas como prerrogativa que justifique a realização de exame compulsório para HIV. O Agente de Saúde não pode alegar realização de teste compulsório sob qualquer pretexto, mesmo que considere tê-lo feito para auto-proteção ou de outrem (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

Esta norma do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992) com muita propriedade, captou todos os direitos do paciente HIV contidos em diversas leis federais e os condensou, de tal forma que estas normas foram a base para criação da legislação pertinente ao atendimento ao paciente soropositivo em todo o território nacional, conforme se pode exemplificar através de leis estaduais (GOIÁS, 1995; PARAÍBA 1994) e municipais (GOIÂNIA , 1994; NATAL, 1995; PORTO ALEGRE, 1994).

2.3.1.5 - Código de Ética Odontológica

O Código de Ética Odontológica, principal instrumento do exercício legal da Odontologia (BB - CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998), em seu art. 3º inciso I e II estabelece respectivamente o direito profissional do Cirurgião Dentista à livre convicção de diagnóstico e tratamento e ao segredo profissional. Mais adiante, no art. 4 inciso III, (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998) o diagnóstico é considerado um dever fundamental, e no inciso X a responsabilidade do ato de diagnóstico e de todos os demais atos, fica estabelecida.

Ainda sobre os deveres fundamentais expressos no art. 4º e incisos, (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998) estão a obrigação de se atualizar, obrigação de segredo profissional, elaboração de prontuários, resguardo da privacidade do paciente, esclarecimentos dos propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, não podendo omitir-se quanto ao socorro, e nem adotar técnicas ou materiais sem que haja comprovação científica de seus benefícios. Observa-se portanto a previsão dentro do Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODNTOLOGIA, 1998) todos os princípios éticos da relação Cirurgião Dentista/Paciente, quais sejam autonomia, não-maleficiência, relação risco-benefício, confidencialidade e privacidade que estão bem expressos.

Um fato que implica um aspecto legal importante refere-se ao direito de livre convicção de diagnóstico. O Código de Ética é claro e assegura pleno direito

ao profissional (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998). Em contrapartida, o Cirurgião Dentista é responsável por qualquer dano causado por erro de diagnóstico ou mesmo pela não realização de diagnóstico, como pode ocorrer pelo não-reconhecimento de lesões patognomônicas da SIDA.(BRASIL, 1916 , BRASIL 1990b). Neste caso, a sobrevida e a morbidade podem restar prejudicadas, pois o diagnóstico precoce é um importante fator de aumento da primeira e melhora da segunda. A alegação de desconhecimento destas lesões é descabida, pois consta na formação de qualquer Cirurgião Dentista em capítulo de patologia pertinente.

Se o dano a um paciente tiver sido causado por lesão não diagnosticada vier a se estender a outrem, o Cirurgião Dentista responderá solidariamente .(BRASIL, 1916 , BRASIL 1990b). A hipótese pode ocorrer em caso de diagnóstico da SIDA não realizado pelo Cirurgião Dentista quando já existiam lesões características na boca, levando o paciente a não adotar medidas preventivas a tempo e a hora porque não teve conhecimento do seu status sorológico quando era seu direito. Esta é mais uma razão que justifica a necessidade de melhor formação clínica e deontológica, pois o Cirurgião Dentista deve estar apto a assumir suas funções com um preparo tal que minimize os riscos de dano ao paciente através do princípio jurídico de perda de uma chance.

A complementação do estudo deontológico foi feita através do levantamento de dados de relevância, encontrados nas áreas trabalhista, previdênciária, deresponsabilidade civil e criminal.

Nesta ordem, em primeiro lugar foram estudados os direitos trabalhistas e previdenciários relativos à situações tais como o direito do empregado portador, do Cirurgião Dentista enquanto portador, os deveres do Cirurgião Dentista empregador em relação a empregado soropositivo, e a biossegurança em local de trabalho.

2.3.2 - Direitos trabalhistas e previdenciários

2.3.2.1 – Direitos do empregado portador de HIV

A Constituição Federal (BRASIL, 1988a) é hierarquicamente a lei mais importante do país, e no inciso I do art. 7 a demissão do trabalhador em razão de sua soropositividade é proibida, garantindo-lhe constitucionalmente a não-discriminação no trabalho. O artigo 203 (BRASIL, 1988a) estabelece como direito previdenciário do portador, a renda mensal independente de contribuição anterior à Previdência Social.

A Portaria Interministerial Nº. 3.195 DE 10/08/1988 (BRASIL, 1988b) instituiu, a nível nacional a Campanha Interna de Prevenção da AIDS (CIPAS) que visa estimular no interior das empresas e em todos os locais de trabalho, a adoção de medidas preventivas tais como treinamento de biossegurança, prevenção contra a SIDA e outros. A CIPAS (BRASIL, 1988b) foi instituída em caráter permanente e sua realização constitui um dever legal que abrange Órgãos Regionais da Administração Direta e Indireta, empresas públicas e privadas.

A Lei nº. 7.670 de 08/09/1988 (BRASIL, 1988c) estende benefícios aos portadores, entre eles a licença para tratamento de saúde, direito a aposentadoria e reforma militar, pensão especial, auxílio doença ou aposentadoria independente do período de carência, além de liberação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) independente de rescisão de contrato de trabalho.

A Lei nº. 7.713 de 22/12/1988 (BRASIL, 1988d) altera a legislação sobre Imposto de Renda, isentando o contribuinte previdenciário portador de HIV de pagamento à Receita Federal, e liberando os rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão.

A Lei nº. 8.213 de 24/07/1991 (BRASIL, 1991) dispõe sobre os direitos previdenciários dos trabalhadores. Ficam sujeitos a esta lei o Cirurgião Dentista que é empregado da iniciativa privada, empregado em caráter temporário, autônomo, empresário ou empregador de outras pessoas (ou outros Cirurgiões Dentistas), e todos devem contribuir mensalmente para a Previdência. Dentro destas normas, todos têm direito a aposentadoria por invalidez em caso de acometimento de SIDA, independente da sua condição de empregado ou empregador conforme preceitua o Art. 151 (BRASIL, 1991).

A Resolução nº. 02 de 17/12/1992 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP (BRASIL,1992c) autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) para os não aposentados portadores da SIDA.

No caso de Servidores Públicos, a Lei 8.112 de 11/12/1990 (BRASIL, 1990d) estabeleceu direito a aposentadoria por invalidez permanente em casos de portadores do HIV e em caso de licença para tratamento de saúde fica proibida qualquer menção a nome ou natureza da doença quando de tratar de laudo ou atestado, podendo haver esta citação somente em caso de acidente de trabalho, doença ocupacional ou SIDA.

A Portaria Interministerial Nº. 869 de 11/08/1992 (BRASIL, 1992b) proibiu os teste para HIV em exames pré-admissionais e periódicos de saúde no âmbito do Serviço Público Federal.

Para os demais trabalhadores, além do respaldo constitucional existe a proibição de teste compulsório pré admissional em todas as legislações estaduais e municipais, e sempre que houver consentimento para o teste, deverá haver aconselhamento pré e pós o exame (GOIÁS, 1995; GOIÂNIA, 1994; NATAL, 1995; PORTO ALEGRE, 1994).

Portanto, os direitos trabalhistas do portador do HIV, incluem licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez ou reforma no caso de militar sem período de carência, liberação sem carência do auxílio-doença e saldos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, isenção de pagamento de Imposto de Renda, confidencialidade em relação a atestados médicos e laudos de saúde, proibição de teste para o HIV em exames pré-admissionais e periódicos de saúde. Estes direitos são garantidos tanto para o Servidor Público como para o Trabalhador Previdenciário, e também são extensivos ao Cirurgião Dentista portador através dos princípios de não-discriminação contidos desde a

Constituição até às leis Municipais, desde que o Cirurgião Dentista portador do HIV legalmente esteja legalmente habilitado conforme a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1997). Estes direitos em sua maioria também se estendem ao trabalhador não portador.

Convém ressaltar ainda que todos os estados da Federação adotaram legislações com pequenas variações circunstanciais em relação às federais sem prejuízo do mérito, mantendo na íntegra os mesmo direitos. Elas devem ser do conhecimento do Cirurgião Dentista, enquanto empregado e também enquanto empregador de mão de obra, como parte necessária para o exercício pleno da cidadania.

2.3.2.2 – Deveres do empregador

Em relação aos deveres dos empregadores, a Portaria Interministerial Nº. 3.195 DE 10/08/1988 (BRASIL, 1988b) instituiu a obrigatoriedade de treinamento sobre biossegurança e prevenção da SIDA em local de trabalho e portanto o Cirurgião Dentista empregador deve realizar treinamento em sua clínica para seus empregados. A demissão por discriminação do portador é proibida pela Constituição (BRASIL, 1988a). Os testes pré-admissionais não podem exigir sorologia para o HIV conforme a Portaria Interministerial Nº. 869 de 11/08/1992 (BRASIL, 1992b) que proíbe teste a nível do funcionalismo público federal, bem como a Portaria Interministerial Nº. 796 de 29/051992 (BRASIL, 1992a) que

proíbe testes pré-admissionais em estabelecimentos de ensino, e também leis estaduais e municipais (GOIÁS, 1995; GOIÂNIA, 1994; NATAL, 1995; PORTO ALEGRE, 1994),

2.3.2.3 – Acidente de trabalho

Segundo o Ministério da Saúde em seu Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico [MANUAL, 2000], a instituição de profilaxia pós-acidente ocupacional depende de vários fatores, sendo que o estado virêmico do doador no momento do acidente, é o mais importante aspecto em qualquer tipo de acidente e os testes de acompanhamento feitos no profissional acidentado devem levar em conta o período de janela imunológica, no qual pode ocorrer resultado falso negativo. Para cada tipo de acidente e sua gravidade existe um protocolo de profilaxia específico [MANUAL, 2000].

Ao sofrer o acidente percutâneo, o Cirurgião Dentista deve adotar cuidados locais e deve ser acompanhado clinica e psicologicamente por período de 12 meses, com checagem sorológica regular. [MANUAL, 2000].

Segundo o Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas, (BRASIL, 2000), o risco ocupacional do Cirurgião Dentista é um importante aspecto trabalhista, e envolve interesses individuais e coletivos.

Tanto para trabalhadores da Rede Privada como para Servidores Públicos há necessidade de comunicação através do preenchimento do formulário

de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), o que deve ocorrer em no máximo 10 dias para o Servidor Público (BRASIL, 1990d). Já na Rede Privada, a comunicação deve ser feita em 24 horas (BRASIL, 1948). É necessário para isto a existência de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no local de trabalho (BRASIL, 1948, e BRASIL, 1990d) .

Constitui também direito do trabalhador a disponibilidade gratuita dos medicamentos no local de trabalho público, que é garantida pelo artigo 213 do RJU (BRASIL, 1990d). Da mesma forma, o Decreto nº. 9.313 de 13/11/1996 instituiu a distribuição gratuita de medicamento aos portadores do HIV e doentes de AIDS (BRASIL, 1996a).

Estas normas devem ser do conhecimento do Cirurgião Dentista enquanto empregado e também enquanto empregador de mão-de-obra, como parte necessária para o exercício pleno da cidadania.

O reflexo da legislação trabalhista existente pode ser visto nas jurisprudências de tribunais do trabalho, dentre eles o Tribunal Superior do Trabalho [JURISPRUDÊNCIA, 2001b], onde existem catalogados 11 documentos, dos quais 10 tratam de estabilidade e reintegração ao trabalho de portador de HIV, e 01 de dano moral por discriminação do empregador ao empregador HIV soropositivo. CHEQUER (1998) cita diversas jurisprudências existentes em vários tribunais do país, dentre elas 02 casos de acidente de trabalho envolvendo vírus de HIV, 10 casos de imputação civil por contaminação pelo HIV, 02 casos de liberação de FGTS, 03 casos de liberação do PIS e 04 casos envolvendo seguro de vida e infecção pelo HIV.

2.3.2.4 – Leis estaduais e municipais de biossegurança

A biossegurança e a segurança no trabalho dentro dos consultórios odontológicos também foi estudada sob o ponto de vista deontológico, com o objetivo de ressaltar as implicações legais da aplicação das normas. As leis federais abordam o assunto de forma ampla e estabelecem competência aos Estados e Municípios para o tratarem mais especificamente, e por isso estas últimas foram pesquisadas. Elas guardam entre si semelhanças, independente do local de origem, porque todas são irmanadas das mesmas leis federais, de tal forma que o estudo de uma equivale ao estudo das demais.

Segundo a Lei Estadual Nº. 13.317 de 24/09/1999 (MINAS GERAIS, 1999) em seu artigo 3º parágrafo 1º, saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e o art. 6º considera que todas as ações de proteção e promoção de saúde dentro do Estado regem-se pela mesma lei. O poder de polícia sanitária está previsto no art. 7º inciso III (MINAS GERAIS, 1999) e consiste no exercício de fiscalização de qualquer serviço de saúde, dentro das normas previstas e no interesse do bem público. A competência do Estado para organizar e coordenar a vigilância em saúde é definida no art. 15 inciso IV (MINAS GERAIS, 1999) podendo para isto elaborar normas técnicas extensivas ao serviço público e privado conforme art. 15 inciso VII. O funcionamento dos estabelecimentos odontológicos depende de expedição de alvará conforme o previsto no art. 23 e incisos (MINAS GERAIS, 1999).

O capítulo V da mesma lei (MINAS GERAIS, 1999) trata da saúde do trabalhador, onde o art. 61 determina como obrigação do empregador a adequação do local de trabalho às boas condições de segurança e higiene, através da eliminação ou redução de riscos (inciso IX), instituição de programa de controle da saúde de trabalhadores custeando inclusive todos os exames médicos pertinentes ao trabalho (inciso X). É proibido exigir testes sorológicos para o HIV em exames admissionais, atestados de esterilização, testes de diagnóstico de gravidez e outros, conforme estabelece o art. 66 (MINAS GERAIS, 1999).

A norma estadual (MINAS GERAIS, 1999) sujeita ao controle sanitário todos os estabelecimentos que exerçam atividade ligada a saúde que possam no seu exercício provocar dano ou agravo à saúde da população, conforme especifica o art. 80 e incisos. Compete aos estabelecimentos de saúde a preservação da saúde dos trabalhadores e terceiros conforme o art. 83 inciso II (MINAS GERAIS, 1999), bem como manter rigorosas condições de higiene (art. 83, inciso IV). A concessão e/ou renovação de alvará para funcionamento depende do cumprimento destas normas, conforme o art. 85 e incisos. A presença do Responsável Técnico (RT) é obrigatória durante o funcionamento dos trabalhos, conforme art. 86 e incisos (MINAS GERAIS, 1999).

Dentre os deveres dos estabelecimentos de saúde encontra-se o de manter utensílios, instrumentos e roupas em número condizente com o de pessoas atendidas, conforme o art. 87 e incisos (MINAS GERAIS, 1999).

O processo administrativo é definido no capítulo IV, onde o art. 97 (MINAS GERAIS, 1999) determina que as infrações sanitárias serão punidas sem

prejuízo das ações de natureza civil e penal, sendo considerada infração a desobediência ou inobservância do disposto nesta lei (art. 98). Respondem pela infração os responsáveis administrativos, os proprietários, e os RT, segundo o parágrafo 1º do art. 98 (MINAS GERAIS, 1999).

As sanções previstas nesta lei (MINAS GERAIS, 1999) vão desde a advertência até cassação da autorização de funcionamento, conforme art. 96 e incisos. Constituem infrações a ausência de RT (art. 99 inciso II), deixar de observar as normas de biossegurança (art. 99 inciso VI), aviar receita em desacordo com a prescrição médica (art. 99 inciso XI), deixar de comunicar doença de notificação compulsória (art. 99, inciso XIX), manter condição de trabalho que cause dano à saúde do trabalhador ou de outrem (art. 99 inciso XXVII), dentre outras (MINAS GERAIS, 1999).

As infrações sanitárias previstas nesta lei (MINAS GERAIS, 1999) são classificadas como leves, graves e gravíssimas conforme art. 100 e incisos, sendo atenuantes a ausência de autuação anterior e reparação expontânea do dano (art. 107 e incisos). As situações agravantes estão previstas no art. 108 e incisos (MINAS GERAIS, 1999) e são a reincidência, a obtenção de vantagem pecuniária pelo dano causado, coação de outrem para a execução do dano, ausência de medidas de reparação expontânea do dano, dentre outras.

A Portaria SMSA/SUS-BH Nº. 026/2000 de 12/06/2000 (BELO HORIZONTE, 2000) trata de Norma Técnica Especial sobre instalação e funcionamento de consultório odontológico em Belo Horizonte-MG.

A classificação e caracterização dos consultórios está prevista nos artigos 7º e 8º e seus incisos, sendo o Consultório do tipo I caracterizado por possuir somente 01 conjunto de equipamento odontológico e Policlínica como o que tem mais de cinco consultórios (BELO HORIZONTE, 2000).

As modalidades de atendimentos estão previstas no art. 9º e incisos, onde o atendimento em consultório particular é definido como Intra Estabelecimento (BELO HORIZONTE, 2000).

A instalação do consultório deverá ser de tal forma que não traga riscos aos produtos, equipamentos, pacientes e pessoal, conforme o art. 11 e incisos (BELO HORIZONTE, 2000).

O RT deverá ser um Cirurgião Dentista devidamente inscrito no Conselho Regional e deverá possuir Termo de Responsabilidade Técnica, conforme preceituam o art. 12 e incisos (BELO HORIZONTE, 2000).

O capítulo VII da lei municipal contempla as normas pertinentes às áreas físicas dos consultórios, sendo que o piso deverá ser de material lavável e impermeável, possibilitando processos de descontaminação, e sem conter trincas ou descontinuidades, de acordo com o art. 15 inciso III (BELO HORIZONTE, 2000).

As paredes devem ser de alvenaria ou divisórias, revestidas de material lavável e impermeável que possibilitem descontaminação, conforme o art. 15 inciso IV (BELO HORIZONTE, 2000).

Todo consultório deverá ter duas pias, sendo uma para uso exclusivo de lavagem das mãos (art. 16) e a outra para uso de limpeza e descontaminação de instrumentos (art. 16 parágrafo 3º) (BELO HORIZONTE, 2000).

O capítulo IX trata dos instrumentais, sendo que o instrumental de qualquer consultório deve ser compatível com o processo de esterilização adotado, número de pacientes a serem atendidos e o tipo de procedimento realizado, conforme art. 35 e incisos (BELO HORIZONTE, 2000).

O capítulo XIII (BELO HORIZONTE, 2000) trata das responsabilidades, sendo que o Cirurgião Dentista é responsável pelo diagnóstico e tratamento (art. 50 e 51), e pelos materiais empregados (art. 52 e incisos).

O capítulo XV (BELO HORIZONTE, 2000) trata dos resíduos, sendo que todos os materiais descartáveis devem ser desprezados em saco plástico, branco leitoso, com rótulo de "contaminação", conforme normas da ABNT.

2.3.2.5 - Deveres dos consultórios odontológicos em relação a biossegurança.

Os deveres podem ser resumidos, e onde cabe como obrigação do Cirurgião Dentista segundo as leis estaduais, estar dentro das normas previstas pela vigilância sanitária, sendo ele responsável pelo seu cumprimento, cabendo-lhe promover a segurança de trabalho de seus empregados, e de seus pacientes.

2.3.3 - Responsabilidade Civil

2.3.3.1 - Aspectos de Responsabilidade Civil na Constituição.

Os direitos civis dos portadores também são um capítulo importante e extenso, e se inserem dentro da Constituição (BRASIL, 1988a) e do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916). Dentro destas e de outras leis, os artigos relativos a responsabilidade civil do Agente de Saúde foram estudados de forma sintetizada, iniciando-se pela Constituição Brasileira.

Na Constituição (BRASIL, 1988a) estão expressas as diretrizes básicas dos direitos dos cidadãos, e em seu art. 5º está assinalado como direito fundamental a tutela da pessoa pelo Estado em seu aspecto não-econômico. O inciso III deste artigo (BRASIL, 1988a) dispõe que ninguém sofrerá tratamento deshumano ou degradante, e o inciso X considera invioláveis a honra e imagems das pessoas, sendo assegurada reparação por danos materiais e morais e portanto, pela Constituição o direito do portador do HIV ao trabalho, a via social e familiar é a mesma que a de qualquer outro indivíduo.

2.3.3.2 – Relação contratual

De início, é necessário estabelecer o tipo de relação civil que existe entre o Cirurgião Dentista e o Paciente. Sob o ponto de vista de direito civil, as relações entre Agente de Saúde e Paciente portador de HIV são definidas dentro

do regime jurídico como responsabilidade contratual, conforme assinalado por KFOURI NETO, (1998), MATIELO (1998), QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO (1998), SANTOS (1999). A forma da lei não faz distinção entre a responsabilidade civil do atendimento ao paciente portador de HIV de outro não portador. DARUGE & MASSINI (1978) assinalam que os elementos constituintes da responsabilidade profissional são o agente, o ato profissional, ausência de dolo, existência de dano e relação de nexo causal. DARUGE & MASSINI (1978) citam ainda o fato de que, pelo artigo 1518 do Código Civil, os bens do profissional que ocasionou o dano ficam sujeitos à reparação. Não há diferenciação de responsabilidade para o atendimento de pessoas portadoras, observando-se apenas que as normas de responsabilidade civil garantem o direito de ressarcimento por dano moral, o que no caso de quebra de sigilo em portadores, pode assumir um caráter bem mais grave devido ao estigma que cerca a doença.

2.3.3.3 – Código Civil Brasileiro

O Código Civil (BRASIL, 1916) que se segue à Constituição, em ordem de importância, é a referência máxima sobre os direitos e deveres que cercam a relação entre pessoas, prevendo normas para ressarcimento de danos ocorridos nesta relação.

Sobre a responsabilidade contratual, o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916) em seu art. 159 estabelece:

> "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

Esta norma determina que qualquer prejuízo ao patrimônio material e moral enseja ação indenizatória, podendo haver inclusive ressarcimento por lesão a personalidade como nos casos de quebra de sigilo profissional pelo Cirurgião Dentista sem observação do amparo legal.

O art. 1056 do CCB estabelece (BRASIL, 1916):

> "Não cumprindo a obrigação, ou deixando de cumpri-la pelo modo e no tempo devidos, responde o devedor por perdas e danos".

Aqui, a ação indenizatória decorre pelos danos causados pelo atraso no cumprimento do estabelecido ou pelo cumprimento de uma forma que não estava estabelecida, como é o caso de atrasos não previstos na finalização de tratamentos executados ou a sua finalização com uso de materiais não especificados anteriormente. Segundo QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO (1998), este tipo de ação pode prever ressarcimento por danos positivos ao patrimônio (dano emergente), e por lucros cessantes (lucro que a pessoa lesada deixou de ter em função do dano sofrido).

Além da reparação do dano, artigo 1538 do CCB (BRASIL, 1916) contempla os direitos aos lucros cessantes da forma que se segue:

> "No caso de ferimento ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos

> lucro cessantes até o final da convalescença, além de lhe pagar a importância da multa no grau médio da pena criminal correspondente.

Por sua vez, estabelece o artigo 1539 do CCB (BRASIL, 1916):

> "Se da ofensa resultar defeito, pelo qual o ofendido não possa exercer seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua o valor do trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, incluirá uma pensão correspondente à importância do trabalho, para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu".

Além de estabelecer parâmetros para indenização por danos corporais, cria a pensão equivalente ao prejuízo sofrido devido a incapacidade para o trabalho do ofendido.

O artigo nº. 1.545 (BRASIL, 1916) é bem explícito em relação aos Agentes de Saúde:

> "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e Dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que a imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento".

O prazo prescricional destas ações indenizatórias ocorre após 20 anos decorridos do ato, conforme preceitua o artigo 177 do Código Civil BRASIL, 1916). O prazo é de 05 anos a partir do conhecimento do dano e de sua autoria, conforme o art. Nº. 27 do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL,1990b).

Para o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b), em seu art. 14, a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação de culpa subjetiva em qualquer das suas modalidades: negligência, imprudência ou imperícia.

Para o Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998), é dever fundamental do Cirurgião Dentista assumir a responsabilidade pelos seus atos conforme o art. 4º. Inciso X.

O reflexo destas normas pode ser observado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça [JURISPRUDÊNCIA, 2001a], onde existem 26 súmulas e acórdãos que tratam dos seguintes assuntos: inclusão de tratamento de SIDA em seguro de saúde, (02 casos); demissão de trabalhador HIV soropositivo por motivo discriminatório, (01 caso); exclusão do portador de HIV de plano de saúde, (11 casos); tentativa de homicídio por contaminação, (01 caso); liberação de FGTS para tratamento de familiar portador de HIV, (02 casos); obrigatoriedade de fornecimento de medicamento gratuito pelo Estado, (02 casos); pensão por falecimento de portador arrimo de família, (01 caso); contaminação por transfusão, (01 caso); concessão de liberdade condicional para portador que cumpre pena, (02 casos): partilha de bem comum de casal homossexual, (01 caso); ação indenizatória por dano moral devido a exigência de teste para HIV em exame pré-admissional, (01 caso); e prisão preventiva para homicida portador do HIV, (01 caso).

Como outro exemplo temos o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro que apresenta 18 jurisprudências [JURISPRUDÊNCIA 2001c] originadas

de casos de ação indenizatória por dano moral envolvendo a SIDA. As ações foram motivadas por troca de exames, erro de diagnóstico, dano moral por medo de contaminação em ambiente hospitalar, dano moral por proibição de embarque em avião de portador de HIV, publicação de foto e uso não autorizado de fotografia de portadores de HIV, veiculação de notícia difamante, e demissão sem justa causa de portador do HIV . CHEQUER (1998) cita jurisprudências de vários tribunais onde existem 21 casos de inclusão da SIDA em planos privados de saúde, 01 caso de anulação de casamento por vício redibitório relativo a portador não sabido, incapacidade civil de portador, 01 caso de direito de vizinhança, 01 caso de indenização por publicação de resultado de exame.

Estes tipos de dano físico e moral não ocorrem somente com a SIDA, sendo extensivos a qualquer doença.

As sanções advindas da aplicação do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor não excluem a possibilidade de processo na área penal, pois o dano pode se constituir em lesão grave com perda de função ou mesmo ter êxito letal. Assim, é necessária a familiarização com alguns artigos do Código Penal Brasileiro que guardam estreita relação com o assunto, em especial aqueles que tratam dos crimes contra a pessoa.

2.3.3.4 – Código Penal Brasileiro

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), em seu art. 130, Parte Especial, Título I Dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo III, trata de perigo de contágio venéreo:

> "Expor alguém por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado.
>
> Pena- detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.
>
> 1º - Se é intenção do agente transmitir a moléstia:
>
> Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.
>
> Parágrafo 2º - Somente se procede mediante representação".

Este artigo foi aqui inserido para reforçar a visão de responsabilidade sobre o contágio que pode ocorrer com o comunicante ou parceiro sexual do portador. Diante de um paciente que demonstra refratariedade ao aconselhamento e tratamento, adotando posturas que viabilizam o contágio a outrem, o Agente de Saúde deve conhecer esta informação sobre o texto da lei para utilização como forma de embasamento e convencimento do paciente, e assim tentar evitar a difícil decisão de quebra de sigilo sem consentimento, que sempre expõe muito o profissional a processos judiciais.

A contaminação pelo vírus HIV, ocorrida de forma intencional constitui crime de lesão corporal previsto no artigo 129 (BRASIL1940):

> "Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.
>
> Pena – detenção, 3 de (três) meses a 1 (um) ano.
>
> Prfg. 2º - Se resulta:
>
> II – enfermidade incurável:
>
> Pena – reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

Se o contágio ocorre por negligência, imprudência ou imperícia, como pode acontecer no caso de não adoção de medidas de biossegurança em consultório odontológico, o crime é de natureza culposa e está definido no art. 129 parágrafo 6º (BRASIL1940):

> "Se a lesão é culposa:
>
> Pena – detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano".

No art. 154 do Capítulo VI, Seção IV Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos, consta o crime de violação de segredo profissional (BRASIL1940):

> "Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:
>
> Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) anos, ou multa.
>
> Parágrafo único – Somente se procede mediante representação".

No caso da SIDA, a quebra de sigilo sem motivo justo perante a lei, constitui crime passível de processo ético, civil, criminal e administrativo.

O artigo 267 do Título VIII Dos crimes contra a incolumidade pública, Capítulo III Dos crimes contra a saúde pública contido no Código Penal Brasileiro, ressalta o crime de propagação de germes (BRASIL1940):

> "Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos:
>
> Pena – reclusão de 10 (dez) a 15 (quinze) anos.
>
> Parágrafo 1º - Se do fato resulta morte, a pena é aplicada em dobro.
>
> Parágrafo 2º - No caso de culpa, a pena é a detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos, ou se resulta morte, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos".

A este respeito Sande & Volberding (1995) relatam 01 caso na literatura internacional da contaminação de várias pessoas por um Cirurgião Dentista portador de HIV ocorrida nos Estados Unidos. Embora pouco provável, este acontecimento pode se tornar factível na medida em que a biossegurança deixa de ser corretamente observada, abrindo espaço para contaminação e ação judicial cabível.

O prazo para prescrição do direito de queixa ou de representação é de 06 meses, contado a partir do dia em que se vier a conhecer o autor do crime, conforme o previsto no art. 38 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941).

A responsabilidade penal também está prevista no Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b) no art. 75 e incisos contidos no Título II Das infrações penais, onde figuram como agravantes os danos graves ocasionados individualmente ou de forma coletiva, os danos decorrentes de dissimulação da natureza ilícita do procedimento, ou que tenham ocorrido no exercício de serviços essenciais, tais como o da saúde. Assim a contaminação durante procedimento por ausência de uma ou mais medidas de segurança, a falta de informação ou de diagnóstico que ocasiona pior morbidade da doença, a diminuição da sobrevida e possibilidade de contaminação do comunicante, a omissão de diagnóstico por preconceito, a omissão de socorro, a demora no reconhecimento precoce da doença podem causar dano que por sua vez, geram processos administrativos, éticos e judiciais em áreas civil e penal, sem prejuízo para qualquer uma delas, conforme o art. 83 e incisos do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b).

Todos os estados da União incorporaram estas formas de lei, de maneira que a responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista é a mesma em todo o território nacional.

2.3.3.5 – Notificação Compulsória.

A Notificação Compulsória, tradicionalmente aceita como atribuição exclusiva do Médico, também o é do Cirurgião Dentista. Portanto, o Cirurgião Dentista deve saber diagnosticar as manifestações orais da SIDA, para saber

notificar. Para fazê-lo, precisa conhecer bem as normas pertinentes, que nem sempre se mostram claras, e por isso receberam a seguir algumas considerações, baseadas na revisão bibliográfica até aqui realizada.

Existem duas correntes de pensamento sobre Notificação da SIDA que diferem entre si apenas no aspecto de quando se deve fazê-la.

A primeira determina que a Notificação às autoridades sanitárias deve ser feita tão logo se tenha o diagnóstico, independente de existência de sintomatologia ou de permissão do paciente.

A este respeito o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) no art. 268, diz que constitui crime deixar de cumprir determinação legal na área de saúde, tal como se segue:

> "Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:
>
> Pena – detenção, de 1 (um) mês a 1 (um) ano, e multa.
>
> Parágrafo único – a pena é aumentada em um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, Dentista ou enfermeiro".

JESUS (1995) comenta o Código Penal nos seguintes pontos sobre este tipo de crime:

a) O objeto jurídico é a coletividade, sendo ela o sujeito passivo;
b) Sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, notadamente os profissionais citados;
c) Poder Público é qualquer autoridade legalmente constituída, e determinação do poder público é qualquer ato normativo.

d) O momento consumativo ocorre quando não se cumpre determinação do poder público destinada a impedir propagação de doença contagiosa;

e) A tipificação é dolosa, não havendo forma culposa. O fato agravante é caracterizado pelo descumprimento do dever que caiba a um agente em razão de cargo ou profissão.

A nível estadual o art. 27 do Código de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1999) estabelece competência aos profissionais legalmente habilitados para a execução de ações de vigilância epidemiológica, e o art. 30º atribui ao Cirurgião Dentista a obrigação de notificar a SIDA. Vale ressaltar que as leis anteriores não definiam nominalmente qualquer agente, o que vem demonstrar o acerto das leis de hoje na proteção a pessoa, na medida que são bem claras em relação aos deveres do Cirurgião Dentista no seu papel de Agente de Saúde. Pela análise deste ponto observa-se que a responsabilidade do Cirurgião Dentista enquanto Agente de Saúde é o de estreito colaborador com as Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias, devendo estar preparado para efetuar diagnóstico, solicitar testes para o HIV, manter o sigilo, observar estritas normas de biossegurança, fazer a notificação compulsória dentre outras atribuições.

Em resumo, conforme a orientação legal prevista nas normas federais, a Notificação Compulsória é um dever do cidadão e uma obrigação para o Cirurgião Dentista, o que ocorre também dentro das leis estaduais de vigilância sanitária. (BRASIL, 1975; BRASIL, 1976; BRASIL, 1978; BRASIL, 1988a, MINAS GERAIS, 1999; SÃO PAULO, 1999). O enfoque dado pelo Código Penal torna

ainda mais claro este aspecto e em nenhuma destas leis existe um critério que estabeleça a comunicação somente a partir de existência de sintomatologia da SIDA.. O dever imposto por estas normas é o de a notificação obrigatória que deve ser procedida tão logo o Agente de Saúde tiver o diagnóstico ou mesmo presumir a doença, independente de consentimento do paciente.

A segunda corrente de pensamento vem do Ministério da Saúde, e está contida em seu Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis [MANUAL, 1999] e que também considera compulsória a comunicação de todos os casos, mas colocando no entanto a seguir a ressalva de que a notificação só deve ser feita se existirem sinais e sintomas previstos em critérios prévios para o diagnóstico definidos segundo orientação do Center Of Diseases Control (CDC) e, critérios latino-americanos. Ainda segundo o Ministério, somente a comunicação de transmissão congênita deve ser feita de imediato, sem espera de aparecimento de sintomatologia [MANUAL, 1999].

O mesmo manual [MANUAL, 1999] esclarece que para a definição dos critérios de diagnóstico o Ministério da Saúde adota divisões para casos de indivíduos com menos e mais que 13 anos. Para as pessoas com idade superior a 13 anos existem cinco opções de diagnóstico para fins epidemiológicos: Critério CDC Modificado onde são relacionadas doenças indicativas de AIDS para as quais é requerido o diagnóstico definitivo e doenças indicativas de AIDS para as quais é aceito o diagnóstico presuntivo; Critério Rio de Janeiro/Caracas; Critério Excepcional CDC; Critério Excepcional Óbito; e Critério Excepcional ARC+Óbito

[MANUAL, 1999]. A Candidíase esofagiana e oral, Herpes simples do trato gastrointestinal, Leucoplasia Pilosa e Sarcoma de Kaposi de mucosa oral são citados como doenças diretamente relacionadas, e seu aparecimento mesmo em pessoas assintomáticas, conjugado com observação clínica e exames complementares, são fundamentais para o diagnóstico definitivo [MANUAL, 1999].

Entre uma e outra corrente de pensamento, consultando-se a cronologia das leis de vigilância epidemiológica a partir de 1975, observa-se que:

A Lei Nº. 6.259 de 30/10/75 (BRASIL, 1975) que dispõe sobre vigilância epidemiológica, diz que uma das ações de vigilância são as informações que os serviços público e privado repassam às autoridades sanitárias sobre doenças notificáveis. Mais adiante a lei observa que estas informações são obrigatórias para Agentes de Saúde, que as autoridades devem facilitar sua realização e investigar os casos notificados, e que elas constituem o subsídio para as ações preventivas.

A Lei Nº. 78.231 de 12/08/1976 (BRASIL, 1976), que complementou a lei do ano anterior, assevera que em caso de grave risco a comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente, poderá haver identificação do portador fora do âmbito médico-sanitário.

A Portaria Nº 22 de 25/07/1978 diz que as medidas de controle a serem adotadas pelas autoridades visam a interrupção da cadeia de transmissão da moléstia.

- A Portaria 236 de 02/05/1985 (BRASIL, 1985), editada em plena era da SIDA, define como comunicante o(s) parceiro(s) sexual(is) do indivíduo que teve a doença confirmada. Caso de doença confirmada é o caso de indivíduo pertencente a grupo de risco e que tenha sintomatologia característica, e deve ser notificado. É neste ponto que se criaram os critérios de diagnóstico para fins de notificação, e onde apenas um dos critérios clínicos possíveis é observado, em detrimento de outros também importantes, tais como janela imunológica, período de latência viral dentre outros. Após a Notificação diz a citada lei (BRASIL, 1985) que os portadores deverão ser submetidos a investigação, inclusive os comunicantes e o acompanhamento do problema será feito pelos órgãos competentes, e constará de educação sanitária preventiva para o portador e seu parceiro ou comunicante. Portanto, se um indivíduo tem testes positivos (02 ELISA positivos e 01 WB positivo) mas está assintomático, não deve haver comunicação, até que aconteça a sintomatologia característica, o que pode levar tempo considerável, segundo o próprio Ministério da Saúde. [MANUAL, 1999] Neste período o paciente é um transmissor, e entretanto, as ações de saúde preventiva só serão desencadeadas quando houver a Notificação, se seguidas as normas da Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 1985).

Outros autores como LIMA et al (1996), afirmam que a Notificação tem caráter obrigatório para todo Agente de Saúde, mas não deixam claro quando ela deve ser feita.

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), secundado pela Lei Federal nº. 8.080 (BRASIL, 1990c) em seu artigo 8º, e leis estaduais cujo exemplo é a Lei nº. 13.317 do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1999), apontam para a compulsoriedade da notificação dos casos de SIDA, o que na prática significa obrigação de comunicar o fato a autoridade independente do consentimento do portador, tão logo se conheça o diagnóstico, e independente de existência de sintomatologia.

Desta forma o Ministério da Saúde a partir de uma portaria (BRASIL, 1985) considera que a notificação só deve ser feita quando o paciente apresentar sintomatologia constante em uma de suas categorias de critérios para diagnóstico, o que na prática significa ausência de comunicação durante período potencialmente capaz de contaminação de comunicante. Este sistema de notificação atrelado a alguma sintomatologia, é a forma encontrada pelo Ministério para inserir o portador em programas que objetivam o fornecimento gratuito de medicamento e a educação para a não disseminação da doença. Não há uma orientação específica para integração de portador diagnosticado mas assintomático nesta rede assistencial, ficando o mesmo fora dos programas educativos e preventivos inclusive, mesmo sendo um potencial transmissor da doença.

Entretanto a realização tardia da Notificação se analisada sob o crivo da imputação prevista no Código Penal (JESUS, 1995) poderá receber

enquadramento jurídico, através da inscrição do Agente de Saúde no artigo 268 conjuminado pelos artigos 132 e 129, conforme o descrito a seguir.

O artigo 268 (BRASIL, 1940) considera crime o não cumprimento de medida sanitária preventiva como a Notificação, e atribui pena de 01 mês a 01 ano para o infrator, sendo aumentada em 1/3 se o agente for médico, Cirurgião Dentista ou farmacêutico da Rede Pública.

O artigo 132 (BRASIL, 1940) considera crime expor a saúde e a vida de outrem a perigo direto e eminente, e atribui pena de 03 meses a 01 ano ao infrator. Relembre-se que de acordo com o Ministério da Saúde, enquanto o portador permanecer assintomático não deve haver Notificação, mesmo que o período assintomático seja longo, o que pode durar até 15 anos segundo dados do próprio Ministério (BRASIL, 1994). Neste período, o paciente permanece virêmico e pode transmitir a doença se não tiver conhecimento preventivo. Portanto, este período sem notificação abre uma margem de perigo de vida a outrem, o qual poderia ser minimizado pela cooptação do portador pelos programas preventivos. Se esta coaptação só ocorre quando há notificação, e esta ocorrer em período tardio, estabelece-se daí a co-responsabilidade do Agente de Saúde por ter exposto o comunicante ao perigo eminente de contaminação pelo HIV, ao não realizar a Notificação quando poderia tê-lo feito.

O artigo 129 do Código Penal (JESUS, 1995) considera lesão corporal a ofensa à saúde de outrem, e atribui pena de 03 meses a 01 ano de detenção. A lesão será de natureza grave se resultar em enfermidade incurável, segundo o

parágrafo 2º, inciso II do mesmo artigo, o qual aumenta a pena para 2 a 8 anos de reclusão (JESUS, 1995).

Portanto existem duas formas de ação: uma imediata prevista em lei federal, outra tardia prevista em portaria do Ministério da Saúde. Ambas são estão previstas em normas legais, e resguardam os direitos do portador, mas somente a opção das leis federais oferece maior proteção à coletividade no seu direito de não ser contaminada ao mesmo tempo que atende de forma precisa o objetivo da Notificação. Além disso, do ponto de vista jurídico, a orientação do Ministério da Saúde que normatiza através de uma Portaria, não tem força superior à de uma lei federal.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente trabalho foi desenvolvida uma pesquisa sob forma de questionário aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (Anexo 1), que foi aplicado a Cirurgiões Dentistas de um centro urbano. O detalhamento técnico e demais informações encontram-se a seguir.

3.1 – ÁREA DE COLETA DE MATERIAL

A coleta de material foi realizada em julho de 2000, no município de Belo Horizonte, com população de 2.229.697 habitantes, segundo o Censo Populacional de 1999. É a capital do Estado de Minas Gerais que forma juntamente com São Paulo, Rio de Janeiro Espírito Santo a região sudeste do País. Está localizada na Zona Metalúrgica e de Campos das Vertentes de Minas

Gerais, e é considerada a 3ª capital em termos populacionais e de recursos. A cidade encontra-se a uma altitude de 858 m com uma área terrestre de 335,5 Km^2. Possui duas Faculdade de Odontologia, um Departamento de Odontologia dentro da Secretaria Municipal de Saúde, e um Serviço Público Especializado no atendimento ao paciente portador de HIV [BELO HORIZONTE, 1999].

Segundo informação do CRO-MG [CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS, 2000] a população de Cirurgiões Dentistas legalmente inscritos no CRO-seção Minas Gerais em julho de 2000 era de 6.289 profissionais.

3.2 – SELEÇÃO DA AMOSTRA

A determinação quantitativa da amostra obedeceu a seguinte fórmula estatística:

$$n = \frac{p(1-p)z^2 N}{d^2(N-1) + z^2 . p(1-p)}$$

onde:

n = tamanho da amostra

P (variância máxima) = 0,5

d (erro amostral máximo) = 0,05

N (tamanho da população) = 6.289

Z = inverso da distribuição cumulativa normal para um intervalo de confiança de 95%.

O resultado encontrado foi de 177 Cirurgiões Dentistas.

3.3 – PROCESSO DE SELEÇÃO DA AMOSTRA.

A seleção foi do tipo Amostragem Casual Simples ou Randômica Simples, onde cada elemento da população-alvo tem idêntica possibilidade de ser escolhido (WADA, 1999).

A partir de listagem oficial do CRO-MG foram selecionados 400 Cirurgiões Dentistas através de sorteio ao acaso, para os quais foi enviada correspondência através de mala direta com porte pago da resposta. Mais 450 profissionais aproximadamente foram contatados através de entrega direta de questionário e posterior coleta.

A retorno consistiu em 203 questionários respondidos em aproximadamente 850 enviados.

3 4. – ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E APRESENTAÇÃO FINAL

3.4.1 – Elaboração do questionário

Após a revista bibliográfica de atualização clínica, resenha deontológica e os necessários cortes, foi elaborado um questionário com 350 perguntas, que posteriormente foram reduzidas para 85. As perguntas do tipo múltipla escolha,

foram direcionadas para aspectos de diagnóstico, sigilo, biossegurança, Notificação, Compulsória legislação civil e penal e outros de tal forma que puderam ser agrupadas pelos seus assuntos comuns. A este aglomerado de questões com tema comum entre si e dispostos de forma variada no texto para não permitir sua identificação como grupo dentro do questionário, denominou-se Agrupamento de Questões. Outro questionário com 09 perguntas, sendo 5 discursivas foi construído, observando os mesmos assuntos.

Foi realizado um teste piloto com 20 Cirurgiões Dentistas que trabalham no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, onde se constatou a inviabilidade do teste discursivo devido a dispersão das respostas e a pouca objetividade obtida. Constatou-se também a necessidade de diminuição do tempo de resposta no questionário de múltipla escolha, e para isto houve a redução do número de perguntas para 65. Além disso as alternativas de respostas às questões foram mais simplificadas, de tal forma que para cada questão passaram a existir somente as alternativas "sim" e "não" ou, "concorda" , "não concorda" e "não sei" conforme o tipo de pergunta. Posteriormente, os resultados quantitativos da resposta "não sei" foram somados aos da resposta "não concorda", pois verificou-se que o resultado obtido não interferia nos objetivos.

3.4.2 – Apresentação final do questionário

A apresentação final do questionário abrangeu o grupos de questões relativas às variáveis classificatórias e 10 Agrupamentos de Questões, conforme descrito a seguir:

a) Grupo das variáveis classificatórias ou série categórica constituído de gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade num total de 04 perguntas que correspondem às questões 01 a 04.

b) As questões 05 a 12 referem-se a características independentes de qualquer grupo ou agrupamento de questões, e estão ligadas a rotina de consultório ou outros aspectos mais específicos, tais como local de trabalho, participação em atividades de atualização, trabalho em equipe e grau de envolvimento pessoal com o assunto.

c) O Agrupamento das Questões sobre Diagnóstico foi constituído das questões de número 13 até 20 e mais a 27.

d) O Agrupamento das Questões sobre Sigilo foi constituído das questões de número 26, 28, 29, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 e 47.

e) O Agrupamento das Questões sobre Legislação Trabalhista foi constituído das questões de número 48, 49, 50,51,52, 53, 54, 55, 57, 58, 63 e 64.

f) O Agrupamento das Questões sobre Legislação Civil e criminal foi constituído das questões de número 59, 60, 61,62 e 65.

g) O Agrupamento das Questões sobre Biossegurança na Rede Pública foi constituído das questões de número 30 a 34.

h) O Agrupamento das Questões sobre Biossegurança na Rede Privada foi constituído das questões de número 35 a 39.

i) O Agrupamento das Questões sobre Notificação Compulsória foi constituído das questões de número 21, 23 e 24.

j) O Agrupamento das Questões sobre Apoio no local de trabalho foi constituído das questões de número 22, 25 e 57.

k) O Grupo das Questões sobre Formulários relativos a SIDA foram as de número 21,24 e 57.

l) Foi formado também um Agrupamento de Questões denominado Acerto Total, que englobou as questões sem observar divisão de tema, e que foi destinado a aferir o grau de conhecimento geral da amostra. As questões foram as de número 13 a 21, 23, 24, 26 a 29, 40 a 55 e 58 a 65, num total de 39.

Algumas questões foram idealizadas para representar situações comuns que envolvem clínica e Deontologia, e receberam a identificação de "Questão de rotina". As situações de rotina idealizadas, com a sua respectiva "Questão de rotina" pertinente, foram:

a) Situação de existência ou não de treinamento de biossegurança no local de trabalho, através das questões 06 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho Público) e 07 (existência de treinamento em local de trabalho privado).

b) Situação de condições de biossegurança no local de trabalho, através das questões 30 a 34 (existência de pia, estufa, autoclave, parede e pisos adequados

na Rede Pública) e 35 a 39 (existência de pia, estufa, autoclave, paredes e pisos adequados em Rede Privada).

c) Situação de interesse pessoal do Profissional em cursos com temas afins, através das questões 08 (participação de curso/congresso de Responsabilidade civil/Erro Médico) e 09 (participação em curso/congresso de Biossegurança/Ética).

d) Situação do trabalho, formando equipe (com THD/ACD) ou de forma isolada no consultório, através da questão 10 (trabalha com THD/ACD?).

e) Grau de envolvimento pessoal através das questões 11 (tem parente/amigo HIV soropositivo), e 12 (já atendeu paciente reconhecido como portador do vírus).

f) Consciência do direito de diagnóstico sobre a SIDA através da questão 27(direito do Cirurgião Dentista pedir teste para HIV).

g) Consciência sobre a eficácia da proteção das medidas de biossegurança através da questão 29 (as medidas de biossegurança são suficientes para prevenir transmissão de infecção?).

h) Ocorrência de acidente ocupacional na rotina de atendimento, através da questão 56 (já teve algum acidente ocupacional?).

As questões foram dispostas de forma a facilitar o raciocínio, e em algumas (questões 26, 41, 45 e 49) houve inversão intencional da forma de exposição, para aferir o grau de atenção do pesquisando.

Junto aos questionários haviam uma introdução explicando os objetivos da pesquisa e um Termo de Compromisso esclarecendo os direitos do pesquisando conforme estipula a resolução nº. 196 de 10/10/1996 (BRASIL 1996a). O Conselho Regional de Odontologia seção Minas Gerais considerou

oportuno o nosso pedido de juntar uma carta de apresentação de seu Presidente aos questionários enviados pelo Correio.

A apresentação final do questionário está em anexo (Anexo 2)

3.5 - ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram lançados em planilha no programa Excel e em seguida processados dentro dos recursos disponíveis deste programa. O levantamento estatístico foi feito utilizando-se o programa SAS STATISTIC ANALYSE SYSTEM; copyright © 1989-1996 by SAS INSTITUTE INC.; Cary, NC, USA. Licensed to Universidade Estadual de Campinas, site 0004267004) instalado em computador localizado na Sala de Alunos do Curso de Odontologia Legal e Deontologia da FOP-UNICAMP, com o apoio logístico da Disciplina de Bioestatística da FOP-UNICAMP e do Centro de Informática na Agricultura da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo. Também foram empregados cálculos percentuais simples onde a análise estatística assim o permitiu.

Para permitir melhor processamento pelo programa Excel, o número de possibilidades de respostas às variáveis classificatórias foram reagrupadas em um número menor, tendo em vista que não se alterava o teor da resposta. Assim, o Tempo de Formado que comportava 06 intervalos de tempo foi subdividido em apenas 3 categorias principais constituídos de profissionais formados entre 1 a 5 anos, formados entre 6 e 10 anos e formados a 11 anos ou mais. Em relação a

Especialidade que comportava 21 opções, houve a divisão em 03 segmentos a saber: Sem Especialidade, com Especialidade Afim com o tema (Cirurgia, Periodontia, Saúde Pública, Vigilância Sanitária, Cirurgia Buco Maxilo Facial, Estomatologia, Epidemiologia, Saúde Coletiva e Odontologia Social) e Especialidade Não Afim com o tema (Prótese, Dentística, Radiologia, Endodontia, Administração, Reabilitação Oral, Odontopediatria, Biologia Celular e Ortodontia)

As questões de 06 a 09 também tiveram suas alternativas de resposta simplificadas somando-se os resultados das respostas a alternativa "02 anos" aos da alternativa "05 anos". Da mesma forma na questão 13, os resultados das alternativas "01 atendimento", "máximo de 05 atendimentos " e "trabalha em serviço próprio de atendimento a paciente HIV soropositivo" foram agrupados em um único item, denominando aqueles que já tinham atendido paciente portador de HIV independente de quantidade.

Para a obtenção dos resultados estatísticos foram empregados os testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado, Teste G2 (Razão de Verossimilhança), Testes de Wilcoxon e Kruskal-Wallis.

A análise individual das questões foi feita através dos Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Para tabelas bi-dimensionais resultantes da análise dos grupos de questões com tema em comum e que eram expressas em porcentagem, foi utilizado o Teste G^2. Para a análise dos escores médios obtidos através do número de acertos em cada grupo das questões com tema em comum, foi empregado o teste de Kruskal-Wallis para o caso de mais de dois

grupos de escore a serem analisados e quando existiam apenas dois grupos foi empregado o Teste de Wilcoxon.

Todas as análises objetivaram a rejeição ou aceitação da Hipótese Nula, que pode ser expressa em duas situações a saber:

Primeira Hipótese Nula que consiste na assertiva de que as variáveis classificatórias Gênero, Tempo de Formado, Procedência Universitária, Especialidade não influenciam estatisticamente as respostas, sendo que os resultados expressos em "p" igual ou menor que 0.05 para qualquer teste, indicam que a hipótese nula foi rejeitada.

Segunda Hipótese Nula que consiste na assertiva de que as Situações de Rotina não influenciam as respostas relativas aos diversos Agrupamentos de Questões associados às variáveis classificatórias, sendo que os resultados expressos em "p" igual ou menor que 0.05 para qualquer teste, indicam que a hipótese nula foi rejeitada.

4. RESULTADOS

Com o objetivo de verificar o grau de conhecimento dos Cirurgiões Dentistas sobre a responsabilidade civil no atendimento ao paciente HIV soropositivo, foram aplicados 203 questionários aos profissionais da cidade de Belo Horizonte-MG no ano de 2000.

Esta abordagem obedeceu a seguinte ordem:

4.1 – ANÁLISE POR PORCENTAGEM SIMPLES

4.1.1 - Análise das questões individualmente por porcentagem simples

4.1.2 - Análise dos Grupos de Questões por porcentagem simples .

4.2 - ANÁLISE ESTATÍSTICA PELO TESTE QUI-QUADRADO E EXATO DE FISHER

4.2.1 – Análise individual das questões através dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

4.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA PELO TESTE G2 OU RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA

4.3.1 – Análise dos Grupos de Questões associados a questões de rotina através dos teste G2.

4.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA PELOS TESTES KRUSKALL-WALLIS E WILCOXON.

4.4.1 – Análise de duas variáveis pelo teste de Kruskal-Wallis.

4.5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA SOBRE BIOSSEGURANÇA

4.5.1 – Análise dos aspectos de biossegurança na Rede Pública e Privada.

4.6 – ANÁLISE DO AGRUPAMENTO DE QUESTÕES "ACERTO TOTAL"

A análise inicial foi feita através de cálculos simples de porcentagem e média aritmética conforme o descrito a seguir:

4.1 – ANÁLISE POR PORCENTAGEM SIMPLES

4.1.1 - Análise das questões individualmente por porcentagem simples

Esta análise objetivou o conhecimento geral do perfil da amostra e os resultados obtidos estão descritos a seguir.

Em relação ao gênero (questão nº 01), responderam ao questionário 130 mulheres ou 64,03% da amostra e 73 homens ou 35,97% da amostra.

Em relação ao tempo de formado (questão nº 02), 91 Cirurgiões Dentistas ou 44,82% da amostra estavam formados há 11 anos ou mais, 61 Cirurgiões Dentistas ou 30,04% da amostra estavam formados entre 1 a 5 anos, e 51 Cirurgiões Dentistas ou 25,12% da amostra estavam formados entre 6 a 10 anos.

Em relação a origem universitária (questão nº 03), 107 Cirurgiões Dentistas ou 53,23% da amostra concluíram sua graduação em Universidade Pública, e 96 Cirurgiões Dentistas ou 47,29% da amostra o fizeram em Universidade Privada.

Em relação a especialidade odontológica (questão 04), foram observados tanto grupos que não tinham especialidade quantos outros que tinham especialidade, conforme tabela 1.

TABELA 1

Distribuição da amostra segundo suas especialidades odontológicas.

Especialidade	Número de Cirurgiões Dentistas	(%)
Sem Especialidade	114	56,15
Especialidade não afim[1]	53	26,12
Especialidade afim[2]	36	17,73
Total	203	100,00

[1] Endodontia, Administração Hospitalar, Dentística, Radiologia, Reabilitação Oral, Odontopediatria, Biologia Celular, Prótese, Ortodontia.

[2] Saúde Pública, Vigilância sanitária, Cirurgia Buco Maxilo Facial, Periodontia, Estomatologia, Saúde Coletiva, Odontologia Social.

Em relação ao local de trabalho (questão 05), foi observada uma distribuição ampla dos Cirurgiões Dentistas da amostra entre a Rede Pública e Privada, onde ocorreram freqüentes situações de acumulação de local de trabalho, conforme tabela 2.

TABELA 2

Distribuição da amostra segundo local de trabalho.

Local de trabalho	Nº de profissionais	%
Somente em Clinica Particular como empregado	29	14,28
Clínica Particular como empregador	01	0,49
Clínica Particular Própria	66	32,51
Clínica Particular Própria e em Clínica Particular como empregado	33	16,25
Clínica Particular Própria, Clínica Particular como empregado e em Clínica Particular como empregador	02	0,98
Clínica Particular Própria e Clínica Particular como empregado	05	2,46
Somente em Rede Pública	10	4,92
Em Rede Pública e em Clínica Particular como empregado	05	2,46
Em Rede Pública e em Clínica Particular como empregador	01	0,49
Em Rede Pública e Clínica Particular Própria	47	23,15
Em Rede Pública, em Clínica Particular Própria e Clínica Particular como empregado	02	0,98
Em branco	02	0,98
Total	203	100,00

Ainda em relação ao local de trabalho, a distribuição da força de trabalho apresenta maior concentração quando da associação de determinados locais de trabalho, conforme tabela 3.

TABELA 3

Principais áreas de distribuição e concentração da amostra de acordo com local de trabalho.

Área de concentração de trabalho	Nº de profissionais	%
Rede Pública e Clínica Particular Própria	47	23,16
Soment Rede Pública	10	04,93
Clínica Particular Própria e Clínica Particular como empregado	33	16,26
Clínica Particular Própria	66	32,52
Clínica Particular como empregado	29	14,27
Total	185	100,00

Em relação a treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção na Rede Pública (questão nº 06), entre os 65 Cirurgiões Dentistas ou 32,01% da amostra que trabalham em Rede Pública, foram observados grupos com e sem treinamento, conforme tabela 4.

TABELA 4

Distribuição dos profissionais que trabalham em Rede Pública segundo o treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção proporcionado neste local de trabalho.

Treinamento	Nº de profissionais	%
Receberam treinamento nos últimos 05 anos	46	70,76
Não receberam treinamento	19	29,23
+Total	65	100,00

Em relação a treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção na Rede Privada (questão nº 07), entre os 189 Cirurgiões Dentistas ou 93,10% da amostra que trabalham em Rede Privada, foi observado a existência de grupos com e sem treinamento, conforme tabela 5.

TABELA 5

Distribuição da amostra segundo o treinamento sobre Medidas Universais de Controle de Infecção recebido na Rede Privada.

Treinamento	Nº de profissionais	%
Receberam treinamento nos últimos 05 anos	83	40,80
Não receberam treinamento	106	52,21
Não responderam	14	6,89
Total	203	100,00

Em relação a participação dos profissionais em Congresso ou Curso de Responsabilidade Civil/Erro Médico (questão nº 08), foram observados grupos que participaram e não participaram, conforme tabela 6.

TABELA 6

Distribuição da amostra de acordo com participação em cursos de Responsabilidade Civil e/ou Erro Médico.

Participação em curso	Nº de profissionais	%
Participaram	63	31,02
Não participaram	139	68,48
Total	203	100,00

Em relação a participação em curso ou congresso de Biossegurança e/ou Ética (questão nº 09), foram observados grupos que participaram e não participaram, conforme tabela 7.

TABELA 7

Distribuição da amostra de acordo com participação em cursos de Biossegurança e/ou Ética.

Participação em curso	Nº de profissionais	%
Participaram	167	82,27
Não participaram	36	17,73
Total	203	100,00

Em relação a questão nº 10 sobre o trabalho em equipe com Técnico de Higiene Dental (THD) e/ou Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), foram observados grupos dos que trabalham e os que não trabalham com auxiliares, conforme tabela 8.

TABELA 8

Distribuição da amostra de acordo com trabalho em equipe com THD/ACD.

Trabalho com THD/ACD	Nº de profissionais	%
Trabalham	154	75,86
Não trabalham	49	24,14
Total		100,00

Em relação a grau de parentesco ou amizade com pessoas HIV soropositivas (questão nº 11), foram observados o grupo dos que tinham envolvimento mais próximo e o grupo sem envolvimento conforme tabela 9.

TABELA 9

Distribuição da amostra de acordo com grau de envolvimento com a doença do HIV.

Grau de envolvimento pessoal	Nº de profissionais	%
Tem envolvimento	38	18,72
Não tem envolvimento	165	81,28
Total		100,00

Em relação a atendimento a paciente reconhecido como HIV soropositivo (questão nº 12), foram observados o grupo dos que já tinham realizado atendimento a paciente reconhecido como soropositivo para o HIV, e o grupo dos que não tinham realizado, conforme tabela 10.

TABELA 10

Distribuição da amostra de acordo com atendimento ao paciente reconhecido como HIV soropositivo.

Atendimento a paciente soropositivo	Nº de profissionais	%
Já atenderam paciente HIV+	80	39,40
Não atenderam paciente HIV+	123	60,60
Total	203	100,00

Em relação ao conhecimento prévio de locais de realização de testes voluntários e anônimos para o HIV (questão nº 13), foram observados o grupo dos que conheciam e o dos que não conheciam estes locais, conforme tabela 11.

TABELA 11

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de local de realização de teste anônimo e voluntário para o HIV.

Conhecimento de local de teste anônimo	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	104	51,24
Não tem conhecimento	99	48,76
Total		100,00

Em relação a afirmação correta de que há necessidade de realização de 02 testes ELISA e 01 teste Western blot para confirmação de infecção pelo HIV (questão nº 14), foram observados o grupo dos que concordavam e o grupo dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 12.

TABELA 12

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos procedimentos para o diagnóstico seguro de infecção pelo HIV.

Conhecimento sobre fluxo de testes de diagnóstico do HIV	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	81	60,09
Não tem conhecimento	122	39,91
Total		100,00

Em relação a afirmação correta de que a infecção primária pelo HIV ocorre entre 2 a 4 semanas após contágio apresentando febre, mal-estar, mialgia e cefaléia (questão nº 15), foram observados o grupo dos que concordavam e o grupo dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 13.

TABELA 13

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos sinais e sintomas da infecção primária pelo HIV.

Conhecimento sobre infecção primária pelo HIV	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	54	26,61
Não tem conhecimento	149	73,39
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que Candidíase Oral e Leucoplasia Pilosa são marcadores de prognóstico para a SIDA (questão nº 16), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 14.

TABELA 14

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos sinais e sintomas da Candidíase Oral e Leucoplasia Pilosa no HIV soropositivo.

Conhecimento sobre Candidíase oral e LP	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	148	72,90
Não tem conhecimento	55	27,10
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que a Queilite Angular é uma forma de manifestação da Cândida albicans em pacientes HIV soropositivo (questão nº 17), foram observados o grupo dos que concordavam e o grupo dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 15.

TABELA 15

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da Queilite Angular como forma de manifestação da Cândida em pacientes HIV soropositivos.

Conhecimento sobre Queilite Angular	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	91	44,89
Não tem conhecimento	112	55,11
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que o Eritema Linear Gengival é uma manifestação periodontal bastante característica da presença de infecção pelo HIV (questão nº 18), foram observados o grupo dos que concordavam e dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 16.

TABELA 16

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que o Eritema Linear Gengival é uma forma de manifestação periodontal em pacientes HIV soropositivos.

Conhecimento sobre Eritema Linear Gengival	Nº. de profissionais	%
Tem conhecimento	141	37,44
Não tem conhecimento	62	62,55
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que a Leucoplasia Pilosa geralmente localiza-se na borda da língua, uni ou bilateralmente (questão nº 19), foram observados o grupo dos que concordavam e dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 17.

TABELA 17

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre característica clínica da Leucoplasia Pilosa em pacientes HIV soropositivos.

Conhecimento sobre Leucoplasia Pilosa	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	128	63,05
Não tem conhecimento	75	36,95
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que o aumento da incidência de cárie pode ser uma manifestação oral da SIDA (questão nº 20), foram observados

o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação correta, conforme tabela 18.

TABELA 18

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre o aumento de incidência de cárie como possível manifestação da SIDA.

Cárie como uma manifestação da SIDA	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	62	8,23
Não tem conhecimento	127	91,62
Total	203	100,00

Em relação ao conhecimento da amostra sobre o Formulário de Cadastramento de Pacientes (SICLOM) utilizado para integrar o paciente HIV soropositivo à rede de distribuição gratuita de medicamentos (questão nº 21), foram observados o grupo dos que conheciam e o dos que não conheciam este formulário, conforme tabela 19.

TABELA 19

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre o SICLOM (Formulário de Cadastramento de Paciente HIV soropositivo).

Conhecimento prévio sobre o formulário do SICLOM	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	08	3,95
Não tem conhecimento	195	96,05
Total	203	100,00

Em relação a disponibilidade do SICLOM no local de trabalho , (questão nº 22), foram observados o grupo dos que dispunham e o dos que não dispunham deste formulário em seu local de trabalho, conforme tabela 20.

TABELA 20

Distribuição da amostra de acordo com disponibilidade em local de trabalho do Formulário de Cadastramento de Paciente HIV soropositivo (SICLOM)

Disponibilidade do formulário do SICLOM em local de trabalho	Nº de profissionais	%
Tem disponibilidade	09	4,44
Não tem disponibilidade	194	95,56
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que a Notificação Compulsória é obrigatória para o Cirurgião Dentista da Rede Pública ou Privada e deve ser feita tão logo haja confirmação de diagnóstico, independente da vontade do paciente (questão nº 23), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 21.

TABELA 21

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que o Cirurgião Dentista é obrigado por lei a notificar compulsoriamente a infecção pelo HIV.

Obrigação de notificar infecção pelo HIV	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	98	48,27
Não tem conhecimento	105	51,73
Total	203	100,00

Em relação ao conhecimento da amostra sobre a Ficha Individual de Investigação (FII) do Ministério da Saúde usada para Notificações Compulsórias (questão nº 24), foram observados o grupo dos que conheciam e o dos que não conheciam esta Ficha, conforme tabela 22.

TABELA 22

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da Ficha Individual de Investigação (FII) para Notificações Compulsórias.

Conhecimento prévio da FII	Nº de profissionais	%
Conheciam	13	6,40
Não conheciam	190	96,00
Total	203	100,00

Em relação a disponibilidade da FII no local de trabalho (questão nº 25), foram observados o grupo dos que dispunham e o dos que não dispunham deste formulário em seu local de trabalho, conforme tabela 23.

TABELA 23

Distribuição da amostra de acordo com disponibilidade da FII para Notificações Compulsórias em local de trabalho na Rede Privada

Disponibilidade da FII em local de trabalho	Nº de profissionais	%
Tem disponibilidade	16	7,89
Não tem disponibilidade	187	92,11
Total	203	100,00

Ainda em relação a disponibilidade da FII em local de trabalho, entre os 65 Cirurgiões Dentistas ou 32,01% da amostra que trabalham em Rede Pública, foram observados o grupo dos que dispunham e o dos que não dispunham deste formulário em seu local de trabalho na Rede Pública, conforme tabela 24.

TABELA 24

Disponibilidade da Ficha Individual de Investigação (FII) do Ministério da Saúde em local de trabalho na Rede Pública.

Disponibilidade de FII na Rede Pública	Nº de profissionais	%
Tem disponibilidade	08	12,30
Não tem disponibilidade	57	87,70
Total	65	100,00

Em relação a afirmação incorreta de que o Cirurgião Dentista que realiza teste compulsório com objetivo de proteger-se e a outros pacientes age corretamente (questão nº 26), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 25.

TABELA 25

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre proibição em lei de realização de teste compulsório para o HIV.

Conhecimento da lei sobre teste compulsório para HIV	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	137	67,48
Não tem conhecimento	66	32,52
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que o Cirurgião Dentista pode pedir teste para o HIV (questão nº 27), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 26.

TABELA 26

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre direito do Cirurgião Dentista em realizar diagnóstico do HIV/SIDA.

Direito de diagnóstico do Cirurgião Dentista em relação a SIDA	Nº de profissionais	%
Concordam	128	63,08
Não concordam	75	36,92
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que o exame compulsório é responsabilidade de quem o pede sendo o Responsável Técnico, Diretor ou Chefe de Instituição Pública ou Privada solidários nesta responsabilidade (questão nº

28), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 27.

TABELA 27

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre responsabilidade profissional de pedido de teste para o HIV.

Responsabilidade do pedido de teste para HIV	Nº de profissionais	%
Tem conhecimento	66	32,52
Não tem conhecimento	137	67,48
Total	203	100,00

Em relação a afirmação correta de que as Medidas Universais de Controle de Infecção são suficientes para prevenir transmissão de doenças nos procedimentos odontológicos (questão nº 29), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmação, conforme tabela 28.

TABELA 28

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio sobre eficácia das medidas de biossegurança.

Eficácia das medidas de biossegurança	Nº de profissionais	%
Concordam	40	80,31
Não concordam	162	16,69
Não responderam	01	0,49
Total	203	100,00

Em relação às medidas de biossegurança existentes no local de trabalho em Rede Pública (questão nº. 30 a 35), dentre os 65 Cirurgiões Dentistas ou 32,01% da amostra que trabalham em Rede Pública, foram observados o

grupo dos que não tinham e o dos que tinham todos ou alguns dos itens citados, conforme tabela 29.

TABELA 29

Existência de itens de biossegurança no local de trabalho em Rede Pública.

Itens de biossegurança	Rede Pública	
	Não tem (%)	Tem (%)
02 pias por consultório	41,56	58,46
Estufa com jogos instrumentais suficientes	20,00	80,00
Autoclave	30,72	69,28
Piso liso sem ranhura	27,69	72,31
Parede com tinta lavável	21,53	78,47

Em relação às medidas de biossegurança existentes no local de trabalho em Rede Privada (questão nº 35 a 39), dentre os 193 Cirurgiões Dentistas ou 32,01% da amostra que trabalham em Rede Privada foram observados o grupo dos que não tinham e o dos que tinham todos ou alguns dos itens citados, conforme tabela 30.

TABELA 30

Existência de itens de biossegurança no local de trabalho em Rede Privada.

Itens de biossegurança	Rede Privada		
	Não (%)	Sim (%)	Em branco (%)
02 pias por consultório	29,57	65,51	4,92
Estufa com jogos instrumentais suficientes	2,47	92,61	4,92
Autoclave	43,85	51,23	4,92
Piso liso sem ranhura	14,79	80,29	4,92
Parede com tinta lavável	10,36	84,72	4,92

Em relação à afirmativa incorreta de que o lixo contaminado deve ser identificado com tarja tipo "contaminado por HIV" (questão nº 40), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 31.

TABELA 31

Distribuição da amostra de acordo com seu conhecimento prévio da forma correta de identificação de material descartável contaminado com HIV.

Identificação correta de material contaminado pelo HIV	Nº de profissionais	(%)
Conheciam	90	44,33
Não conheciam	113	55,64
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a quebra de sigilo se justifica quando envolve proteção a vida de terceiros (questão nº 41), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 32.

TABELA 32

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da correta forma de quebra de sigilo para proteção de terceiros.

Quebra de sigilo para proteção de terceiros	Nº de profissionais	%
Concordam	88	43,36
Não concordam	115	56,64
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a quebra de sigilo *post mortem* é proibida por lei (questão nº 42), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 33.

TABELA 33

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de quebra de sigilo post mortem.

Proibição de quebra de sigilo post mortem	Nº de profissionais	%
Concordavam	82	40,39
Não concordavam	121	59,61
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a quebra de sigilo por Servidor Público implica em responsabilidade do servidor, sua chefia e a própria Instituição (questão nº 43), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 34.

TABELA 34

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade solidária da quebra de sigilo.

Responsabilidade solidária da quebra de sigilo	Nº de profissionais	%
Concordavam	113	55,67
Não concordavam	90	44,33
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o comentário sobre qualquer aspecto de saúde do paciente fora da relação profissional dentro do consultório constitui infração penal (questão nº 44), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 35.

TABELA 35

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade da quebra de sigilo sem consentimento expresso.

Responsabilidade da quebra de sigilo sem consentimento	Nº de profissionais	%
Conheciam	152	74,88
Não conheciam	51	25,12
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o comentário sobre qualquer aspecto de saúde do paciente por parte de qualquer membro da equipe odontológica fora da relação profissional dentro do consultório constitui infração penal e o Cirurgião Dentista responde solidariamente (questão nº 45), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 36.

TABELA 36

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista sobre a quebra de sigilo por membro de sua equipe.

Responsabilidade da quebra de sigilo por membro da equipe	Nº de profissionais	%
Concordavam	139	68,48
Não concordavam	64	31,52
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que não é obrigatório o uso de CID em atestado exceto em casos de doenças ocupacionais ou especificadas por lei (questão nº 46), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 37.

TABELA 37

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da não obrigatoriedade do uso do CID em atestados.

Não obrigatoriedade de uso de CID nos atestados	Nº de profissionais	%
Concordavam	35	17,25
Não concordavam	168	82,75
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa incorreta de que a ficha clínica do paciente HIV soropositivo deve apresentar em local de destaque, a indicação do estado sorológico (questão nº 47), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 38.

TABELA 38

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio das normas de não discriminação de paciente HIV soropositivo dentro do prontuário.

Conhecimento das normas de confecção de prontuário	Nº de profissionais	%
Conheciam	73	35,97
Não conheciam	130	64,03
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que não é obrigatório ao Cirurgião Dentista HIV soropositivo a revelação de seu status sorológico e tendo direito de continuar trabalhando (questão nº 48), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 39.

TABELA 39

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da não obrigatoriedade do Cirurgião Dentista em revelar sua condição HIV soropositivo para os pacientes.

Direitos do trabalhador HIV soropositivo	Nº de profissionais	%
Conheciam	96	47,30
Não conheciam	107	52,70
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa incorreta de que o Cirurgião Dentista HIV soropositivo deve ser proibido de realizar procedimentos invasivos (questão nº 49), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 40.

TABELA 40

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito do Cirurgião Dentista HIV soropositivo em continuar trabalhando.

Direito ao trabalho do Cirurgião Dentista HIV soropositivo	Nº de profissionais	%
Concordavam	88	43,36
Não concordavam	115	56,64
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o teste para o HIV é proibido a nível de admissão no serviço público exceto em casos de segurança pública (questão nº 50), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 41.

TABELA 41

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de testes para HIV em exames admissionais para Serviço Público.

Teste anti HIV em exame admissional	Nº de profissionais	%
Proibido	71	34,98
Não proibido	132	65,02
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o exame médico admissional é obrigatório, deve ser pago pelo empregador e não pode incluir teste para HIV (questão nº 51), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 42.

TABELA 42

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da proibição de testes para HIV em exames admissionais para Serviço Privado.

Teste para HIV em exame admissional	Nº de profissionais	%
Proibido	103	49,28
Não proibido	100	50,72
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a THD ou ACD HIV soropositiva pode ser demitida por justa causa (questão nº 52), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 43.

TABELA 43

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito do empregador em demitir por justa causa portador de HIV.

Demissão por justa causa de portador HIV	Nº de profissionais	%
Proibido	201	0,5
Não proibido	01	99,50
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o trabalhador contaminado pelo HIV de forma não ocupacional tem direito a aposentadoria por invalidez (questão nº 53), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 44.

TABELA 44

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio do direito a aposentadoria por invalidez do empregado contaminado de forma não-ocupacional.

Aposentadoria de trabalhador contaminado de forma não ocupacional	Nº de profissionais	%
Concordavam	53	26,12
Não concordavam	150	73,88
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a Clínica Particular como entidade jurídica de direito privado está obrigada por lei a desenvolver programas internos de atualização e prevenção da SIDA (questão nº 54), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 45.

TABELA 45

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da obrigatoriedade de treinamento sobre SIDA na Rede Privada.

Treinamento sobre SIDA na Rede Privada	Nº de profissionais	%
Obrigatório	90	44,34
Não obrigatório	113	55,66
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que em caso de acidente ocupacional, o Cirurgião Dentista deve fazer, de imediato, o teste para HIV além de ter seu soro armazenado por 06 meses e fazer novos testes com 6 semanas, 3 e 6 meses (questão nº 55), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 46.

TABELA 46

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio dos procedimentos legais pós acidente ocupacional.

Procedimentos legais pós acidente ocupacional	Nº de profissionais	%
Conhecem	123	60,60
Não conhecem	80	39,40
Total	203	100,00

Em relação a freqüência de acidentes ocupacionais (questão nº 56), foram observados o grupo dos que já o tiveram e o dos que não o tiveram, conforme tabela 47.

TABELA 47

Distribuição da amostra de acordo com ocorrência de acidente ocupacional.

Já tiveram acidente ocupacional	Nº de profissionais	%
Sim	87	57,14
Não	116	42,86
Total	203	100,00

Em relação questão nº 57 sobre a disponibilidade em local de trabalho do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), foram observados o grupo dos que tinham e o dos que não tinham este formulário no seu local de trabalho, conforme tabela 48.

TABELA 48

Distribuição da amostra de acordo com disponibilidade de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho em local de trabalho.

Disponibilidade do CAT no local de trabalho	Nº de profissionais	%
Dispõem	68	33,50
Não dispõem	135	66,50
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a SIDA é causa para aposentadoria por invalidez, liberação de FGTS e PIS/PASEP (questão nº 58), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 50.

TABELA 49

Distribuição da amostra de acordo com direito do portador da SIDA à aposentadoria e outros benefícios.

Direito de liberação de benefícios para o portador	Nº de profissionais	%
Conheciam	58	28,52
Não conheciam	145	71,42
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o equívoco na interpretação de exames laboratoriais constitui erro médico (questão nº 59), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 50.

TABELA 50

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista na interpretação de exames laboratoriais.

Responsabilidade de interpretação de exames laboratoriais	Nº de profissionais	%
Tem responsabilidade	107	52,72
Não tem responsabilidade	96	47,28
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a comunicação equivocada de resultado positivo para o HIV dá direito a ação indenizatória por dano moral (questão nº 60),foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam, conforme tabela 51.

TABELA 51

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista na interpretação de exames laboratoriais e ação indenizatória por dano moral.

Responsabilização por dano moral devido a erro de interpretação de exame	Nº de profissionais	%
Tem responsabilidade	153	75,46
Não tem responsabilidade	50	24,54
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que deixar de fazer diagnóstico precoce pode ser motivo de ação indenizatória por dano a saúde devido a sobrevida menor e pior morbidade (questão nº 61), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 52.

TABELA 52

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio da responsabilidade do Cirurgião Dentista sobre o diagnóstico precoce e ação indenizatória por dano a saúde.

Responsabilidade de diagnóstico oral e ação indenizatória por dano a saúde	Nº de profissionais	%
Tem responsabilidade	47	26,16
Não tem responsabilidade	156	73,84
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a ausência de qualquer medida de biossegurança pode se constituir em crime de perigo de vida para outrem ou perigo de contágio de doença grave (questão nº 62), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 53.

TABELA 53

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que a ausência de medida de biossegurança pode se constituir em crime de perigo de vida para outrem ou de contágio de doença grave.

Ausência de medida de biossegurança e risco de vida/contágio	Nº de profissionais	%
Há risco	43	78,82
Não há risco	160	21,18
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o Cirurgião Dentista não pode fornecer informações sobre status sorológico de paciente mesmo quando submetido a normas de trabalho em Rede Pública ou Privada (questão nº 63), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 54.

TABELA 54

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de proibição de quebra de sigilo mesmo diante de normas de trabalho.

Quebra de sigilo devido a normas de trabalho	Nº de profissionais	%
Não pode haver quebra	90	44,35
Pode haver quebra	113	55,65
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que o Cirurgião Dentista não pode fornecer informações sobre status sorológico para companhias de seguro (questão

nº 64), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 55.

TABELA 55

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de proibição de quebra de sigilo para companhias de seguro.

Quebra de sigilo para companhia de seguro	Nº de profissionais	%
Não pode haver quebra	57	28,09
Pode haver quebra	146	71,91
Total	203	100,00

Em relação a afirmativa correta de que a quebra de sigilo pode ensejar sanção ética, administrativa e judicial solidariamente para o Cirurgião Dentista, seu Responsável Técnico ou Chefia e para a Instituição Pública ou Privada (questão nº 65), foram observados o grupo dos que concordavam e o dos que não concordavam com a afirmativa, conforme tabela 56.

TABELA 56

Distribuição da amostra de acordo com conhecimento prévio de que a quebra de sigilo gera sanções éticas, judiciais e administrativas para o autor, seu responsável técnico e para o empregador.

Quebra de sigilo e sanções	Nº de profissionais	%
Pode haver sanção pela quebra de sigilo	146	28,09
Não pode haver sanção pela quebra de sigilo	57	71,91
Total	203	100,00

4.1.2 - Análise dos Grupos de Questões por porcentagem simples

Concluído o estudo individual por porcentagem simples de cada uma das questões, passou-se à análise das questões em grupo, reunidas segundo o tema comum nelas contido e que compreendiam 09 grupos a saber: Diagnóstico Clínico do HIV/SIDA, Sigilo Profissional, Legislação Trabalhista relativa a SIDA, Legislações Civil/Criminal relativas a SIDA, Biossegurança na Rede Pública, Biossegurança na Rede Privada, Notificação Compulsória da SIDA, Apoio Logístico em local de trabalho e Formulários de Notificação relativos a SIDA, onde foram averiguados os níveis de acerto em cada um dos grupos. Os cálculos foram feitos através de porcentagem simples.

No grupo "Diagnóstico clínico do HIV/SIDA" composto de 09 questões, o cálculo da porcentagem simples dos acertos em cada questão apontou para uma ordem decrescente, à medida em que era aumentado o grau de dificuldade na resposta, conforme pode ser observado na tabela 57.

TABELA 57

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Diagnóstico de infecção pelo HIV/SIDA".

Número da questão	Diagnóstico de infecção pelo HIV/SIDA	Acertos (%)
16	Candidíase e Leucoplasia como marcadores da doença	72,90
19	Características clínicas da Leucoplasia Pilosa	63,05
27	Direito do Cirurgião Dentista em pedir teste para o HIV	63,05
14	Testes laboratoriais para confirmação de infecção pelo HIV	60,09
13	Local de realização de teste anônimo	51,23
17	Queilite Angular como forma de manifestação da Cândida	44,82
18	Eritema Linear Gengival como manifestação de infecção pelo HIV	30,54
15	Diagnóstico da infecção primária pelo HIV	26,60
20	Cárie como manifestação oral da SIDA	8,37

A média de acerto da amostra nas questões de diagnóstico foi de 63,07%.

No grupo denominado "Sigilo Profissional", composto de 10 questões, observou-se um nível de acerto decrescente de acordo com o grau de dificuldade da resposta, conforme tabela 58.

TABELA 58

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Sigilo Profissional".

Nº da questão	Sigilo Profissional	Acertos (%)
44	Quebra de sigilo sem consentimento	74,87
45	Responsabilidade da quebra de sigilo pela equipe	68,46
26	Proibição de teste compulsório para HIV	67,48
43	Quebra de sigilo na Rede Pública	55,66
40	Forma correta de descarte de lixo contaminado pelo HIV	44,33
41	Quebra de sigilo para proteção de terceiros	43,34
42	Quebra de sigilo post mortem	40,39
47	Não discriminação de prontuário de paciente HIV positivo	35,96
28	Responsabilidade solidária do pedido de teste para HIV	32,51
46	Não obrigatoriedade de CID em atestado	17,24

A média de acerto da amostra no grupo de questões sobre Sigilo foi de 49,52%.

No grupo denominado "Legislação Trabalhista relativa SIDA", composto de 10 questões, observou-se um nível de acerto decrescente de acordo com o grau de dificuldade da resposta, conforme tabela 59.

TABELA 59

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Legislação trabalhista relativa a SIDA".

N.º da questão	Legislação trabalhista relativa a SIDA	Acertos (%)
65	Sanções determinadas pela quebra de sigilo	71,92
51	Proibição de teste para HIV em exame admissional	49,26
48	Direito ao sigilo do Cirurgião Dentista portador de HIV	47,29
63	Norma de trabalho não determina quebra de sigilo	44,41
49	Direito ao trabalho do Cirurgião Dentista portador de HIV	44,34
50	Proibição de teste para HIV em exame pré-admissional	35,97
58	SIDA como causa de aposentadoria por invalidez	28,57
64	Norma de seguro não determina quebra de sigilo	28,07
53	Direito a aposentadoria do portador de HIV	26,10
52	Demissão por justa causa de THD/ACD portadora de HIV	0,49

A média de acertos da amostra no grupo de questões sobre Legislação Trabalhista foi de 38,36%.

No grupo denominado "Legislação Civil/Criminal relativa a SIDA", composto de 05 questões, observou-se um nível de acerto decrescente de acordo com o grau de dificuldade da resposta, conforme tabela 60.

TABELA 60

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Legislação Civil/Criminal relativas a SIDA".

Nº da questão	Legislação Civil/Criminal	Acertos (%)
62	Ausência de uma ou mais medidas de biossegurança constitui crime de perigo de vida	78,81
60	Incorreta interpretação de exames como causa de ação indenizatória	75,36
65	Quebra de sigilo e suas sanções	71,92
59	Responsabilidade de interpretação de exames para HIV	52,27
61	Responsabilidade civil/criminal do diagnóstico precoce da SIDA	23,16

A média de acertos nas questões sobre legislação Civil e Criminal foi de 60,02%.

No grupo denominado "Biossegurança na Rede Pública" composto das questões 30 a 34, observou-se um nível de acerto variável, conforme figura 1.

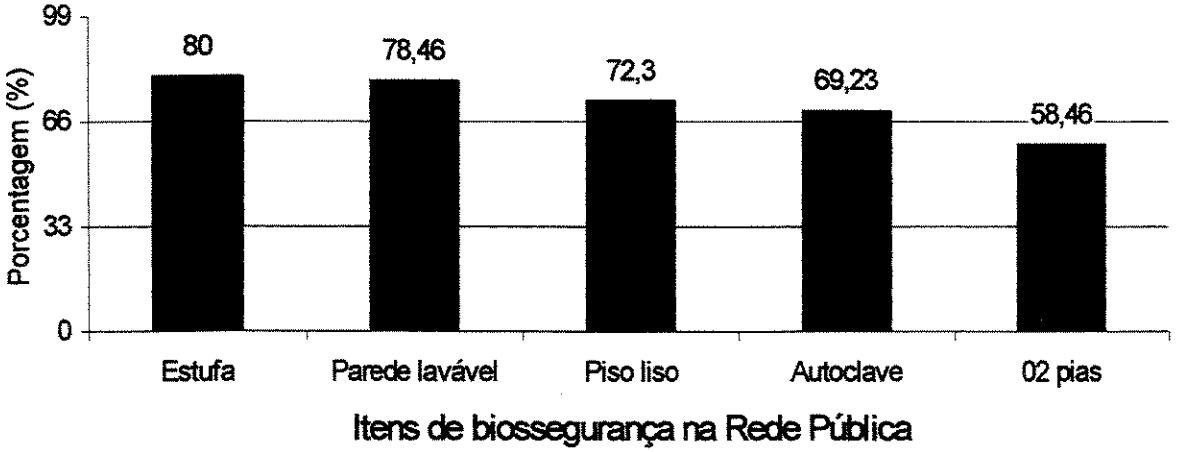


FIGURA 1 - Existência de itens de "biossegurança na Rede Pública" em ordem decrescente.

A média de existência de itens de biossegurança na Rede Pública foi de 71,70%.

No grupo denominado "Biossegurança na Rede Privada" composto das questões 35 até 39, observou-se um nível de acerto variável, conforme figura 2.

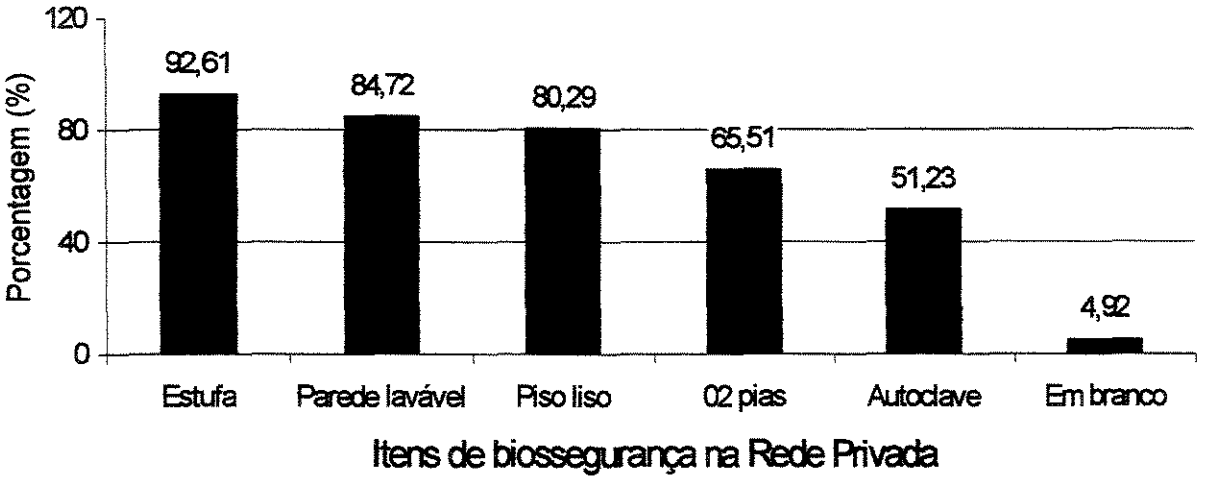


FIGURA 2 - Existência de itens de biossegurança na Rede Privada agrupados por ordem decrescente de existência.

A média de existência de itens de biossegurança na Rede Privada foi de 79,81%.

No grupo "Notificação Compulsória da SIDA e seus formulários e fichas" composto de 03 questões, observou-se um nível de acerto variável, conforme tabela 61.

TABELA 61

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Notificação Compulsória".

Número da questão	Notificação Compulsória	Acertos (%)
23	Obrigatoriedade de Notificação Compulsória para o Cirurgião Dentista	48,28
24	Conhecimento da Ficha de Identificação Individual (FII)	6,40
21	Conhecimento do Formulário de Cadastramento (SICLOM)	3,94

A média de acertos nas questões sobre Notificação Compulsória foi de 20,86%.

No grupo "Apoio em local de trabalho", composto de 03 questões, observou-se um nível de acerto variável, conforme tabela 62.

TABELA 62

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Apoio em local de trabalho".

Número da questão	Apoio em local de trabalho	Acertos (%)
57	Disponibilidade de Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	33,49
25	Disponibilidade da Ficha Individual de Investigação (FII)	7,88
22	Disponibilidade de Formulário de Cadastramento (SICLOM)	4,43

A média de acertos nas questões sobre Apoio em local de trabalho foi de 15,82%.

No grupo "Formulários relativos a SIDA", composto de 03 questões, observou-se um nível de acerto variável, conforme tabela 63.

TABELA 63

Ordem decrescente de acertos às questões do grupo "Formulários relativos a SIDA".

Nº da questão	Formulários relativos a SIDA	Acertos (%)
57	Disponibilidade de Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	33,49
24	Conhecimento da Ficha Individual de Investigação (FII)	6,40
21	Conhecimento do Formulário de Cadastramento (SICLOM)	3,95

A média de acertos nas questões sobre Formulários relativos a SIDA foi de 14,62%.

Em relação ao número de acertos em todas as questões, somente 02 profissionais acertaram 32 questões das 39 incluídas no grupo denominado Acerto Total.

Dentre os 21 primeiros colocados em termos de acertos nas 39 questões do Acerto Total, 02 fizeram 32 acertos, 01 fez 30 acertos, 04 fizeram 29 acertos, 04 fizeram 28 acertos, 07 fizeram 27 acertos e 02 fizeram 26 acertos.

A média geral de acertos obtida pelo cálculo da média aritmética dos valores percentuais médios de acertos de cada agrupamento de questões e excluindo-se os itens de biossegurança, foi de 36,09%, conforme figura 3.

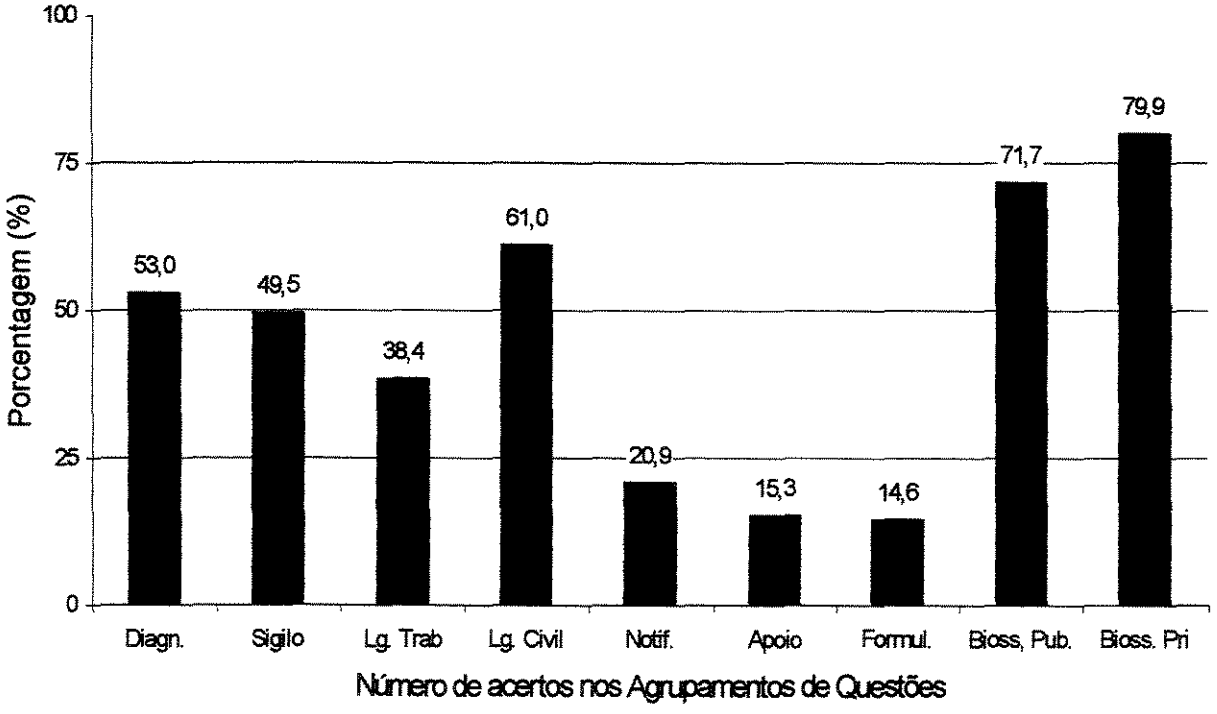


FIGURA 3 - Média de acertos aos agrupamentos de questões

4.2 - ANÁLISE ESTATÍSTICA PELO TESTE QUI-QUADRADO E EXATO DE FISHER

4.2.1 – Análise individual das questões através dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

Inicialmente foi feita uma associação das variáveis classificatórias entre si, para conhecer os grupos constituintes da amostra. Mesclando-se as variáveis gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade, através dos teste Qui-Quadrado foi observada a existência de 06 grupos, que foram identificados por algarismos romanos de "I" a "VI" , conforme consta à tabela 65. Os resultados dos testes Qui-Quadrado não rejeitam a hipótese nula, e portanto todos os grupos são semelhantes em termos numéricos, ou por outro lado, não existe diferença estatística significativa entre eles em termos de número de componentes, conforme tabela 64.

TABELA 64

Distribuição da amostra segundo os níveis gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade, classificados segundo 06 grupos possíveis.

Grupos	Tempo de Formado	Universi Dade	Especia lidade	Gênero		Qui-Quadrado
				Feminino (%)	Masculino (%)	
I	1 a 5 anos	Privada	A	5,91	4,92	0,794
I	1 a 5 anos	Privada	B	3,44	0,0	
I	1 a 5 anos	Privada	C	2,46	1,47	
II	1 a 5 anos	Pública	A	3,94	3,44	0,302
II	1 a 5 anos	Pública	B	0,49	0,0	
II	1 a 5 anos	Pública	C	2,95	0,49	
III	6 a 10 anos	Privada	A	4,92	0,98	0,141
III	6 a 10 anos	Privada	B	2,95	0,49	
III	6 a 10 anos	Privada	C	0,49	2,95	
IV	6 a 10 anos	Pública	A	4,43	2,95	0,011
IV	6 a 10 anos	Pública	B	1,47	0,49	
IV	6 a 10 anos	Pública	C	2,46	0,0	
V	11 anos ou mais	Privada	A	8,86	1,97	0,758
V	11 anos ou mais	Privada	B	1,97	0,49	
V	11 anos ou mais	Privada	C	0,98	1,97	
VI	11 anos ou mais	Pública	A	8,37	5,41	0,399
VI	11 anos ou mais	Pública	B	2,95	2,95	
VI	11 anos ou mais	Pública	C	4,92	4,92	

A = Sem Especialidade

B = Especialidades que apresentam maior afinidade com o tema (Saúde Pública, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Periodontia, Estomatologia, Saúde Coletiva, Odontologia Social)

C = Especialidades que apresentam menor afinidade com o tema (Endodontia, Prótese, Ortodontia, Reabilitação Oral, Odontopediatria, Administração Hospitalar, Dentística, Biologia celular)

Em resumo, os resultados obtidos pelo testes Qui-Quadrado não identificaram a existência de um segmento da amostra que apresentasse número de profissionais significativamente maior que os demais.

Em seguida o objetivo do estudo estatístico foi testar a hipótese nula quando as variáveis classificatórias eram aplicadas a cada uma das questões individualmente. A hipótese nula ocorre quando a introdução de fatores como gênero, tempo de formado e outros não influenciam a resposta das questões, de tal forma que não se possa caraterizar que determinado gênero obteve índice de respostas corretas diferenciada do outro, e assim por diante. Na prática, isto significa o mesmo que aplicar um teste estatístico a uma questão qualquer (como exemplo a questão 16 que trata da importância da Candidíase oral e LP), para saber se a variável "tempo de formado" influenciou o nível de acerto. Quando o resultado do teste é significativo, o valor de p é <0,005, e neste caso a hipótese nula está rejeitada, o que significa que a resposta sobre Candidíase e LP foi influenciada pelo tempo de formado. Nestes casos ainda é necessária a verificação dos dados por comparação simples para saber que tipo de influência ocorreu, o que irá apontar a melhor performance em termos de número de acerto entre os três grupos relativos a tempo de formado.

Assim, foram feitos testes estatísticos (Qui-Quadrado e Exato de Fisher) para cada uma das questões um total de 216 questões, sendo que apenas 27 delas tiveram resultado estatístico significativo. Os dados obtidos estão listados na tabela 65.

Tabela 65 Resultados da associação das variáveis classificatórias gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade com as 65 perguntas do questionário.

		Variáveis Classificatórias									
		Gênero		Tempo de formado			Universidade		Especialidade		
Questão	Enunciado da questão	Fem	Mas	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 anos ou mais	Pública	Privada	Sem espec	Espec afim	Espec. não afim
06	Treinamento Biossegurança em Rede Pública	0,022"	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07	Treinamento Biossegurança em Rede Privada	X	X	X	X	X	X	X	0,029"	X	X
08	Participação em curso de Responsabilidade Civil/Erro Médico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	488E-04#
10	Trabalha com THD/ACD	X	X	X	X	0,001"	X	X	X	0,019"	X
13	Local para realização de teste HIV	X	0,026"	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Confirmação de diagnóstico para infecção por HIV	X	X	X	X	0,018#	X	X	X	X	X
18	Importância do Eritema Linear Gengival para diagnóstico	X	X	0,020#	X	X	X	X	X	X	X
19	Importância da Leucoplasia Pilosa para diagnóstico	X	0,019"	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Disponibilidade do SICLOM no local de trabalho	X	0,019"	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Obrigatoriedade de Notificação Compulsória	X	X	X	X	X	X	X	X	0,016"	X
25	Disponibilidade da FII em local de trabalho	0,056#	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	Dentista pode pedir teste para HIV		0,003"								
32	Existência de autoclave na Rede Pública	X	X	1,97E-03#	X	X	0,002#	X	X	X	X
36	Existência de estufa e instrumental na Rede Privada	0,031#	X	X	X	X	X	X	X	X	X
37	Existência de autoclave na Rede Privada	X	X	X	X	X	X	X	X	7.07E-03#	X
40	Identificação de lixo orgânico contaminado	X	X	X	X	X	X	0,058"	X	X	X
43	Quebra de sigilo pelo Servidor Público	X	X	X	X	X	X	X	0,011"	X	X
44	Quebra de sigilo pelo Dentista	0,024"	X	X	X	X	X	X	X	X	X
47	Prontuário do paciente HIV+	X	X	X	X	X	X	0,043"	X	X	x
48	Direitos do Dentista HIV +	0,041"	X	X	X	X	X	X	X	X	X
53	Contaminação não ocupacional e direito de aposentadoria	X	0,020"	X	X	X	0,028"	X	X	X	X
55	Procedimentos pós acidente ocupacional	X	X	X	X	X	X	X	X	0,017"	X
57	Disponibilidade do CAT no local de trabalho	0,001"	X	X	X	X	X	X	0,047"	X	X
58	SIDA justifica aposentadoria e liberação do FGTS	X	X	X	X	0,005"	X	X	X	X	X
59	Incorreta interpretação de exames para HIV	X	X	X	X	X	X	X	X	0,029#	X
62	Responsabilidade civil/penal e ausência de medidas de biossegurança	X	0,007"	X	X	X	X	X	X	X	X
65	Responsabilidade ética e administrativa/civil/penal da quebra de sigilo	X	0,014"	X	X	X	X	X	X	0,033#	X

Resultados significativos pelos Teste Qui-Quadrado " ($p<0,05$) e Teste Exato de Fisher # ($p<0,05$) na coluna indicam melhor índice de acertos para o grupo identificado naquela coluna no topo da tabela

X = não significativo

Quanto ao gênero, os resultados que rejeitaram a hipótese nula ocorreram em 11 questões, sendo que os relativos às questões 06, 25, 36, 44, 48 e 57demonstram maior acerto das mulheres, e maior acerto dos homens nas questões 13, 19, 22, 27, 53 e 65.

Quanto ao tempo de formado, os resultados que rejeitaram a hipótese nula ocorreram em 05 questões, sendo que os relativos às questões 10, 14 e 58 demonstram maior acerto dos formados a mais de 11 anos, e no caso de formados entre 1 a 5 anos as questões 18 e 32.

Quanto à procedência universitária, os resultados que rejeitaram a hipótese nula ocorreram em 04 questões, sendo que os resultados das questões 32 e 53 demonstram maior acerto dos formados em Universidade Pública, e no caso de Universidade Privada as questões 40 e 47.

Quanto à especialidade, os resultados que rejeitaram a hipótese nula em ocorreram em 09 questões sendo que os resultados das questões 10, 23, 37, 55, 59 e 65, apontam para maior acerto dos especialistas em área afim, a 07 e 43 para os sem especialidade, e no caso de especialistas em área não afim a questão 08.

Em resumo, os resultados estatísticos significativos ocorreram em 12,5% do total de análises feitas. Estes resultados estão dispersos entre os vários Agrupamentos de Questões abordados, de tal forma que não há como identificar parâmetros que permitam estabelecer entre os seis grupos componentes da amostra um que tivesse obtido melhor índice de acerto.

4.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA PELO TESTE G2 OU RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA

4.3.1 – Análise dos Grupos de Questões associados a questões de rotina através dos teste G2.

Em seguida, foi realizada a associação de cada uma das questões de Situação de Rotina com cada um dos Agrupamentos de Questões (Diagnóstico, Sigilo, dentre outros). Neste sentido, foi empregado o tipo de teste estatístico que possibilita a associação da resposta de uma questão qualquer com as respostas expressas em porcentagem de várias questões, formando um bloco ou grupo único. Um bom exemplo é quando se objetiva saber se o fato de o Cirurgião Dentista trabalhar com auxílio de THD/ACD tem alguma influência no número de acertos nas respostas ao grupo de perguntas sobre legislação trabalhista. As perguntas versaram então sobre as situações normais da rotina inerente a responsabilidade trabalhista em se contratar um empregado, responsabilidades estas que podem ocorrer quando de um acidente ocupacional, da quebra de sigilo pela auxiliar, e outras. Portanto, no caso do exemplo, o objetivo foi conhecer se o fato de trabalhar com THD/ACD influencia as respostas, tendo em vista que espera-se de quem contrata o serviço destas auxiliares, melhor conhecimento sobre os direitos e deveres do contratador em relação ao contratado. O mesmo raciocínio é válido para todas as outras situações de rotina idealizadas quando da confecção do questionário.

As operações estatísticas executadas para obtenção destes dados foram em sua maioria, o Teste G2 ou Razão de Verossimilhança, que permite comparar valores percentuais expressos em tabelas bi-dimensionais. Os 07 grupos de Agrupamentos de Questões (Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Criminal, Apoio e Formulário) foram cruzados com as questões 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 27 e 29, que expressam as diversas situações de rotina idealizadas. Foram realizados 89 testes sendo que apenas 12 obtiveram resultados estatísticos significativos, o que eqüivale a dizer que somente em 13,48% das situações houve rejeição da hipótese nula, e que nas demais não se comprovou estatísticamente a influência. A hipótese nula para qualquer dos casos refere-se ao fato de as respostas a grupos de questões não serem alteradas pela variante proposta. Os resultados estão apresentados a seguir.

A questão 11 (tem parente/amigo HIV soropositivo) foi associada a cada um dos 09 Agrupamentos de Questões, em que apenas duas situações apresentaram resultado estatístico significativo, conforme o descrito a seguir.

Da associação da questão 11 com o agrupamento de questões "Apoio no local de trabalho", resultou a rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais com alguma ligação afetiva (parente/amigo HIV soropositivo) foi estatisticamente maior, enquanto o número de "zero acerto" foi maior entre os sem ligação afetiva, conforme a figura 4.

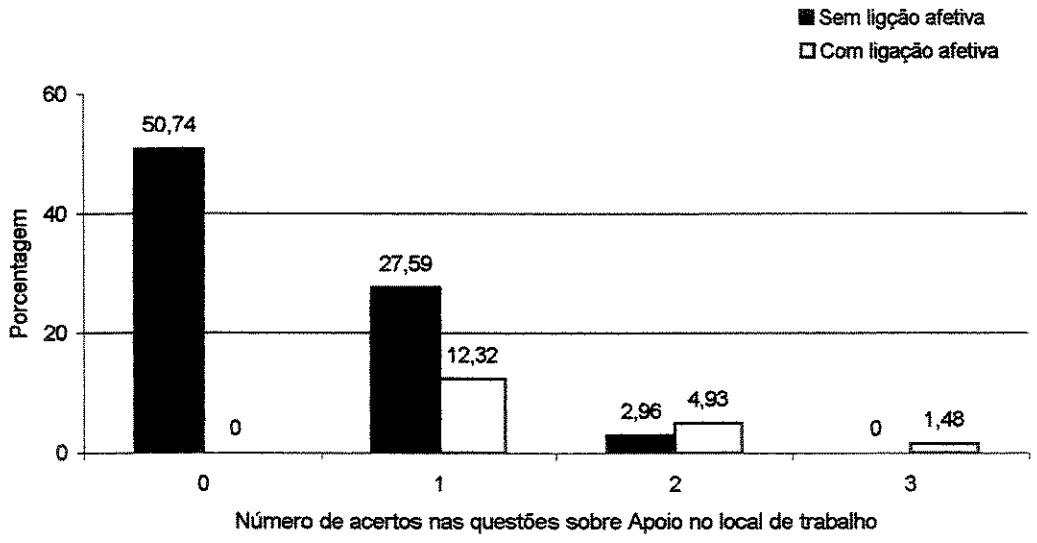


FIGURA 4 - Associação entre a questão 11 (grau de envolvimento pessoal ou ligação afetiva através de amigo/parente HIV soropositivo) com as questões do grupo "Apoio em local de trabalho"(G2: p=0.0001).

Da associação da questão 11 (tem parente/amigo HIV soropositivo) com o agrupamento de questões "Formulários relativos a SIDA", resultou a rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais com alguma ligação afetiva foi estatísticamente maior, enquanto que o número de "zero acerto" foi maior entre os sem ligação afetiva, conforme a figura 5.

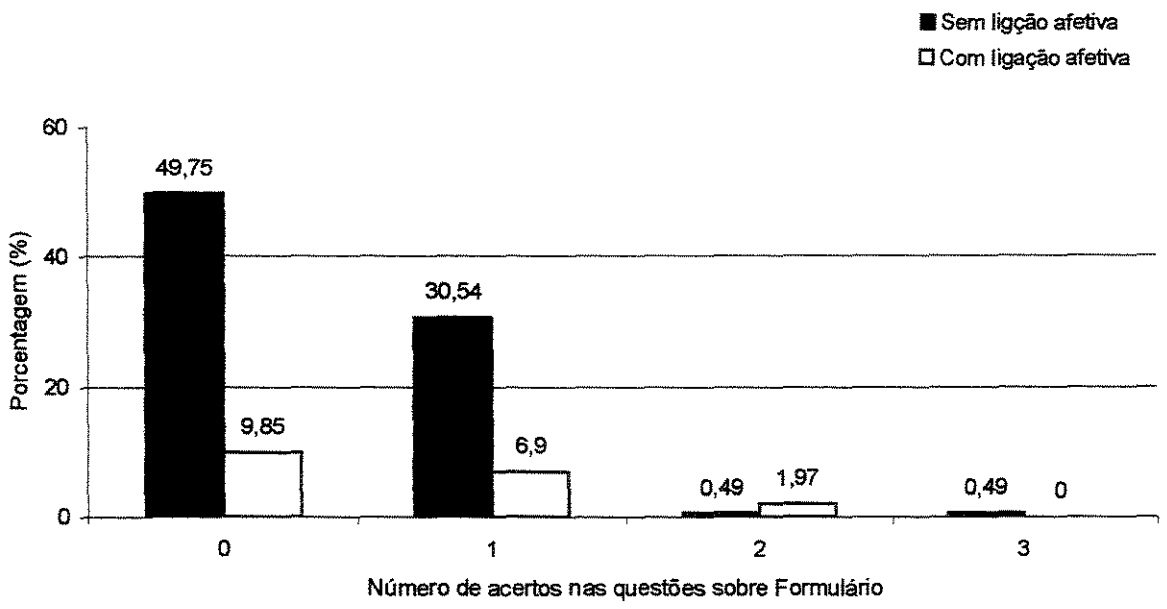


FIGURA 5 - Associação entre a questão 11 (grau de envolvimento pessoal ou ligação afetiva) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" (G2: p=0.0220).

Todas as demais análises semelhantes, que envolveram a questão 11 e os Agrupamentos de Questões como Diagnóstico, Sigilo Legislação trabalhista e outros não rejeitaram a hipótese nula, ou seja não tiveram seus percentuais de acerto influenciados pela existência de grau de envolvimento pessoal ou ligação afetiva dos profissionais.

A questão 12 (já atendeu paciente HIV soropositivo?) foi associada a cada um dos 07 Agrupamentos de Questões (Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Criminal, Apoio e Formulário), nos quais apenas uma situação mostrou resultado estatístico significativo.

Da associação da questão 12 (já atendeu paciente soropositivo?) com o agrupamento de questões "Formulários relativos a SIDA", resultou a rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais que já tinham atendido paciente HIV soropositivo foi maior, enquanto o número de "zero acerto" foi maior entre os que não tiveram oportunidade de atendimento ao soropositivo, conforme a figura 6.

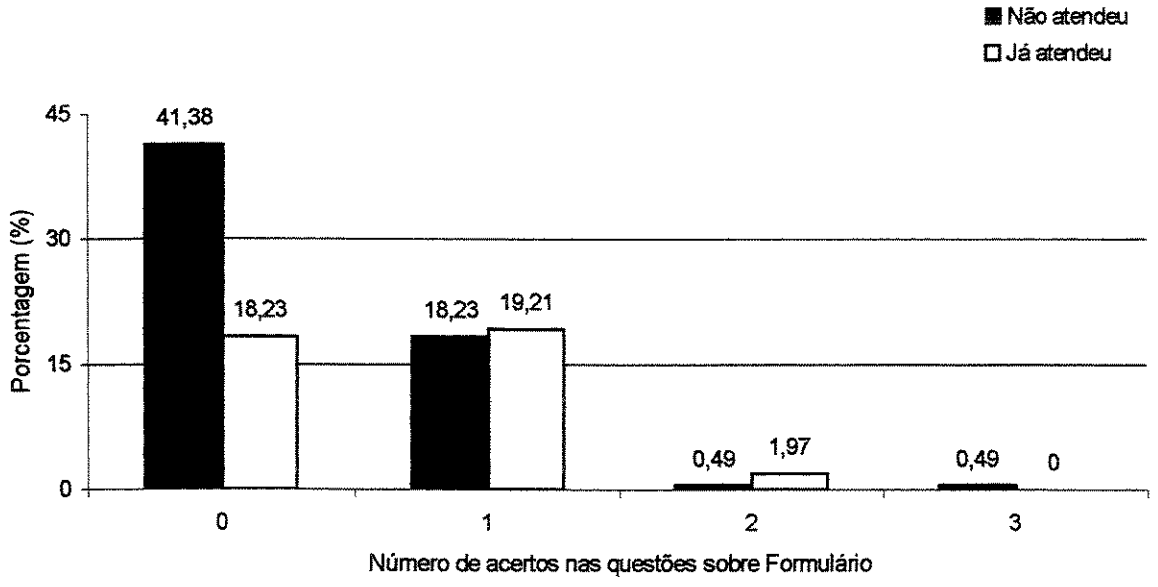


FIGURA 6 - Associação entre a questão 12 (já atendeu paciente HIV soropositivo?) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA"(G2: p=0.0048).

Todas as demais análises semelhantes envolvendo outros Agrupamentos de Questões como Diagnóstico, Sigilo Legislação trabalhista e outros, não rejeitaram a hipótese nula, e não tiveram seus percentuais de acerto

influenciados pelo fato da existência atendimento anterior a paciente HIV soropositivo.

A questão 27 (direito do Cirurgião Dentista em pedir teste para HIV) foi associada a cada um dos 07 Agrupamentos de Questões (Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Criminal, Apoio e Formulário), onde 03 situações apresentaram resultado estatístico significativo.

Da associação da questão 27 (direito do Cirurgião Dentista de pedir teste para o HIV) com o agrupamento de questões "Diagnóstico relativo a SIDA", resultou na rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais que tinham consciência do direito de pedir teste para HIV positivo foi maior, conforme a figura 7.

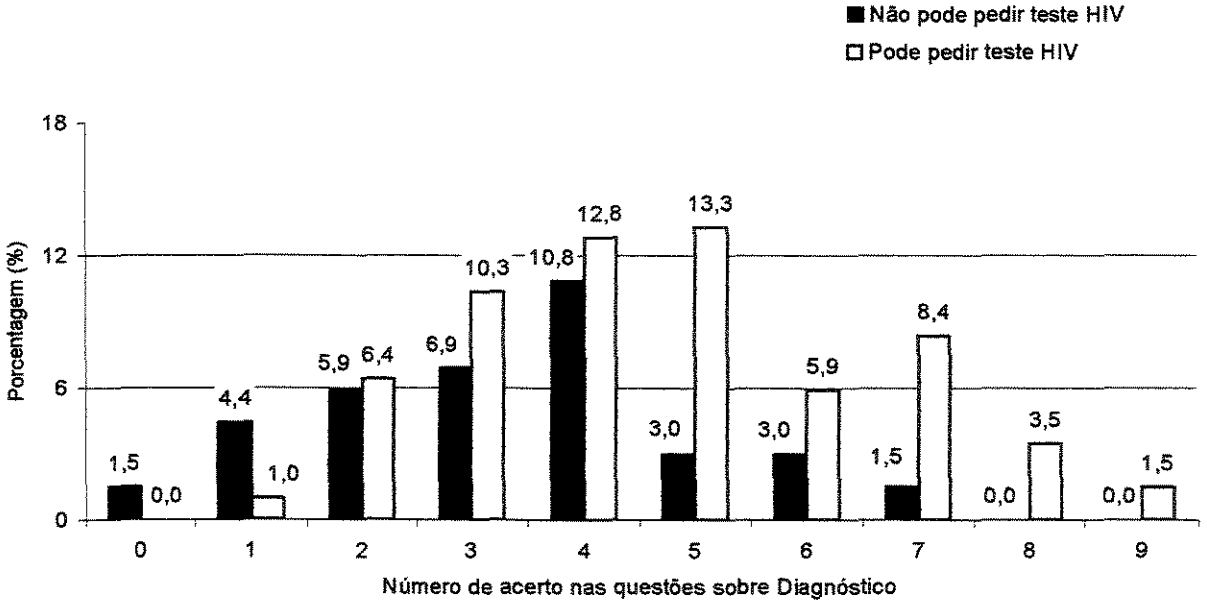


FIGURA 7 - Associação entre questão a 27 (direito do Cirurgião Dentista de pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Diagnóstico relativo a SIDA" (G2: p=0.0001).

Da associação da questão 27 (direito do Cirurgião Dentista de pedir teste para o HIV) com o agrupamento de questões "Sigilo Profissional", resultou na rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais que tinham consciência do direito de pedir teste para HIV positivo foi maior, conforme a figura 8.

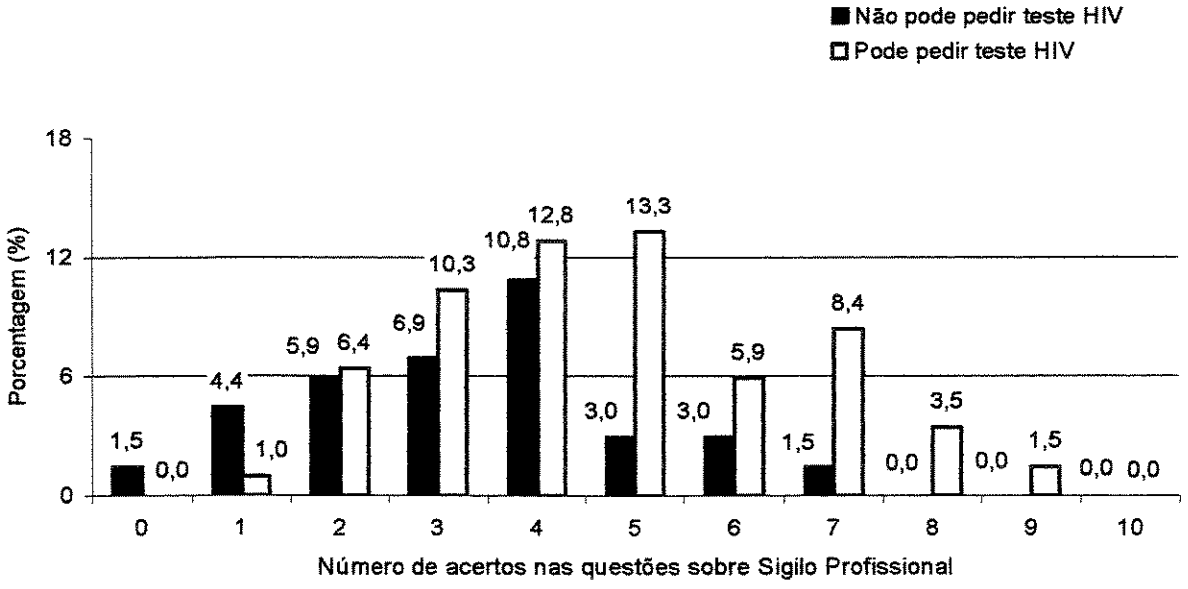


FIGURA 8 - Associação entre questão a 27 (direito do Cirurgião Dentista de pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Sigilo Profissional" (G2: p=0.0045).

Da associação da questão 27 (direito do Cirurgião Dentista de pedir teste para o HIV) com o agrupamento de questões "Formulários relativos a SIDA", resultou em rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais que tinham consciência do direito de pedir teste para HIV positivo foi maior, conforme a figura 9.

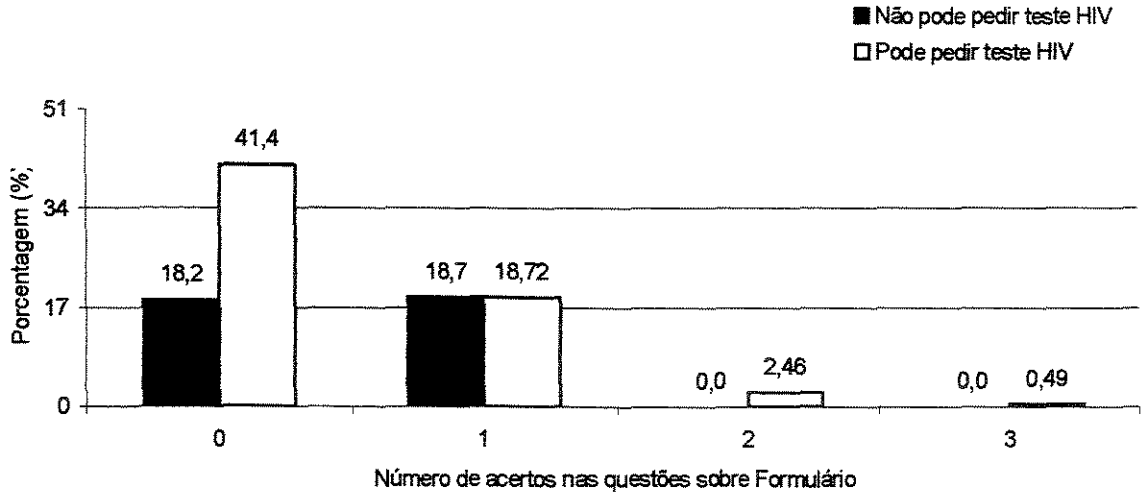


FIGURA 9 - Associação entre a questão 27 (direito do Cirurgião Dentista pedir teste para HIV) com as questões do grupo "Formulário relativo a SIDA" (G2: p=0.0045).

Todas as demais análises semelhantes que envolveram a questão 27 e os agrupamentos de questões como Legislação trabalhista, Legislação Civil e Criminal e outros, não rejeitaram a hipótese nula e não tiveram seus percentuais de acerto influenciados pela consciência profissional sobre direito de pedir teste para HIV.

A questão 06 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Pública) foi associada a 03 agrupamentos de questões (Biossegurança Pública, Biossegurança Privada, Formulários) e em 02 situações houveram resultados estatísticos significativos.

A associação da questão 06 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Pública) com agrupamento de questões relativas a Biossegurança Pública resultou na rejeição da hipótese nula. Observou-se que os profissionais que tiveram treinamento de biossegurança no seu local de trabalho em Rede Publica apresentaram maior percentual de acertos, enquanto o maior número de "zero acerto" foi obtido pelo grupo que não teve treinamento, conforme

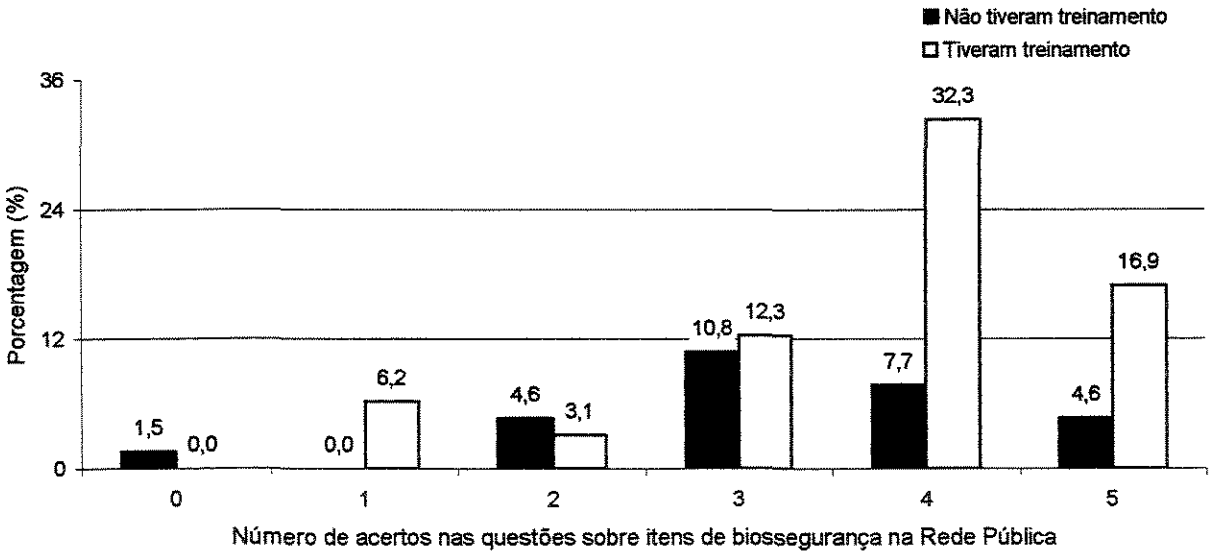


FIGURA 10 - Associação entre a questão 06 (treinamento de Biossegurança na Rede Pública) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Pública" (G2: p=0.0497).

Da associação da questão 06 (existência de treinamento de biossegurança na Rede Pública) com o agrupamento de questões "Formulários relativos a SIDA", resultou em rejeição da hipótese nula. Observou-se que o percentual de acertos dos profissionais que tiveram treinamento foi menor, embora

o número de "zero acerto" tenha sido maior entre os não tiveram treinamento, conforme a figura 11.

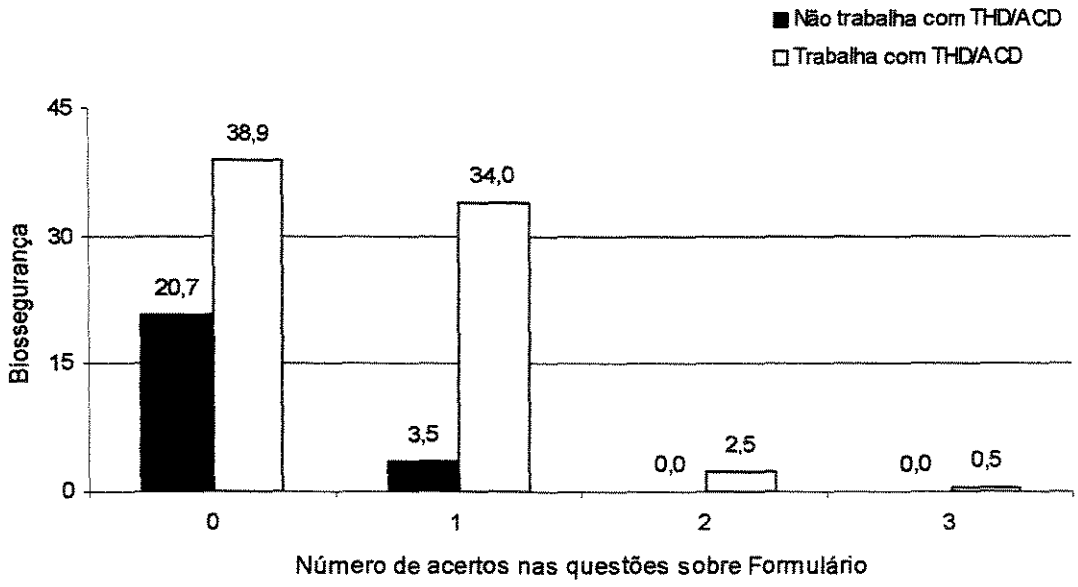


FIGURA 11 - Associação entre a questão 06 (treinamento de Biossegurança na Rede Pública) com as questões do grupo "Formulário relativo a SIDA" (G2: p=0.0243).

A questão 07 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Privada) foi associada a 03 agrupamentos de questões (Biossegurança Pública, Biossegurança Privada, Formulários) apenas 01 situação apresentou resultado estatístico significativo.

A associação da questão 07 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Privada) com agrupamentos de questões relativas a Biossegurança Privada resultou na rejeição hipótese nula. Observou-se que o fato

de o profissional ter tido treinamento de biossegurança no seu local de trabalho em Rede Privada esta associado a menor percentual de acertos relativos a itens de biossegurança existentes no local de trabalho privado, conforme figura 12.

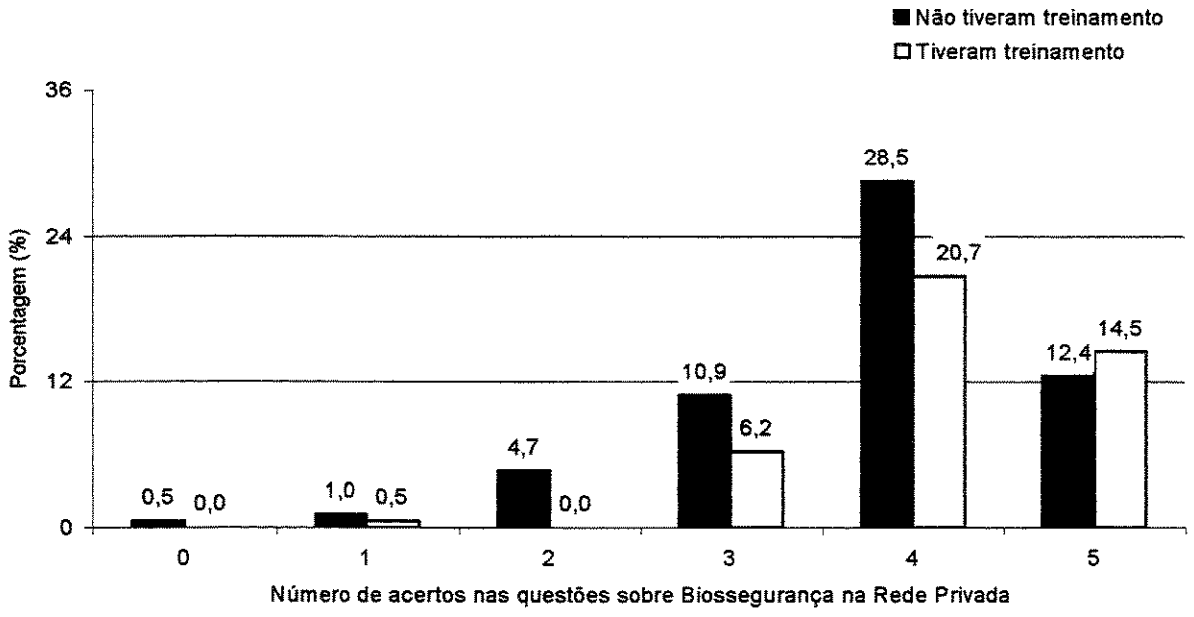


FIGURA 12 - Associação entre a questão 07 (treinamento de Biossegurança na Rede Privada) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Privada" (G2: p=0.0134).

Da associação da questão 07 (existência de treinamento de biossegurança na Rede Privada) com o agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Pública" e "Formulários relativos a SIDA", resultou em não rejeição da hipótese nula. Observou-se que o fato de haver treinamento no local de trabalho em Rede Privada não influenciou a resposta, de tal forma que estatisticamente o

percentual de acertos entre os que tiveram e os que não tiveram treinamento não foi significativo.

A questão 10 (trabalho com THD) foi associada a 05 agrupamentos de questões (Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Biossegurança Privada, Formulário) e com mais a questão 55 (cuidados pós acidente ocupacional) e 57 (disponibilidade do CAT no local de trabalho) e em 02 ocasiões houve resultado estatístico significativo.

Da associação da questão 10 (trabalho com THD/ACD) com o agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Privada" resultou em rejeição da hipótese nula. Observou-se que o profissional que trabalha com THD/ACD apresentou melhor percentual de acertos, conforme figura 13.

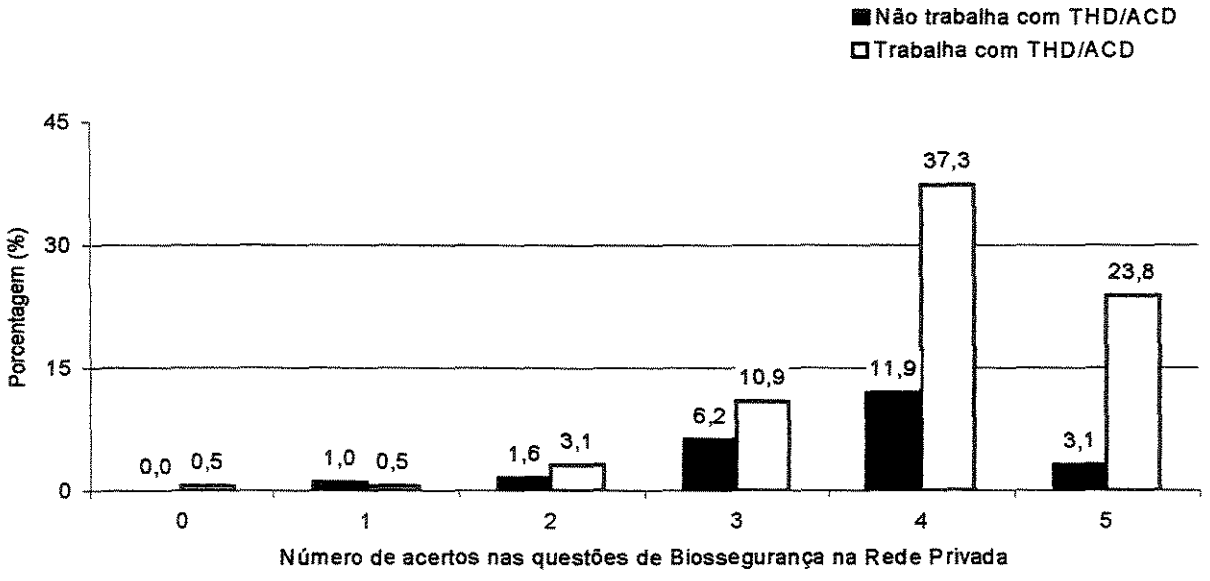


FIGURA 13 - Associação entre a questão 10 (trabalho com THD/ACD) com as questões do grupo "Biossegurança na Rede Privada" (G2: p=0.0498)

Da associação da questão 10 (trabalho com THD/ACD) com o agrupamento de questões "Formulários relativos a SIDA", resultou em rejeição da hipótese nula. Observou-se que o profissional que trabalha com THD/ACD obteve maior percentual de acerto, conforme figura 14.

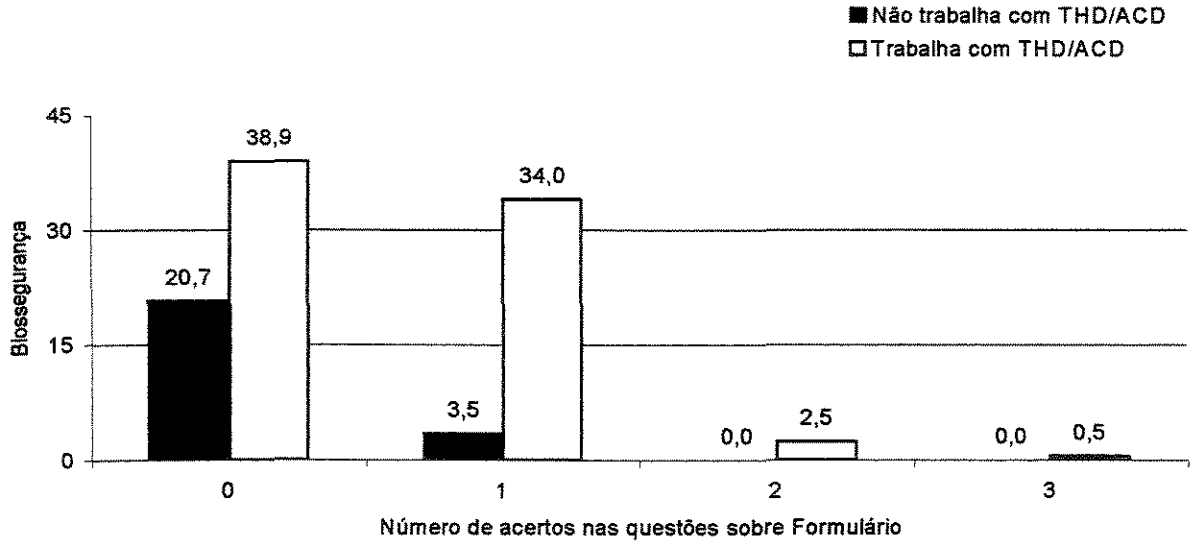


FIGURA 14 - Associação entre a questão 10 (trabalho com THD/ACD) com as questões do grupo "Formulários relativos a SIDA" (G2: p=0.0001).

Foram feitas também associações da questão 10 com duas questões de Situação de Rotina, sendo que apenas uma apresentou resultado significativo, conforme o que se segue.

Da associação da questão 10 (trabalho com THD/ACD) com a questão 57 (disponibilidade de CAT no local de trabalho), resultou em rejeição da hipótese

nula. Observou-se que a disponibilidade deste formulário está associada ao fato de o Cirurgião Dentista trabalhar sem auxílio de THD/ACD, conforme figura 15.

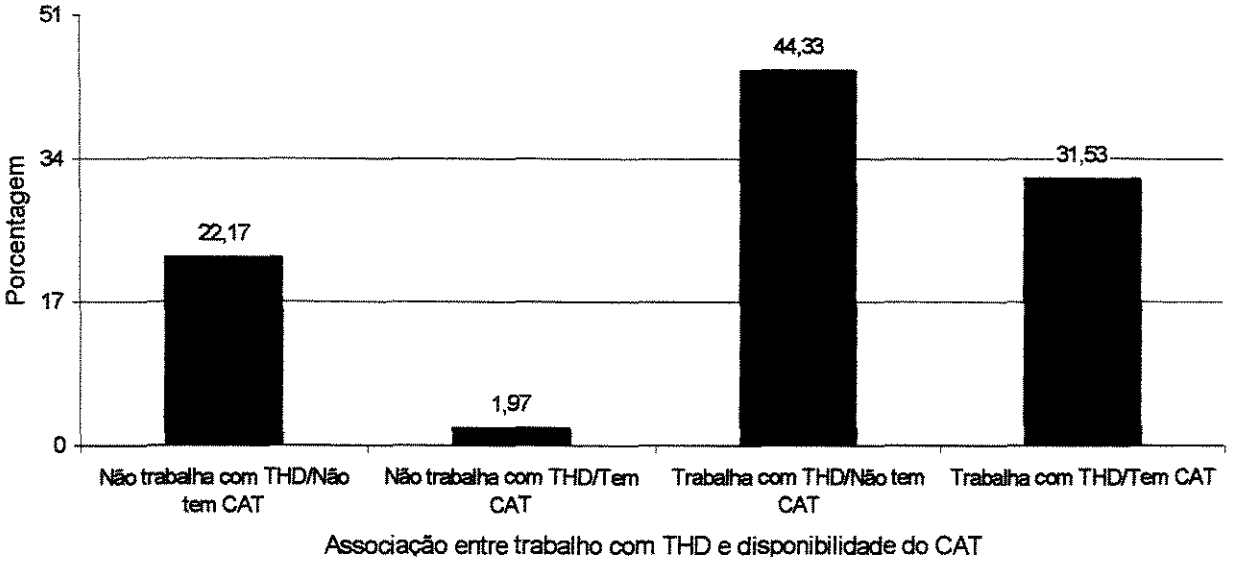


FIGURA 15 - Associação entre questão 10 (trabalho com THD) com as questão 57 (disponibilidade de CAT no local de trabalho). (G2: p=0.0001) .

Todas as demais análises semelhantes não rejeitaram a hipótese nula pois não tiveram seus percentuais de acerto influenciados pelo fato de o profissional trabalhar com THD/ACD.

Em acréscimo, foram feitas outras análises que incluíram:

Associação da questão 56 (ocorrência de acidente ocupacional) com os Agrupamentos de Questões sobre Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Biossegurança Pública e Privada, Notificação Compulsória, Apoio e Formulários, as quais não apresentaram resultados estatísticos significantivos.

Associação da questão 08 (participação em curso/congresso de Responsabilidade Civil/Erro Médico) com o agrupamento de questões sobre Legislação Trabalhista e Legislação Civil/Criminal, as quais não apresentaram resultados estatísticos significantivos.

Associação da questão 08 (participação em curso/congresso de Biossegurança/Ética) , com o agrupamento de questões sobre Legislação Trabalhista e Legislação Civil/Criminal, as quais não apresentaram resultado estatísticos significantivos.

Associação da questão 57 (disponibilidade do CAT no local de trabalho) com a questão 56 (ocorrência de acidente ocupacional), a qual não apresentou resultado estatístico significantivo.

Associação da questão 56 (ocorrência de acidente ocupacional) com a questão 55 (cuidados pós-acidente ocupacional), a qual não apresentou resultado estatístico significantivo.

4.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA PELOS TESTES KRUSKALL-WALLIS E WILCOXON

4.4.1 – Análise de duas variáveis pelo teste de Kruskal-Wallis.

A análise seguinte consistiu na associação das variáveis classificatórias com cada um dos Agrupamentos de Questões através de aplicação do Teste de Kruskal-Wallis. O objetivo foi testar a hipótese nula na qual as gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade não influenciam as respostas. Novamente foram feitas as associações dos grupos de questões definidos na

metodologia e as variáveis classificatórias. Quando os testes que envolviam uma variável com três componentes apresentaram resultados significativos, como é o caso da Tempo de Formado e Especialidade, houve necessidade de realização do teste de Wilcoxon, para definir qual dos componentes apresentou resultado diferenciado dos demais. Foram feitos 56 análises pelo teste de Kruskal-Wallis sendo que apenas 12 rejeitaram a hipótese nula, e mais 39 pelo teste de Wilcoxon para complementação, num total de 95 testes.

O resultados obtidos estão descritos a seguir.

Da associação da variável classificatoria gênero com os grupos de questões Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Notificação, Apoio no local de Trabalho, Formulários relativos a SIDA, além das questões 06 (treinamento de biossegurança em Rede Pública), 07 (treinamento de biossegurança em Rede Privada), 08 (participação em curso/congresso de Responsabilidade Civil/Erro Médico) e 09 (participação em curso/congresso de Biossegurança/Ética), somente em 03 situações houve resultado estatístico significativo, conforme o descrito a seguir.

Em relação a associação do gênero com o grupo de questões sobre Apoio no local de trabalho, foi observado que o gênero feminino obteve um escore médio de acertos diferenciado do gênero masculino, sendo que os resultados indicam melhor performance das mulheres, conforme figura 16.

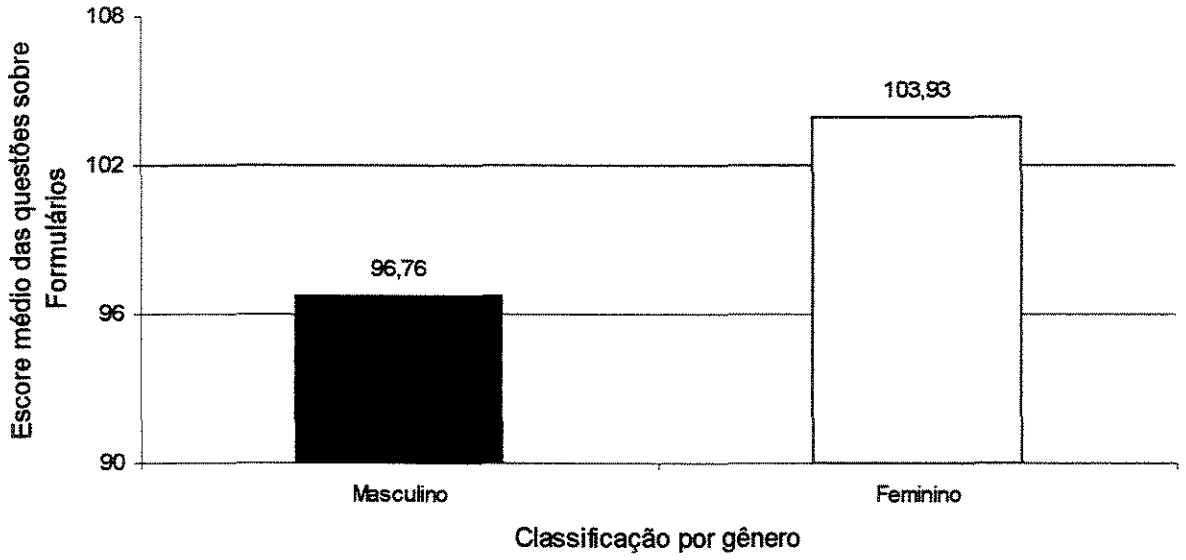


FIGURA 16 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Apoio no local de trabalho, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0177)

Em relação a associação do gênero ao grupo de questões sobre existência de Formulários relativos da SIDA no local de trabalho, foi observado que o gênero feminino obteve escore médio de acertos diferenciado do masculino, sendo que os resultados indicam melhor performance das mulheres, conforme figura 17.

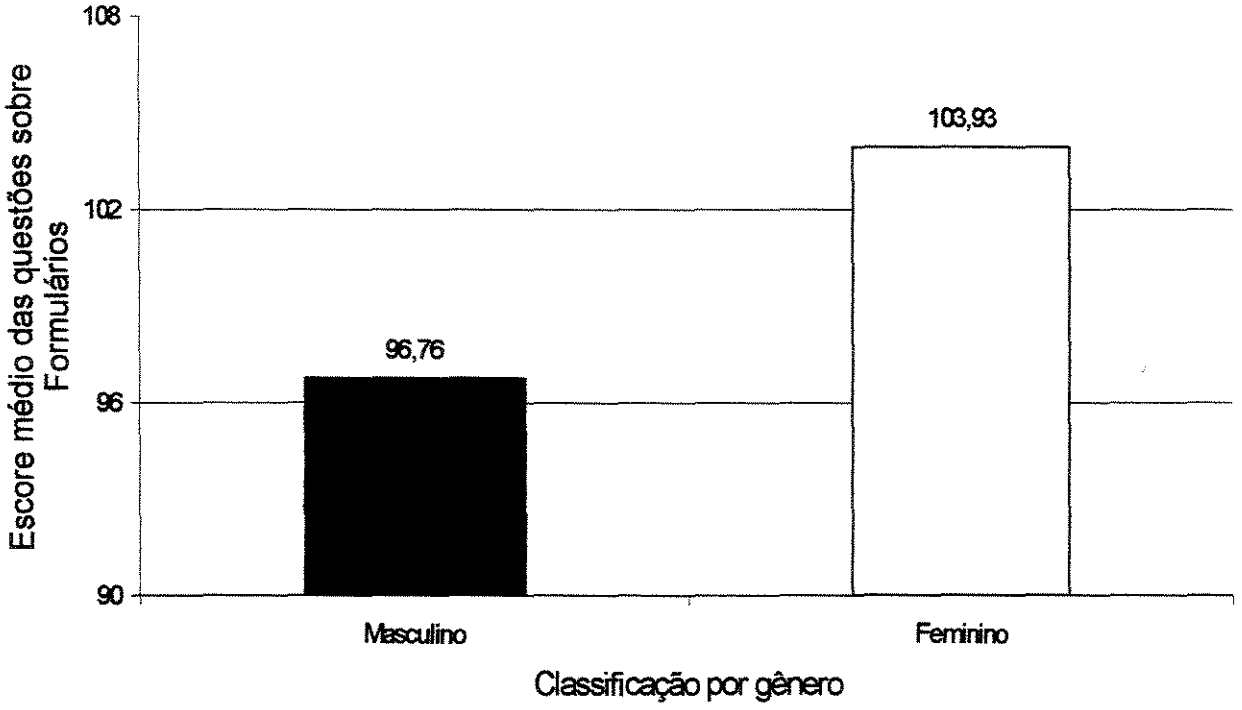


FIGURA 17 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de Formulários relativos a SIDA em local de trabalho, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0419).

Em relação a associação do gênero à questão 06 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública), foi observado que o gênero feminino obteve escore médio de acertos diferenciado do masculino, sendo que os resultados indicam melhor performance das mulheres, conforme figura 18.

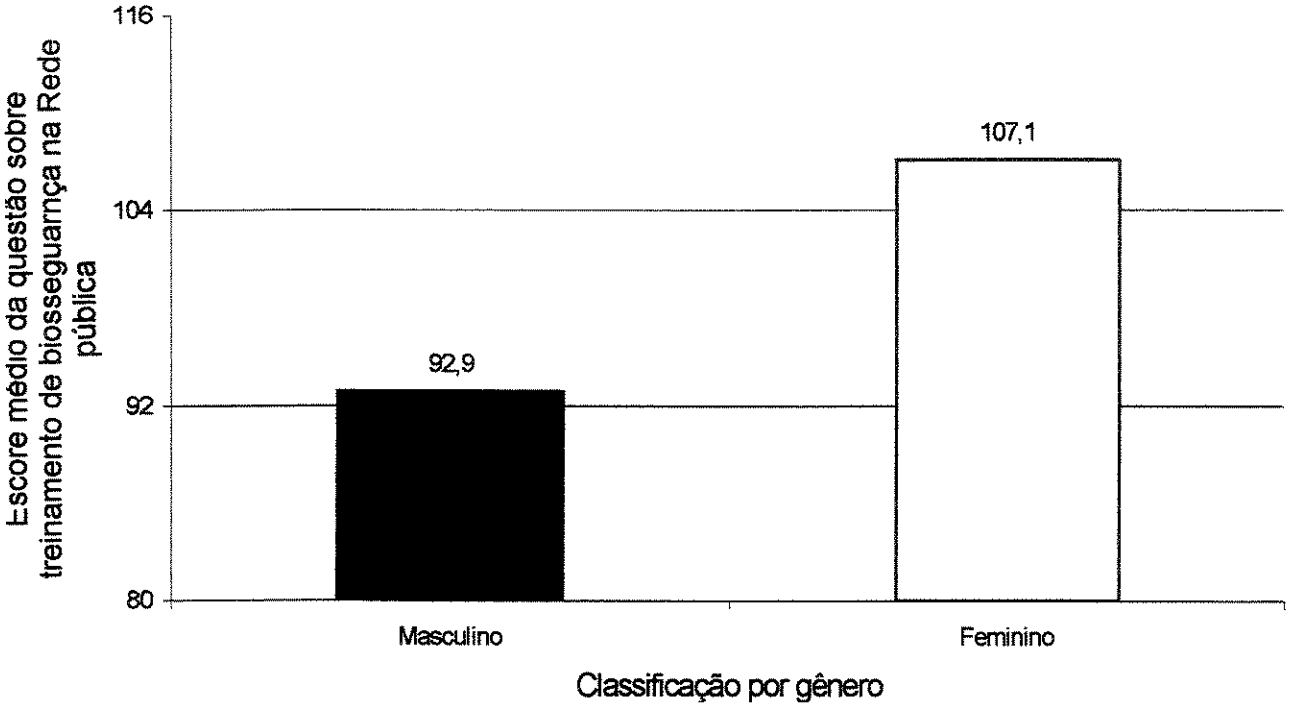


FIGURA 18 - Classificação da variável gênero de acordo com o escore médio de acertos à questão 06 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública), onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0227)

Da associação da variável classificatoria tempo de formado com os grupos de questões Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Notificação, Apoio no local de Trabalho, Formulários relativos a SIDA, além das questões 06 (treinamento de biossegurança em Rede Pública), 07 (treinamento de biossegurança em Rede Privada), 08 (participação em curso/congresso de Responsabilidade Civil/Erro Médico) e 09 (participação em

curso/congresso de Biossegurança/Ética), somente em 02 situações houve resultado estatístico significativo, conforme o descrito a seguir.

Em relação a associação da variável tempo de formado com o grupo de questões sobre Apoio em local de trabalho, foi observado que o a faixa de profissionais formados entre 1 e 5 anos obteve um escore médio de acertos diferenciado dos demais, sendo que os resultados do teste de Wilcoxon indicam melhores performances para as faixas de tempo de formado 6 a 10 anos e 11 anos ou mais, conforme figura 19.

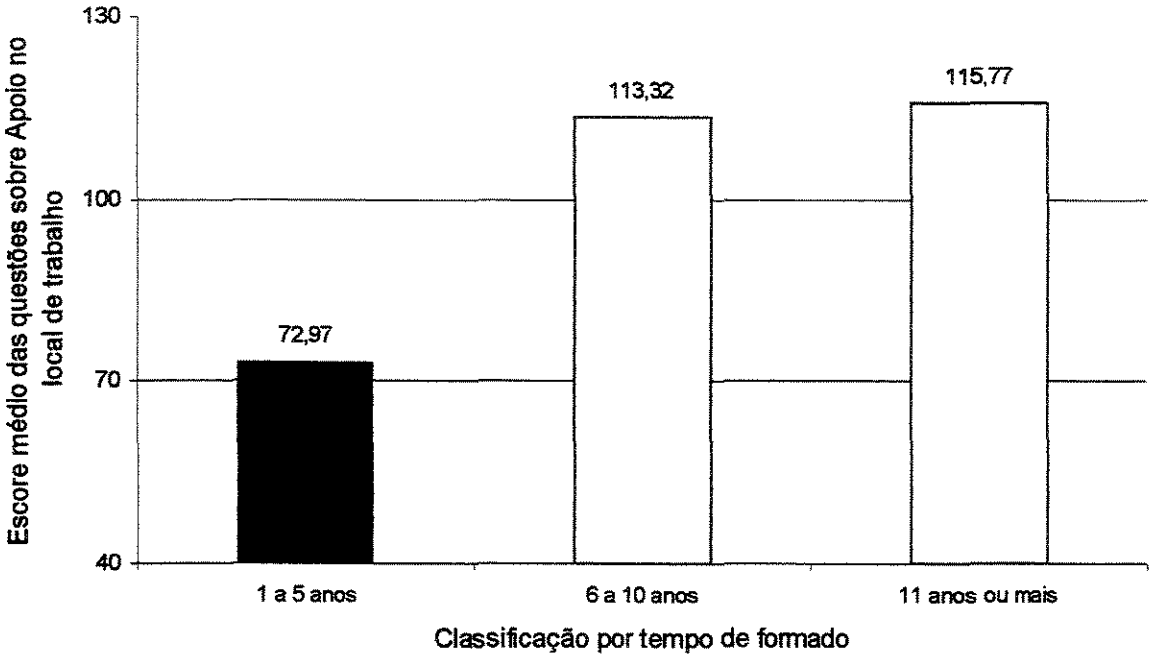


FIGURA 19 - Classificação da variável tempo de formado de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de itens de Apoio no local de trabalho, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0001).

Em relação a associação da variável tempo de formado com a questão 06 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública), foi observado que a faixa de profissionais formados entre 1 e 5 anos que trabalham em Rede Pública obteve um escore médio de acertos diferenciado dos demais, sendo que os resultados do teste de Wilcoxon indicam melhores performances para as faixas de tempo de formado 5 a 10 anos e 11 anos ou mais, conforme figura 20.

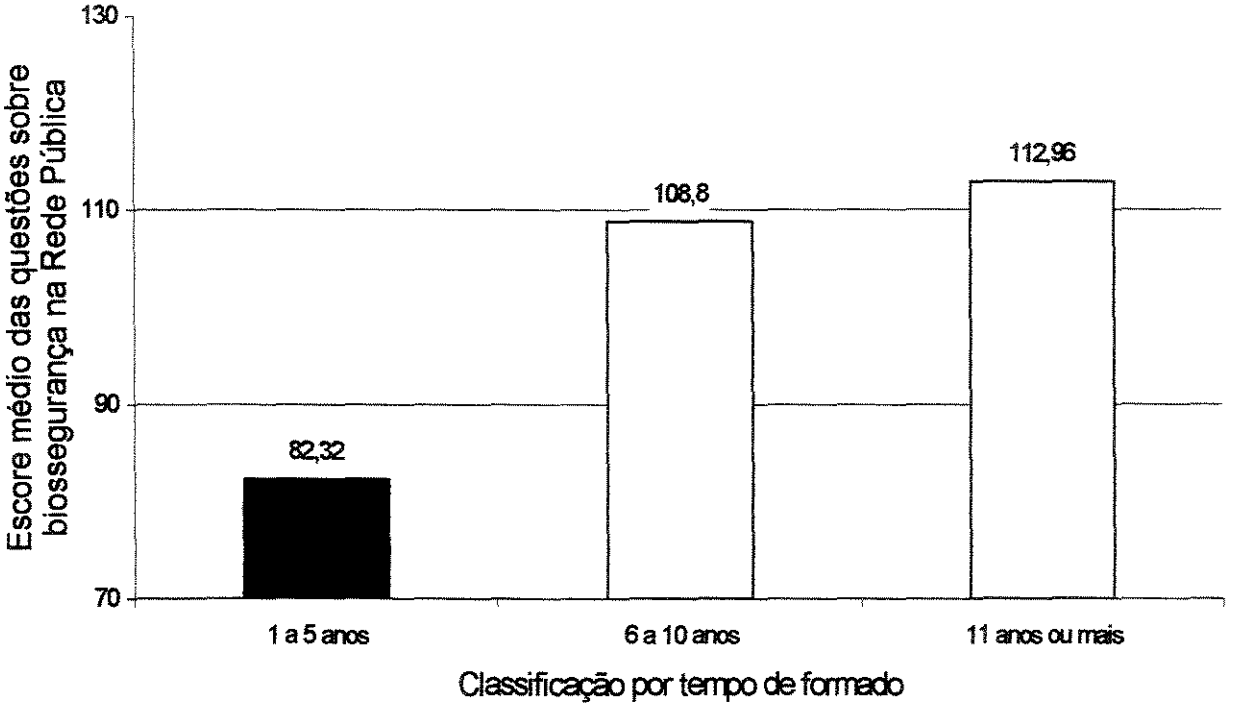


FIGURA 20 - Classificação da variável tempo de formado de acordo com o treinamento sobre biossegurança recebido em Rede Pública e o escore médio de acertos à questão sobre existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0001).

Da associação da variável classificatoria procedência universitária com os grupos de questões Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Notificação, Apoio no local de Trabalho, Formulários relativos a SIDA, além das questões 06 (treinamento de biossegurança em Rede Pública), 07 (treinamento de biossegurança em Rede Privada), 08 (participação em curso/congresso de Responsabilidade Civil/Erro Médico) e 09 (participação em

curso/congresso de Biossegurança/Ética), somente em 01 situação houve resultado estatístico significativo.

Em relação a associação da variável procedência universitária com o grupo de questões sobre Apoio em local de trabalho, foi observado que o os Cirurgiões Dentistas procedentes de universidades públicas apresentaram escore médio diferenciado, sendo que os resultados indicam melhor performance destes profissionais, conforme figura 21.

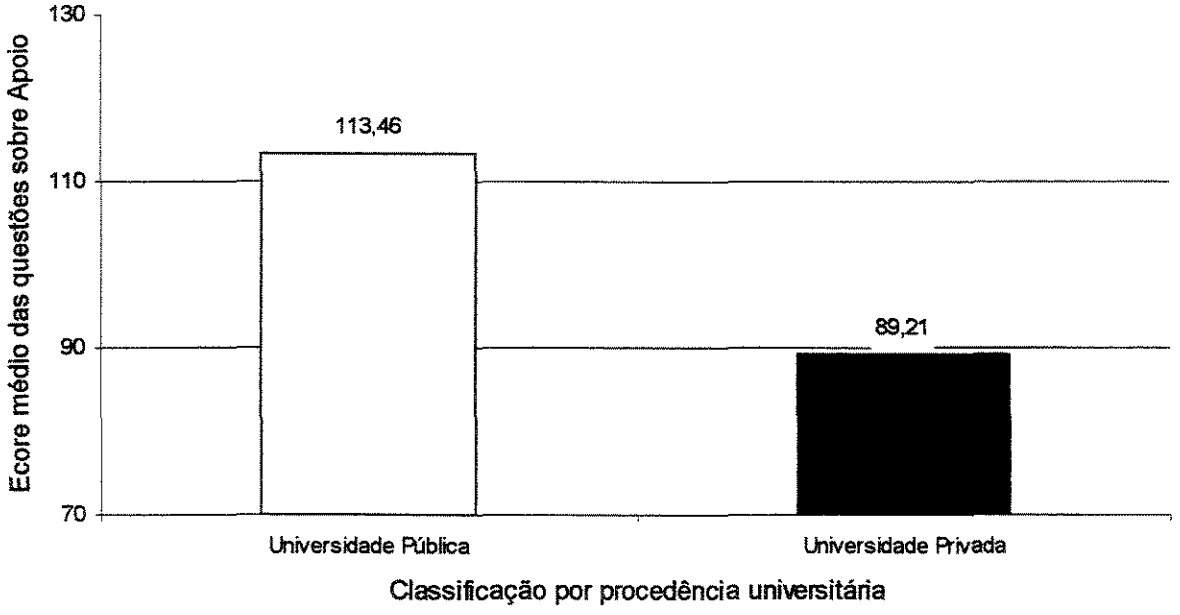


FIGURA 21 - Classificação da variável procedência universitária de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Apoio em local de trabalho, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0011).

Da associação da variável classificatoria especialidade com os grupos de questões Diagnóstico, Sigilo, Legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal, Notificação, Apoio no local de Trabalho, Formulários relativos a SIDA, além das questões 06 (treinamento de biossegurança em Rede Pública), 07 (treinamento de biossegurança em Rede Privada), 08 (participação em curso/congresso de Responsabilidade Civil/Erro Médico) e 09 (participação em curso/congresso de Biossegurança/Ética), somente em 03 situações houve resultado estatístico significativo, conforme descrito a seguir.

Em relação a associação da variável especialidade com o grupo de questões sobre Legislação Civil/Criminal, foi observado que o a faixa de profissionais sem especialidade obteve um escore médio de acertos diferenciado dos demais, sendo que os resultados do teste de Wilcoxon indicam melhores performances para os Cirurgiões Dentistas com especialidade afim e Especialidade não afim, conforme figura 22.

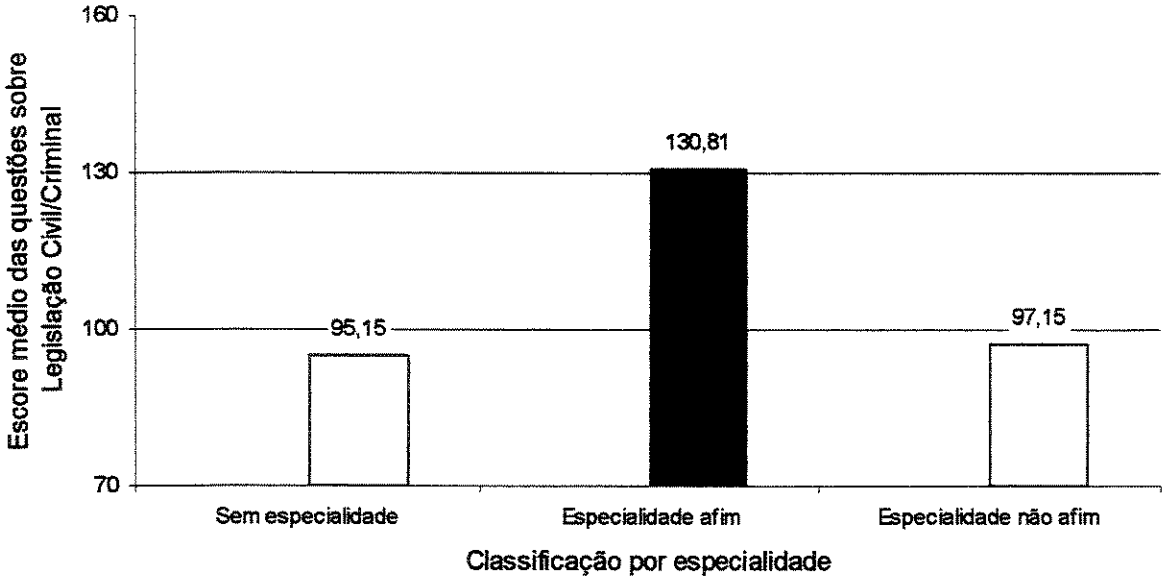


FIGURA 22 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre Legislação Civil/Criminal, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0036).

Em relação a associação da variável especialidade com o grupo de questões sobre Apoio em local de trabalho, foi observado que a faixa de profissionais com especialidade afim obteve um escore médio de acertos diferenciado dos demais, sendo que os resultados do teste de Wilcoxon indicam performances mais baixas para os Cirurgiões Dentistas com especialidade não afim e sem especialidade, conforme figura 23.

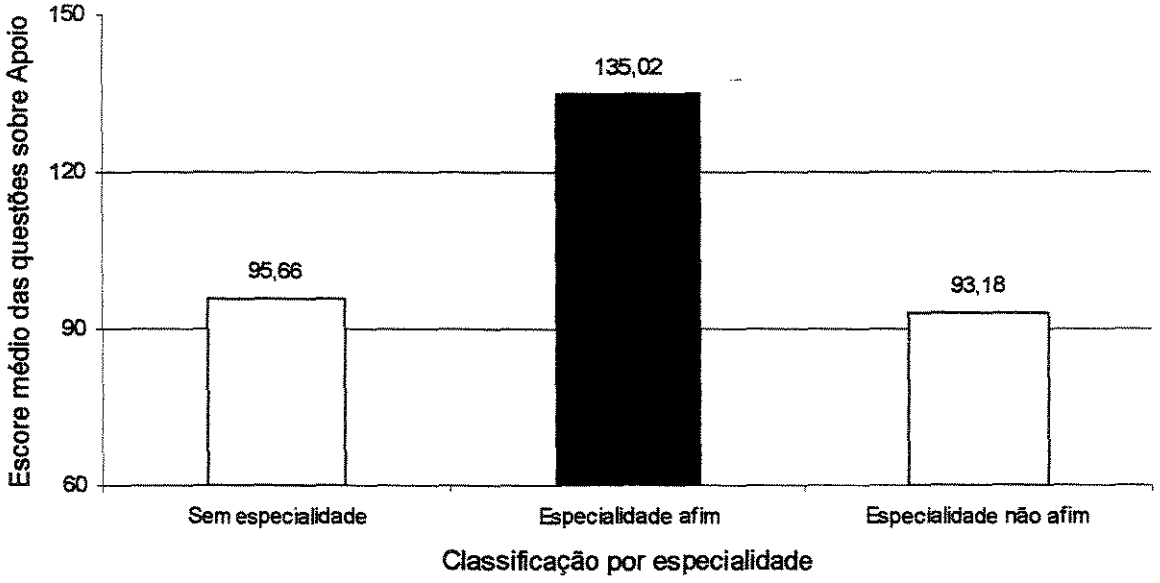


FIGURA 23 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acertos às questões sobre existência de itens de Apoio no local de trabalho, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0004).

Em relação a associação da variável especialidade com a questão 08 (participação em curso de Responsabilidade Civil/Erro Médico), foi observado que a faixa de profissionais sem especialidade obteve um escore médio de acertos diferenciado dos demais, sendo que os resultados do teste de Wilcoxon indicam performance mais baixa para estes profissionais em relação aos com especialidade afim e especialidade não afim, conforme figura 24.

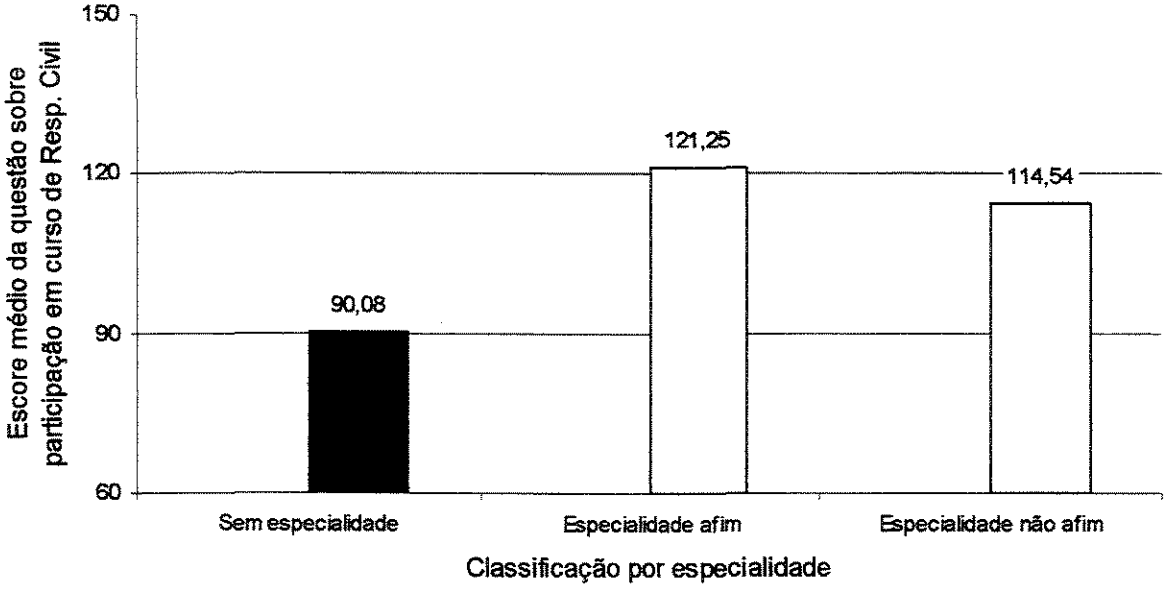


FIGURA 24 - Classificação da variável especialidade de acordo com o escore médio de acerto à questão sobre participação em curso de Responsabilidade Civil/Erro Médico, onde barras com cores discrepantes diferem significativamente entre si (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0002).

4.5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA SOBRE BIOSSEGURANÇA

4.5.1 – Análise dos aspectos de biossegurança na Rede Pública e Privada.

A análise dos aspectos de biossegurança foi feita através da associação dos Agrupamentos de Questões "Biossegurança na Rede Pública" e

"Biossegurança na Rede Privada", com as questões 05 (locais de trabalho da amostra), 06 (existência de treinamento de biossegurança na Rede Pública), 07 (existência de treinamento em biossegurança na Rede Privada), 09 (participação em curso de Biossegurança/Ética), 10 (trabalha com THD/ACD), 12 (já atendeu paciente soropositivo), 29 (eficácia das medidas de biossegurança), e 56 (já teve acidente ocupacional), além das variáveis classificatórias. Foram feitas 26 análises através dos testes estatísticos G2 e Kruskal-Wallis, dos quais 12 apresentaram resultado significativo, havendo necessidade ainda de mais 02 análises pelo teste de Wilcoxon para complementação. Os resultados estão descritos a seguir.

Inicialmente cada uma das questões dos Agrupamentos de Questões que tratam da existência de itens de biossegurança nas Redes Pública e Privada (duas pias, estufa, autoclave, paredes pintadas adequadamente, piso liso sem ranhura) na Rede Pública e Privada foram associadas individualmente entre si para estabelecer uma comparação item a item entre as duas redes de serviço, sendo que apenas o item "duas pias por consultório" não apresentou resultado significativo, conforme descrição a seguir:

Da associação da questão 31 (existência de estufa com jogos instrumentais suficientes na Rede Pública) com a 36 (existência de estufa com jogos de instrumentais suficientes na Rede Privada), foi observada a rejeição da hipótese nula, e onde a Rede Privada apresentou melhor escore médio de acerto, conforme figura 25.

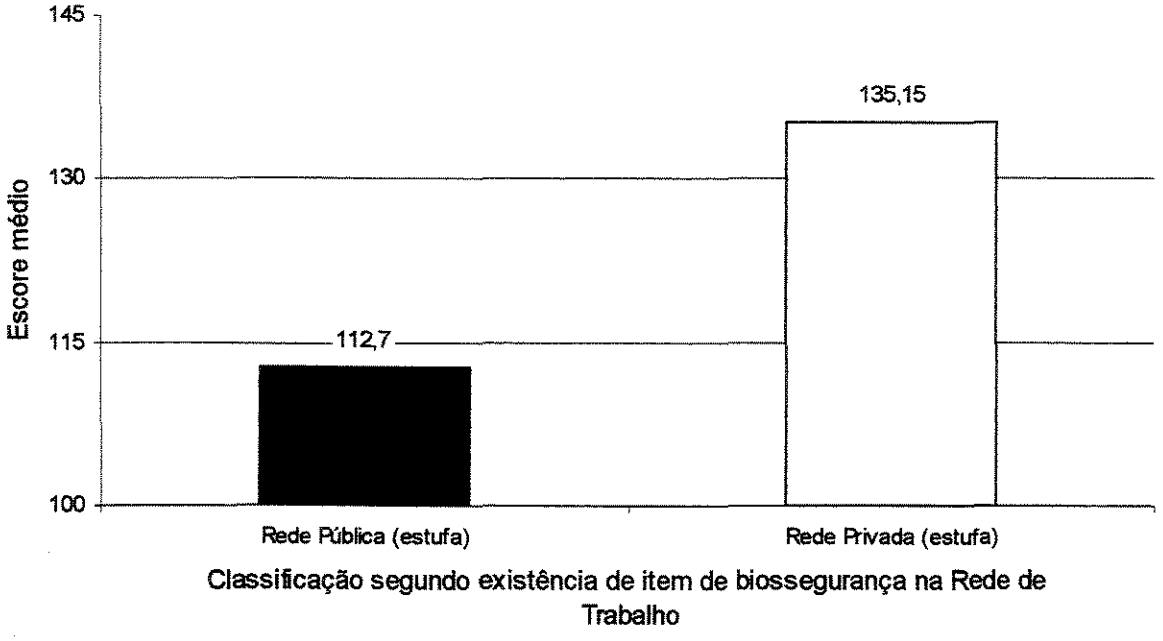


FIGURA 25 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (estufa com jogos de instrumentais suficientes) em Rede Pública e Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0001).

Da associação da questão 32 (existência de autoclave na Rede Pública) com a 37 (existência de autoclave na Rede Privada), foi observada a rejeição da hipótese nula, onde a Rede Pública apresentou melhor escore médio de acerto, conforme figura 26.

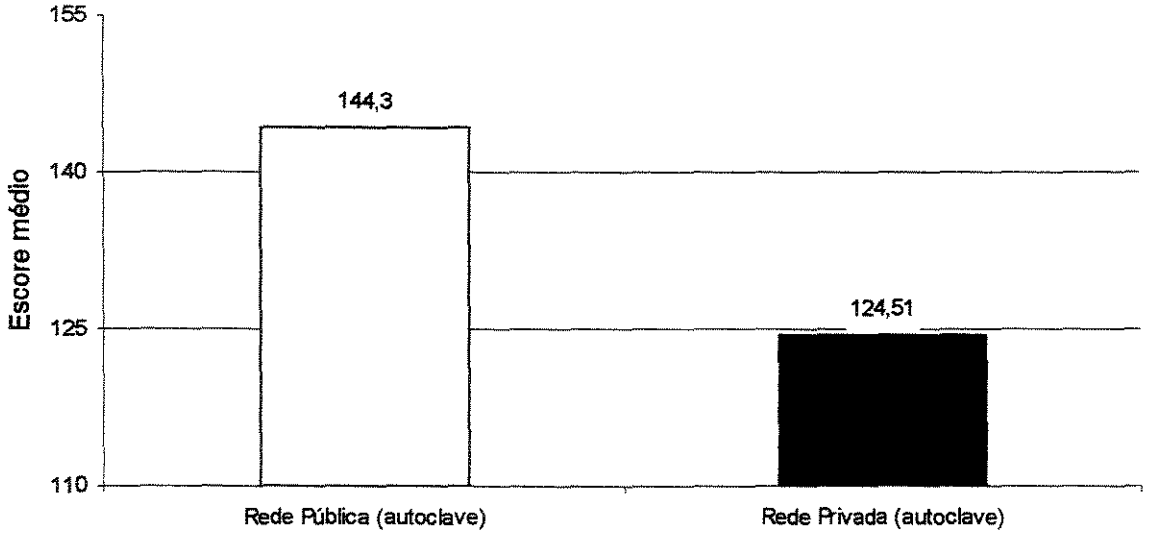


FIGURA 26 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (autoclave) em Rede Pública e Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0307).

Da associação da questão 33 (existência piso liso sem ranhura na Rede Pública) com a 38 (existência de piso liso sem ranhura na Rede Privada), foi observada a rejeição da hipótese nula, em que a Rede Privada apresentou melhor escore médio de acertos, conforme figura 27.

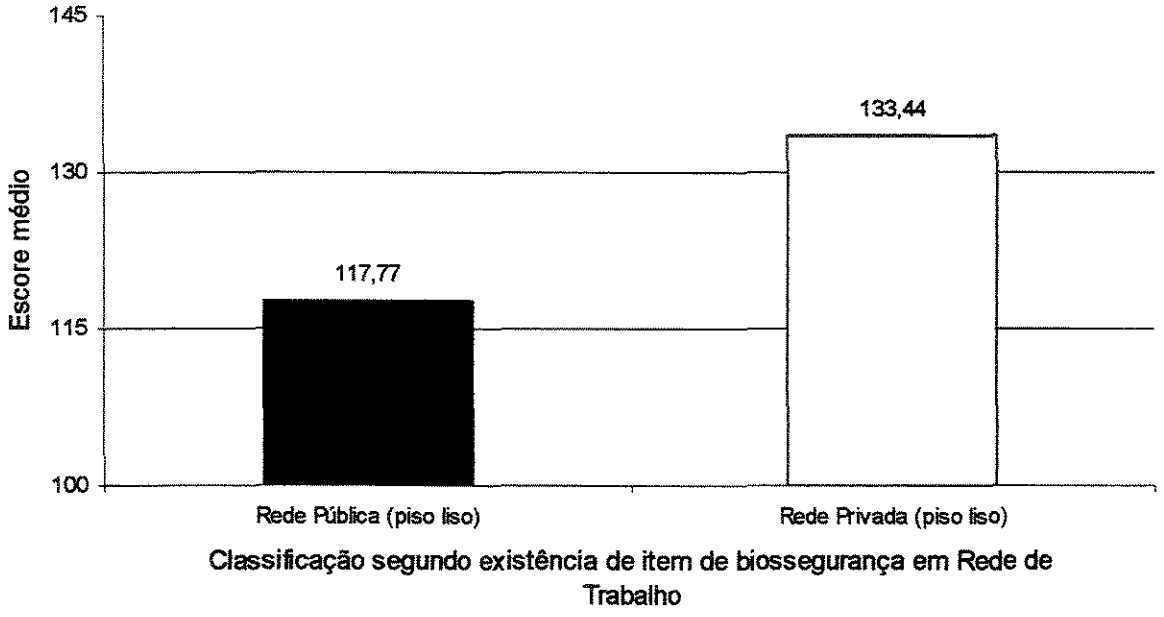


FIGURA 27 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (piso liso sem ranhura) em Rede Pública e Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0299).

Da associação da questão 34 (existência de parede pintada com tinta lavável na Rede Pública) com a 39 (existência de parede pintada com tinta lavável na Rede Privada), foi observada a rejeição da hipótese nula, e onde a Rede Privada apresentou melhor escore médio de acertos, conforme figura 28.

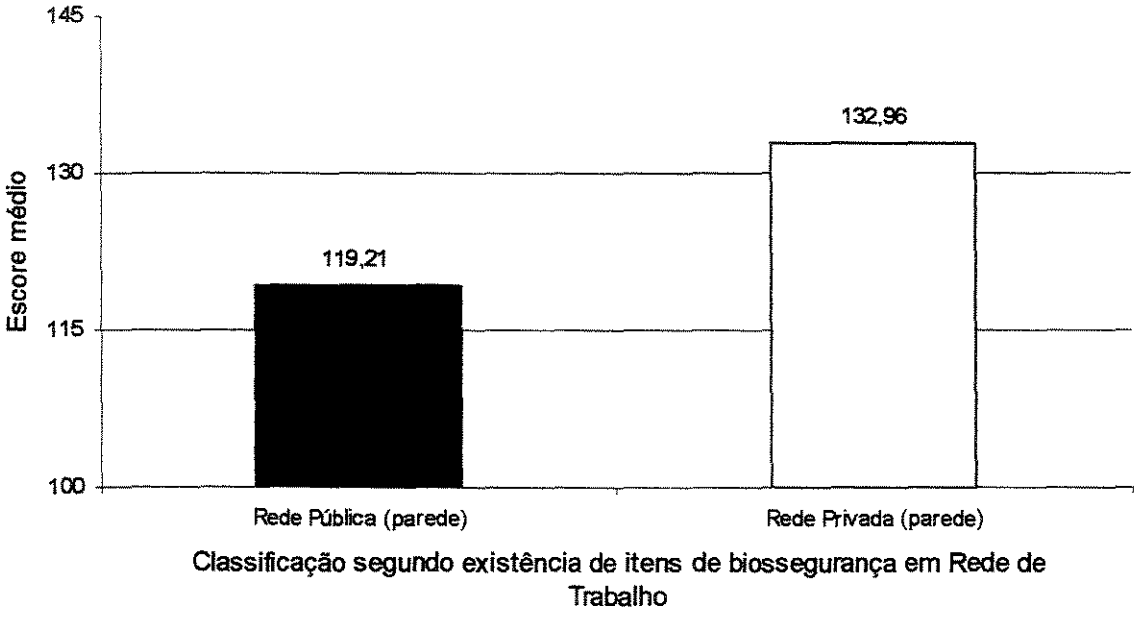


FIGURA 28 - Classificação segundo a existência de item de biossegurança (parede pintada com tinta lavável) em Rede Pública e Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0303).

Da associação da questão 06 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Pública) com o agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Pública" foi observada a rejeição da hipótese nula, sendo que os profissionais da Rede Pública que tiveram treinamento em biossegurança apresentaram melhor percentual de acertos em termos de existência de itens de biossegurança, conforme figura 29.

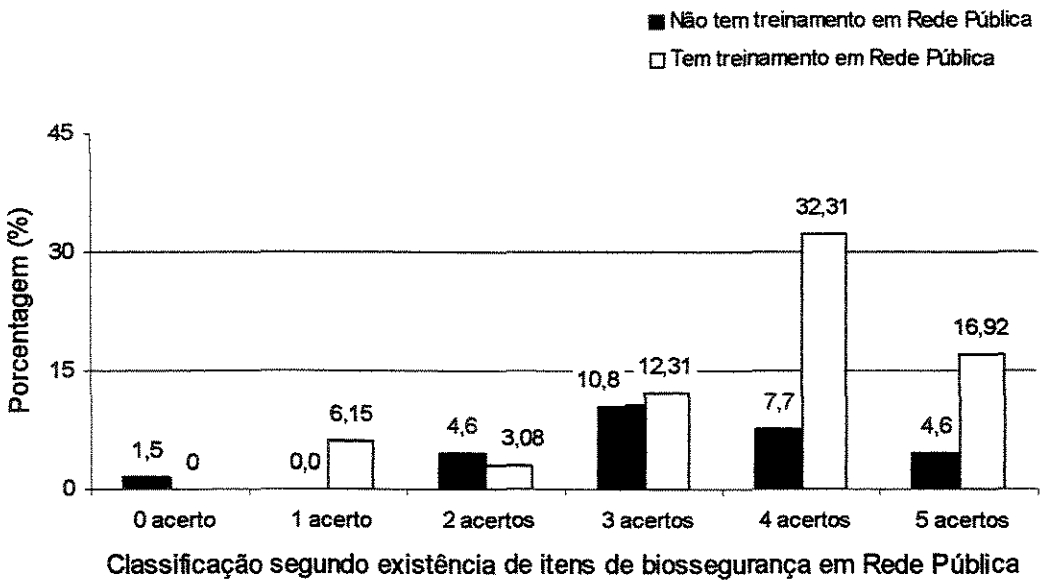


FIGURA 29 - Classificação segundo a existência de treinamento de biossegurança na Rede Pública. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significativos (teste G2: p=0,0497).

Da associação da questão 07 (existência de treinamento sobre biossegurança na Rede Privada) com o agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Privada" foi observada a rejeição da hipótese nula, sendo que os profissionais que trabalham em Rede Privada e não tiveram treinamento em biossegurança apresentaram melhor percentual de acertos em termos de existência de itens de biossegurança, conforme figura 30.

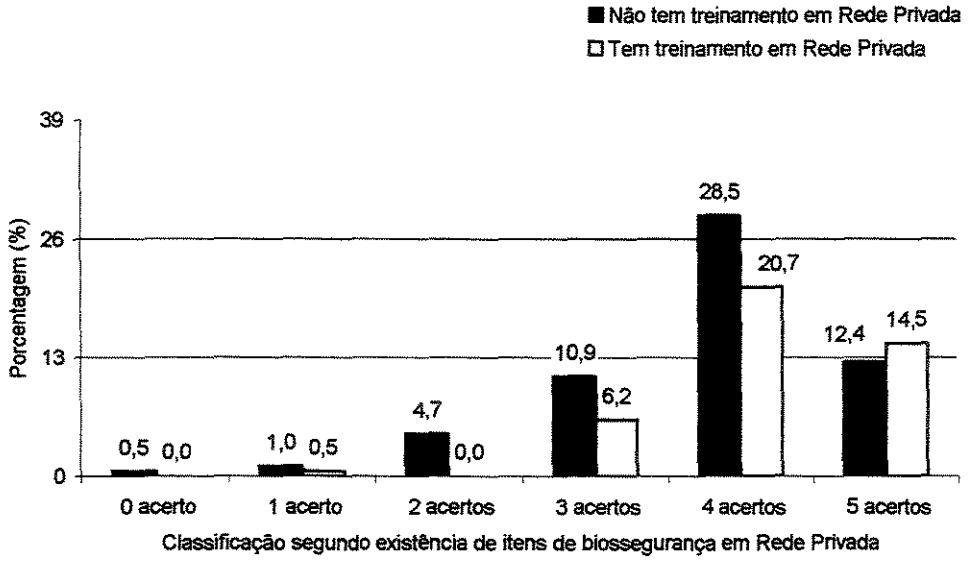


FIGURA 30 - Classificação segundo a existência de treinamento de biossegurança na Rede Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significativos (teste G2: p=0,0134).

Da associação da questão 10 (trabalho com THD/ACD) com o agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Privada" foi observada a rejeição da hipótese nula, sendo que os profissionais que trabalham em Rede Privada e trabalham com THD/ACD apresentaram melhor percentual de acertos em termos de existência de itens de biossegurança, conforme figura 31.

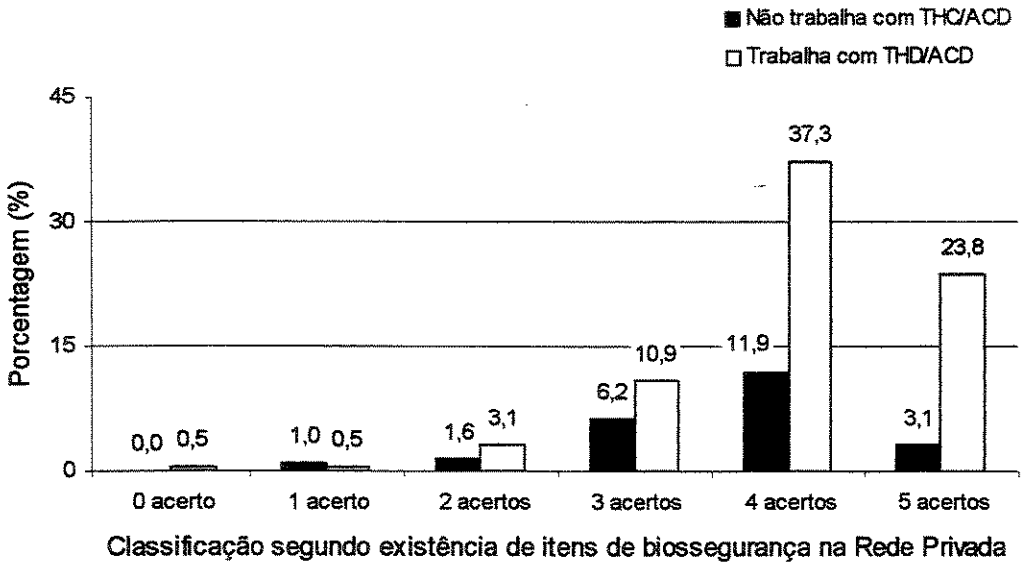


FIGURA 31 - Classificação segundo o trabalho com THD/ACD na Rede Privada. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significativos (teste G2: p=0,0498).

Da associação da variável classificatória Tempo de Formado com o escore médio de acertos no agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Pública", foi observado resultado estatístico significativo, sendo que os formados entre 6 a 10 anos apresentaram um escore médio de acertos mais baixo que os outros dois segmentos, conforme figura 32.

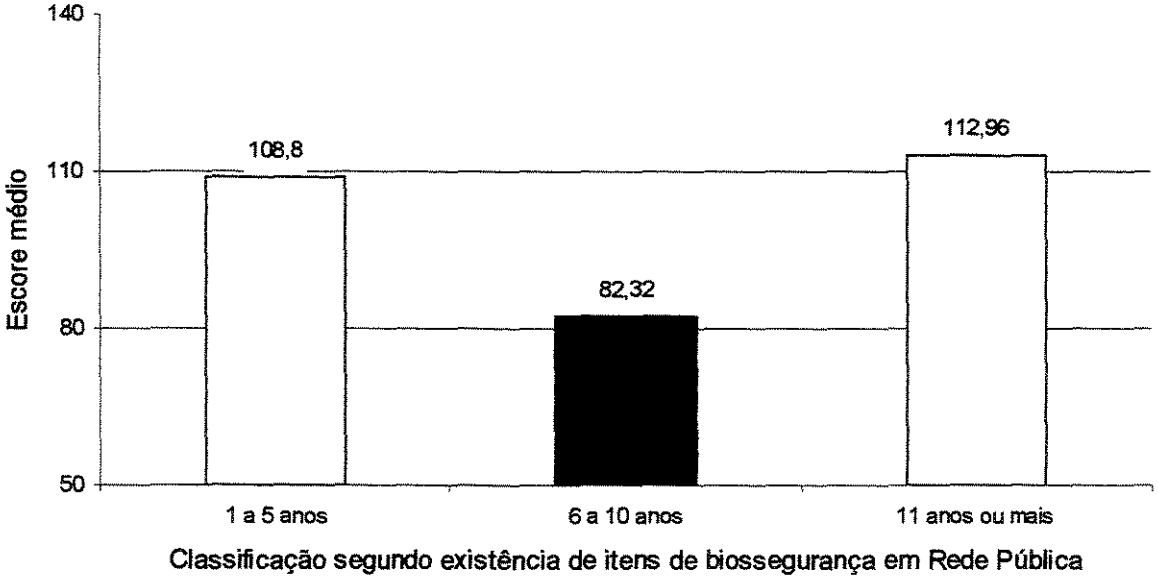


FIGURA 32 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança na Rede Pública. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significantivos (Teste Kruskal-Wallis: p=0.0008).

Da associação da variável classificatória Procedência Universitária com o escore médio de acertos no agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Pública", foi observado resultado estatístico significativo, sendo que os profissionais procedentes de universidades públicas apresentaram um escore médio de acertos melhor, conforme figura 33.

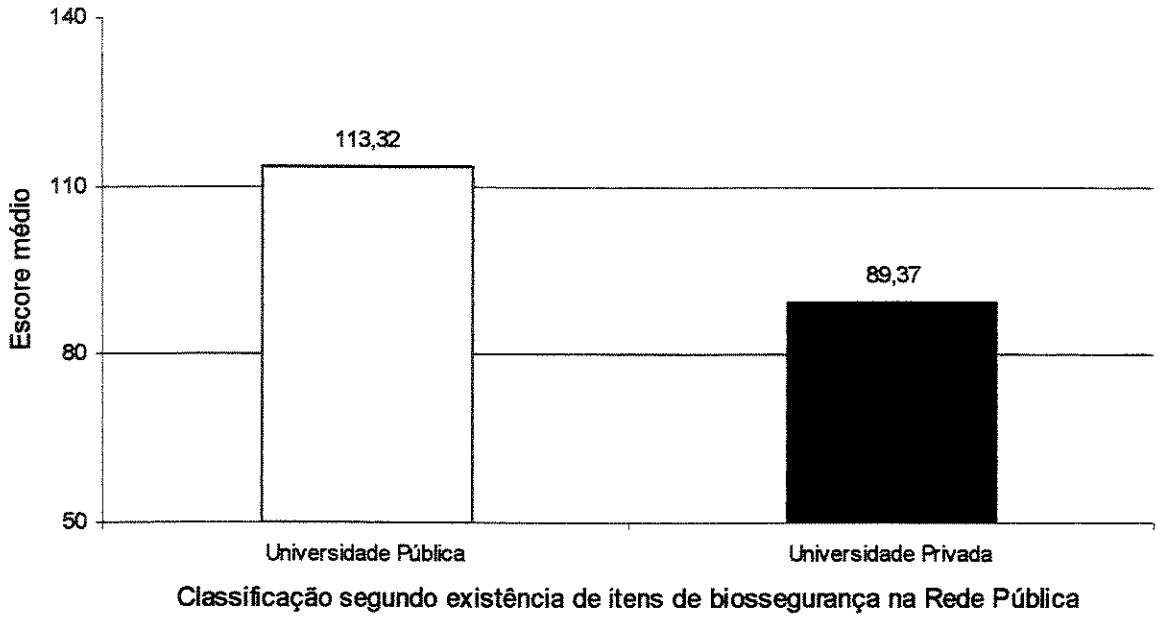


FIGURA 33 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança na Rede Pública. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significantivos (Teste Kruskal-Wallis: p=0.0008).

Da associação da variável classificatória Especialidade com o escore médio de acertos do agrupamento de questões "Biossegurança na Rede Privada", foi observado resultado estatístico significativo, sendo que os profissionais que não tinham especialidade apresentaram um escore médio de acertos mais baixo que os outros dois segmentos, conforme figura 34.

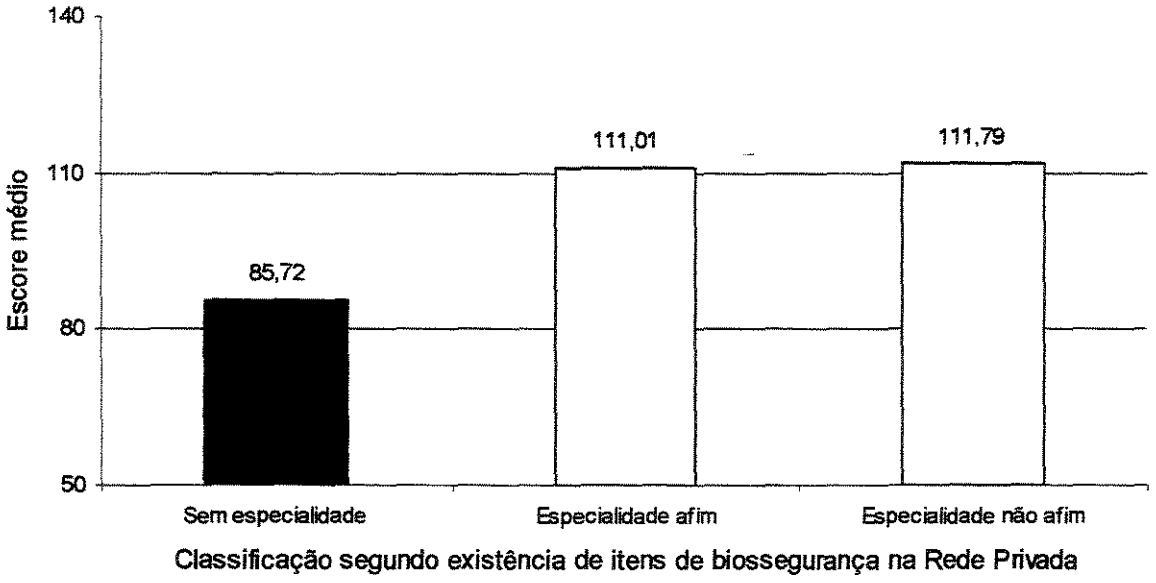


FIGURA 34 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança na Rede Pública. Barras com cores discrepantes indicam resultados estatísticos significantivos (Teste Kruskal-Wallis: p=0.0029).

Da associação da questão 05 (local de trabalho) com a existência de itens de biossegurança na Rede Pública e Rede Privada, foi observado resultado significativo, sendo que a Rede Privada apresentou melhor escore médio de acertos que a Rede Pública, conforme figura 35.

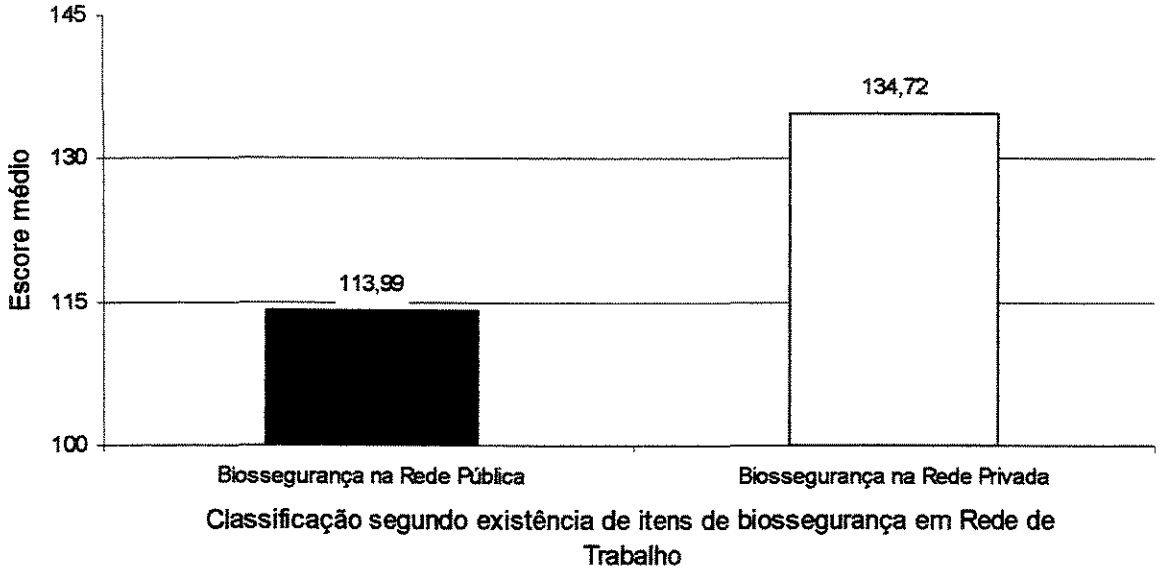


FIGURA 35 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0,0382).

Da associação das questões 06 e 07 (existência de treinamento de biossegurança em local de trabalho público e privado) com a existência de itens de biossegurança na Rede Pública e Rede Privada, foi observado resultado significativo, sendo que a Rede Privada apresentou melhor escore médio de acertos que a Rede Pública, conforme figura 36.

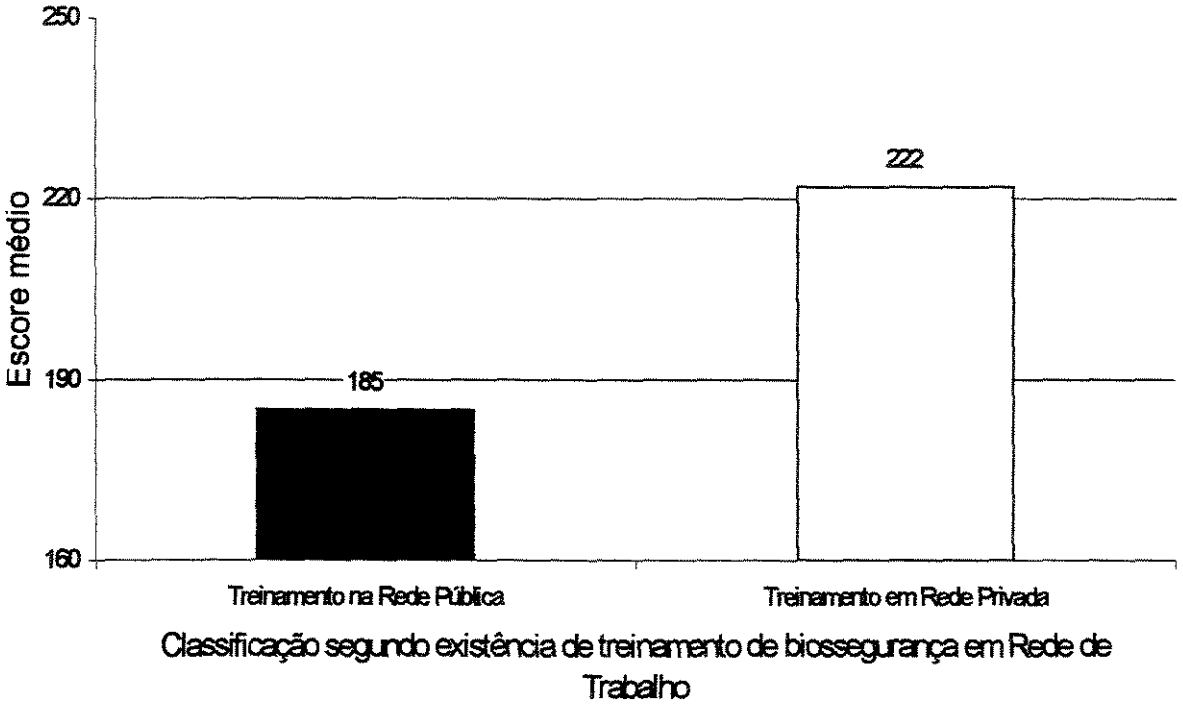


FIGURA 36 - Classificação segundo existência de itens de biossegurança. Barras com cores discrepantes indicam resultado estatístico significativo (teste de Kruskal-Wallis: p=0,0001).

4.6 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS ACERTOS TOTAIS

Utilizando testes de Kruskal-Wallis e Wilcoxon, foram feitas análises estatísticas para determinar se havia influência das variáveis classificatórias sobre o escore de acertos no agrupamento de questões "Acerto Total". Os resultados estão descritos a seguir.

Da associação da variável gênero com as questões do grupo Acerto Total resultou a aceitação da hipótese nula, o que demonstra não haver diferença estatísticas entre as respostas de um gênero e outro.

Da associação da variável tempo de formado com o grupo de questões "Acerto Total" resultou a aceitação da hipótese nula, o que demonstra não haver diferença estatística entre as respostas de profissionais formados entre 1 a 5 anos, 6 a 10 anos e 11 anos ou mais.

Da associação da variável procedência universitária com o grupo de questões "Acerto Total" resultou a aceitação da hipótese nula, o que demonstra não haver diferença estatística entre as respostas de profissionais procedentes de universidades públicas e privadas.

Da associação da variável especialidade com o grupo de questões "Acerto Total" observou-se a rejeição da hipótese nula, e após a análise subsequente, ficou demonstrado que os profissionais com especialidade considerada afim (ou com afinidade com o tema) apresentaram diferença significativa nas suas respostas ao referido grupo, e que seu escore médio é melhor que os obtidos pelos profissionais sem especialidade ou com especialidade não afim, conforme figura 37.

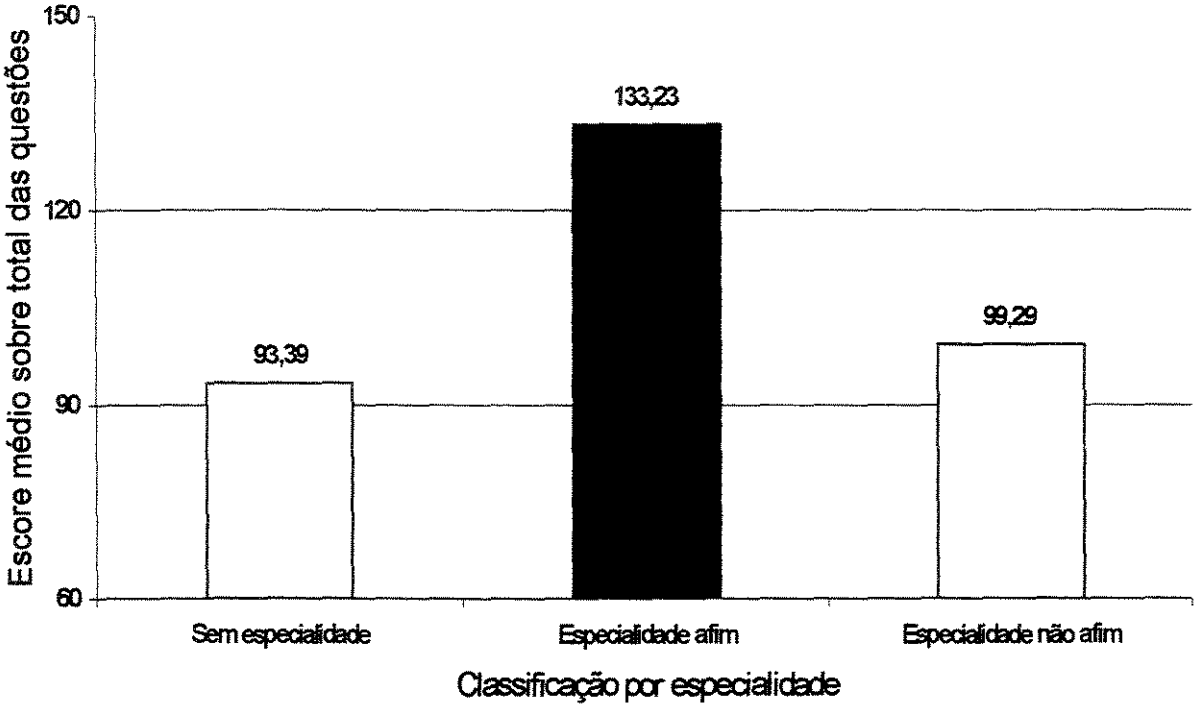


FIGURA 37 - Classificação por especialidade segundo o escore médio de acertos no grupo de questões "Acerto Total". Barras de cores discrepantes indicam resultado significantivo (teste de Kruskal-Wallis: p=0.0056).

5. DISCUSSÃO

A discussão do presente trabalho obedeceu a uma seqüência contida na revista bibliográfica e nos resultados, conforme o descrito a seguir.

A partir da atualização clínica através de textos básicos, constatou-se que a SIDA é uma doença que exige enfoque multidisciplinar nos seus aspectos de diagnóstico e tratamento, e onde o Cirurgião Dentista tem importante papel. O agente etiológico e as formas de transmissão já são conhecidas, e já existem melhores condições de diagnóstico e tratamento através do emprego de terapia anti-retroviral combinada, o que tem aumentado a sobrevida. Mesmo assim, continua sendo uma doença de curso letal, com uma morbidade bastante elevada. O Cirurgião Dentista é um profissional destacado no diagnóstico e tratamento destes pacientes, pois as manifestações orais são freqüentes e precoces, e do seu diagnóstico e tratamento depende maior sobrevida e melhor morbidade.

A partir da atualização clínica através de periódicos constatou-se que:

a) As manifestações orais são importantes pela sua alta prevalência e precocidade de aparecimento no meio bucal, sendo instrumento de diagnóstico em muitos casos. Algumas delas são consideradas também patognomônicas para a SIDA e

marcadoras da progressão da doença, além de indicativo de baixos níveis de imunidade do paciente, estando associadas a valor predictivo em relação a sobrevida e morbidade da doença. As lesões mais comuns dentre várias citadas foram a Candidíase oral, a LP, o ELG, o KS e o distúrbio de glândula parótida.

b) A principal via de transmissão é a sexual. Em relação ao meio bucal, existe um consenso de que é um ambiente pobre em vírus ativos, porque geralmente contém baixa viremia devido a existência de fatores enzimáticos inibidores de atividade virótica. Entretanto, a presença de sangue, que pode ocorrer em cirurgias ou sangramento gengival decorrente de doenças periodontais, constitui fator importante de aumento da chance de transmissão.

c) O valor do diagnóstico oral reside na possibilidade de detecção precoce da doença através de identificação de manifestações orais, que tem grande valor predictivo para a sobrevida e morbidade da doença, além de se constituírem em marcadores de sua progressão. O diagnóstico é obtido através do exame oral que por sua vez, é um procedimento de baixo custo, nenhuma invasividade, pouco desconfortável e simples, e que, se realizado pelo Cirurgião Dentista, apresenta maior possibilidade de detecção das manifestações precoces da SIDA do que se realizado pelo Médico.

A partir da atualização clínica através de trabalhos correlatos publicados no Brasil e no exterior, observou-se que uma parte deles estão direcionados para a aferição das atitudes de comportamento do Cirurgião Dentista em relação ao paciente portador e vice-versa, e aos aspectos de biossegurança e clínicos da doença.

Entre os que abordam assuntos mais próximos ao estudo específico da responsabilidade civil e penal do Cirurgião Dentista frente ao paciente HIV soropositivo, observou-se que:

a) Os resultados apresentados no trabalho de ALVAREZ LEITE (1996) não diferem dos apresentados pelo presente trabalho, onde em ambos, foi observado baixos índices de existência de itens de biossegurança, e que tanto a Rede Pública como a Privada não cumprem integralmente as normas de biossegurança.

b) Os resultados do trabalho apresentado por GONÇALVES (1996) onde foi observado que os Cirurgiões Dentistas com especialidade afim (Periodontia) tiveram bom nível de preocupação com risco ocupacional e melhor índice de existência de itens de biossegurança em seus locais de trabalho, são semelhantes aos resultados do presente trabalho que mostraram melhor escore médio de acertos às 39 questões propostas entre os Especialistas em área afim.

c) Os resultados apresentados no trabalho de SILVEIRA (1998), onde foi constatado baixo conhecimento da amostra sobre itens de biossegurança além insuficiente treinamento das auxiliares, são semelhantes aos resultados do presente trabalho sobre a existência de conhecimento insuficiente da amostra sobre itens de biossegurança.

A nível internacional, apenaso trabalho de CHAM & LAM (1997), que trata de estudo sobre conhecimentos, crenças, atitudes e prática sobre a SIDA e o atendimento ao paciente portador, sem entretanto abordar o aspecto de responsabilidade civil e criminal do atendimento a estes pacientes. Por outro lado a abordagem utilizada em sua metodologia serviu de base para uma parte do

presente trabalho, de tal forma que alguns resultados de ambos os trabalhos se prestam a comparação por terem sido desenvolvidos de forma bem semelhante.

a) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) o nível de respostas relativo a numero de questionários enviados foi de 29,3% e no presente trabalho de 23,88%.

b) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) a maioria (62,3%) apoiou a idéia de teste compulsório para os pacientes, 76,8% concordou que o Agente de Saúde portador de HIV deve comunicar seu status sorológico ao paciente mas apenas 40% concordou com esta idéia para os Agentes de Saúde, enquanto que no presente trabalho 32,51% concordaram com a idéia de teste compulsório para o paciente e 47,26% concordaram que o Cirurgião Dentista soropositivo não é obrigado a revelar seu status sorológico ao paciente.

d) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) os Cirurgiões Dentistas demonstraram serem mais sensíveis que os Médicos em relação a transmissão, sendo que 95% deles relataram uso de medidas universais de proteção, enquanto que no presente trabalho a existência de itens de biossegurança na Rede Pública é de 71,70%, e de 79,81% na Rede Privada.

d) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) a maioria da amostra era de homens (2/3) e em relação ao tempo de formado, 60% era formado nos últimos 14 anos, e 33,5% não tinham especialidade, enquanto que no presente trabalho a maioria era de mulheres (64,03%), 30,04% era formado entre 1 a 5 anos, 25,12% entre 6 a 10 anos, e 44,82% em 11 anos ou mais, além do que, 56,15% não tinham especialidade.

e) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997), em relação ao grau e afetividade com a doença, 8,5% relatou parente ou amigo portador do HIV., enquanto que no presente trabalho 18,71% da amostra relatou ter parente/amigo soropositivo. No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) os que relataram este grau de afetividade com a doença, apresentaram melhores resultados nas respostas, e no presente trabalho os Cirurgiões Dentistas que relataram grau de afetividade tiveram melhor índice de acertos pelo menos em um Agrupamento de Questões Apoio e Formulários.

f) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997), sobre o conhecimento da doença, 93% relataram estarem seguros sobre as formas de transmissão e prevenção, 80,4% estavam seguros de como fazer diagnóstico e 78,9% estavam seguros sobre as manifestações clínicas da SIDA. Em compensação, somente 48,9% mostraram-se versados nas questões sobre tratamento, e apenas 60% sabiam que o teste Western Blot é confirmatório para o HIV. No presente trabalho a média de acertos nas questões sobre diagnóstico foi de 63,07%, e 60,09% da amostra demonstraram conhecer o correto fluxograma de exames complementares para confirmação de diagnóstico de infecção pelo HIV.

g) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) a maioria conhecia a obrigação de Notificação, mas somente 57,5% conheciam os locais de testes anônimos, e no presente trabalho 48,27% concordaram que o Cirurgião Dentista é obrigado a fazer Notificação Compulsória da infecção pelo HIV, e 51,23% da amostra conhecem local de realização de testes anônimos para o HIV..

h) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997), em relação aos testes pré-operatórios, 62,3% consideravam que deveria ser rotina, sendo que os profissionais da Rede Pública concordaram menos com esta idéia, e no presente trabalho 32,51% concordaram com a idéia de realização de teste compulsório para promover proteção para o profissional e para outros pacientes.

i) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997), quase 1/3 dos profissionais (30%) já tinha realizado pelo menos um ou dois atendimentos a paciente HIV soropositivo e as precauções universais eram adotadas em 70% dos casos, sendo que dentre estes, 77% adotaram estas medidas em seus consultórios particulares, 69% as tinham em seus locais de trabalho público, e 95% dos Cirurgiões Dentistas as adotaram em comparação a apenas 69% dos Médicos. No presente trabalho a existência de itens de biossegurança na Rede Pública é de 71,70%, e de 79,81% na Rede Privada, enquanto que o número de Cirurgiões Dentistas que relatam já terem atendido paciente portador é bem mais alta, chegando a 39,40%.

j) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) a performance mais pobre da amostra foi a relativa aos procedimentos, sendo que os melhores índices de acerto foram obtidos por profissionais que trabalham em Rede Pública hospitalar, entre os mais jovens, e entre os que tinham grau de afetividade com a doença. No presente trabalho as performances de acerto da amostra referentes aos Agrupamentos de Questões foi de 61% para Legislação Civil e Criminal, 53% para Diagnóstico, 49,5% para Sigilo, 38,4% para Legislação trabalhista, 20,9% para Notificação, 15,3% para Apoio e 14,6% para Formulário, com a média de acertos em 36,09%, que pode ser considerada baixa comparativamente ao

trabalho correlato. Em relação a um segmento ou grupo da amostra que tenha se sobressaído em termos de acerto, apenas no Agrupamento de Questões Acerto Total os Cirurgiões Dentistas com especialidade afim obtiveram melhor índice de acertos.

k) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997), os acidentes ocupacionais são 4,65 vezes mais comuns entre pessoal iniciante do que entre profissionais já bem treinados, enquanto que no presente trabalho 57,14% da amostra relatou ocorrência de acidente ocupacional, 60,59% sabiam o correto procedimento pós acidente ocupacional, 66,50% não dispunham de CAT no seu local de trabalho.

k) No trabalho correlato (CHAM & LAM,1997) os Autores chegaram a conclusão que mesmo com todas as modificações havidas nas relações entre Agente de Saúde e Paciente, e do interesse que esta doença desperta, o nível de conhecimentos dos profissionais apresenta deficiências lacunares que justificam a publicação de guias informativos para prevenir esta deficiência, e no presente trabalho, a deficiência revelada está na área de Deontologia como um todo, a qual determina a necessidade de confecção de manuais informativos sobre o assunto.

Através da atualização deontológica da revisão de bibliografia, na parte referente ao estudo da evolução das leis dos direitos humanos, constatou-se que a responsabilidade civil e criminal do Agente de Saúde evoluiu a partir do conceito existente em 1800, que considerava de difícil imputabilidade o exercício profissional médico, para o conceito de "perda de uma chance" no início do século XX. A partir deste momento, a figura intocável do Médico vem sendo substituída por conceitos mais humanistas. Surgiram então, através do tempo, o direito do

paciente ao consentimento esclarecido, a responsabilização profissional por danos físicos, mentais e à personalidade, o direito a privacidade, dentre outros. No Brasil os conceitos evoluíram dentro destes mesmos padrões, e hoje temos uma legislação considerada atualizada. Dentro deste contexto, constata-se que os direitos do paciente portador de HIV surgiram dentro de um cenário internacional e nacional onde as suas bases já estavam bem implantadas, e portanto a SIDA não foi a causa da modificação nas relações entre o Agente de Saúde e o Paciente. Ao contrário, a forma de combate da doença é que sofreu forte influência dos conceitos previstos nos direitos humanos de 1966, podendo-se afirmar que o seu surgimento apenas chamou a atenção para o problema, obrigando as comunidades a adotarem políticas compatíveis com a realidade.

A partir da atualização deontológica através do estudo das leis atuais sobre direitos humanos constatou-se que:

a) Elas são uma garantia contra as desigualdades e discriminação na assistência de saúde, e implantaram, de forma definitiva, os padrões de biossegurança. O Código de Defesa do Consumidor é uma peça-chave neste sistema, que veio estabelecer de forma precisa a inversão do ônus da prova em favor do paciente, possibilitando assim a aplicação com mais propriedade, das normas já existentes, como é o caso dos Códigos Civil e Penal. Os Códigos de Ética Médica e Odontológica acompanham estas colocações.

b) Os direitos trabalhistas e previdenciários dos portadores de HIV estão preservados, sendo garantida a não discriminação nos exames admissionais e na demissão, tanto no serviço público como no privado. Os deveres do responsável

técnico e do empregador estão bem estabelecidos e abrangem cuidados com o ambiente de trabalho, responsabilização pelo risco ocupacional, co-responsabilidade em atos de prepostos ou empregados, dentre outros.

c) A normatização de biossegurança é da competência do Estado, cabendo à iniciativa privada e ao serviço público o seu integral cumprimento. Estas leis são específicas e minuciosas, constituindo-se na principal forma de controle de infecção, à qual o paciente tem direito. A inobservância por parte do empregado, do RT ou do empregador constituem infração que enseja ampla responsabilização de toda a cadeia hierárquica.

d) É consenso geral espelhado nos Código Civil Brasileiro e do Consumidor que, entre o Cirurgião Dentista e o Paciente existe uma relação contratual que estabelece ações indenizatórias sempre que desta relação sobrevier dano. As ações de rotina de trabalho dos Agentes de Saúde capazes de conduzir a lesão corporal ou morte também estão previstas em Código específico. Os conceitos básicos inseridos na responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista no atendimento a paciente portadores de HIV, tais como direito de não-discriminação, igualdade de acesso a assistência de saúde, direito a privacidade, proteção no local de trabalho e ao trabalhador dentre outros, estão bem delineados desde a Constituição até os instrumentos específicos tais como o Código de Defesa do Consumidor. Em termos destes conceitos, a responsabilidade do atendimento ao portador não se distingue daquela pertinente ao não-portador, de tal forma que a privacidade, o controle de infecção, e todos os demais direitos são extensíveis a todos os pacientes, independente da entidade nosológica que apresentem.

Ainda a partir da atualização deontológica através do estudo das leis atuais, dois aspectos merecem considerações. O primeiro é relativo à Notificação Compulsória, onde existem duas correntes de pensamento, e o segundo refere-se a responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista face ao diagnóstico de lesões precoces da SIDA.

Sobre a Notificação, as duas correntes são aparentemente conflitantes. A primeira representada pelas leis federais e estaduais pertinentes, determina que a Notificação é compulsória, e deve ser realizada logo após o diagnóstico ou presunção da doença, independente do fato de haver sintomatologia e do consentimento do paciente. É o que ocorre com a sífilis por exemplo, que deve ser comunicada tão logo seja diagnosticada, mesmo que assintomática.

A outra corrente é representada pelas normas do Ministério da Saúde que condicionam a notificação à existência de sintomatologia, não levando em conta o período assintomático do portador. Segundo o Ministério da Saúde, esta fase assintomática não é considerada como SIDA, e portanto o indivíduo não está doente, não havendo justificativa para o desencadeamento de ação vigilância sanitária como a Notificação.

Para entender a contradição existente é necessário conhecer a definição em lei da Notificação, a qual, segundo as autoridades sanitárias, é uma ação destinada a subsidiar o poder público sanitário com dados epidemiológicos, para que medidas de proteção à coletividade possam ser adotadas para se evitar a propagação de doenças contagiosas. Desta definição fica entendido que a Notificação será mais eficiente em seu objetivo quanto mais cedo ocorrer. Um

exemplo de situação ideal é a realização da Notificação tão logo o diagnóstico precoce seja realizado.

Portanto a Notificação é o instrumento legal que o Estado tem para adotar medidas preventivas e educacionais, e no caso da SIDA é a única forma de coaptação do portador pelo sistema de distribuição gratuita de medicamentos.

A síntese do pensamento do Ministério da Saúde é que enquanto não houver Notificação, o portador não é reconhecido como doente, e portando não recebe os benefícios de gratuidade de medicamento e da educação preventiva, embora o próprio Ministério da Saúde reconheça que o paciente portador assintomático mas virêmico, pode permanecer neste estágio por até 15 anos. O Ministério também reconhece que os períodos assintomáticos acompanhados de viremia são comuns e que o portador é capaz de contaminar outrem, e neste caso as medidas de prevenção são essenciais para a não propagação da doença.

Em face a estas considerações, conclui-se que a comunicação tardia recomendada pelo Ministério da Saúde escuda-se em critérios puramente clínicos para o diagnóstico, e não leva em conta outro critério clínico relativo ao portador assintomático e potencial transmissor, e esta abordagem sanitária faz com que o portador assintomático deixe de ser cooptado à rede de prevenção da doença patrocinada pelo Estado.

Levando-se em conta que a casuística da SIDA continua crescendo e que a juvenilização, ruralização, pauperização e feminilização são os vetores atuais da doença, conclui-se que o aumento dos casos de SIDA se devem primordialmente a falta de éducação preventiva direcionada principalmente para

esta vertente da sociedade, menos protegida e mais carente de informação. Desta forma, notificar tardiamente a doença, mesmo que atendendo a critérios clínicos bem fundamentados como é o caso das recomendações do Ministério da Saúde, constitui uma violação do direito coletivo em não ser contaminado, pois no mínimo estará se perdendo uma chance de prevenir a futura contaminação, ao não se incluir o paciente portador assintomático da forma mais precoce possível em programas preventivos. Daí conclui-se pela necessidade de captar o portador o mais cedo, através de Notificação feita imediatamente após o diagnóstico, para que o principal vetor da doença (jovem, pobre, rural, feminino) possa receber melhor assistência preventiva, educacional e alopática. A notificação tardia constitui-se num critério discutível como são todos os critérios clínicos, acrescido do fato de que se baseia apenas na clínica sintomatológica, quando existem outros critérios que também são importantes, notadamente para a prevenção. Portanto a notificação tardia pode ser motivo de enquadramento jurídico nas áreas civil e penal.

Existem argumentações que tem sido levantadas em favor da Notificação tardia, e algumas mais freqüentes serão comentadas.

O argumento de que só se deve quebrar sigilo após haver sintomatologia não pode ser alegado, pois a Notificação é um dos três procedimentos previstos em lei em que é permitida quebra de sigilo, até mesmo sem o consentimento do paciente, e independente de sintomatologia. Portanto, ela pode ser feita tão logo se conheça o diagnóstico, porque está sob o amparo da lei,

e porque desta forma protege o paciente, a sociedade e previne ações judiciais contra o Agente de Saúde.

O argumento de que o portador tem o vírus mas não está doente durante o período assintomático, também não é base viável de sustentação, pois a possibilidade de contágio do comunicante durante este período assintomático existe, e isto constitui eminente risco de perigo de vida e séria possibilidade de dano à saúde de outrem, principalmente se o portador não for convenientemente assistido por programas educacionais preventivos.

O argumento de que a Notificação não impede as pessoas de agirem intempestivamente e contaminarem outras, não justifica a não-Notificação e a imobilidade do sistema frente a uma situação que fere o direito à saúde individual e coletiva das pessoas. Constitui um contra-senso a atitude do Estado que propõe normas que contradizem seu dever constitucional de manter a saúde da população, visto que, em qualquer situação a saúde é direito do cidadão sendo dever do Estado realizar todas as ações preventivas para a manutenção deste direito,

O argumento de que os critérios nosológicos de diagnóstico propostos pelo Ministério da Saúde são bem fundamentados e, portanto, justificam a Notificação pós-sintomatologia, mostra-se insuficiente uma vez que outros critérios igualmente importantes deixam de ser observados. Observe-se que o critério para as Notificações de outras doenças (meningites meningocócicas, sífilis, dentre outras) é também clínico, mas a exigência de comunicação é imediata. Neste caso o Ministério reconhece como relevante o critério preventivo

que é desencadeado por uma ação imediata de Notificação. Portanto, este argumento nosológico só é válido do ponto de vista clínico, e perde sua sustentação quando os aspectos preventivos e sociais são introduzidos.

O assunto comporta ainda mais estudos, e não há pretensão de esgotá-lo nestas notas. Entretanto, há a intenção de provocar o debate, e assim contribuir para uma abordagem democrática do problema e o aprimoramento do sistema.

Em síntese, pode-se afirmar que as leis existentes são eficazes para garantir os direitos individuais do portador no tocante a Notificação, mas pelo menos em um aspecto falham em não considerar todas as hipóteses do direito do não-portador em não ser contaminado. Portanto, é viável que se considere como mais recomendável a imediata Notificação do portador do HIV, estando ele sintomático ou não, evidentemente após observados o exame clínico competente, o fluxograma de exames complementares previstos em lei, e o aconselhamento.

O segundo aspecto é a responsabilidade do Cirurgião Dentista perante o diagnóstico precoce.

A revisão da literatura pertinente apontou claramente para o importante papel do Cirurgião Dentista no reconhecimento de lesões orais patognomônicas da SIDA. Também comprovou que estas lesões são predictivas da evolução da doença, e se relacionam com tempo de sobrevida e morbidade, de tal forma que sua descoberta precoce constitui fator de maior sobrevida e melhor morbidade. Portanto, conhecer e reconhecer lesões orais da SIDA é uma função do Cirurgião Dentista, independente de sua especialidade, e ele deve estar apto a lidar pelo

menos com as mais freqüentes e significativas. Dentre as lesões orais mais freqüentes e significativas encontram-se a Candidíase oral, a LP, o KS, o ELG e o distúrbio de parótida, para as quais o Cirurgião Dentista possui todas as condições de identificar (até com mais acuidade que outros profissionais). Portanto, realizar o diagnóstico estando estas lesões presentes, constitui um direito e um dever do Cirurgião Dentista, conforme preceitua o próprio Código de Ética Odontológica. Não realizá-lo, do ponto de vista ético, significa não cumprir um dever e portanto constitui infração ética. Já o respaldo jurídico para a imputabilidade reside na afirmação de que o erro médico do não diagnóstico consiste precisamente em não dar todas as chances de cura ou sobrevivência ao doente, o que do ponto de vista forense é um princípio conhecido como "perda de uma chance". Em outras palavras, quando o diagnóstico não é realizado quando deveria ter sido, o paciente perde uma chance importante de maior sobrevida e melhor morbidade, como é o caso de manifestações orais precoces da SIDA. Segundo o Código de Defesa do Consumidor, o paciente tem direito de proteção a sua vida e sua saúde, e deve ser informado de todas as relações de risco e benefícios do diagnóstico, tratamento, prognóstico e outros, e o não cumprimento destas normas legais constitui infração penal. O não diagnóstico destas lesões orais quando elas já existem e portanto deveriam ser conhecidas e reconhecidas pelo Cirurgião Dentista como patognomônicas da SIDA, constitui o descumprimento de um dever profissional em realizar todas as ações possíveis para a manutenção da saúde do paciente e a violação ao direito do paciente em receber informação sobre risco

benefício relativo a sua saúde, a tempo de lhe ser proporcionado melhores condições de vida.

Neste caso, a contribuição que o presente trabalho expressa refere-se a necessidade de maior consciência do Cirurgião Dentista no exercício profissional. Em síntese, é necessário que o profissional tenha uma consciência clínica no sentido de nunca abdicar do direito de livre convicção de diagnóstico oral, complementada pela consciência deontológica de jamais deixar de realizá-lo, sob pena de perda de credibilidade pessoal e da classe, além da imputação civil e penal.

Finalmente, observa-se que todas as situações propostas no questionário estão previstas em lei; por conseguinte, existe uma forma recomendável de ação sempre que qualquer delas ocorrer na rotina do atendimento odontológico. O conhecimento prévio destas normas constitui fator de segurança no exercício profissional e um dever do Cirurgião Dentista, não cabendo alegação de desconhecimento. A não observância destas leis constitui causa de imputabilidade civil e penal, além de ensejar processo ético e administrativo.

Em seguida à discussão baseada na revista de literatura, segue-se a discussão da análise estatística, conforme descrito a seguir.:

De acordo com o determinado pela fórmula estatística empregada para o estabelecimento do tamanho da amostra, que estipulou um número mínimo de 177 participantes no universo de 6.289 Cirurgiões Dentistas, foram distribuídos aproximadamente 850 questionários dos quais 23,88% (203 questionários)

retornaram devidamente preenchidos. Esta participação pode ser considerada baixa, pois em termos comparativos com o único trabalho semelhante, a participação foi de foi de 29,3% profissionais em um universo de 1523 profissionais.

Da análise dos dados obtidos através de porcentagem simples, resultou um perfil da amostra com as seguintes características:

a) Não há predominância numérica entre os diversos grupos formados pela associação das variáveis classificatórias entre si, o que foi comprovado inclusive pelos testes estatísticos posteriores. Assim, não há predominância estatística do número de mulheres sobre o de homens, de profissionais formados em universidade pública sobre os de universidade privada, e também nos demais segmentos das outras variáveis. Este fato permite uma avaliação melhor do substrato de onde foi retirada a amostra, pois os resultados são menos particularizados, e se referem a todos os segmentos pois não houve grupo predominante na amostra. Com este perfil a probabilidade de conhecimento da população através da amostra fica favorecido, na medida que os resultados referem-se a toda amostra, e não a uma parte ou partes dela. Ao contrário do trabalho correlato, a constituição da amostra apresentou a maioria (2/3) de homens.

b) A distribuição do local de trabalho apresenta-se eclética, e entre os Cirurgiões Dentistas da amostra encontram-se empregados do serviço público e privado, autônomos sem nenhum vínculo empregatício, empregadores de mão de obra, bem como Cirurgiões Dentistas que trabalham concomitante em dois e até três

lugares diferentes. Esta condição variada evidencia que há necessidade de investigação do presente trabalho, sobre todos os aspectos de responsabilidade civil do atendimento ao paciente HIV soropositivo, e que devem envolver os direitos e deveres da THD/ACD, da equipe que juntamente com o Cirurgião Dentista atende este paciente, e até os aspectos legais pertinentes aos direitos e deveres do Cirurgião Dentista portador de HIV.

c) Embora previsto de forma obrigatória em lei, o treinamento de biossegurança em local de trabalho não é promovido para 29,23% dos Cirurgiões Dentistas da Rede Pública e 52,21% dos Cirurgiões Dentistas da Rede Privada, o que demonstra a existência de uma lacuna entre o que está estipulado em lei e o que efetivamente se cumpre. Em termos comparativos, no único trabalho semelhante, os Cirurgiões Dentistas foram mais sensíveis em relação a biossegurança, e 95% deles utilizavam medidas universais de proteção.

d) A grande maioria dos Cirurgiões Dentistas trabalha com THD/ACD (75,86%), o que poderia implicar em um bom conhecimento da maioria sobre legislação trabalhista relativa aos direitos e deveres do empregado e do empregador. Entretanto o fato de trabalhar com THD/ACD não influenciou o nível de acertos das respostas, tanto que o Cirurgião Dentista que não trabalha com auxiliares apresentou o mesmo nível baixo de acertos de quem trabalha em equipe, comprovando a existência de um hiato entre o que o Cirurgião Dentista deve conhecer em relação ao direito trabalhista e o que ele efetivamente conhece.

e) Uma parcela considerável da amostra (18,72%) tem algum envolvimento afetivo com a doença, mas este fato não influenciou decisivamente o nível de acerto das

respostas aos Agrupamentos de Questões. Em termos comparativos, 8,4% da amostra do trabalho correlato relatou parente e/ou amigo portador de HIV, o que demonstra um taxa bastante alta no presente trabalho.

f) Quando ao atendimento ao paciente reconhecidamente soropositivo, 39,40% relata pelo menos 01 atendimento, o que é bastante expressivo, pois engloba mais de 1/3 da amostra. Este dado correlacionado ao de que 57,14% da amostra relatou ocorrência de acidente ocupacional, torna de alta relevância os aspectos de biossegurança, legislação trabalhista dentre outros, mesmo que se considere baixa a probabilidade de contaminação por via oral. Em termos comparativos, 30% da amostra analisada no trabalho correlato relatou pelo menos 1 a 2 atendimentos a paciente portador.

g) Em relação a conhecimento prévio de local para teste anônimo do HIV, 48,76% não conheciam e portanto não saberiam indicar para um paciente. Em relação ao conhecimento prévio do fluxograma de exames a ser observado no diagnóstico de infecção pelo HIV, 39,91% da amostra não tinham este conhecimento. Estes dados correlacionados com 63,07% da amostra que disseram ser direito do Cirurgião Dentista o pedido de teste para HIV, chega-se a situação de que existe a consciência do direito de diagnóstico e um hiato relativo ao procedimento correto para realizar o diagnóstico. Em termos comparativos, 57,5% da amostra do trabalho correlato não conheciam local de teste anônimo, 60% não sabiam que o teste Western Blot é confirmatório para o HIV, e a maioria reconhecia a obrigação do Cirurgião Dentista em notificar a doença.

h) Quanto a outros parâmetros do diagnóstico, 36,92% da amostra não concorda com o direito do Cirurgião Dentista em pedir teste para o HIV, 39,91% não conhece o fluxograma de exames para o diagnóstico, 51,72% da amostra não concorda que a Notificação é obrigatória para o Cirurgião Dentista, e mais de 90% da amostra não conhece os formulários de identificação e de integração a rede de medicamentos usados nos caso de notificação. Diante destes resultados a hipótese de que expressiva parte da amostra desconhece seus deveres previstos em lei é viável. Aqui também observa-se a existência de um hiato entre a obrigação de notificar que é do conhecimento da maioria e como fazer para notificar, ou por outra, entre o simples conhecimento cognitivo genérico e o conhecimento cognitivo específico de como fazer.

i) Ainda sobre diagnóstico, observou-se que a maioria (72,90%) reconhecia a importância da Candidíase oral e a Leucoplasia Pilosa no diagnóstico e tratamento da SIDA. Entretanto, apenas 63,05% reconheceram os sinais clínicos da Leucoplasia, e 26,60% apenas reconheceram a Queilite Angular como uma forma de manifestação da Candidíase oral. Novamente o mesmo hiato, entre o conhecimento cognitivo genérico meramente informativo, e o cognitivo específico do como fazer. Levando-se em conta que o Cirurgião Dentista é o profissional mais qualificado para realizar o exame oral e diagnóstico destas lesões, que esta é uma área clínica onde todos os Cirurgiões Dentistas recebem formação básica, que é direito e dever do Cirurgião Dentista realizá-lo, e que a não realização de diagnóstico constitui negação do direito à saúde do paciente (perda de uma chance), observa-se que em termos clínicos existe uma carência em toda a

amsotra de conhecimentos básicos e suas implicações deontológicas, a qual torna bastante vulnerável a posição dos profissionais frente a processos judiciais. Em termos comparativos, 93% da amostra do trabalho correlato relataram estar seguros de como fazer o diagnóstico e 78,9% estavam seguros sobre as manifestações orais. Em compensação, somente 48,9% mostraram-se versados nas questões sobre tratamento. Ainda em termos comparativos, a performance mais pobre da amostra do trabalho semelhante foi a relativa aos procedimentos, sendo que os melhores índices de acerto foram obtidos por profissionais que trabalham em Rede Pública hospitalar, entre os mais jovens, e entre os que tinham grau de afetividade com a doença.

j) Quanto ao Sigilo Profissional, a média de acertos foi de 49,25%. A maioria se posicionou corretamente (74,87%) quanto a obrigatoriedade do consentimento do paciente para a quebra de sigilo. Entretanto 56,65% desconheciam que o sigilo deve ser mantido mesmo após a morte do paciente, 92,61% desconheciam a não obrigatoriedade de aposição de CID em atestados comuns, 66,00% desconheciam a recomendação de não destacar qualquer indicativo explícito de HIV em prontuário e 74,38% desconheciam a forma correta de acondicionamento de material descartável contaminado pelo HIV. Novamente se repete o quadro de laguna entre o que se reconhece como importante direito do paciente (sigilo profissional) e o que se deve fazer para não violar este direito. Em termos comparativos, 62,3% da amostra do trabalho correlato apoiou a idéia de teste compulsório para pacientes, mas apenas 40% concordaram com esta idéia para Agentes de Saúde.

k) Quanto a Legislação Trabalhista a media de acertos foi de 38,36%. Dentro da amostra 75,86% dos Cirurgiões Dentistas trabalham com THD, 71,92% concordam que o Cirurgião Dentista tem responsabilidade trabalhista sobre os atos de seus auxiliares e sobre o ambiente de trabalho, 55,59% consideram que normas de trabalho administrativas e internas são hieraquicamente mais fortes e se sobrepõe às leis federais sobre quebra de sigilo, 64,03% desconheciam a proibição de teste para o HIV em exame pré admissional e 99,51% desconheciam que mesmo o portador de HIV pode ser demitido por justa causa. Aqui também existe uma lacuna caracterizada pelo pouco conhecimento sobre leis trabalhistas, e onde também existe um hiato entre o que se deve conhecer sobre leis trabalhistas e o que efetivamente se conhece.

l) Quanto a Legislação Civil e Criminal a média de acertos foi de 60,02%. A maioria da amostra (78,81%) concorda que a ausência de medidas de biossegurança no caso do HIV constitui crime de risco de vida, mas 47,53% não considera responsável o Cirurgião Dentista que não sabe interpretar exames complementares e 97,84% não considera responsável o Cirurgião Dentista que não realiza diagnóstico precoce das manifestações orais da SIDA. Assim, a maioria considera o Cirurgião Dentista responsável pela contaminação de um paciente, mas não o considera responsável por danos decorrentes do não diagnóstico e de tratamento. Aqui também novamente existe um hiato entre o que se deveria conhecer em termos de responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista e o que ele efetivamente conhece.

m) Quanto a existência de itens de Biossegurança na Rede Pública a média de acertos foi de 71,70%, sendo que os itens menos encontrados foram Autoclave (69,23%) e duas pias por consultório (58,46%). Neste caso, a laguna se refere ao contido na lei sobre Biossegurança (normas construídas pelo próprio Estado que se aplicam às Redes Pública e Privada) e o que efetivamente esta sendo cumprido. Ressalte-se que nenhum item atingiu a marca acima de 80%, o que constitui infração (ausência de itens de biossegurança) que envolve desde multa até cassação do alvará de funcionamento.

n) Quanto a existência de itens de biossegurança na Rede Privada a média de acertos foi de 79,81%, sendo que os itens menos encontrados foram duas pias por consultório (65,51%) e Autoclave (51,23%). A normatização é clara, e as legislações Estaduais em sua maioria promulgadas há 02 anos atrás, determinam prazo de 180 dias para que a Rede Privada adote as medidas de biossegurança, a partir da publicação em diário oficial. Isto configura flagrante desrespeito a lei, e exposição explícita do paciente a risco de perigo de vida, e assinala que também na Rede Privada existe um hiato entre o que determina a lei e o que é efetivamente cumprido. Em termos comparativos, 70% da amostra do trabalho correlato adotam precauções universais de proteção, sendo que dentre estes, 77% adotaram estas medidas em seus consultórios particulares, ,69% as tinham em seus locais de trabalho público e 95% dos Cirurgiões Dentistas as adotaram em comparação a apenas 69% dos médicos. Quanto a acidentes ocupacionais, na amostra do trabalho semelhante eles eram 4,65 vezes mais comuns em pessoal iniciante do que entre pessoal já treinado.

o) Quanto a Notificação Compulsória a média de acertos foi de 20,86%. Enquanto 48,28% da amostra concordavam que o Cirurgião Dentista pode notificar casos de SIDA, apenas 6,40% conheciam a ficha (FII) própria para realizar a notificação, e 3,94% conheciam a ficha de cadastro do paciente na rede de medicamentos (SICLOM). Observa-se que a probabilidade de um Cirurgião Dentista que reconhece seu dever de notificar não conhecer um formulário é viável, comprovando mais uma vez o hiato entre o conhecimento genérico da importância do ato de notificar e o conhecimento específico de como fazer a Notificação.

p) Quanto ao Apoio no local de trabalho, a média de acertos foi de 15,82%. Enquanto 33,49% da amostra tinha o formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) disponível em seu local de trabalho, 92,12% não tinham a FII disponível e 95,57% não tinham o SICLOM. A probabilidade de um Cirurgião Dentista não poder comunicar acidente de trabalho tão logo ocorra o acidente, e de não cumprir determinação de notificação de doença tão logo exista diagnóstico por falta de formulário próprio é viável, porque os empregadores de Cirurgiões Dentistas, a nível público e privado, não cumprem a lei e não colocam a disposição os formulários próprios. A disponibilidade destes documentos é obrigatória, em especial nos serviços públicos, e o fato de que a lei é sistematicamente descumprida, pode significar que o Cirurgião Dentista enquanto empregado não exige o que lhe é de direito, talvez por desconhecer seus direitos. Por outro significa que também o Cirurgião Dentista empregador não cumpre seu dever quanto a seus empregados. Em qualquer dos casos, o hiato existente é o

descompasso entre o conhecimento genérico desprovido da profundidade de saber como fazer.

q) Quanto aos Formulários relativos a SIDA, a média de acertos foi de 14,62%, onde a grande maioria da amostra não dispunha de formulários tipo CAT (66,51%), e não conhecia os formulário relativos a SIDA, FII (93,60%) e SICLOM (96,05%). De forma geral, a probabilidade de um Cirurgião Dentista que sofreu um acidente de trabalho no atendimento a paciente soropositivo não ter como comunicar o acidente é viável, devido a falta de CAT na maioria dos locais de trabalho. Também a probabilidade de não Notificação de paciente HIV soropositivo é viável, pois além de não contar com a disponibilidade do formulário próprio, a maioria dos Cirurgiões Dentistas encontrará dificuldade porque não conhece o formulário. Novamente foi identificado um espaço vazio entre a consciência do direito e do dever, e o ato de como operacionalizar as ações pertinentes a ambos.

r) A média de acertos em 39 questões foi de 36,09% e pode ser considerada baixa, se comparada com o trabalho correlato. Este resultado também demonstra a existência de laguna de informação em todos os Agrupamentos de Questões e Questões de Rotina abordados.

Através da análise feita pelos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher, foi possível a associação de cada uma das questões com as variáveis classificatórias, de tal forma que se conheceu a influência das variáveis sobre as respostas a estas questões. Os resultados estão descritos a seguir.

a) A associação das quatro variáveis classificatórias entre si comprovou estatísticamente que na amostra não havia grupos numéricos preponderantes.

Assim, a diferença quantitativa estatística entre homens e mulheres, ou entre os formados entre 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 anos ou mais, procedentes de universidade pública ou não, com ou sem especialidade, não foi significativa.

b) A associação de cada uma das questões com as variáveis classificatórias num total de 216 testes, demonstraram a existência de apenas 12,5% de resultados estatísticos significativos. Nestes casos, em que a hipótese nula foi rejeitada (ou que se comprovou influência das variáveis sobre as respostas das questões), uma visão mais atenta revela que nenhum grupo apresentou melhor escore ou índice de acertos num único agrupamento de questões. Exemplificando pode-se citar a caso da variável gênero onde as mulheres acertaram mais que os homens em 06 questões dispersas pelos Agrupamentos de Questões Diagnóstico, Apoio, Biossegurança na Rede Pública, Sigilo e Formulário, enquanto os homens acertaram mais que as mulheres em 05 questões dispersas entre os agrupamentos Diagnóstico, Formulário, Direitos Trabalhistas, Legislação Civil e Criminal. Os demais resultados envolvendo as outras variáveis guardam o mesmo tipo de dispersão, de tal forma que não há um grupo que possa ser apontado estatisticamente como o de melhor performance em termos de acertos. Como não houve grupo numérico predominante, e grupo da amostra com índice de acerto acima de um mínimo de 60% em todos os Agrupamentos de Questões, considerou-se que todas as questões apresentaram baixo índice de acerto, o que determina a inserção de todas as respostas no conteúdo do manual anexo ao presente trabalho.

Através das associações das questões de Situação de Rotina com os diversos Agrupamentos de Questões utilizando-se dos testes estatísticos G2, observou-se que em escassas oportunidades a hipótese nula (não-influência) foi rejeitada. Os resultados estão descritos a seguir.

a) Da associação da questão de Situação de Rotina denominada "ligação afetiva" (tem algum parente/amigo HIV) com os diversos Agrupamentos de Questões, foi observado que houve resultado estatístico significativo apenas no caso do agrupamento "Formulário", onde o percentual de acertos foi maior entre os Cirurgiões Dentistas que tinham parente ou amigo HIV. Neste caso, embora exista um nível de acerto maior, não se pode afirmar que este grupo apresenta vantagem de conhecimento sobre os demais, pois trata-se de um fato isolado e disperso inserido num quadro maior, onde em todos os outros aspectos como Diagnóstico, Sigilo, Legislações Trabalhistas e Civil/Criminal dentre outras, sua performance não se destacou.

b) Quanto a questão de rotina "Treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Pública" associada ao agrupamento "Biossegurança na Rede Pública", foi observado que entre os Cirurgiões Dentistas que tiveram este tipo de treinamento, a existência de itens de biossegurança foi maior, rejeitando neste caso a hipótese nula para. O resultado significativo indica a provável hipótese de que o treinamento é um salutar fator de influência sobre a adoção de medidas de biossegurança. Entretant, em todos os demais agrupamentos, os resultados foram estatisticamente não-significativos, havendo inclusive resultado significativo

inverso a lógica, tal como ocorreu nas questões do agrupamento "Formulários", onde o melhor índice de acertos foi obtido pelo grupo que não teve treinamento.

c) Quanto a questão de rotina "Treinamento de biossegurança em local de trabalho em Rede Privada" associada com as questões de agrupamento, foi observado que houve um resultado estatístico significativo relativo a existência de itens de biossegurança em local de trabalho em Rede Privada, sendo que os Cirurgiões Dentistas que não tiveram treinamento apresentaram melhor porcentagem de acerto. Neste caso, a hipótese de que o treinamento existente na Rede Privada (40,80% dos Cirurgiões Dentistas) não está influenciando na existência de itens de biossegurança é a existente, contrariando inclusive a expectativa normal para estes casos.

d) Quanto a questão de rotina "Acidente de Trabalho" associada com os Agrupamentos de Questões, foi observado que em nenhum dos casos houve resultado significativo. Assim, as respostas referentes aos cuidados legais trabalhistas pós acidente ocupacional dadas pelos grupos que já tinham tido acidente e os que não tinham tido acidente, não apresentaram resultado estatisticamente significativo. Se a este fato for somado a outro de que 66,50% dos Cirurgiões Dentistas não dispõem de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho em seu local de trabalho, apresenta-se viável a hipótese de que o desconhecimento da lei trabalhista pelo próprio interessado é um dos fatores de descumprimento da lei.

e) As demais associações de questões de rotina com os agrupamentos também não produziram qualquer resultado estatístico significativo.

Quanto a associação das questões de rotina com as variáveis classificatórias, observou-se que não houve resultados significativos que apontassem para um segmento da amostra com melhor percentual de acertos. Tomando como exemplo o caso da variável gênero, onde as mulheres tiveram melhor percentual de acertos nos agrupamentos "Apoio", "Formulário"e "Treinamento de Biossegurança", mas resultados iguais do ponto de vista estatístico, nos principais agrupamentos (Diagnóstico, Sigilo, legislação Trabalhista, Legislação Civil/Criminal), de tal forma que não é possível reconhecer significativa vantagem deste gênero. Outro exemplo é sobre a variável Especialidade, onde em apenas em três resultados houve valor estatístico e onde os Cirurgiões Dentistas sem Especialidade apresentaram índices de acerto mais baixos em relação aos outros dois grupos de especialistas no Agrupamento de Questões "Biossegurança em Rede Privada" e no cruzamento da questão 08 (participação em curso de responsabilidade Civil/Erro Médico), e o grupo de Cirurgiões Dentistas com Especialidade Afim se saiu melhor nos agrupamentos "Legislação Civil/Criminal" e "Apoio", de tal forma que não se pode afirmar que exista um grupo mais ou menos destacado dos demais, pois em todas as demais associações nada se comprovou estatísticamente viável.

Quanto a associação dos agrupamentos de questões "Biossegurança na Rede Pública" e "Biossegurança na Rede Privada" entre si, houve um resultado estatístico significativo indicando que a Rede Privada apresenta maior número de itens de biossegurança que a Rede Pública. Da associação do agrupamento "Biossegurança na Rede Pública" com o trabalho com THD/ACD, houve também

resultado significativo, onde o trabalho em equipe está associado a melhores índices de existência de itens de biossegurança.

Quanto a associação dos dois agrupamentos de biossegurança com as variáveis classificatórias, foi observado que não houve rejeição da hipótese nula nos casos de gênero e procedência universitária. Em relação ao tempo de formado, o resultado estatístico significativo indicou que entre os formados entre 6 a 10 anos o índice de itens de biossegurança é menor. Em relação a variável especialidade, o resultado estatístico significativo indicou que entre os Cirurgiões Dentistas sem especialidade o índice de itens de biossegurança foi menor. Desta forma, é viável a hipótese de que entre os formados na faixa de 6 a 10 anos, sem especialidade, o percentual de existência de itens de biossegurança seja menor que nos demais grupos. Este resultado significativo é mais importante porque foi o único dentre vários possíveis, e isto ressalta a necessidade de incluir no manual anexo do presente trabalho, todos os aspectos legais pertinentes a biossegurança em serviço público e privado.

Em relação a associação do agrupamento "Acerto Total" e as variáveis classificatórias, foi observado resultado significativo somente no caso da variável especialidade afim, onde o mesmo indicou que o maior escore médio de acertos ocorreu entre os Cirurgiões Dentistas com especialidade afim. Este resultado também é importante pelo fato de ter sido único dentre os vários possíveis, não sendo suficiente para identificar este grupo da amostra como o melhor em termos de acertos. Isto ressalta mais uma vez a necessidade de incluir no manual anexo do presente trabalho, todos aspectos de responsabilidade civil e criminal do

atendimento ao paciente HIV soropositivo, visto que todos os segmentos da amostra apresentam carência semelhante deste tipo de conhecimento.

Em síntese, os resultados estatísticos ao não rejeitarem em sua maioria a hipótese nula, demonstram que todos os grupos que formam a amostra apresentam conhecimento semelhante sobre responsabilidade civil e criminal do atendimento ao paciente HIV soropositivo. Os índices de conhecimento da amostra averiguados por porcentagem simples, média aritmética, percentual de acerto ou escore médio de acerto indicam a existência de uma lacuna, definida pela diferença existente entre o conhecimento cognitivo geral da amostra e o cognitivo específico de como fazer. Em outras palavras, o perfil da mostra indica que há um hiato entre o que os Cirurgiões Dentistas da amostra conhecem e o que efetivamente deveriam conhecer, de tal forma que em muitas situações, o profissional sabe reconhecer a importância da responsabilidade civil e criminal do atendimento ao paciente HIV soropositivo, mas não sabe como proceder dentro das normas legais. De forma mais direta, a identificação nominal da lacuna ou hiato é a falta de conhecimento deontológico da amostra., o qual se mostrou insuficiente para qualquer grupo observado. O exemplo claro é o fato de que tanto os formados mais recentemente e portanto instruídos sobre SIDA ainda na graduação, bem como os mais antigos formados antes do advento da SIDA, tiveram o mesmo índice insuficiente de acertos. Isto indica que a presença da Deontologia nos cursos de graduação e de atualização, de alguma forma não tem sido suficiente para informar adequadamente a classe sobre suas responsabilidades civis e criminais previstas nas leis atuais.

6. CONCLUSÃO

Diante das normas e leis que tratam da responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista no atendimento ao paciente HIV soropositivo, as quais determinam que:

a) A condição do Cirurgião Dentista como empregado de Rede Pública e/ou Privada, como empregador ou trabalhador autônomo exige que o mesmo conheça a legislação pertinente a SIDA, relativa aos direitos e deveres seus e de seus empregados;

b) Deve existir treinamento de biossegurança bem como formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho disponível no local de trabalho, seja público ou privado;

c) A Notificação Compulsória da SIDA e todas as demais doenças notificáveis é uma obrigação do Cirurgião Dentista, e deve ser feita preservando a identidade do paciente, através de preenchimento de documentos oficiais que devem estar disponíveis no local de trabalho segundo determina a lei.

d) Para notificar, o Cirurgião Dentista precisa saber diagnosticar, e isto implica não só em conhecer sinais e sintomas da doença, mas também conhecer os exames

complementares e seu correto fluxograma, além de conhecer os locais de testes anônimos.

e) A Notificação Compulsória é uma obrigação do Cirurgião Dentista e deve ser feita de tão logo seja feito o diagnóstico de infecção pelo HIV, mesmo que exista a orientação para fazê-lo somente após surgimento de sintomatologia da SIDA.

f) A falta de diagnóstico constitui violação de um direito ao paciente e é definida juridicamente como "perda de uma chance" onde o Agente de Saúde, tendo a chance do diagnóstico através do exame, causa um dano ao não diagnosticar o que deveria ;

g) O sigilo profissional da equipe é da responsabilidade do Cirurgião Dentista, e a quebra de sigilo por qualquer meio direto ou indireto pode ensejar processo ético, administrativo, civil e criminal onde o profissional responde por responsabilidade objetiva ou de resultado;

h) Os itens de biossegurança são estabelecidos em lei, e sua inexistência em local de trabalho constitui infração ao Código de Saúde dos Estados e dos Municípios, bem como pode ensejar processo ético, administrativo, civil e criminal;

i) Os acidentes ocupacionais devem ser protocolados em documento próprio (CAT), porque envolvem risco de contágio e por isto devem ser seguidas normas de prevenção previstas em lei, sob pena de prejuízo ao direito do trabalhador;

j) A incorreta interpretação de exames complementares constitui prova de erro médico, e no caso da SIDA pode ensejar processo ético, administrativo, e civil inclusive por perdas e danos;

E observando-se que:

Existe ampla distribuição da SIDA entre a população, conforme os relatórios epidemiológicos oficiais, e este fato é ratificado pelo alto percentual da amostra que já atendeu paciente soropositivo ou que tem grau afetivo de envolvimento com a SIDA.

Mesmo assim, o conhecimento da amostra sobre Diagnóstico do HIV/SIDA, Sigilo Profissional, Legislação Civil/Criminal/Trabalhista, demonstrado por índice médio de acerto de 36,09%, é insatisfatório;

Da mesma forma o conhecimento da amostra sobre procedimentos pós-acidente ocupacional é insatisfatório, com índice de acerto abaixo de 50%, apesar de 57,14% relatarem já terem tido acidente;

O tempo de formado e a procedência universitária não revelaram associação significativa com maior número de acertos;

A variável classificatória gênero também não se revelou significativa em termos de influência sobre os acertos. Somente foi observada melhor performance em termos gerais, a do grupo de Cirurgiões Dentistas que tem especialidade com maior afinidade com o tema;

Conclui-se que:

O objetivo de aferir os conhecimentos sobre responsabilidade civil e criminal do paciente HIV soropositivo numa população de Cirurgiões Dentistas de um grande centro urbano foi alcançado, sendo que:

O grau de informação da amostra sobre o assunto parece não variar estatisticamente com gênero, tempo de formado, procedência universitária e especialidade;

O nível de conhecimento sobre o assunto pode ser considerado insatisfatório, tanto em assuntos clínicos de diagnóstico, como em termos de legislação civil, criminal e trabalhista, de tal forma que todas as situações de rotina de consultório propostas no questionário tiveram resposta insatisfatória relativamente ao que estipula a lei. O maior hiato ou lacuna observado no presente estudo, existente entre conhecer genericamente a lei e saber agir dentro da legalidade é precisamente o conhecimento insuficiente de Deontologia.

Iniciativas que veiculem mais informações sobre o assunto dentro dos cursos de formação de graduação e pós graduação, bem como dos orgãos de classe, são necessárias;

A Deontologia deve receber especial atenção a nível de cursos de graduação, pois o nível de conhecimento dos recém-formados é insatisfatório. Também deve haver especial atenção para a Deontologia por parte das Instituições que promovem cursos de atualização e pós-graduação nas diversas disciplinas odontológicas, pois o nível de conhecimento dos profissionais especializados, formados antes e após o advento da SIDA é insatisfatório. Por fim, é necessário especial ênfase à Deontologia nos cursos de Odontologia Legal, pois os Cirurgiões Dentistas ali especializados são os principais educadores e formadores de opinião.

Em síntese, a principal carência ou lacuna da amostra refere-se a Deontologia, e abrange todas as situações de rotina e todos os assuntos dos agrupamentos de questões abordados na pesquisa.

Em relação ao objetivo de elaboração de manual ou apostila com respostas às questões onde mais houvesse carência de conhecimentos, os resultados da pesquisa apontaram claramente as áreas de carência, de tal forma que foi possível direcionar os assuntos para o interesse da maioria. Dentro deste parâmetro, a elaboração do folheto "Responsabilidade Civil e Criminal do Cirurgião Dentista no Atendimento ao Paciente HIV Soropositivo" que constitui anexo do presente trabalho comprovou-se oportuna, pois oferece uma opção de informação sobre aspectos ainda não abordados sobre o atendimento ao paciente HIV soropositivo, e é um veículo informativo que contribui para o aprimoramento profissional em área de lacuna de conhecimento.

Fica claro que cabe aos atuais profissionais especialistas da área de Odontologia Legal, o importante papel de reverter esta situação que tem colocado a classe Odontológica na contramão da cidadania. Somente a consciência bem estruturada sobre as suas responsabilidades proporcionará ao Cirurgião Dentista as condições ideais de exercício profissional, na medida que não lhe faltará elementos para defesa de seus direitos, nem conhecimento para agir sempre em defesa do direito do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ALVAREZ LEITE, M.E. ***Caracterização da conduta dos Cirurgiões Dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada***. Belo Horizonte, 1996. 254p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

2. AMADOR, V.R.; PEDRASA, L.E.; PONCE DE LEON, S. Prognostic value of oral candidosis and hairly leukoplakia in 111 Mexican HIV-infected patients. ***J Oral Pathol Med***, Copenhagen, v.25, p.206-211, 1996.

3. AMADOR, V.R. *et al.* Oral Manifestations of HIV infection by gender and transmissiom category in Mexico City. ***J Oral Pathol Med***, Copenhagen, v/27, p.135-140, 1998.

4. ARENDORF, T.; BREDEKAMP, B.; CLOETE, C.A. The mouth and HIV transmission. ***S Afr Med J***, Cape Town, v.88, n.2, p.158-159, Feb 1998a.

* De acordo com a NBR 6023: Informação e documentação – Referências – Elaboração, de ago. 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

5. ARENDORF, T.M. *et al.* Oral Manifestations of HIV infection in 600 South African Patients. ***J Oral Pathol Med***, Copenhagen, v.27, p.176-179, 1998b.

6. BARR, C.E. Periodontal problems related to HIV-1 infection. ***Adv Dent Res***, Washington, v.9, n.2, p.147-151, July 1995.

7. [BELO HORIZONTE, 1999] [***Características gerais do município de Belo Horizonte***]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/dadosgerais.htm#economico>. Acessado em: 16 jan. 2001.

8. BELO HORIZONTE, 2000. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde – SMSA. Portaria SMSA/SUS-BH nº. 026/2000 de 12/06/200. Aprova Norma Técnica Especial que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de Assistência Odontológica, sediados no Município de Belo Horizonte e dá outras providências. ***Diário Oficial do Município***, Belo Horizonte, ano V, n.1.154, 16 jun. 2000.

9. [BELO HORIZONTE, 2001] [***Código Sanitário Municipal de Belo Horizonte***]. Disponível em: <http://www.belohorizonte.mg.gov.br/pesquisa-pbh.htm>. Acessado em: 16 jan. 2001.

10. BERREY, M.M.; SHEA, T. Oral Sex transmission. ***J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol***, New York, v.14, n.5, p.475-477, Apr. 1997.

11. BRASIL, 1916. Código Civil Brasileiro. Lei Nº. 3.071 de 01/01/1916. Regula os direitos e obrigações de ordem privada concernentes as pessoas, aos bens às suas relações. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.133, col.1, 5 jan. 1916.

12. BRASIL, 1940. Código Penal Brasileiro. Decreto Lei º. Nº. 2.848 de 07/12/1940. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.23911, col.2, 31 dez. 1940.

13. BRASIL, 1941. ***Código de Processo Penal***, 1941. Disponível em: <http://www.ibemol.com.br/codigos/Del3689-processo-penal.htm>. Acessado em: 23 jan. 2001.

14. BRASIL, 1948. Presidência da República. Lei 5452 de 01/05/1948. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0013975, col.1, 9 ago. 1943.

15. BRASIL, 1975. Presidência da República. Lei Nº. 6.259de 30/10/1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.014433, col.1, 31 out. 1975.

16. BRASIL, 1976. Presidência da República. Decreto nº 78.231 de 12/08/76. Regulamenta a Lei nº. 6.259 de 30/10/1975, que dispõe sobre organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.010731, col.1, 12 ago. 1976.

17. BRASIL, 1978. Ministério Da Saúde. Portaria nº 22 de 25/07/78 do Diretor da Divisão Nacional De Dermatologia Sanitária Da Secretaria Nacional De Programas Especiais De Saúde. Aprova as normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle de doenças sexualmente transmitidas a serem observadas em todo território nacional. BRASILIA. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 25 jul. 1978.

18. BRASIL, 1985. Ministério Da Saúde . Portaria nº 236 de 02/05/85 do MINISTRO DA SAÚDE. Estabelece diretrizes para o programa de controle da Sindrome da Imunodeficiência Adquirida no âmbito do território nacional. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 06 maio 1985.

19. BRASIL, 1986. Ministério Da Saúde. Portaria nº 542 de 22/12/1986 do Ministro da Saúde. Inclusão da Sindrome da Imunodeficiência Adquirida na relação de doenças de notificação compulsória. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 24 dez. 1986

20. BRASIL, 1988a. ***Constituição da República Federativa do Brasil***. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf.const88.htm>. Acessado em: 22 de jan. 2001.

21. BRASIL, 1988. Ministérios Do Trabalho E Da Saúde. Portaria Interministerial Nº. 3.195 DE 10/08/1988. Institui a Campanha Interna de Prevenção da AIDS. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 11 ago. 1988b.

22. BRASIL, 1988. Presidência Da República. Lei nº. 7.670 de 08/09/1988. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) os benefícios que especifica e dá outra providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.017305, col.1, 09 set. 1988c.

23. BRASIL, 1988. Presidência Da República. Lei Nº. 7.713 de 22/12/1988. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0025283, col.1, 23 dez. 1998d.

24. BRASIL, 1990. Presidência Da Republica. Decreto nº. 99.244 de10/05/1990. Dispõe sobre reorganização e funcionamento dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0008869, col.1, 11 maio 1990a .

25. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei nº. 8.078 de 11/07/1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0000001, col.1, 12 set. 1990b.

26. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei nº. 8.080 de 19/09/1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.00180055, col.1, 20 set. 1990c.

27. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei Nº. 8.112 de 11/12/1990. Dispõe sobre o regimento jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das funções públicas federais. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0023935, col.1, 12 dez. 1990d.

28. BRASIL, 1991. Presidência Da República. Lei °. 8.213 de 24/07/1991. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0014809, col.2, 25 jul. 1991.

29. BRASIL, 1992. Ministérios do Educação e da Saúde. Portaria Interministerial Nº. 796 de 29/05/1992. Proíbe a exigência de realização de teste compulsório para HIV em aluno previamente à matrícula ou para a sua manutenção desta, em escola pública ou privada. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 03 jun. 1992ª.

30. BRASIL, 1992. Ministérios Da Saúde e do Trabalho e Administração. Portaria Interministerial Nº. 869 DE 11/08/1992. Proibição de teste para o HIV em exames pré-admissionais e periódicos de saúde no âmbito do Serviço Público Federal. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 12 ago. 1992b.

31. BRASIL, 1992. Ministério Do Trabalho. Conselho Diretor Do Fundo De Participação PIS/PASEP. Resolução Nº. 02 de 17/12/1992. Autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Publico (PASEP) aos titulares não aposentados vitimados pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 21 dez. 1992c.

32. BRASIL, 1994. Ministério Da Saúde. Secretaria De Assistência A Saúde. Programa Nacional De Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. ***Hepatites e AIDS na Prática Odontológica***, Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 56p.

33. BRASIL, 1996. Decreto Nº. 9.313 de 13/11/1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.23275, col.1, 14 nov. 1996ª.

34. BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10/10/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. ***Diário Oficial da União***, Brasília, n.201, 16 out. 1996b.

35. [BRASIL, 1997]. [Ministério Da Saúde, Comissão De Pesquisa E Ética Em Saúde/GPPG/HCPA. ***Utilização de dados de prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa***]. Disponível em; <http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep.htm>. Acessado em: 18 jan. 2001.

36. BRASIL, 2000. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. ***Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS***: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

37. CHAM R.; LAM, M.S. A knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) Survey on HIV Infection and AIDS Among Doctors and Dental Surgeons in Singapore. Singapura. ***Ann Acad Méd Singapore***, v.26, n.5, p.581-587, 1997.

38. CHEQUER, P. (Coord.) ***HIV nos tribunais***. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1998. 83p.

39. CHIANG, C.P. *et al.*. Oral manifestations of human immunodeficiency virus-infected patients in Taiwan. ***J Formos Med Assoc,*** Formosa, v.97, p.600-605, 1998.

40. COATES, E. *et al.* Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. ***Aust Dent J,*** Saint Leonards, v.41, n.1, p.33-36, 1996.

41. [CÓDIGO, 1947] [***Código de Nuremberg editada em 1947 pelo Tribunal Internacional de Nuremberg***]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/nuremcod.htm>. Acessado em: 10 jan. 2001.

42. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992. Resolução CFM nº. 1.359/92 de 11/11/1992. Normas Éticas Para O Atendimento De Pacientes Com Hiv. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 19 nov. 1992.

43. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. ***Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselho de Odontologia***. Rio de Janeiro: CFO, 1997. 144 p.

44. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. ***Código de Ética Odontológica. Resolução CFO nº. 179 de 19/12/1991***, alterado pelo Regulamento nº. 01 de 05/06/1998. Rio de Janeiro: CFO, 1998. 20p.

45. [CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS, 2000]. [***Dados gerais***]. Disponível em: <http://www.cromg.org.br/ >. Acessado em: 20 jan. 2001.

46. CORREA, O.C.L.; COSTA, C.R.; BIRMAN, E.G. Manifestações bucais de doenças infecciosas em pacientes HIV positivos ou com Ads. Parte III: doenças bacterianas. ***Rev ABO Nac***, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.187-190, jun./jul. 1994a.

47. CORREA, O.C.L.; SILVEIRA, F.R.X.; BIRMAN, E.G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS. Parte II: doenças fúngicas. ***Rev ABO Nac***, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.28-32, fev./mar. 1994b.

48. CORRÊA, O.C.L.; SUGAYA, N.N.; BIRMAN, E.G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS. Parte II– Doenças virais (viróticas). ***Rev ABO Nac***, Rio de Janeiro, v.2, n.2, abr./maio, 1994c

49. CRUZ, G.D. *et al.* The Accurate diagnosis of oral lesions in human immunodeficiency virus infection. ***Arch Otolaryngol Head Neck Surg***, Chicago, v.122, Jan. 1996.

50. [CUSTO MÉDIO, 2001]. [***Gastos médios por paciente com terapia anti-retroviral fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde a portadores da SIDA***]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/politica-medic-aids-brasil.htm>. Acessado em: 21 jan. 2001.

51. CYRIAQUE J. W. *et al.* Epstein-Barr Virus, and Human Herpesvirus 8 prevalence in Human Immunodeficiency Virus-associated oral mucosal lesions. ***J Infec Dis***, Chicago, v.175, p.1324-1332, 1997.

52. DARUGE, E.; MASSINI, N. ***Direitos profissionais na odontologia***. São Paulo: Saraiva, 1978. 608p.

53. [DECLARAÇÃO, 1948] [***Declaração Universal dos Direitos Humanos editada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas***]. Disponível em: <http://www.geocities.com/athens/rhodes/1143/direitos.html>. Acessado em: 10 jan. 2001.

54. [DECLARAÇÃO, 1964] [***Declaração de Helsinki I , editado em 1964 em Helsinki, Finlândia pela 18ª Assembléia Médica Mundial***]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/helsin1.htm>. Acessado em: 10 jan. 2001.

55. [DECLARAÇÃO, 1975] [***Declaração de Helsinki II, publicada em 1975 pela 29ª. Assembléia Mundial de Médicos em Tóquio, Japão***]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/helsin2.htm>. Acessado em: 10 jan. 2001.

56. [DECLARAÇÃO, 1983] [***Declaração de Helsinki III, editada em 1983 na 35ª Assembléia Médica Mundial em Veneza, Itália***]. Disponível em: <http://ppwww.hcpa.ufrgs.br/gppg/helsin3.htm>. Acessado em: 10 jan. 2001.

57. [DECLARAÇÃO, 1989] [***Declaração de Helsinki IV, editada em 1989 pela 41ª Assembléia Médica Mundial, em Hong Kong***]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/helsin5.htm#cif>. Acessado em: 11 jan. 2001.

58. [DIRETRIZES, 1931]. [***Diretrizes para Novas terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos***]. Disponível em: <http://www.hca.ufrgs.br/gppg/aleman31.htm>. Acessado em: 16 jan. 2001.

59. [DIRETRIZES. 1993]. [***Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, editada em 1993 pelo Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, em Genebra, Suíça***]. Disponível: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/cioms.htm>. Acessado em: 12 jan. 2001.

60. DISCACCIATI, J.A.C.; PORDEUS, I.A. Você está disposto a tratar pacientes com AIDS? Belo Horizonte. ***Rev CROMG***, Belo Horizonte, v.3, n.1, jan./jun. 1997.

61. DISCACIATI, J.A.C.; DISACACIATI, A.N.; PORDEUS, I.A. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção de atitudes. ***Rev Odontol Univ São Paulo***, São Paulo, v.13, n.1, p.75-82, 1999.

62. FARTHING, C.F.; BROWN, S.E.; STAUGHTON, R.C.D. ***Atlas colorido de AIDS e da doença do HIV.*** 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989. 114p.

63. FERREIRA, R.I. *et al.* Estudo da prevalência de alterações bucais em pacientes HIV no Hospital Universitário Prof. Edgar Santos – Salvador-Bahia. ***Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia***, Salvador, v.18, p.22-27, jan./jun. 1999.

64. FOLTYN, P.; MARRIOTT, D. HIV and oral disease. ***Med J Aust***, Sydney, V.164, p.357-359, Mar. 1996.

65. GARNIER, M.; DELAMARE, V. ***Dicionário de termos técnicos de medicina***. 20.ed. São Paulo: Organização Andrei, 1984.

66. GOIÂNIA, 1994. Lei Municipal Nº. 7.299 de 28/04/1994. Dispõe sobre discriminação dos portadores do vírus e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado***, Goiânia, 9 maio 1994.

67. GOIÁS, 1995. Lei Estadual nº.12.595 de 26/01/1995. Dispõe sobre combate à discriminação aos portadores do vírus HIV e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado***, Goiânia, 1 fev. 1995.

68. GONÇALVES, P.M.J. ***Controle da infecção cruzada na prática odontológica por periodontistas de Belo Horizonte***. Belo Horizonte, 1996, 180p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

69. GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S. HIV-related oral disease. ***Lancet***, London, v.348, p.729-733, 1996.

70. GREENSPAN, J.S. Sentinels and signposts: the epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV disease. ***Oral Dis***, London, v.3, Suppl. 1, p.S13-S17, 1997.

71. HUSAK, R.; GARBE, C.; ORFANOS, C.E. Oral Hairly Leukoplakia in 71 HIV-seropositive patients: clinical symtoms, relation to immunologic status, and prognostic significance. ***J Am Acad Dermatol***, Saint Louis, v.35, p.928-934, 1996.

72. [INSTRUÇÃO, 1901] [***Instrução sobre Intervenções Médicas com Objetivos Outros que Não Diagnóstico, Terapêutica ou Imunização, editada em 1901 na Prússia***]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/gppg/prussia1.htm>. Acessado em: 10 jan. 2001.

73. JAHN, S.; BUSCH, H.W.; ALTMEYER, P. Oral Hairly Leukoplakia in HIV-positive patients [letter:comment]. ***J Am Acad Dermatol***, Saint Louis, v.38, n.2 pt.1, p.284-286, Feb. 1998.

74. JESUS, D.E. ***Código penal anotado***. 5.ed. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 1995.

75. JOHNSON, N.W. Essential question concerning periodontal diseases in HIV infection. ***Oral Dis,*** London, v.3, Suppl.1, p.S1438-S1440, 1997.

76. [JURISPRUDÊNCIA. 2001]. [***Jurisprudência Relativa A Sida No Superior Tribunal De Justiça, 2001***]. Disponível em: <http://www.stj.gov.br/jurisprudencia>. Acessado em: 16 jan. 2001a.

77. [JURISPRUDÊNCIA, 2001]. [***Jurisprudência Relativa a Sida no Superior Tribunal do Trabalho, 2001***]. Disponível em <http://apolo.tst.gov.br/brs/blnk.shtml>. Acessado em 16 jan. 2001b.

78. [JURISPRUDÊNCIA 2001]. [***Jurisprudência Relativa a SIDA no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2001***]. Disponível em: <http://www.tj.rj.gov.br/consulta/frameconsulta-wi.htm>. Acessado em: 17 jan. 2001c.

79. KFOURI NETO, M. ***Responsabilidade civil do médico***. 3.ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Editora Revista dos tribunais, 1998. 690p.

80. KHAJOTIA, R.R.; Lee E. Transmission of Human Immunodeficiency Virus through saliva after a lip bite. ***Arch Intern Med,*** Chicago, v.157, p.1901, Sept. 1997.

81. KLAUS, B.D.; GRODESKY, M.J. Common oral manifestations seen in patients with HIV/AIDS. ***Nurse Pract***, Springhouse, v.23, n.6, June 1998.

82. KLINE, M.W. Oral Manifestations of pediatric human immunodeficiency virus infection: a review of literature. ***Pediatrics***, Eveston, v.97, n.3, p.380-388, Mar 1996.

83. LAMSTER, I.B. *et al.* Epidemiology and diagnosis of HIV-associated periodontal diseases. ***Oral Dis***, London, v.3, Suppl.1, p.5141-5148, 1997.

84. LASKARIS, G.; LASKARIS, M.; THEODORIDOU, M. Oral Hairly Leukoplakia in a child with AIDS. ***Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod***, Saint Louis, v.79, p.570-571, 1995.

85. LIBMAN, H.; WITZBURG, R.A. ***Infecção pelo HIV***: um manual clínico. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. 520p.

86. LIFSON, A.R. *et al.* Time from seroconversion to oral candidiasis or hairy leukoplakia among homosexual ans bisexual men enrolled in three prospective cohorts. ***AIDS***, v.8, p.73-79, 1994. *Apud* GREENSPAN, J.S. *Op. cit.* Ref. 70.

87. LIMA, A.L.M. ***HIV/AIDS***: perguntas e respostas. São Paulo: Atheneu, 1996. 351p.

88. [MANUAL, 1999]. [***Manual de Controle da Doenças Sexualmente Transmissíveis***]. Coordenação Nacional de DST/AIDS. 1999]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item03.htm>. Acessado em: 16 jan. 2001.

89. [MANUAL, 2000]. [***Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico versão 2000***]. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/Exposição-ocupacionalfinal.doc>. Acessado em: 16 jan. 2001.

90. [MAP, 2001]. [***Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network***]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/map-map.htm>. Acessado em: 17 jan. 2001.

91. MARCENES, W.; PANKHURST, C.L.; LEWIS, D.A. Oral health behavior and the prevalence of oral manifestations of HIV infection in a group of HIV positive adults. ***Int Dent J***, New York, v.48, p.557-562, 1998.

92. MARTINS NETO, M.M.; RADOS, P.V.; BARBACHAN, J.J.D. Leucoplasia pilosa: revisão de literatura e apresentação de um caso. ***Rev Fac Odontol Porto Alegre,*** Porto Alegre, v.36, n.1, p. 15-17, ago. 1995.

93. MATIELO, F.Z. ***Responsabilidade Civil do Médico***. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 266p.

94. MAUTONI, M.C. ***Estudo clínico, laboratorial e terapêutico da candidose oral em pacientes com sistema imunológico deprimido pelo HIV***. São Paulo, 1997, 41p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

95. MESQUITA, R.A. *et al.* Oral Candidosis and the HIV infection. ***Rev CROMG,*** Belo Horizonte, v.4, n.1, p.27-31, jan./jun. 1998.

96. MINAS GERAIS, 1999. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Lei Nº. 13.317 de 24/09/1999. ***Diário Executivo do Estado de Minas Gerais,*** p.1-14, 25 set. 1999. Retificado em 28 set. 1999. p.1.

97. MIROWISKI, G.W. *et al.* Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men. ***Oral Dis,*** London, v.4, p.16-21, 1998.

98. NATAL, 1995. Lei Nº. 134 de 12/09/1995. Estabelece Penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores do vírus HIV/AIDS e dá outra providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 13 set. 1995.

99. NITTAYANANTA, W.; CHUNGPANICH S. Oral lesions in a group of Thai people with AIDS. ***Oral Dis,*** London, v.3, Suppl., p.541-545, 1997.

100. [MAP 2001] [Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/link31.htm>. Acessado em 10 jan. 2001.

101. [PACTO, 1966] [***Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, editado em 1966 pela Assembléia Geral das Nações Unidas***] .Disponível em: <http://www.gddc.pt/pt/dh/ijdh/ptdh3.htm>. Acessado em: 11 jan. 2001.

102. PADIAN N. Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood. ***JAMA***, Chicago, v.287, n.7, p.539-541, Aug. 1997.

103. PARAÍBA, 1994. Lei Estadual nº 1.551 de 16/01/1994 do Estado da Paraíba. Dispõe sobre o estabelecimento de normas gerais para os procedimentos médicos no atendimento e no tratamento dos pacientes com AIDS e/ou soropositivos e declara os direitos gerais dos portadores HIV. ***Semanário Oficial da Paraíba***, em 16 jan. 1994.

104. PATTON, L.L. *et al.* Oral manifestation of HIV in a southeast USA population. ***Oral Dis,*** London, v.4, p.164-169, 1998.

105. PHELAN, J.A. Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. ***Med Clin North Am***, Philadelphia, v.81, n.2, Mar. 1997.

106. PORTO ALEGRE, 1994. Lei Municipal Nº. 7.400 de 04/01/1994. Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores do vírus HIV/AIDS e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 06 jan. 1994.

107. QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO. ***Responsabilidade Civil: Guia Prático Para Cirurgiões Dentistas, Médicos e Profissionais de da Saúde***: QUEST Consultoria e Treinamento. São Paulo: QUEST Editora, 1998. 120p.

108. REGO, T.I.T.N.; PINHEIRO, A.L.B. Manifestations of periodontal diseases in AIDS. ***Braz Dent J***, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.47-51, jan./jun. 1998.

109. [REVISTA DO DIREITO, 2001]. [***Revista do Direito. Diferença entre Vícios Redibitórios e Evicção***]. Disponível em: <http://www.kaizennetorovider.com.br/mactf/debates.htm>. Acessado em: 22 jan. 2001.

110. ROBERTSON, T. Periodontal Conditions in HIV/AIDS patients. A short review. ***J N Z Soc Periodontol***, Auckland, n.79, p.8-10, 1995

111. ROBINSON, P.G. Which periodontal changes are associated with HIV infection? ***J Clin Periodontol,*** Copenhagen, v.25, p.278-285, 1998.

112. ROBINSON, P.G.; CHALLACOMBE, S.J.; SHEIHAM, A. Oral examination: a screening tool for HIV infection? ***Sex Transm Inf***, London, v.74, p.345-348, 1998.

113. ROTHENBERG, R.B. *et al.* Oral transmission of HIV. ***AIDS***, Philadelphia, v.12, p.2095-2105, 1998.

114. RUDNICKI, D. ***AIDS e Direito***: papel do Estado e da Sociedade na prevenção da doença. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996. 162p.

115. SALLUM, A. W. *et al.* Gengivite e Periodontite associada a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Diagnóstico e tratamento. ***Periodontia,*** Fortaleza, v.5, n.3, p.277-280, jan./jun. 1996.

116. SALLUM, A.W. *et al.* ***Periodontite associada ao vírus da AIDS***: uma revisão. ***Periodontia,*** Fortaleza, v.1, n.1, p.58-60, abr./set. 1992.

117. SANDE, M.A.; VOLBERDING, P.A. ***Tratamento clínico da AIDS***. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 404p.

118. SANTOS, M.F.S. ***A AIDS sob a perspectiva da responsabilidade civil.*** São Paulo: Saraiva, 1999. 339p.

119. SÀO PAULO, 1999. São Paulo. Gabinete do Secretario de Saúde. Resolução SS-15 de 18/01/1999. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado de São Paulo***, São Paulo, v.109, n.13, Poder Executivo, Seção I, 20 jan. 1999.

120. SARAMANAKE, L.P.; SCHEUTZ, F.; COTTONE, J.A. ***Controle da infecção para a equipe odontológica***. São Paulo: Santos, 1993.

121. SHIBOSKI, C.H. Epidemiology of HIV-related oral manifestations in women: a review. ***Oral Dis***, London, v.3, Suppl.1, p.518-527, 1997.

122. SHIBOSKI, C.H. *et al.* Human immunodeficiency virus-related oral manifestations and gender. ***Arch Intern Med***; Chicago, v.156, p.2249-2254, Oct. 1996.

123. SHUGARS, D.C.; WAHL, S.M. The role of the oral environment in HIV-1 transmission. ***J Am Dent Assoc***, Chicago, v.129, p.851-858, July 1998.

124. SILVA, M. ***Compêndio de Odontologia Legal***. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. 490p.

125. SILVEIRA, F. ***A prática odontológica e a AIDS. Atitudes do Cirurgião Dentista da rede pública de saúde do Município de Ribeirão Preto com relação a AIDS***. Ribeirão Preto, 1998. 207p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

126. SIQUEIRA, M. O novo ataque do vírus. ***Jornal Estado de Minas***, Belo Horizonte, p.3, 3 out. 1999. Caderno Especial.

127. SIROIS, D.A. Oral manifestations of HIV disease. ***Mt Sinai J Med***, New York, v.65, n.5/6, Oct./Nov. 1998.

128. SPOSTO, M.R. *et al.* Willinguess of Brazilians dentists to treat HIV-infect patients. ***Oral Surg Oral Med Pathol***; Saint Louis, v.78, n.2, p.175-177, Aug. 1994.

129. TEANPAISAN, R.; NITTAYANANTA, W. Prevalence of Candida species in AIDS patients and HIV-free subjects in Thailand. ***J Oral Pathol Med***, Copenhagen, v.27, p.4-7, 1998.

130. TRAUB, N.R.; CYRIAQUE, J.W. Epstein-Barr virus infection and expression in oral lesions. ***Oral Dis,*** London, v.3, Suppl.1, p.S164-S170, 1997.

131. TRIANTOS, D. *et al.* Oral Hairly Leukoplakia: clinicopathology features, pathogenesis, diagnosis and clinical significance. ***Clin Infect Dis,*** Chicago, v.25, p.1392-1396, 1997.

132. VENTURA DA SILVA, M. ***Legislação sobre DST/AIDS no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/AIDS***. Brasília: Coordenação Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, nov. 1995.

133. VIDEIRA, R.C. ***Manifestações bucais de candidíase e leucoplasia pilosa em 229 pacientes HIV positivos***. São Paulo, 1994. 48p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo.

134. WADA, R.S. ***Bioestatística***: DS-201 - notas de aula. Piracicaba: FOP-Unicamp, 1999.

135. WEINERT, M.; GRIMES, R.M.; LYNCH, D.P. Oral Manifestations of HIV infection. ***Ann Intern Med***, Chicago, v.125, n.6, p.485-496, Sept. 1996.

136. WIEBE, C.B.; EPSTEIN, J.B. An Atlas of HIV-associated oral lesions: a new classification and diagnostic criteria. ***J Can Dent Assoc,*** Toronto, v.63, n.4, p.288-294, Apr. 1997.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

UNICAMP

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Responsabilidade Civil do Cirurgião Dentista no Atendimento ao Paciente HIV Soropositivo", sob o protocolo nº **76/2000**, do Pesquisador ***Ronaldo Radicchi***, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Roberto J. Gonçalves**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 21 de agosto de 2000

We certify that the research project with title "Dentistry Civillan Responsibility to Soropositive HIV Patient Treatment", protocol nº **76/2000**, by Researcher ***Ronaldo Radicchi***, responsibility by Prof. Dr. **Roberto J. Gonçalves**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, August 21 2000

Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen
Secretário - CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador - CEP/FOP/UNICAMP

ANEXO 2:

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - UNICAMP

Curso de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia
Aluno: Ronaldo Radicchi
Piracicaba: 05/06/2000

Abaixo estão algumas questões relativas a AIDS e suas interrelações com a responsabilidade civil, que constituem parte integrante de trabalho de dissertação para o grau de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia. Não há preocupação em medir o conhecimento científico do entrevistado, tanto que as perguntas são objetivas e de caráter pouco específico, no mais das vezes constituindo-se em questões do dia a dia do consultório.

A identificação do colaborador não é necessária, e a privacidade e sigilo dos dados obtidos está garantida pelas normas atuais da ABNT, bem como pela aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP.

É necessário que as respostas as questões sejam feitas sem consulta a periódico/livro/especialista, o que traria um resultado não condizente com a realidade, contrariando o objetivo de aferir o grau de consciência dos profissionais Cirurgiões Dentistas em relação a sua responsabilidade civil frente ao paciente HIV positivo.

Marque as respostas às questões com um X no espaço reservado para tal, com cuidado para não saltar nenhuma, observando que para algumas será necessário resposta descritiva. Use qualquer tipo de caneta esferográfica, de qualquer cor e não use lápis.

O questionário e o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" preenchidos devem ser enviados por correio, e para isso, Você recebeu junto com essa correspondência o envelope já subscritado. Basta colocar o questionário nesse envelope devidamente fechado, sem identificação do remetente, e postá-lo

sem ônus, na agência mais próxima. Em alguns casos, poderá haver entrega direta ao próprio pesquisador, quando isso convier ou significar agilização e economia de tempo.

Ao final, existe um espaço para opiniões, que serão muito bem recebidas.

Agradeço desde já a colaboração.

QUESTIONÁRIO

01 - Sexo : M____ F ____

02 - Tempo de exercício profissional clínico: ____anos

03 - Formado em Universidade: Pública____ Privada____

04 – Concluiu ou está concluindo curso de pós-graduação: não ____
- sim, especialidade em_____
- sim, mestrado em _____
- sim, doutorado em _____

05 - Trabalha em: Rede Pública____
- Clínica Particular própria ____
- Clínica Particular como empregado ____
- Clínica Particular como empregador ____

06 – Se Você trabalha em serviço público, participou de algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no seu local de trabalho:

- sim ____ nos últimos 5 anos
- sim ____ nos últimos 2 anos
- não ____

07 – Se Você trabalha em serviço privado, participou de algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no seu local de trabalho:
- sim ____ nos últimos 5 anos
- sim ____ nos últimos 2 anos
- não ____

08 - Participou de algum Congresso ou Curso de Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde e/ou Erro Médico:
- sim ____ nos últimos 5 anos
- sim ____ nos últimos 2 anos
- não ____

09 - Participou de algum Congresso ou Curso de Ética e/ou Biossegurança:
- sim ____ nos últimos 5 anos
- sim ____ nos últimos 2 anos
- não ____

10 - Trabalha com THD/ACD: sim____ não ____

11 - Tem algum parente ou amigo HIV+: sim____ não____

12 - Já atendeu algum paciente reconhecido como HIV+:
- não____
- apenas 01____
- máximo de 05:____
- trabalha em local de atendimento específico para pacientes HIV+____

13 - Você conhece algum local onde se poderia indicar a um paciente para fazer teste voluntário e anônimo para HIV:
- sim ____ não ____

14 - Para a confirmação definitiva do diagnóstico de HIV+, são necessários dois resultados ELISA positivos e um Western Blot positivo:
- sim ____ não ____ não sei ____

15 - A infecção primária pelo HIV ocorre geralmente 2 a 4 semanas após o contágio, e caracteriza-se por sintomas tipo febre mal-estar, mialgia , cefaléia e outros:
- sim ____ não ____ não sei ____

16 - Candidíase oral e Leucoplasia Pilosa são marcadores de prognóstico em portadores de AIDS:
- sim ____ não ____ não sei _____

17 - A Queilite Angular é uma forma de manifestação da cândida em pacientes HIV+:
- sim ____ não ____ não sei ____

18 - O Eritema Linear Gengival é uma manifestação periodontal bastante característica da presença de infecção por HIV:
- sim ____ não ____ não sei ____

19 - A leucoplasia pilosa geralmente localiza-se no borda da língua, uni ou bilateralmente, é aderente, esbranquiçada, e assintomática:
- sim _____ não _____não sei _____

20 – Aumento da incidência de cárie é uma manifestação oral da AIDS:
- sim _____ não _____ não sei _____

21 – Você conhece o formulário de Cadastramento de Pacientes (SICLOM) utilizado para integrar o paciente HIV+ na rede de distribuição gratuita de medicamentos contra AIDS e outras doenças:
- sim _____ não _____

22 – No seu local de trabalho existe a disposição o formulário de Cadastramento de Pacientes (SICLOM) na rede de distribuição gratuita de medicamentos para AIDS e outras doenças:
- sim _____ não _____

23 - A notificação compulsória é obrigatória para o profissional de saúde (medico, Cirurgião Dentista, enfermeiro, etc), seja da rede pública ou privada, e deve ser feita tão logo o profissional tenha conhecimento do diagnóstico, independente da vontade do paciente.
- sim _____ não _____ não sei _____

24 – Você conhece A Ficha Individual de Investigação do Ministério da Saúde que é o documento apropriado para Notificações Compulsórias:
- sim _____ não _____

25 – Em seu local de trabalho existe a Ficha Individual de Investigação do Ministério da Saúde, que é o formulário próprio para notificar as doenças transmissíveis que têm obrigatoriedade de notificação:
- sim _____ não _____

26 – Um Cirurgião Dentista que realiza teste anti-HIV compulsório, sem o conhecimento do paciente que é suspeito de ser HIV+, com o objetivo de proteger-se e aos outros pacientes, guardando segredo sobre o resultado, age corretamente:
- sim _____ não _____ não sei _____

27 – O Cirurgião Dentista pode pedir teste anti-HIV:
- sim _____ não _____ não sei _____

28 - O exame compulsório é responsabilidade de quem o pede; também é solidariamente o diretor ou chefe, o responsável técnico da instituição pública ou privada, bem como a instituição em si :
- sim _____ não _____ não sei _____

29 - As medidas universais de controle de infecção são suficientes para prevenir de forma eficaz a transmissão de infecção via procedimentos odontológicos:
- sim _____ não _____ não sei _____

– No seu local de trabalho, se for serviço público, existem:
- 30 - duas pias por consultório: sim _____ não _____
- 31 - estufa com jogos instrumentais suficientes: sim _____ não _____
- 32 - autoclave: sim _____ não _____
- 33 - piso liso sem ranhuras: sim _____ não _____
- 34 - paredes pintadas com tinta lavável: sim _____ não _____

– No seu consultório, ou em seu local de trabalho a nível privado existem:
- 35 - duas pias por consultório: sim _____ não _____
- 36 - estufa com jogos instrumentais suficientes: sim _____ não _____
- 37 - autoclave: sim _____ não _____
- 38 - piso liso sem ranhuras: sim _____ não _____
- 39 - paredes pintadas com tinta lavável: sim _____ não _____

40 - O lixo contendo material orgânico contaminado pelo HIV deve ser identificado de forma ostensiva e clara com tarja onde se leia "contaminado pelo HIV":
- sim _____ não _____ não sei _____

41 - A quebra de sigilo sem consentimento é justificada no caso de proteção a vida de terceiros, que ocorre quando o paciente HIV+ demonstra não ser capaz de prevenir a transmissão para seu comunicante (parceiro sexual):
- sim _____ não _____ não sei _____

42 - A revelação post-mortem do status HIV de um paciente pode ser motivo de instauração de processo ético e judicial:
- sim _____ não _____ não sei _____

43 - A quebra de sigilo por parte de um servidor público, pode ensejar processo judicial contra o servidor, seu responsável imediato, bem como contra a instituição:
- sim _____ não _____ não sei _____

44 - O comentário sobre qualquer aspecto do estado de saúde bucal ou sorológico de paciente feito pelo Cirurgião Dentista que o trata, fora do ambiente de trabalho, sem o consentimento expresso desse paciente, constitui crime punível com detenção ou multa, além de ensejar processo civil e ético:
- sim _____ não _____ não sei _____

45 - O comentário sobre qualquer aspecto do estado de saúde bucal ou sorológico de paciente feito por qualquer membro da equipe odontológica que o trata, fora do ambiente de trabalho, sem o consentimento expresso desse paciente, constitui crime punível com detenção ou multa, além de ensejar processo civil e ético contra o auxiliar e o profissional:
- sim ____ não ____ não sei ____

46 - Não é obrigatório o uso do CID nos atestados, a não ser aqueles que tratam de lesões ocupacionais, doença profissional, ou doenças especificadas pela lei como capazes de produzir aposentadoria por invalidez, como é o caso da AIDS:
- sim ____ não ____ não sei ____

47 - A ficha clínica do paciente deve conter em local de destaque a indicação do status sorológico do paciente HIV+:
- sim ____ não ____ não sei ____

48 - Um profissional de saúde HIV+ tem o direito de continuar trabalhando em sua atividade e não é obrigado a revelar seu status sorológico aos pacientes:
- sim ____ não ____ não sei ____

49 - O profissional HIV+ deve ser proibido de realizar procedimentos invasivos:
- sim ____ não ____não sei ____

50 - O teste HIV pré-admissional é proibido a nível de serviço público, exceto em casos de indicação técnica, como no caso de segurança pública:
- sim ____ não ____ não sei ____

51 - O exame médico admissional é obrigatório e deve ser pago pelo empregador, e não pode incluir o teste HIV;
- sim ____ não ____ não sei ____

52 - A THD ou ACD soropositiva para o HIV pode ser demitida por justa causa:
- sim ____ não ____ não sei ____

53 - O trabalhador que foi contaminado pelo HIV de forma não ocupacional, tem direito a aposentadoria por invalidez:
- sim ____ não ____ não sei ____

54 - A Clínica Odontológica (pessoa jurídica de direito privado) é obrigada por lei a desenvolver programas internos de atualização dos funcionários em relação a AIDS:
- sim ____ não ____ não sei ____

55 - No caso de acidente ocupacional, o profissional de saúde deve fazer o teste logo que possível, deve ter seu soro armazenado por 6 meses, e realizar testes HIV com 6 semanas, 3 meses, e 6 meses, para casos em que se sabe que o paciente é portador do vírus:
- sim ____ não ____ não sei ____

56 - Você já teve algum acidente ocupacional:
- sim ____ não ____

57 - No seu local de trabalho existe formulário acessível de comunicação de acidente de trabalho:
- sim ____ não ____

58 - A AIDS para todos os efeitos legais é causa que justifica aposentadoria por invalidez, liberação de FGTS e PIS/PASEP:
- sim ____ não ____ não sei ____

59 – A incorreta interpretação dos exames laboratoriais do paciente HIV+ pelo Cirurgião Dentista constitui erro médico:
- sim ____ não ____ não sei ____

60 - O paciente equivocadamente comunicado de ser portador de HIV, tem direito a ação de indenização pelo estresse a ele infringido devido a negligência do profissional:
- sim ____ não ____ não sei ____

61 – O diagnóstico precoce que deixou de ser feito pelo Cirurgião Dentista pode gerar direito de indenização, pois a instituição de tratamento na fase mais inicial é fator de melhor morbidade e aumento de sobrevida:
- sim ____ não ____ não sei ____

62 - A ausência de uma ou mais medidas universais de controle de infecção pode se constituir em crime de perigo de vida para outrem ou perigo de contágio de doença grave:
- sim ____ não ____ não sei ____

63 - O profissional de saúde não poderá fornecer informações sobre status HIV de qualquer pessoa, mesmo quando submetido a normas de trabalho em ou privado:
- sim ____ não ____ não sei ____

64 - O profissional de saúde não é obrigado a revelar diagnóstico para companhia de seguro:
- sim ____ não ____ não sei ____

65 - A quebra de sigilo pode ensejar sanção ética, administrativa e judicial para o profissional, seu responsável técnico e o diretor da instituição que pode ser pública ou privada:

- sim ____ não ____ não sei ____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O questionário que Você recebeu faz parte de um projeto de pesquisa denominado "Responsabilidade Civil do Cirurgião Dentista no Atendimento ao Paciente HIV Soropositivo".

Solicitamos que após respondê-lo cuidadosamente, o mesmo seja colocado no envelope e devolvido, juntamente com o presente termo. Não há necessidade de se identificar no questionário.

As perguntas foram feitas de forma estruturada, semi-estruturada e aberta, e as respostas não oferecem qualquer risco aos participantes, visto tratar-se de aplicação de questionário para pesquisa acadêmica, estando submetida às normas vigentes sobre ética em pesquisa relativas a privacidade e sigilo e outras, conforme estabelecido na Resolução no. 196 de outubro de 1996 pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Atenção: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, no endereço:

- Av. Limeira nº 901, Piracicaba, SP, CEP.: 13.414.900.

Para fins legais é necessário que Você considere sua participação nesse trabalho através de consentimento, expresso no presente Termo, na forma que se segue:

Eu, _____, Cirurgião Dentista regularmente inscrito no CRO-MG, certifico que tendo lido o acima exposto, e suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa respondendo o questionário, e estou ciente que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico.

Por ser verdade, firmo o presente.

Belo Horizonte, _____/_____/_____

_____
(nome por extenso)

_____
(assinatura)

ANEXO 2: (QUESTIONÁRIO)

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA – UNICAMP

RONALDO RADICCHI – Mestrando em Odontologia Legal e Deontologia
26/04/2000

Prezado Colega:

Como aluno do Mestrado, tenho um tema a ser desenvolvido sobre a "Responsabilidade Civil do Atendimento ao Paciente HIV Positivo", e para tanto necessito que Você responda as 10 questões abaixo, de forma discursiva. Não é uma "prova de conhecimento", mas uma busca de aferição sobre o assunto, e daí não ser necessário qualquer identificação ou consulta a livros. Basta explicitar com suas palavras o que está pedido.

Grato desde já.

QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO

01 - Tempo de formado:
02 - Formado em Faculdade Pública ou Privada:
03 - Sexo:
04 - Especialista em :
05 – O Cirurgião Dentista pode fazer diagnóstico de AIDS? Porquê?

_____
_____
_____
_____
_____

06 – Na sua opinião, qual a importância do Cirurgião Dentista no diagnóstico e tratamento da AIDS?

_____
_____
_____
_____
_____

07 – O Cirurgião Dentista pode fazer Notificação Compulsória da AIDS? Porquê?

08 – Na sua opinião, qual a importância das medidas de biossegurança?

09 – Em qual situação Você considera viável a revelação sem consentimento do status HIV positivo de um paciente?

10 – Em sua opinião, a AIDS é ou não uma doença de grupo de risco ? Porquê ?

- Sugestões:

ANEXO 3

RESPONSABILIDADE CIVIL DO CIRURGIÃO DENTISTA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE HIV SOROPOSITIVO: PERGUNTAS E RESPOSTAS

ANEXO A DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ODONTOLOGIA LEGAL E DEONTOLOGIA .

ALUNO: RONALDO RADICCHI

ORIENTADOR: PROF. DR. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES.

PIRACICABA, 2001.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Estadual de Campinas na pessoa do seu Magnífico Reitor pela oportunidade que esta Instituição vem proporcionando a alunos de pós-graduação de todos os estados brasileiros, em estudarem em uma Universidade com alta qualidade de ensino.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum, pela estrutura de apoio disponibilizada ao aluno de pós-graduação.

Aos Professores da área de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, pela atenção que sempre tiveram às minhas dúvidas.

Ao Prof. Dr. Roberto José Gonçalves pela sua presença e atuação do como Orientador, as quais foram de inestimável valor para a determinação dos rumos e obtenção de objetividade e clareza dos resultados.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge, Coordenador do Curso de Odontologia Legal e Deontologia, pelo convívio diário, prestativo e colaborador, pelo apoio imprescindível, e pelo exemplo de trabalho e dedicação.

Ao pessoal de Processamento de Dados da FOP-UNICAMP pela ajuda paciente em momentos nos quais o meu conhecimento de informática era o principal obstáculo.

Ao pessoal de Bioestatística da FOP-UNICAMP, em especial a Profa. Dra Gláucia M. Bovi Ambrosano, pelo apoio e dedicação a todos os alunos de pós graduação.

Ao Prof. Dr. Marcelo Alves Correa da ESALQ-Piracicaba, pelo auxílio inestimável na obtenção dos resultados estatísticos.

Ao pessoal da Secretaria da Odontologia Legal e Deontologia, na pessoa da funcionária Dinoly, pela presteza da ajuda, solidariedade e amizade.

Ao pessoal da Cantina, responsável pela boa alimentação de todos e pelo meu baixo índice de colesterol.

Ao ex-aluno de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia Malthus Fonseca Galvão pelo incentivo decisivo na minha opção pela Odontolegal.

Ao ex-aluno de Doutorado em Odontologia Legal Luís Francesquini Júnior, solidário companheiro de todos os alunos de pós-graduação, pela inestimável colaboração na confecção do trabalho, pela enorme paciência e educação em ouvir as nossas dúvidas e tecer considerações, que foram sempre polidas e úteis.

Às Instituições, Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, Associação Brasileira de Odontologia Seção Minas Gerais, Odontoclínica da Polícia Militar de Minas Gerais, Clinica Odontológica do Instituto Previdenciário de Saúde do Estado de Minas Gerais, e a Clínica Dentária Especializada Cura D'Ars pelo apoio logístico, fundamental para a obtenção dos dados estatísticos.

Aos Dirigentes destas Instituições, respectivamente Prof. Dr. Badeia Marcos, Prof. Dr. Osmir Luiz Oliveira, Ten. Cel. PM. Cirurgião Dentista Benedito Alfredo Matias, Dra Virgínia Márcia Lobo Bazzoni, Dr. José Flávio Lanna Drumond e Dra. Manon Bhering Almeida, que pessoalmente se empenharam neste apoio logístico.

Às Bibliotecárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, que durante as horas de pesquisa, foram valiosas pela compreensão das minhas dificuldades, oferendo-me sempre alternativas viáveis onde julgava não mais as ter.

À D. Ester, Simone e ao Lysandro que foram fundamentais para esta jornada, oferecendo-me sempre apoio e sobretudo sua confiança, nos momentos onde o cansaço ameaçava o caminhar.

À Lígia, cúmplice, parceira, conselheira, amiga, e torcedora, que apesar dos meses do nosso convívio sacrificados, sempre esteve a meu lado compreensiva, incentivadora e confiante, tornando o meu caminho mais fácil.

Ao meu irmão Caio pelo incentivo e pela grande ajuda proporcionada.

À minha irmã Regina que tem sido a paciente ouvinte e a amiga certa de todos os momentos incertos.

Aos meus filhos pelo incentivo.

Aos meus pais de quem herdei a responsabilidade no trabalho e a disciplina, pelo incentivo e pelas orações que nunca deixaram de ser feitas.

A Deus, que nas horas de indecisão, angústia, conflito e impaciência não me deixou solitário ou abatido, ensinando-me a tempo e a hora, que os mais fortes sentimentos são o amor pela vida e a alegria de aprender e fazer.

APRESENTAÇÃO

O valor de um trabalho pode ser medido pela sua utilidade. De pouco valor são os que apesar de bem elaborados, são de difícil aplicação prática, ou os que aparentemente são práticos na sua concepção mas complicados no entendimento, porque feitos sob ótica personalíssima. A maior utilidade decorre da sua aplicabilidade prática no meio a que se destina, devendo ser mais ou menos extenso, mais minucioso ou mais conciso, mais coloquial ou mais formal, de acordo com a necessidade do destinatário.

Neste trabalho, que se destina tanto ao estudante como ao profissional, as decisões sobre a forma e o conteúdo (e todos os demais aspectos), foram tomadas tendo como base pesquisa de campo em formato de questionário, onde os participantes foram Cirurgiões Dentistas formados. Este direcionamento apontou a forma mais adequada e o conteúdo mais adaptado às necessidades do meio.

A análise dos dados revelou uma carência de informação da classe sobre os mais diversos aspectos da responsabilidade civil no atendimento ao paciente HIV soropositivo, havendo inclusive manifestações dos participantes no sentido de receberem mais informações sobre o assunto.

Assim, a temática das perguntas foi direcionada para pontos onde havia carências, na expectativa de que maior número de pessoas serão beneficiadas, ao mesmo tempo em que se evita a discussão de temas sobre os quais a classe odontológica já tem bom nível de conhecimento.

A apresentação sob forma de perguntas foi a solução mais prática encontrada para evitar textos longos e promover clareza de raciocínio para o leitor, pois o assunto é extenso e encerra termos e conceitos não tradicionalmente conhecidos do Cirurgião Dentista. Porisso a terminologia jurídica foi abrandada através da inclusão de termos leigos sempre que possível. O desenvolvimento das

respostas teve sempre em perspectiva os aspectos clínicos aliados à suas implicações deontológicas.

O tratamento coloquial na terceira pessoa do singular foi adotado tendo em vista o direcionamento do trabalho. Ele foi construído para o Cirurgião Dentista que em sua maioria não convive em meios acadêmicos, mas representa a principal força de trabalho dentro da Odontologia. Além do mais, esta forma de expressão se identifica melhor com o leitor, na medida que o insere como agente nas ações descritas.

A inclusão de situações de rotina de atendimento que envolvem responsabilidade civil encontradas no texto, é um produto da longa vivência clínica e da colaboração espontânea e descompromissada de Cirurgiões Dentistas que as vivenciaram na sua rotina de trabalho. Ao emitirem opiniões sobre como as enfrentaram, ou mesmo quando trouxeram suas dúvidas para esclarecimento, constituíram-se na fonte inspiradora para o tema das questões.

A expectativa é que as mensagens construídas dentro destes critérios sejam o mais objetivas possíveis e de aplicação prática imediata. Esperamos ter respondido adequadamente as dúvidas suscitadas e contribuído para o melhor esclarecimento dos Colegas, além de incentivá-los a buscarem sempre o progresso através do aprimoramento profissional.

SUMÁRIO

Folha de Rosto

Agradecimentos

Apresentação

01 – Definições de termos –

02 – Generalidades

03 – Infecção Primária pelo HIV

04 – Testes anti-retrovirais

05 – Manifestações orais

06 – Biossegurança

07 – Responsabilidade Civil

08 – Direitos trabalhistas

09 – Acidente Ocupacional

10 – Notificação Compulsória

11 – Sigilo

12 – Aconselhamento

1. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Para melhor compreensão dos assuntos aqui desenvolvidos, é necessário a familiarização com termos que, mesmo sendo de uso clínico e jurídico comum, nem sempre tem unanimidade de definição. As terminologias consideradas importantes foram as seguintes:

01 – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA):

Segundo o Ministério da Saúde no livro Hepatites, AIDS e Herpes na Prática Odontológica (BRASIL, 1994), a SIDA é uma síndrome causada pela ação de imunossupressão de um vírus denominado HIV que atua destruindo os linfócitos T e enfraquecendo imunologicamente o indivíduo, além de propiciar o aparecimento de múltiplas doenças oportunistas. Esta definição é baseada essencialmente na sintomatologia clínica, de tal forma que um indivíduo portador que nunca apresentou sintomatologia, não tem a SIDA, mas tem a infecção pelo HIV.

02 – Infecção pelo HIV:

É a presença do agente viral no organismo, concomitante com ausência de manifestações clínicas como as doenças oportunistas. Neste período, nem sempre a detecção do vírus é possível, como é o caso das "janelas imunológicas" que podem durar de 6 a 12 semanas após a aquisição do vírus (LIMA et al, 1996). Além disto, o vírus pode permanecer inativo durante extensos períodos de até 15 anos, mesmo sendo detectado normalmente no sangue (BRASIL, 1994). Este paciente, embora assintomático, possui viremia e é capaz de transmitir a doença se medidas preventivas não forem adotadas.

03 - Responsabilidade civil do Cirurgião Dentista:

A Responsabilidade Civil de forma genérica é definida como a obrigação de reparar o dano. A responsabilidade do Cirurgião Dentista se refere a indenização devida por lesão sobre o patrimônio material e moral do paciente ocorrida durante o tempo em que o paciente esteve sob o tratamento do profissional (DARUGE & MASSINI. 1978). Segundo FRANÇA (1995), responsabilidade do Médico é a obrigação de ordem civil, penal ou administrativa a que estão sujeitos estes profissionais na sua atuação, quando de um resultado lesivo ao paciente, por imprudência, imperícia ou negligência.

Situações em que paciente se considera insatisfeito com o resultado do tratamento são potencialmente capazes de ensejar ação civil, tanto sob o aspecto material como no moral, bastando para isto que ele requeira sua ação indenizatória mediante representação.

O Cirurgião Dentista deve estar consciente de que a insatisfação do cliente pode ocorrer mesmo que os resultados clínicos obtidos com o tratamento sejam bons. Num processo civil, caberá sempre ao Cirurgião Dentista o ônus da prova, ou seja, provar que satisfez o paciente. Nesta situação muitas vezes o prontuário adequadamente preenchido do ponto de vista clínico nem sempre é suficiente para provar a inocência do profissional. Para ser capaz de se constituir em peça da defesa, este documento deve ser obtido levando-se em conta também os aspectos legais que incluem termo de consentimento e assinatura do paciente. Esta e toda forma legal de procedimento nas relações Cirurgião Dentista/Paciente, são relativas a responsabilidade civil do profissional.

04 – Responsabilidade criminal do Cirurgião Dentista:

A Responsabilidade Criminal ou penal em termos amplos, é a supressão da liberdade decorrente da prática de ato ilícito previsto no Código Penal. Um exemplo desta responsabilização na rotina odontológica ocorre quando da contaminação de outrem por ausência de medida de biossegurança. O art. 268 do Código Penal (BRASIL, 1940) prevê que a contaminação pelo vírus HIV,

ocorrida de forma intencional constitui crime de lesão corporal previsto no artigo 129:

"Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

Pena – detenção, 3 de (três) meses a 1 (um) ano.

Prfg. 2º - Se resulta:

II – enfermidade incurável:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos.

Se o contágio ocorre por negligência, imprudência ou imperícia, como pode acontecer no caso de não-adoção de medidas de biossegurança em consultório odontológico, o crime é de natureza culposa e está definido no art. 129 parágrafo 6º:

"Se a lesão é culposa:

Pena – detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano".

Portanto, a responsabilidade penal do Cirurgião Dentista que contamina outrem dentro do consultório é de natureza culposa, e se resultar em enfermidade incurável, leva a pena de reclusão de 2 a 8 anos.

05 – Erro médico:

Segundo FRANÇA (1995), é uma forma atípica e inadequada de conduta profissional que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano ao paciente. Todo dano que possa ser classificado como negligência imperícia ou imprudência do profissional configura erro.

O erro pode decorrer por diversos fatores, dentre eles condições ambientais do trabalho, despreparo técnico, descaso no serviço público ou até ter origem nas condições emocionais do Médico (FRANÇA, 1995).

O erro será classificado como negligência sempre que houver um ato omissivo, caracterizado pela indolência, desleixo e inércia. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem (FRANÇA, 1995). Um exemplo na Odontologia é o não-diagnóstico de lesões características de doenças como as da SIDA como resultado de um exame oral descuidado.

Será considerado imperícia quando houver falta de observação das normas, por despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos técnicos (FRANÇA, 1995). Na Odontologia o exemplo mais comum dos nossos tempos é a realização de implantes sem a necessária formação técnica.

Será considerado imprudência quando a ação médica foi empreendida sem a cautela necessária (FRANÇA, 1995). Na Odontologia isto pode acontecer quando o profissional opta por uma abordagem cirúrgica mais complicada em detrimento de outra mais tradicional e simples, sobrevindo daí a lesão ao paciente.

06 – Testes para detecção do HIV:

Existem muitos testes para a detecção do HIV, mas os mais usados são os denominados ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) e Western Blot (WB). A possibilidade de falso positivo determina que para a confirmação do diagnóstico são necessários, além da repetição do ELISA, a confirmação posterior pelo Western Blot. Estes e outros dados podem ser encontrados no Controle de Infecções e a Prática Odontológica em tempos de AIDS: Manual de Condutas (BRASIL, 2000). O Cirurgião Dentista deve também estar consciente da possibilidade de falso negativo, pois a interpretação incorreta de exame pode ocorrer, determinando danos ao paciente, principalmente de ordem moral.

07 - Lesões marcadoras de progressão da doença:

Existem alguns sinais e sintomas que são patognomônicos (ou marcadores) de doenças. Na área odontológica são conhecidos diversos exemplos: presença de perda óssea alveolar associada a hiperceratose palmo-plantar e hiperidrose generalizada que caracteriza a Síndrome de Papillon-Lefèvre, e as manchas de Koplik que aparecem de 2 a 3 dias antes do Sarampo (SHAFER, 1984). A presença destes sinais identifica a doença, e em alguns casos até mesmo antes de sua manifestação.

No caso da SIDA, a Candidíase oral e a Leucoplasia Pilosa tem sido descritas como indicativas (ou patognomônicas) da presença de infecção pelo HIV

em pacientes não diagnosticados e assintomáticos (AMADOR et al, 1996), daí o valor clínico destas lesões.

Quando estas lesões são as primeiras a ocorrer em paciente infectado e assintomático, na maioria dos casos já há também baixos níveis de linfócitos T (ou $CD4^4$), daí se constituírem em marcadores ou indicativos da progressão da doença (SANDE & VOLBERDING, 1995). Um exemplo claro são os estudos de HUSAK et al (1996) que estudaram a prevalência de LP em pacientes HIV soropositivos, encontrando 15,6% da amostra comprometidos. Concluiram ainda que a presença de LP está ligada a uma sobrevida menor (25 meses em média) se comparada a de pacientes sem LP (52 meses em média), e que a ocorrência de LP indica severa imunossupressão.

Segundo os autores estas lesões também são marcadoras de progressão da doença, porque sua ocorrência em paciente sintomático determina a instituição automática de profilaxia, como é o caso do aparecimento da Candidíase junto a um nível baixo de CD4 (CD4 < 200 células/mm^3) o que indica a necessidade de antibioticoterapia profilática para a pneumonia pelo *Pneumocistii carini,*

Segundo FOLTYN & MARRIOTT (1996), pacientes que tiveram estas lesões orais desenvolvem a SIDA em média um ou dois anos após, daí o valor predictivo destas lesões.

08 - Janela imunológica:

É o período decorrente entre o momento da infecção até a soroconversão (aparecimento do vírus no sangue de forma detectável aos testes empregados). O tempo varia entre 6 a 12 semanas, com período médio de 2,1 meses (LIMA et. al., 1996). No período de janela imunológica, os vírus não são detectáveis não havendo sintomatologia, e a probabilidade de resultados falsos-negativos nos testes é maior. A Janela imunológica difere de período assintomático, pois neste o paciente também não apresenta sintomatologia, mas

tem o vírus detectável no sangue. Além disto, a duração é maior, podendo haver longos períodos de até 15 anos sem qualquer alteração (BRASIL, 1994).

09 – Consentimento livre e esclarecido:

É a concordância do paciente e/ou seu representante legal, livre de vícios, dependências, subordinações ou intimidações, após ampla e pormenorizada explicação sobre a natureza do tratamento, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que este possa causar, formulada em um Termo de Consentimento, autorizando o tratamento (BRASIL, 1996a)

O Termo de Consentimento (BRASIL, 1996b) deve conter, entre outros, os esclarecimentos sobre:

- Confidencialidade: garantia de resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada.

- Riscos: possibilidades de danos à dimensão física, psíquica e moral do paciente em qualquer fase do tratamento.

- Benefício provável: garantia de que todo procedimento será adotado após cuidadosa análise dos riscos e benefícios, sendo a decisão tomada sempre na direção do maior benefício com o menor risco.

Na rotina diária do Cirurgião Dentista, o consentimento livre e esclarecido deve ser feito sempre que for realizada uma anamnese e plano de tratamento, fazendo parte deles inclusive. O Termo de Compromisso deve ser assinado pelas partes e testemunhas. Esta é a forma mais segura de estabelecer o respeito ao direito do paciente e de minimizar chances de condenação em ações judiciais.

[4] CD4: proteína receptora para o vírus HIV localizada na superfície de linfócitos T

10 - Exame compulsório:

A palavra "compulsório" é um adjetivo que significa compelir, obrigar (BUENO, 1989), e portanto o exame compulsório é aquele que é realizado obrigatoriamente por determinação de lei ou outra norma, não dependendo da autorização do examinado.

2. GENERALIDADES

Quando um trabalho aborda área de conhecimento profissional do Cirurgião Dentista, a motivação é aliada do autor. Quando o assunto não é do domínio pleno, mesmo que importante, a motivação tem que ser incentivada.

Assim, nas generalidades estão inclusos temas gerais apresentados sob forma de perguntas, que objetivam despertar a atenção do profissional para esta nova realidade. Entender sua importância motivará a leitura dos demais itens tornando-a bem mais interessante.

01 - Porque é importante saber sobre responsabilidade civil do atendimento ao paciente HIV soropositivo?

Em primeiro lugar, existe a própria evolução histórica dos fatos que apontam para uma mudança nas relações do Agente de Saúde e seu Paciente.

A história mostra que o surgimento da SIDA ocorreu num momento em que os direitos humanos eram reconhecidos mundialmente. Em 1948 foi editada a Declaração Universal dos Direitos Humanos [DECLARAÇÃO, 1948], que proclamou a igualdade de direitos dos homens, sem discriminação de qualquer forma. Em 1966 foi editado Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos [PACTO, 1966], que preconizou a proteção do Estado contra discriminação das pessoas, seja por motivo de sexo, raça, religião, opinião política ou outra situação.

Em 1981 surgiu a SIDA, dentro de um contexto que já valorizava os direitos individuais. A discriminação sofrida pelos portadores nos primeiros tempos chamou a atenção dos povos, de tal forma que, escudados nas garantias das normas internacionais, cada país construiu um novo mosaico de leis objetivando proteger seus cidadãos desta violação de direitos. Logo se verificou que os direitos do portador relativos a sigilo, privacidade, informação, consentimento,

eram aplicáveis a todo tipo de discriminação originado de qualquer doença ou situação.

Assim, foram criadas as leis atuais, que beneficiam especificamente o portador, tal como as que proíbem a discriminação do HIV no serviço público e privado [NATAL, 1995]. Outras foram criadas a partir dos conceitos humanos levantados com o aparecimento da SIDA, mas não especificamente para esta doença, como é o caso de todas as normas de biossegurança existentes [MANUAL, 2000].

Atualmente, todos os setores do relacionamento entre o Agente de Saúde e o Paciente foram modificados em seu todo ou em parte, através de leis criadas dentro desta nova perspectiva dos direitos humanos, que veio à tona com maior intensidade a partir da SIDA. Existem novas leis sobre sigilo profissional, sobre confecção de prontuário, medidas de segurança, relações do trabalho e risco ocupacional e outras. Além disto os conceitos de dano à pessoa previstos na legislação civil e penal foram definitivamente relacionados ao exercício da profissão de saúde, e isto se constitui na principal razão para se conhecer o assunto.

Desta forma, é imprescindível ao Agente de Saúde, seja ele Médico, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, THD ou outra profissão de saúde qualquer, o pleno conhecimento desta nova realidade, para que o exercício profissional seja feito de forma segura e dentro da lei.

02 - O Cirurgião Dentista que segue rigorosamente todas as normas, leis e diretrizes atuais sobre responsabilidade civil fica isento de processo judicial e ético?

O exercício consciente da profissão dentro da ética e dos direitos da pessoa é a melhor profilaxia de processo judicial e ético, mas não é garantia de que não haverá processo no futuro.. Portanto, qualquer Cirurgião Dentista pode ser processado, mesmo sendo um fiel cumpridor da lei, visto que o direito de reclamar ressarcimento sobre possível dano faz parte dos direitos dos cidadãos, e

praticamente não prescreve. A diferença crucial entre quem segue e quem não segue as normas de responsabilidade civil em seu atendimento reside na possibilidade de condenação. Se ao Cirurgião Dentista processado cabe o ônus da prova em sua defesa, elas não faltarão para aquele que sempre esteve orientado dentro das normas do direito. A possibilidade maior de condenação está do lado de quem não é capaz de produzir provas a seu favor.

Em síntese, a possibilidade de processo é comum a todo profissional, e a maior probabilidade de condenação é daqueles imprevidentes que ignoram a lei.

03 – Porque o Cirurgião Dentista pode ser responsabilizado pelos atos de seus empregados?

O Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916) em seu art. 1521 considera o empregador responsável pela reparação de danos causados a terceiros por seus empregados. A culpa é presumida e a responsabilidade objetiva, ou seja, a lei não reconhece dolo ou ato intencional do empregador pela ação de seu preposto, mas lhe impõe a obrigação de reparar o dano causado por ele (QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO, 1998).

O Cirurgião Dentista que se encontrar em situação como esta poderá ser isentado de reparar o dano caso prove que não agiu com culpa, tendo utilizado critério seguro para escolher seu preposto (princípio jurídico denominado "*in iligendo*"), e não deixando de fiscalizar seus atos (princípio jurídico denominado "*in vigilando*"). Em caso de condenação caberá a ele direito de regresso contra o seu preposto que causou o dano segundo o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a).

3. INFECÇÃO PRIMÁRIA PELO HIV

Este é um aspecto biológico pouco conhecido até mesmo no meio profissional, embora tenha manifestações clínicas detectáveis. É uma sintomatologia precoce da infecção pelo HIV, que pode facilmente ser confundida com outra patologia menos grave. Seu diagnóstico implica em adoção de medidas que promovam maior sobrevida e melhor morbidade do paciente HIV. Caso não seja feito o diagnóstico, sobrevirá o dano, pois medidas importantes deixarão de ser tomadas, decorrendo daí a possibilidade de responsabilização do Agente de Saúde que deixou de fazê-lo.

Somente os principais aspectos clínicos desta infecção foram abordados e estudos complementares são necessários para uma atualização. O lado clínico da infecção foi também visto pelo aspecto jurídico, em especial a possibilidade de responsabilização por dano decorrente da não realização do diagnóstico.

01 – O que é infecção primária pelo HIV?

Segundo SANDE & VOLDERBING (1995) são as reações que podem ocorrer após primeiro contato com o vírus, e que servem de base para a adoção de terapias preventivas, aconselhamento, prevenção da disseminação para comunicantes, e outras providências. A soroconversão (ou aparecimento do vírus no sangue de forma detectável) pode ser acompanhada de sintomas agudos clínicos em 53% a 93% dos casos, embora possa se desenvolver assintomaticamente. O período de infecção até aparecimento de sintomatologia pode variar de 2 a 4 semanas, às vezes com período mais longo. Os sintomas são de caráter agudo, e duram em média de uma a duas semanas. Existe grau significativo de mortalidade, e o paciente pode necessitar de internação. Na

maioria estas manifestações primárias são autolimitantes e não-recorrentes. Os aspectos clínicos da infecção primária estão ligados ao linfotropismo e neurotropismo do vírus, onde prevalecem febre, letargia, mal-estar geral, mialgias, cefaléia, dor retro-orbitária, fotofobia, dor de garganta, linfadenopatia, rash maculopapular[5], e às vezes, meningoencefalite. Têm sido relatados casos de candidíase oral e até esofagiana sempre associadas com baixo nível de CD4 e severa imunodeficiência, embora de caráter transitório. Em seguida à infecção primária vem a fase assintomática que pode durar meses a anos, sendo raro o desenvolvimento de AIDS em menos de 2 anos.

É importante ressaltar que esta sintomatologia pode ser confundida com a de outras enfermidades, devido ao seu caráter pouco específico, mas não é argumento que exima o Cirurgião Dentista da responsabilidade de conhecer e diagnosticar o problema.

Portanto, a possibilidade de engano no diagnóstico, ou mesmo a não realização de diagnóstico é grande. O dano ao paciente decorre do atraso na adoção de medidas que melhorariam a morbidade e tempo de sobrevida do paciente, ensejando oportunidade de ação indenizatória.

[5] rash maculopapular: lesão eritematosa, não pruriginosa, geralmente simétrica, com lesões de 5 a 10 mm de diâmetro, afetando principalmente a face o tronco, as vezes membros, e as vezes pode ser generalizada.

4. TESTES ANTI-RETROVIRAIS

Os testes anti-retrovirais para o HIV são a forma mais segura de se obter a certeza de diagnóstico. Existem inúmeros tipos de testes, mas estão citados apenas os dois recomendados no atendimento de rotina pelo Ministério da Saúde.

O fluxograma para diagnóstico e a possibilidade de falsos resultados são aqui abordados mais sob o ponto de vista legal. Para complementação clínica existem orientações oficiais que se encontram referenciadas.

01 – O Cirurgião Dentista pode pedir teste para a detecção do HIV?

O direito de livre convicção de diagnóstico e tratamento do Cirurgião Dentista está expresso no inciso I do art. 3º do Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998), e portanto este e todos os demais exames complementares julgados necessários podem ser pedidos. Através de uma anamnese bem construída e estando ele convicto da suspeita, ele pode considerar necessária a realização deste ou de qualquer outro teste para a correta avaliação sistêmica do paciente.

Entretanto, a realização dos testes para a detecção do HIV está condicionada por lei ao consentimento esclarecido do paciente. A nível de serviço público, a Portaria Interministerial nº. 869 de 11/08/1992 (BRASIL, 1992b) proíbe o teste compulsório para exames admissionais e periódicos de saúde para Servidores Públicos. A Portaria Interministerial nº. 796 de 29/05/1992 (BRASIL, 1992 a) proibe testes para o HIV em aluno previamente à matrícula. A nível trabalhista ou sobre outra circunstância qualquer, os testes compulsórios sem

consentimento esclarecido são proibidos por leis estaduais (GOIÁS, 1995) e municipais (GOIÂNIA, 1994; NATAL, 1995; PORTO ALEGRE, 1994).

Em conclusão, de acordo com as orientações legais, o Cirurgião Dentista pode pedir teste para a detecção do HIV, observados os preceitos clínicos e o consentimento esclarecido.

02 – O Cirurgião Dentista pode realizar teste anti-HIV compulsório, sem o conhecimento do paciente que é suspeito de ser HIV soropositivo, com o objetivo de proteger-se e aos outros pacientes, desde que guarde segredo sobre o resultado?

A alegação de que havia necessidade de proteção não pode ser justificativa para este procedimento, uma vez que as medidas de biossegurança estipuladas em lei são consideradas capazes de prevenir o risco. A ausência destas constitui infração, conforme o art. 98 inciso VI da lei 13.317 de 24/09/1999do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1999). Além disto, os testes compulsórios são proibidos em serviço público ou privado, conforme o exposto na questão anterior.

O Cirurgião Dentista que age desta forma está equivocado quanto aos seus direitos e aos dos pacientes, e sua ação intempestiva pode gerar processo indenizatório por danos materiais e morais.

Convém ressaltar que os Códigos de Saúde Estaduais como o de Minas Gerais acima citado tem como base as leis federais, e da mesma forma são pautados todos os demais Códigos dos outros estados, o que na prática significa que em todos os estados os direitos do paciente e deveres do profissional são exatamente os mesmos.

5. MANIFESTAÇÕES ORAIS

O papel das manifestações orais sob o ponto de vista clínico está consolidado no cabedal de conhecimento dos Cirurgiões Dentistas. Entretanto, sob a óptica legal, existem aspectos normalmente insuspeitos, que têm grande implicação de responsabilidade civil.

Tão importante como reconhecer o importante papel destas manifestações, é saber que o seu diagnóstico é área de responsabilidade civil e criminal do Cirurgião Dentista, cabendo a ele o dever fundamental de realizá-lo e de se responsabilizar por não tê-lo feito.

Tendo em vista a multiplicidade de manifestações orais relatadas a atualização aqui desenvolvida foi direcionada para aquelas consideradas pelos autores como as mais comuns, sendo que cada uma delas recebeu o enfoque jurídico cabível.

01 – Quais são as manifestações orais mais freqüentes e qual sua importância do ponto de vista jurídico?

LIBMAN & WITZBURG (1995) consideram que as manifestações orais mais freqüentes são a Candidíase oral nas suas diversas formas, a Leucoplasia Pilosa (LP), a gengivite na sua forma de Eritema Linear Gengival (ELG), o Sarcoma de Kaposi (KS) e a doença da glândula parótida. Os índices de prevalência podem variar de acordo com fatores sociais, econômicos e outros.

Ainda segundo os autores, a importância destas lesões reside no caráter precoce que elas apresentam, constituindo-se, em muitos casos, na primeira manifestação clínica, e não raro, levando ao diagnóstico precoce. São também marcadoras de prognóstico e do estado sistêmico, de tal forma que o aparecimento de Leucoplasia PilosaP em paciente assintomático significa que

este paciente tem grande chance de desenvolver a SIDA em dois anos, além de já estar com nível de CD4 (nível de linfócito T) bastante comprometido.

MARCENES et. al (1998), consideram mais freqüentes a Candidíase oral, Leucoplasia Pilosa (LP), Sarcoma de Kaposi (KS) e Eritema Linear Gengival (ELG), sendo que alguns fatores locais podem ser condicionantes, tal como o fumo é para a LP.

O Cirurgião Dentista, num exame de rotina, pode se deparar com uma dessas lesões, constituindo-se no primeiro profissional a suspeitar e a diagnosticar a infecção pelo HIV. Mesmo que não peça exames específicos para fazer o diagnóstico do HIV e prefira encaminhar para o especialista competente, ele deverá estar bem fundamentado em suas convicções clínicas, além de apto a informar sobre aconselhamento, prevenção, locais de testes anônimos e de referência para tratamento da SIDA. O papel do Cirurgião Dentista é o de Agente de Saúde, e como tal, não pode deixar de informar ao paciente sobre qualquer assunto desta natureza, não lhe cabendo argumentar o desconhecimento destas lesões e de suas implicações clínicas tendo em vista sua especialidade não ser tradicionalmente área conexa com a patologia clínica..

A importância legal decorre da possibilidade de dano causado por não-diagnóstico destas lesões, levando o paciente a menor sobrevida e pior morbidade.

02 – Porque a Candidíase oral e a Leucoplasia Pilosa são importantes do ponto de vista da responsabilidade civil?

VIDEIRA (1994), que estudou a Candidíase e a LP em 229 pacientes HIV soropositivos, concluiu que 68,1% da amostra apresentaram 1 ou mais achados bucais, onde as lesões mais comuns foram a Candida (50,2%) seguida da Leucoplasia (20 %). Ambas as lesões se relacionavam com baixos níveis de CD4.

GREENSPAN & GREENSPAN (1996), consideram as manifestações orais como marcadoras do estágio de imunossupressão do paciente HIV

soropositivo, sendo importantes para determinar o início de terapias preventivas contra agentes oportunistas, em especial a Candidíase oral.

AMADOR et al., (1996), relatam que Candidíase está associada inclusive a instituição de antibioticoterapia para a pneumonia causada pelo *Pneumocistti carinii* .

Destes estudos e de muitos outros depreende-se que há um consenso geral de que estas lesões são patognomônicas para o HIV, e que o Cirurgião Dentista é o profissional mais qualificado para realizar seu diagnóstico (SALLUM & SALLUM, 1992; CRUZ et al., 1996; GREENSPAN, 1997; WIEBE & EPSTEIN, 1997; ROBINSON et. al., 1998; PHELAN, 1997.

O Cirurgião Dentista possui uma condição privilegiada para acompanhamento clínico destas lesões, porque é especialista na área e pode acompanhar o paciente através de consultas semestrais de rotina, enquanto profissionais como os Médicos só podem fazê-lo quando o paciente apresenta alguma enfermidade.

Portanto, cabe-lhe total responsabilidade de diagnóstico e por conseguinte, o ressarcimento de dano devido a sua negligência, imprudência ou imperícia em diagnosticar corretamente.

03 – O que é Queilite Angular e qual sua importância dentro da responsabilidade civil?

É uma manifestação oral da SIDA cujo agente etiológico é a *Candida albicans* que se caracteriza por acometimento das comissuras labiais sob forma de fissuras radiais, às vezes associada a eritema e placas esbranquiçadas (BRASIL, 2000). Também pode ser considerada uma doença oportunista que indica baixo nível de CD4. Ao lado de achados clínicos como a Candidíase Pseudomembranosa, a LP e o KS, a Queilite é importante por ser também um tipo de manifestação oral marcadora da progressão da doença.

Esta forma menos comum da Cândida deve ser do conhecimento do Cirurgião Dentista, e é da sua responsabilidade o diagnóstico. A alegação de que

este tipo de diagnóstico está mais afeito ao Cirurgião Dentista especializado em Patologia ou outra área afim, não justifica o não-diagnóstico. Estará exposto a futuras ações judiciais, o profissional que não identificar ou não encaminhar para identificação estas e toda e qualquer lesão bucal.

04 – O que é Eritema Linear Gengival (ELG) e qual a sua importância dentro da responsabilidade civil?

É uma manifestação oral da SIDA caracterizada por eritema da gengiva marginal, por vezes apresentando um halo avermelhado que se estende da gengiva livre à inserida. É de evolução rápida e não apresenta relação de causa e efeito com fatores locais, estando associado a baixos níveis imunológicos (BRASIL, 2000).

SALLUM et. al (1996) realizaram revisão bibliográfica sobre as manifestações orais em paciente portadores de HIV e concluiram que elas são freqüentes, e apresentam peculiaridades características próprias.

JOHNSON, 1997 relata que a presença de sangramento determinado pela doença periodontal em pacientes HIV soropositivos, constitui fator de aumento da possibilidade de transmissão por via oral através da saliva contaminada.

REGO & PINHEIRO (1998) consideraram que estas lesões são fatores prejudiciais a morbidade e que devem ser tratadas preferencialmente de forma preventiva, através de exames trimestrais pelo Cirurgião Dentista.

O valor predictivo destas lesões é importante para a avaliação sistêmica do paciente, e sua detecção é responsabilidade do Cirurgião Dentista. A sua não-identificação pode significar diminuição da sobrevida e piora na morbidade, o que constitui dano ao paciente, e pode ser passível de ações civis e penais.

05 – O que é Leucoplasia Pilosa e qual a sua importância dentro da responsabilidade civil?

A LP é uma lesão branca não removível à raspagem, localizada geralmente nos bordos da língua, uni ou bilateralmente, na maioria das vezes assintomática não necessitando de tratamento (BRASIL, 2000).

TRIANTOS et al., (1997) em estudo realizado em pacientes HIV soropositivos e direcionado para a LP, concluiram que essas lesões aparecem em estados imunossupressos, em especial em pacientes HIV soropositivos. Dessa forma, esta associação permite considerar a LP como doença intraoral marcadora da progressão da doença.

Seu aparecimento está associado ao diagnóstico precoce que tem implicações com a sobrevida do paciente, daí a sua importância jurídica. O seu não-reconhecimento pelo Cirurgião Dentista pode causar dano, pois implica em demora de instituição de tratamento adequado, menor tempo de sobrevida e sérias complicações relativas a morbidade da doença.

06 – O aumento da incidência de cárie, por ser uma manifestação oral da SIDA, é importante dentro da responsabilidade civil do Cirurgião Dentista?

SANDE & VOLBERDING (1995) consideram que esta pode ser uma manifestação oral da SIDA, e que pode ocorrer como resultado da diminuição do fluxo salivar quando do acometimento da glândula parótida. Aparece em crianças HIV soropositivas e mais raro em adultos, e é determinada pela xerostomia que por sua vez é devida geralmente a efeito colateral de medicação. Portanto o aumento da incidência de cárie pode ocorrer devido a xerostomia medicamentosa, e medidas profiláticas são necessárias.

Cabe ao Cirurgião Dentista, ao tratar de paciente portador de HIV, conhecer e reconhecer este estado mórbido, dentro de um tempo que possibilite instituição de medidas profiláticas que minimizem o efeito cariogênico. Este também é um diagnóstico que implica total responsabilidade do Cirurgião Dentista, e sua não realização guarda relação direta com a negligência e desatualização profissional.

07 – Existem outras manifestações orais importantes dentro do conceito de responsabilidade civil do Cirurgião Dentista?

A importância de outras manifestações também têm sido relatadas, dentre as quais o Sarcoma de Kaposi que aparece como a neoplasia mais freqüente (MARCENES et al., 1998) e é marcador da progressão da doença.

Esta manifestação oral, embora menos freqüente também é importante do ponto de vista legal pois é considerada característica da SIDA.

Portanto, seu diagnóstico é de responsabilidade do Cirurgião Dentista, que não pode alegar desconhecê-la pelo fato de ser menos citada, pois é seu dever fundamental manter-se atualizado, conforme preceitua o art. 4º. Inciso II do Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998).

6. BIOSSEGURANÇA

O controle da infecção é sem dúvida o carro-chefe destes tempos de SIDA. Existem inúmeros manuais e normas oficiais que tratam do assunto, e que estão sendo constantemente revistos e atualizados. A aplicação das normas de biossegurança está prevista em lei com detalhes, e não poderia ser completo este estudo se não abordasse os diversos aspectos legais que norteiam o tema.

01 – Do ponto de vista das leis, porque a biossegurança é importante?

As normas de biossegurança são a forma de prevenção de contaminação e propagação de epidemias, e portanto são importantes para o indivíduo e para a bem coletivo da sociedade.

Elas asseguram ao cidadão o acesso a todo serviço de saúde, pois impossibilitam a discriminação de atendimento de portador de qualquer doença por falta de segurança biológica.

Além disto, otimizam a relação risco-benefício, tornando o risco de contágio bem menor.

Portanto, a não-observância de qualquer uma delas constitui infração conforme o explicitado nos códigos de saúde estaduais como o de Minas Gerais, em seu inciso VI art. 98 da Lei nº. 13.317(MINAS GERAIS, 1999) e a Resolução SS-15 de 18/01/1999 do Secretario de Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 1999), onde o art. 4º considera infração sanitária o não-cumprimento de normas de biossegurança.

A ausência destas medidas de proteção, além de ensejar oportunidade de dano através de contaminação via infecção cruzada, aumentam os riscos ocupacionais para o Cirurgião Dentista. Havendo dano decorrente de acidente ocupacional, tornam-se possíveis as ações indenizatórias, criminais, além de

processos éticos e administrativos, tanto do paciente contra o Cirurgião Dentista, como do Cirurgião Dentista contra a empresa ou instituição onde trabalha.

Portanto, o Cirurgião Dentista deve estar ciente de que sua profissão oferece riscos, e que é seu direito, enquanto empregado, trabalhar em um ambiente seguro e que como empregador, é seu dever providenciar segurança de trabalho para seus empregados.

A fim de não restarem dúvidas sobre a validade destas normas em todo território nacional, convém novamente esclarecer que as leis estaduais e municipais são construídas a partir da legislação federal, de tal forma que o estabelecido em um estado é válido para o outro, e que tanto o serviço público como o privado, têm obrigação de adotá-las integralmente.

02 - As medidas universais de controle de infecção são suficientes para prevenir de forma eficaz o dano causado através da transmissão de infecção via procedimentos odontológicos?

O Ministério da Saúde considera as medidas de precaução padrão contidas em seu Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico [MANUAL, 2000] como forma eficaz de redução do risco ocupacional. Elas objetivam a proteção do profissional e da equipe, e também do paciente em relação ao meio ou a outros pacientes. Elas incluem desde vacinação de toda a equipe contra hepatite, até o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e estruturação do espaço de atendimento dentro das normas de biossegurança, tal como duas pias por consultório, paredes pintadas com tinta lavável, e outras.

Elas também foram instituídas para que não houvesse oportunidade de discriminação ao portador do HIV, de tal forma que justificar o não-atendimento de paciente HIV soropositivo sob alegação de falta de segurança biológica, constitui ato ilícito de discriminação previsto no art. 5º da Constituição (BRASIL, 1988a) e em diversas leis estaduais (GOIÁS, 1995) e municipais (GOIÂNIA, 1994; NATAL, 1995; PORTO ALEGRE, 1994).

03 – O treinamento em medidas de biossegurança é obrigatório nas empresas?

A Portaria Interministerial Nº. 3.195 DE 10/08/1988 (BRASIL, 1988b) instituiu, a nível nacional, a Campanha Interna De Prevenção Da AIDS (CIPAS) que visa a estimular no interior das empresas e em todos os locais de trabalho, a adoção de medidas preventivas tais como o treinamento de biossegurança, a prevenção contra transmissão da SIDA e outros.

Segundo a citada portaria, A CIPAS foi instituída em caráter permanente e sua realização constitui um dever legal que abrange Órgãos Regionais da Administração Direta e Indireta, empresas públicas e privadas.

Portanto, o treinamento de biossegurança em local de trabalho é obrigatório em empresas como clínicas odontológicas e instituições governamentais de assistência à saúde. Também é um direito do Cirurgião Dentista quando trabalha em serviço público ou em clínica popular, ou outra empresa onde exerça a profissão.

O Cirurgião Dentista que emprega auxiliares odontológicas ou até mesmo outros Cirurgião Dentistas, está também obrigado a proporcionar este treinamento a sua equipe ou a seus empregados.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL

A responsabilidade civil é um capítulo importante dos direitos humanos, e peça fundamental do exercício da cidadania e democracia. O termo deve ser entendido pelo seu lado jurídico, e significa o conjunto de normas que regulam as relações humanas conferindo às pessoas obrigação de reparar o dano causado a outrem. A responsabilidade criminal é também um conjunto de normas, mas não busca a reparação pecuniária do dano, e sim a condenação do agente causador à pena de restrição da liberdade. O seu estudo proporciona o conhecimento indispensável para a prevenção do processo judicial e, junto ao conhecimento clínico do profissional, constitui a melhor base para o exercício seguro da profissão.

01 – O Cirurgião Dentista Servidor Público tem responsabilidades civil e criminal?

Todo profissional da Rede Pública ou Privada está sujeito a reparação de danos e de privação de liberdade. No caso do Cirurgião Dentista Servidor Público existe a lei denominada Regime Jurídico Único ou RJU (BRASIL, 1990c) que estabelece sanções específicas, sem prejuízo das ações éticas, civis e penais.

O exercício profissional público ainda apresenta uma possibilidade a mais de sanção, que é o inquérito administrativo, ao qual pode se seguir o processo admonistrativo e a demissão ex-officio.

02 – Pode haver recusa de atendimento de paciente devido ao fato de ele ser portador de HIV?

A discriminação por qualquer motivo é proibida pela nossa Constituição através de seus artigos 5 e 6 (BRASIL, 1988a).

Leis estaduais como a nº. 12.595 de 26/01/1995 do Estado de Goiás (GOIÁS, 1995) proíbem qualquer discriminação em serviço público ou privado, no atendimento ao paciente HIV soropositivo.

O Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998) determina em seu art. 4ºe incisos que, são deveres do Cirurgião Dentista, o zelo pela saúde e dignidade do paciente, além da promoção da saúde coletiva, dentre outros. O art. 6º inciso V do mesmo Código assinala que constitui infração ética deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais, quando não haja outro Ciriurgião-Cirurgião Dentista em condições de fazê-lo.

Portanto, a recusa é inaceitável, e a alegação de que existe falta de segurança no local de atendimento não justifica o ato, pois as normas de controle de infecção são obrigatórias para qualquer estabelecimento de saúde (MANUAL, 2000).

Ademais, é um ato discriminatório previsto em lei, passível de advertência, multa, suspensão de atividade e cassação de alvará de funcionamento (NATAL, 1995; PIRACICABA, 1992).

03 – Existe alguma diferença entre a responsabilidade civil em atender um paciente HIV soropositivo e um não-portador?

Não existe diferença, e os direitos a satisfação do dano são os mesmos. O que às vezes tende a confundir as pessoas é o destaque dado na mídia sobre os direitos do portador do HIV, de tal forma que eles parecem ser maiores e mais abrangentes do que os dos outros. Os direitos de atendimento, privacidade, confidencialidade, informação sobre tratamento, dentre outros, são absolutamente os mesmos para ambos os casos.

04 – Quando um exame compulsório é realizado, de quem é a responsabilidade?

O exame compulsório está previsto em lei somente nos casos de doação de órgãos e em bancos de leite (SÃO PAULO, 1995) e de sangue (BRASIL,1988a). Sua realização fora destas normas legais constitui uma invasão

de privacidade, independente do resultado do teste realizado. Assim, a responsabilidade sobre este ato recai sobre o autor do pedido (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

O Responsável Técnico e os superiores hierárquicos da instituição pública e privada também são responsáveis, de acordo com o art. 1521 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916), onde é presumida a culpa do empregador pelo ato ilícito de seu empregado.

Clínicas odontológicas públicas ou privadas de grande porte são os locais de trabalho mais prováveis para este tipo de ocorrência. O Responsável Técnico (RT) deve estar particularmente atento, pois o desconhecimento da lei é o principal fator desencadeante deste ato ilícito. As chances de sua ocorrência irão aumentar, na proporção em que o número de profissionais sem treinamento que estejam trabalhando sobre sua responsabilidade for maior.

05 – O Cirurgião Dentista que interpreta equivocadamente os exames laboratoriais referentes a sorologia para o HIV pode ser processado?

O pedido de exame complementar, inclusive teste para o HIV, é uma prerrogativa do Cirurgião Dentista garantida pelo inciso I do art. 3º do Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998).

A correta interpretação dos resultados é um dever estabelecido no inciso II do art. 4º da citada referência, que considera dever do profissional manter-se atualizado em relação aos conhecimentos científicos necessários para o pleno exercício da profissão.

Em acréscimo, o art. 159 do Código Civil (BRASIL, 1916) determina que fica obrigado a reparar o dano aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violou direito ou causou prejuízo a outrem.

As responsabilidades contratuais que existem nas relações entre o Cirurgião Dentista e o Paciente são derivadas do art. 1056 da mesmo código (BRASIL, 1916), no qual estabeleceu-se que a o não-cumprimento de obrigação, ou seu cumprimento por modo e tempo diferentes do que previamente se

estabeleceu entre as partes, determina ao devedor o ressarcimento pelas perdas e danos advindos.

Ainda dentro do Código Civil, o artigo nº. 1.545 é bem explicito em relação aos Agentes de Saúde:

> "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e Dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que a imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento".

O prazo prescricional destas ações indenizatórias ocorre após 20 anos decorridos do ato, conforme preceitua o artigo 177 do Código Civil. Este mesmo prazo é de 05 anos a partir do conhecimento do dano e de sua autoria, conforme o art. Nº. 27 do Código De Defesa Do Consumidor (BRASIL,1990a).

Portanto, a interpretação equivocada de exames complementares constitui ato ilícito que enseja ação de indenização, observando-se que no caso da SIDA, a possibilidade de dano moral é maior.

06 - O paciente equivocadamente comunicado de ser portador de HIV, através da troca de exames dentro do laboratório, tem direito a ação de indenização pelo estresse a ele infringido devido a negligência do profissional?

A comunicação equivocada pode ocorrer até mesmo em função da troca de exames dentro do laboratório, e neste caso o Cirurgião Dentista pode ser processado se partiu dele a indicação do laboratório. Deve ficar claro que em qualquer circunstância a responsabilidade será do profissional, conforme o art. 7 parágrafo único , art. 22 parágrafo único e art. 25 parágrafos 1º e 2º do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a), cabendo ao Cirurgião Dentista o direito de regresso contra quem deu causa a ação segundo o art. 13 item III do mesmo código (BRASIL, 1990a).

Sabe-se que o estigma da SIDA é muito grande, e existem casos de suicídio após a comunicação de sorologia positiva (SANDE & VOLBERDING, 1995).

Assim, a ação indenizatória pode ocorrer pelo dano moral que esta comunicação causa. O dano moral está previsto no Código Civil em seus artigos 1538, 1547, 1448 e 1550 que tratam da reparação de dano moral (BRASIL, 1916). A Constituição (CONSTITUIÇÃO,1988) nos incisos V e X do art. 5 asseguram a inviolabilidade da intimidade, da imagem, da vida privada e da honra das pessoas, bem como a reparação por danos morais, e é inegável que uma comunicação desta natureza trará sérios problemas emocionais e morais ao paciente.

Este tipo de dano moral não ocorre somente com a SIDA, sendo extensivo a qualquer neoplasia ou doença debilitante que possa infringir estresse. O reflexo destas normas e de outras normas pode ser observado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça [JURISPRUDÊNCIA, 2001a], onde existem 26 súmulas e acórdãos que tratam dos seguintes assuntos:

- Inclusão de tratamento de SIDA em seguro de saúde, (02 casos);
- Demissão de trabalhador HIV soropositivo por motivo discriminatório, (01 caso);
- Exclusão do portador de HIV de plano de saúde, (11 casos);
- Tentativa de homicídio por contaminação, (01 caso);
- Liberação de FGTS pata tratamento de familiar portador de HIV, (02 casos);
- Obrigatoriedade de fornecimento de medicamento gratuito pelo Estado, (02 casos);
- Pensão por falecimento de portador arrimo de família, (01 caso);
- Contaminação por transfusão, (01 caso);
- Concessão de liberdade condicional para portador que cumpre pena, (02 casos).
- Partilha de bem comum de casal homossexual, (01 caso);
- Ação indenizatória por dano moral devido a exigência de teste para HIV em exame pré-admissional, (01 caso);
- Prisão preventiva para homicida portador do HIV, (01 caso).

07 - O diagnóstico precoce que deixou de ser feito pelo Cirurgião Dentista pode gerar direito de indenização?

As manifestações bucais podem ocorrer de forma precoce, possibilitando ao Cirurgião Dentista ser o primeiro profissional a ter conhecimento da doença. Sua importância clínica reside no fato de se constituírem marcadores para a presença da infecção pelo HIV e do status sorológico do paciente, servindo de indicativo para instituição de terapia anti-retroviral e profilática das infecções oportunistas (WEINERT et al., 1996).

Todos estes aspectos guardam relação direta com o zelo pela saúde do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998), na medida que o diagnóstico precoce propicia instituição de tratamento que aumenta a sobrevida, melhora a morbidade, e diminui os custos de tratamento.

Inegavelmente o Cirurgião Dentista é o mais preparado para realizar este diagnóstico conforme estudo de CRUZ et al (1996) que realizaram pesquisa em 245 pacientes HIV soropositivos objetivando o diagnóstico específico de Cândida Oral e LP. Os exames foram realizados em forma de estudo cego por Cirurgiões Dentistas e Médicos, e foram obtidos os seguintes resultados:

- Em pacientes HSH (sexo entre homens) os Cirurgiões Dentistas diagnosticaram prevalência de 11% de Cândida Oral e 14% de LP, e os Médicos 4% e 8% respectivamente, numa relação que demonstrou a melhor acuidade do Cirurgião Dentista.

- Em pacientes UDI (usuários de drogas injetáveis), os Cirurgiões Dentistas diagnosticaram prevalência de 29% de Cândida Oral e 11% de LP, e os Médicos 9% e 2% respectivamente, numa relação que demonstrou a melhor acuidade do Cirurgião Dentista.

Entre pacientes HSH 40% das lesões orais não foram detectadas pelos Médicos e entre os pacientes UDI o resultado mostrou que 79% das lesões não foram diagnosticadas pelos médicos. Os autores concluíram que o treinamento específico para exame oral tem significativo impacto no diagnóstico dessas lesões

e sugerem que todo agente de saúde deve ser treinado para reconhecer essas manifestações.

Portanto, não há alegação possível para a não-realização de diagnóstico precoce pelo Cirurgião Dentista. Ao não procedê-lo o Cirurgião Dentista pode ser acionado judicialmente por negligência, uma vez que deixou de fazer algo que se espera que ele faça, tendo em vista sua capacitação. A alegação de desconhecimento dos sinais patognomônicos não pode ser alegada, pois o reconhecimento de lesões orais faz parte do conteúdo programático das faculdades.

Ao não se realizar o diagnóstico, o dano subseqüente ameaça a integridade material e moral do paciente, causando-lhe sérios transtornos, e a existência de dano de qualquer ordem configura motivo para ação ética, administrativa, civil e penal.

08 – Qual o prazo estipulado em lei para a prescrição da obrigação de reparar o dano? E de representação criminal contra o Cirurgião Dentista?

Tanto na ação civil como na criminal, é dever do Cirurgião Dentista assumir a responsabilidade pelos atos praticados, conforme o determinado no Código de Ética Odontológica em seu artigo 4 inciso X (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998).

Segundo o Art. 177 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916) as ações indenizatórias prescrevem em vinte anos a partir da ocorrência do dano. Segundo o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a) o prazo prescricional é de 5 anos a partir do momento que se tem conhecimento do dano. Na prática, aceita-se que o prazo mínimo é de 20 anos.

Quanto ao prazo para representação criminal, o art. 38 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) estabelece que o ofendido ou seu representante legal tem 06 meses a partir do conhecimento do fato para apresentar queixa ou representação.

Em conclusão, é geralmente aceito que o tempo mínimo para a prescrição é de 20 anos a contar da data do acontecimento, para os casos de

indenização. Isto também é válido para guarda de prontuários, modelos de trabalho e estudo, radiografias e outros.

No caso de ação criminal, desde que haja representação fundamentada, o processo pode ser iniciado até 06 meses após o fato que lhe deu causa.

8. DIREITOS TRABALHISTAS

A Odontologia é uma profissão eclética do ponto de vista do trabalho. Podemos encontrar Cirurgiões Dentistas empregados ou empregadores, que são empregados em um local e autônomos ou empregadores em outro, que só trabalham em serviço público, ou em serviço público e em sua clínica particular concomitantemente, e assim por diante. Cada uma destas situações apresenta peculiaridade trabalhista específica, e conhecê-las é fator de segurança no trabalho.

01 – O Cirurgião Dentista HIV soropositivo tem o direito de continuar trabalhando em sua atividade e não ser obrigado a revelar seu status sorológico aos pacientes?

O Cirurgião Dentista regularmente inscrito no seu respectivo Conselho Regional (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLÓGIA, 1997) pode exercer legalmente sua profissão, independente de seu status sorológico e não está obrigado a informar sobre sua condição de portador.

Em relação aos direitos do paciente, mesmo com determinação do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a) que estabelece direito de informação prévia ao paciente sobre os riscos do tratamento, não há obrigação de informar. Neste caso, as medidas de biossegurança são reconhecidamente a garantia de não-contaminação (BRASIL, 2000), tanto para a via paciente para profissional como o inverso.

O direito a intervenção invasiva também não é tolhido, ficando a critério do profissional revelar ou não seu status ao paciente, ou delegar a outro profissional os procedimentos de maior risco (BRASIL, 2000).

02 - A THD ou ACD soropositiva para o HIV pode ser demitida por justa causa?

Segundo o artigo 482 da Consolidação das Leis Trabalhistas (BRASIL, 1948), constituem justa causa para rescisão de contrato de trabalho qualquer ato de improbidade do empregado, incontinência de conduta ou mau procedimento, violação de segredo da empresa, abandono de emprego, pratica de ato lesivo à honra ou da boa fama contra qualquer pessoa dentro do serviço, dentre outras.

Desta forma, mesmo soropositivo, o empregado pode ser demitido por justa causa se praticar qualquer um dos atos previstos no referido artigo. Por outro lado, caso a demissão seja feita sem justa causa e implique em ato lesivo à honra do empregado ou de sua família, o empregado pode considerar rescindido o contrato e pleitear a devida indenização, conforme preceitua o art. 483 da mesma lei (BRASIL, 1948).

Na prática, a demissão motivada por discriminação ao status sorológico redunda em ação trabalhista indenizatória e ações civis de ressarcimento por dano material e moral.

A jurisprudência dos tribunais é um bom indicativo destas ações. No Tribunal Superior do Trabalho, até o início de 2001, existiam 11 casos, dos quais 10 eram relativos a estabilidade e reintegração ao emprego e 01 relativo a dano moral por discriminação do empregador [JURISPRUDÊNCIA., 2001b]. O reflexo da legislação trabalhista existente pode ser visto nas jurisprudências de tribunais do trabalho, dentre eles o Tribunal Superior do Trabalho [JURISPRUDÊNCIA, 2001b], onde existem catalogados 11 documentos, dos quais 10 tratam de estabilidade e reintegração ao trabalho de portador de HIV, e 01 de dano moral por discriminação do empregador ao empregador HIV soropositivo. CHEQUER (1998) cita diversas jurisprudências existentes em vários tribunais do país, dentre elas 02 casos de acidente de trabalho envolvendo vírus de HIV, 10 casos de

imputação civil por contaminação pelo HIV, 02 casos de liberação de FGTS, 03 casos de liberação do PIS e 04 casos envolvendo seguro de vida e infecção pelo HIV.

03 - O trabalhador que foi contaminado pelo HIV de forma não ocupacional, tem direito a aposentadoria por invalidez?

A lei nº. 7.670 de 08/09/1988 (BRASIL, 1988c) considerou a SIDA para todos os efeitos legais, causa que justifica:

- Licença para tratamento de saúde;
- Aposentadoria;
- Reforma Militar;
- Pensão especial;
- Auxílio-doença ou aposentadoria, independente do período de carência;
- Pensão por morte de seus dependentes.

Portanto, a forma de contaminação não altera os direitos do portador, e eles são válidos para o empregado e o empregador que contribuem regularmente para a previdência.

04 - A Clínica Odontológica (pessoa jurídica de direito privado) é obrigada por lei a desenvolver programas internos de atualização dos funcionários em relação a AIDS?

A portaria Interministerial nº. 3.195 de 10/08/1988 (BRASIL, 1988a) instituiu, em âmbito nacional, a Campanha Interna de Prevenção da AIDS (CIPA), a qual passou a integrar a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes (CANPAT), que tem caráter permanente. Por esta norma, todos os Órgãos Regionais da Administração Direta e Indireta, empresas públicas e privadas ficam obrigadas a promover internamente programas de prevenção de acidentes e da SIDA.

Portanto todas as clínicas dentárias, mesmo aquelas com um único consultório, devem realizar permanentemente este treinamento para seus

empregados. Este treinamento é a prova de que o empregador desenvolveu a sua parte em relação aos treinamentos de sua equipe objetivando cuidados com a saúde do paciente. De outra forma, poderá ter contra si a alegação de negligência por não cumprir norma prevista em lei, caso o dano decorra da inabilidade de membro da equipe em evitar contaminação do paciente durante procedimento odontológico.

05 - A SIDA, para todos os efeitos legais, é causa que justifica aposentadoria por invalidez, liberação de FGTS e PIS/PASEP?

A Lei nº. 8.213 de 24/07/1991 (BRASIL, 1991) dispõe sobre os direitos previdênciários dos trabalhadores. Ficam sujeitos a esta lei o Cirurgião Dentista que é empregado da iniciativa privada, empregado em caráter temporário, autônomo, empresário ou empregador de outras pessoas (ou outros Cirurgiões Dentistas), devendo haver, por parte de todos, recolhimento de contribuição mensal para a Previdência. Dentro destas normas todos têm direito a aposentadoria por invalidez em caso de acometimento de SIDA, independente da sua condição de empregado ou empregador conforme preceitua o Art. 151.

A Resolução nº. 02 de 17/12/1992 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP (BRASIL,1992c) autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor público (PASEP) para os não aposentados portadores da SIDA.

A Lei nº. 7.670 de 08/09/1988 (BRASIL, 1988c) estende benefícios aos portadores, entre eles a licença para tratamento de saúde, direito a aposentadoria e reforma militar, pensão especial, auxílio doença ou aposentadoria independente do período de carência, além de liberação do Fundo De Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) independente de rescisão de contrato de trabalho.

A Constituição Federal (CONSTITUIÇÃO, 1988e) estabelece em seu artigo 203 que portadores de HIV têm direito a renda mensal independente de contribuição mensal anterior à Previdência Social.

A Lei nº. 7.713 de 22/12/1988 (BRASIL, 1988c) altera a legislação sobre Imposto de Renda, isentando o contribuinte previdenciário portador de HIV de pagamento à Receita Federal, e liberando os rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão.

No caso de Servidores Públicos a Lei 8.112 de 11/12/1990 (BRASIL, 1990c) estabeleceu direito a aposentadoria por invalidez permanente em casos de portadores do HIV. Em caso de licença para tratamento de saúde fica proibida qualquer menção a nome ou natureza da doença quando de tratar de laudo ou atestado, podendo haver esta citação somente em caso de acidente de trabalho, doença ocupacional ou SIDA.

Portanto, os direitos trabalhistas dos portadores incluem licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez ou reforma no caso de militar sem período de carência, liberação sem carência do auxílio-doença e saldos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, e isenção de pagamento de Imposto de Renda.

Estes direitos são garantidos tanto para o Servidor Público como para o Trabalhador Previdenciário. Todos os estados da Federação adotaram legislações com pequenas variações circunstanciais em relação às Federais sem prejuízo do mérito, e mantendo na íntegra os mesmo direitos. Elas devem ser do conhecimento do Cirurgião Dentista enquanto empregado e também enquanto empregador de mão de obra, como parte necessária para o exercício pleno da cidadania.

06 – O teste para detecção do HIV pode ser exigido no exame pré-admissional pelo empregador?

A Portaria Interministerial Nº. 869 de 11/08/1992 (BRASIL, 1992b) proibiu os teste para HIV em exames pré-admissionais e periódicos de saúde no âmbito do Serviço Público Federal.

A Portaria Interministerial nº. 796 de 29/05/1992 (BRASIL, 1992a) proíbe qualquer exigência de testes prévios à matrícula ou a sua manutenção em alunos de escola privada ou pública

Leis estaduais (GOIÁS, 1995) e municipais (PORTO ALEGRE, 1994; NATAL, 1995; GOIÂNIA, 1994) baniram os testes obrigatórios sob qualquer pretexto, tanto a nível de serviço público como privado.

Em conclusão, para todo território nacional é proibida a exigência de teste pré-admissional ou periódicos para estudantes, professores e demais trabalhadores, tanto da rede pública como privada.

9. ACIDENTE OCUPACIONAL

Acidente ocupacional é um risco que todo Cirurgião Dentista corre no exercício de sua profissão, e costuma-se dizer que só não teve, tem ou terá esta experiência, aquele que não faz clínica.

Se é praticamente impossível evitar o risco ocupacional de acidente de trabalho, é necessário minimizar sua possibilidade de ocorrência e seus possíveis danos através de medidas de precaução de acidente. Neste caso a prevenção se inicia pela consciência dos direitos trabalhistas, sendo necessário seu conhecimento porque é o Cirurgião Dentista o maior prejudicado quando sobrevem o dano. Portanto ele deve ser o mais interessado em conhecer os direitos de ressarcimento.

01 – Como deve proceder o Cirurgião Dentista que sofreu um acidente ocupacional?

Segundo o Ministério da Saúde em seu Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico [MANUAL, 1999], o risco médio de se adquirir o HIV é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea, e de 0,09% após exposição mucocutânea, o que é 40% menor que a possibilidade de infecção pelo vírus da hepatite B.

A instituição de profilaxia depos do acidente ocupacional depende de vários fatores, dentre eles a condição virêmica do paciente fonte, o conhecimento do status sorológico do paciente fonte, volume e tipo de material contaminante e outros, sendo que os acidentes mais graves envolvem lesões profundas provocadas por material pérfuro-cortante, presença de sangue visível no dispositivo invasivo, acidentes com agulhas utilizadas em vias sangüíneas de portador, sendo que qualquer destes acidentes serão considerados mais graves

desde que envolvam paciente com alta dosagem virêmica. O suor, a lágrima, as fezes, a urina e a saliva (exceto em ambientes odontológicos) são considerados líquidos sem risco de transmissão [MANUAL, 1999].

Os testes de acompanhamento feitos no profissional acidentado devem levar em conta o período de janela imunológica, na qual pode ocorrer resultado falso negativo. Para cada tipo de acidente e sua gravidade existe um protocolo de profilaxia específico [MANUAL, 1999].

Ao sofrer o acidente percutâneo, o Cirurgião Dentista deve adotar cuidados locais através de lavagem exaustiva com água e sabão e aplicação de degermantes. O teste para o HIV deve ser feito imediatamente para efeitos legais de comprovação de estado sorológico não-comprometido no momento do acidente. Deverá ser repetido em 6 a 12 semanas e após 6 meses. O profissional acidentado deve ser acompanhado por 12 meses, com especial atenção para as manifestações de infecção primária que podem ocorrer 3 a 4 semanas após contágio. A instituição de terapia anti-retroviral depende de cada caso, sendo dispensável em alguns [MANUAL, 1999].

O Cirurgião Dentista deve conhecer estes passos enquanto empregado sujeito a acidente no seu trabalho público ou privado, e como empregador, na medida que seus empregados tem direito a estas providências. O descumprimento de uma delas constitui lesão ao direito previdenciário do trabalhador. Um exemplo claro é a não realização do exame sorológico logo após o acontecido, que muitas vezes não é realizado por desconhecimento do acidentado, desinteresse ou descaso do empregador. Sem este dado não há como provar que no momento do acidente o profissional não estava contaminado. A liberação de prêmios de seguro de acidente de trabalho e outros aspectos dependem desta constatação.

O Cirurgião Dentista também deve se ater ao fato de que existem outras doenças como a Hepatite B, têm até maior risco de contágio que a infecção pelo HIV, e que seu futuro profissional pode depender do conhecimento atual de seus direitos.

Caso a contaminação ocorra por falta de medidas de segurança no local de trabalho, o responsável, seja o RT e seus superiores, ou o empresário dono da clínica, responderá pelo dano na forma civil e criminal, independente de se tratar de serviço público ou não.

02 – Em relação a comunicação de acidente de trabalho , quais as providências trabalhistas que devem ser tomadas?

Segundo o Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas, (BRASIL, 2000), o risco ocupacional do Cirurgião Dentista é um importante aspecto trabalhista, e envolve interesses individuais e coletivos.

Tanto para trabalhadores da Rede Privada como Servidores Públicos há necessidade de comunicação através do preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). No Regime Jurídico Único ou RJU, (BRASIL, 1990c), que rege o Serviço Público, a comunicação é regulada pelos artigos 211 a 214, e deve ser feita até 10 dias após o ocorrido.

Na Rede Privada, a comunicação deve ser feita em 24 horas conforme artigo 14 da Lei Nº. 5.452 de 01/05/1948 que aprovou a Consolidação das Leis Trabalhistas ou CLT (BRASIL, 1948). É necessário para isto a existência de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no local de trabalho.

Existe também prevista em lei a disponibilidade gratuita dos medicamentos no local de trabalho público, que é garantida pelo artigo 213 do RJU (BRASIL, 1990c). Da mesma forma, o Decreto nº. 9.313 de 13/11/1996 instituiu a distribuição gratuita de medicamento aos portadores do HIV e doentes de AIDS (BRASIL, 1996a).

10. NOTIFICAÇÃO

A Notificação Compulsória é a principal forma de captação de informações do Ministério da Saúde para traçar os planos de vigilância epidemiológica do país. Normalmente é um assunto que o Cirurgião Dentista considera fora de sua alçada profissional, entretanto não o é. As leis pertinentes são claras, e atribuem obrigação de comunicação ao Cirurgião Dentista, e portanto é justificado seu estudo.

01 – O que é Notificação Compulsória de doenças?

É a comunicação às autoridades sanitárias da ocorrência de doença transmissível, que deve ser feita tão logo se tenha conhecimento do fato, independente da vontade e da permissão do paciente. O objetivo é prover a Vigilância Epidemiológica de dados para que se possam elaborar planos de combate e prevenção da doença (BRASIL, 1976). Esta forma de ação está prevista para casos confirmados de meningite, dengue SIDA e outras doenças semelhantes.

A não-notificação de doença significa deixar de cumprir determinação legal na área de saúde, o que constitui crime previsto no art. 268 do Código Penal (BRASIL, 1940) que diz:

> "Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:
> Pena – detenção, de i (um) mês a 1 (um) ano, e multa.
> Parágrafo único – a pena é aumentada em um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, Cirurgião Dentista ou enfermeiro".

Em conclusão, embora o Cirurgião Dentista não seja responsável pelo tratamento das doenças notificáveis como a SIDA, é sua obrigação comunicar às autoridades sanitárias a ocorrência desta doença.

02 – Quais são as doenças consideradas de Notificação Compulsória?

Somente as doenças listadas pelas autoridades sanitárias devem ser notificadas. Existe uma listagem federal de doenças que inclui a SIDA, doença de Chagas, Leptospirose dentre outras e que determina a obrigatoriedade de comunicação em todo território nacional. A nível estadual, existem listas regionais de doenças notificáveis, em atenção às peculiaridades sanitárias de cada local. Desta forma, a notificação de algumas doenças parasitárias tropicais só são obrigatórias na região amazônica. Uma listagem não exclui a outra, sendo que a listagem federal se sobrepõe à dos estados[DOENÇAS OCUPACIONAIS, 2001].

Também são notificáveis os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, existindo a nível nacional atualmente, uma listagem de 188 doenças ocupacionais capazes de promover a aposentadoria do trabalhador [DOENÇAS OCUPACIONAIS, 2001].

03 – Quem deve fazer a Notificação?

O art. 8º da Lei no. 8.080 (BRASIL, 1990b) estabeleceu responsabilidades de controle de doenças transmissíveis, atribuindo a todo cidadão o dever de comunicar caso comprovado ou presumido, e ao médico e outros profissionais de saúde, a obrigatoriedade de fazê-lo.

Dentro desta diretriz federal, foram instituídos os Códigos de Saúde Estaduais, que são bem específicos ao definir responsabilidades nos casos de notificação, sigilo, direitos trabalhistas e outros.

Assim, o art. 27 do Código de Saúde do Estado de Minas Gerais contido na Lei Estadual no. 13.317 de 24/09/99 (MINAS GERAIS, 1999) atribui competência aos profissionais de saúde devidamente habilitados, no exercício de suas funções, a execução das ações de vigilância epidemiológica. O artigo 30 da citada lei que trata das ações diz que:

> "... fica obrigado a notificar a autoridade sanitária local a ocorrência, comprovada ou presumida, de caso de doença transmissível, na seguinte ordem de prioridade: Parágrafo IV – o farmacêutico, veterinário, Dentista, enfermeiro ou pessoa que exerça profissão afim, que tenha conhecimento de ocorrência da doença...".

O demais estados da União também adotaram esta forma de lei, sendo que a responsabilidade do Cirurgião Dentista é expressa com o mesmo mérito em todo o território nacional.

Pela análise das leis, observa-se que a responsabilidade do Cirurgião Dentista enquanto Agente de Saúde é o de estreito colaborador com as Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias, devendo estar preparado para efetuar diagnóstico, solicitar testes para o HIV, manter o sigilo, observar normas de biossegurança, fazer a notificação compulsória, dentre outras atribuições. O Cirurgião Dentista que não notificar doença pratica crime previsto no art. 268 do Código Penal (BRASIL, 1940), não lhe cabendo alegação de desconhecimento das leis.

04 – Como se procede para realizar a Notificação Compulsória da SIDA?

Primeiro é necessária a certeza de diagnóstico, que deve ser obtida através da observação do fluxograma de testes (BRASIL, 2000). Estes testes não são compulsórios e devem ser realizados com o consentimento esclarecido do paciente, através inclusive de termo de consentimento assinado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992). Com a obtenção do termo de consentimento para realização do exame, e a certeza do diagnóstico confirmada pelo teste WB dentro de um correto fluxograma de exames, a comunicação deve ser feita a Vigilância Sanitária através do preenchimento da Ficha Individual de Identificação. Todo local de trabalho, público ou privado, deve ter esta ficha em disponibilidade. Em caso de dúvida, o Cirurgião Dentista pode entrar em contato com a Vigilância Sanitária de seu município. Muitos locais já adotaram inclusive a Notificação via

Internet, como é o caso de São Paulo onde as Notificações já podem ser feitas desta forma [SÃO PAULO, 2001].

05 – Quando se deve fazer a Notificação da SIDA?

A Notificação Compulsória é um ato de quebra de sigilo amparado pela lei (BRASIL, 1975), e portanto pode ser feita sem consentimento do paciente. A comunicação deve ser feita tão logo se faça o diagnóstico ou se presuma sua existência, segundo as leis federais (BRASIL, 1976) e estaduais (MINAS GERAIS, 1999)

Entretanto a SIDA é uma doença contemplada pela saúde pública com normas especiais de notificação. Segundo o Ministério da Saúde, para haver a comunicação é necessária a certeza de diagnóstico obtida com, no mínimo, 02 testes Elisa e 01 WB. Além disto, o paciente deve estar sintomático. Esta sintomatologia deve se enquadrar em um dos 05 critérios diferentes estipulados pelo Ministério da Saúde e contidos no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis [MANUAL, 1999]. Dentro desta sintomatologia destacam-se a Candidíase oral, a LP e o KS dentre outras manifestações orais, que estão incluídas nos 05 critérios do Ministério, e cujos diagnóstico e responsabilidade são exclusivos do Cirurgião Dentista.

Desta forma, segundo orientação do Ministério da Saúde, os casos de portadores que não apresentem sintomatologia não devem ser comunicados, porque somente os sintomáticos são reconhecidos como quadro de SIDA.

06 – Existem outras fichas ou formulários relativos a SIDA?

O fornecimento de medicamentos contra o HIV é gratuito no Brasil para todo portador (BRASIL, 1996a).

Para que o portador receba os medicamentos anti-retrovirais, ele deve estar cadastrado na rede de distribuição gratuita de medicamento, o que é feito através do preenchimento do Formulário de Cadastramento de Pacientes-SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamento), que deve estar disponível em

local de trabalho, e atualmente pode ser acessado via Internet [SICLOM, 2001]. Ele deve ser preenchido pelo responsável pelo tratamento do portador e encaminhado a unidade de saúde mais conveniente para o paciente. A importância deste cadastramento para o paciente reside no benefício do medicamento em si, e na gratuidade, pois o custo médio por paciente, de uma das terapias anti-retrovirais foi de US$3008,70 no ano de 2000, segundo dados oficiais do governo [CUSTO MÉDIO, 2001].

Este formulário deve ser do conhecimento do Cirurgião Dentista e deve estar disponível no local de trabalho, pois do seu preenchimento depende o fornecimento gratuito de medicamento.

11. SIGILO

Para se entender melhor o que é sigilo profissional, a título de exemplo, pode ser citado a guarda dos dados pessoais dos Cirurgiões Dentistas pelos seus respectivos Conselhos de Odontologia regionais.

O registro dos Cirurgiões Dentistas em Conselhos Regionais é obrigatório ou compulsório, e exige que os mesmos forneçam todas as suas informações pessoais ao órgão fiscalizador. Neste caso, as informações foram obtidas de forma compulsória, e são guardadas em confiança, o que significa que os Conselhos são fieis depositários dos dados, e responderão por qualquer extravio ou divulgação não consentida. Se da divulgação indevida resultar dano, haverá direito de ressarcimento.

O mesmo raciocínio se aplica quando o paciente informa ao Cirurgião Dentista sobre seus dados pessoais e de sua doença. Embora não o faça sob obrigação, mas por conveniência, o profissional tem a responsabilidade de guarda, e tudo que foi relatado e anotado deve permanecer sob segredo profissional. A revelação intempestiva de qualquer aspecto por parte do Cirurgião Dentista ou de alguém de sua equipe, constitui quebra de sigilo e enseja ação indenizatória.

01 - A quebra de sigilo por parte de um servidor público pode ensejar processo judicial contra o servidor, seu responsável imediato, bem como contra a instituição?

A violação de segredo profissional prevista no art. 154 do Código Penal (BRASIL, 1940) não faz distinção entre servidor público ou trabalhador privado, cabendo a ambos as mesmas possibilidades de ações. O art. 1521 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916) diz ser presumida a culpa do empregador pelo ato

culposo do seu empregado, não restando dúvida de que este ou qualquer outro ato ilícito praticado pelo empregado lesivo ao paciente, encerra responsabilidades para quem o praticou e toda a cadeia hierárquica superior.

O Cirurgião Dentista deve estar consciente de que como empregado público ou privado poderá ser responsabilizado por quebra de sigilo. Desempenhando a função de RT responderá solidariamente sobre qualquer ato ilícito praticado por seus reponsabilizandos. Como empregador de outros Cirurgiões Dentistas (pessoa jurídica prestadora de serviços como nas clínicas odontológicas), estará sujeito a responsabilidade objetiva, devendo ressarcir os danos ocasionados por seus prepostos, conforme dispõe o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a), cabendo a ele direito de regresso sobre o empregado que causou o dano, também conforme o mesmo Código em seu art. 13 inciso III (BRASIL, 1990a).

02 – O Agente de Saúde comete uma infração quando quebra o sigilo sem consentimento esclarecido do paciente portador do HIV sob a justificativa de proteção a vida de terceiros, como pode ocorrer em caso de paciente HIV soropositivo que demonstra não ser capaz de prevenir a transmissão para seu comunicante (parceiro sexual)?

Confidencialidade é um direito do paciente, sendo definida como uma garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não-autorizada. Até mesmo a comunicação aos parentes depende de consentimento.

A quebra de sigilo ocorre quando da violação da confidencialidade, através do uso de informações ou observações sobre o paciente sem o consentimento deste. O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), em seu artigo 154 prevê detenção de 3 meses a 1 ano para o Agente que, sem justa causa, revelar segredo de que tem conhecimento em razão de sua profissão.

A quebra de sigilo também está proibida dentro do Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998), através dos

inciso IV art. 4, que atribui ao Cirurgião Dentista o dever de guarda do segredo profissional. O inciso XI do mesmo artigo considera que a privacidade do paciente é também um dever do profissional.

Entretanto, existem situações em que a confidencialidade pode ser quebrada, tal como o exemplificado na Resolução Nº. 1.359/92 do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992) onde são enumeradas 03 situações onde legalmente ela pode ocorrer:

- por dever legal através da notificação compulsória ou preenchimento de atestado de óbito;
- através de autorização expressa do paciente; e ,
- por justa causa, quando o próprio paciente recusa-se a dar informação a seu(s) parceiro(s).

Desta forma, o Agente de Saúde tem a responsabilidade de quebrar o sigilo dentro das normas previstas, quando o paciente portador é resistente a qualquer conduta de prevenção de contaminação.

FRANÇA (1995) explica que a capacidade de realizar ato com pleno discernimento é chamada imputabilidade, e ao cometer uma infração o indivíduo transforma esta capacidade num fato concreto, denominado imputação. Ao não adotar medidas para as quais tem discernimento, o Agente comete a imputação, que é o ato passível de processo.

Como Agente de Saúde, o Cirurgião Dentista tem a obrigação (ou imputabilidade) de proteger a vida de terceiros e da coletividade, e incorrerá em ato de imputação se não comunicar a terceiros a possibilidade de dano à sua saúde.

Por outro lado, ao paciente que assim procede, cabe imputação prevista no Código Penal (BRASIL, 1940) em seu art. 267, que considera crime contra a saúde pública causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos. As penas são de reclusão de 10 (dez) a 15 (quinze) anos, e se do fato resulta morte, a pena é aplicada em dobro. No caso de culpa, a pena é a

detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos, ou se resulta morte, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Em acréscimo, O Cirurgião Dentista também deve estar ciente de que a lei prevê o crime por exposição a moléstia venérea, conforme o Código Penal Brasileiro (BRASIL1940), em seu art. 130, Parte Especial, Título I Dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo III, que trata de perigo de contágio venéreo:

"Expor alguém por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado.

Pena- detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

1º - Se é intenção do agente transmitir a moléstia:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro anos, e multa.

Parágrafo 2º - Somente se procede mediante representação".

Estas possibilidades de imputação penal a paciente refratário a aconselhamento devem ser do conhecimento do Agente de Saúde, e podem ser usadas para convencer o refratário da gravidade de sua insensatez.

Por outro lado, se a atitude do paciente é um fato imputável, inclusive previsto na lei penal, o Cirurgião Dentista, ao tomar conhecimento deste ato de imputação, deve através do seu discernimento buscar forma de preveni-lo, caso não queira ter alegado contra ele o papel de conivente com ação delituosa do portador do HIV.

Desta forma fica claro que a responsabilidade do Cirurgião Dentista abrange também os direitos de terceiros que não estejam diretamente sendo tratados por ele.

03 – O comentário sobre qualquer aspecto do estado de saúde bucal ou sorológico de paciente feito pelo Cirurgião Dentista que o trata, fora do ambiente de trabalho, sem o consentimento expresso desse paciente, pode constituir-se em crime punível com detenção ou multa, além de ensejar processo civil e ético?

O comentário, mesmo que superficial, significa a quebra de sigilo sem amparo da lei, ficando o infrator sujeito às sanções legais. Sobre esta responsabilidade do Cirurgião Dentista, o Código de Ética Odontológico (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1998) é muito claro, considerando o segredo profissional como um direito a ser resguardado (art. 3º inciso II), além de um dever fundamental (art. 4º inciso IV) e uma infração quando violado (art. 6º inciso VII).

Existem situações para as quais o Cirurgião Dentista deve estar atento, pois, apesar de comuns, implicam em quebra de sigilo. A troca de informações sobre pacientes ou doença de paciente em local público como o elevador e locais públicos em geral; aula expositiva com slides sem prévia e expressa autorização do paciente; citação de casos ou tratamentos mesmo que ocultando a identificação, e outros, são situações onde há quebra de sigilo. Desde que estas informações permitam direta ou indiretamente a identificação de um soropositivo a partir de um mínimo detalhe revelado mesmo que não-intencionalmente pelo Cirurgião Dentista, estará configurado o ato ilícito passível inclusive de ressarcimento por danos morais.

O reflexo destas situações pode ser claramente visível a nível dos tribunais. O reflexo destas normas pode ser observado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça [JURISPRUDÊNCIA, 2001a], onde existem 26 súmulas e acórdãos que tratam dos seguintes assuntos: inclusão de tratamento de SIDA em seguro de saúde, (02 casos); demissão de trabalhador HIV soropositivo por motivo discriminatório, (01 caso); exclusão do portador de HIV de plano de saúde, (11 casos); tentativa de homicídio por contaminação, (01 caso); liberação de FGTS para tratamento de familiar portador de HIV, (02 casos); obrigatoriedade de fornecimento de medicamento gratuito pelo Estado, (02 casos); pensão por falecimento de portador arrimo de família, (01 caso); contaminação por transfusão, (01 caso); concessão de liberdade condicional para portador que cumpre pena, (02 casos): partilha de bem comum de casal homossexual, (01 caso); ação indenizatória por dano moral devido a exigência de teste para HIV em exame pré-

admissional, (01 caso); e prisão preventiva para homicida portador do HIV, (01 caso).

Como outro exemplo temos o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro que apresenta 18 jurisprudências [JURISPRUDÊNCIA 2001c] originadas de casos de ação indenizatória por dano moral envolvendo a SIDA. As ações foram motivadas por troca de exames, erro de diagnóstico, dano moral por medo de contaminação em ambiente hospitalar, dano moral por proibição de embarque em avião de portador de HIV, publicação de foto e uso não-autorizado de fotografia de portadores de HIV, veiculação de notícia difamante, e demissão sem justa causa de portador do HIV .

O Cirurgião Dentista deve ser cauteloso com estas e outras situações de rotina potencialmente perigosas para a confidencialidade, e providenciar mudança de hábito se porventura costumava agir sem esta visão deontológica.

04 - O comentário sobre qualquer aspecto do estado de saúde bucal ou sorológico de paciente feito por qualquer membro da equipe odontológica que o trata, fora do ambiente de trabalho, sem o consentimento expresso desse paciente, pode constituir-se em crime punível com detenção ou multa, além de ensejar processo civil e ético contra o auxiliar e o profissional?

O art. 1521 do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1916) determina a responsabilidade do empregador ou RT pela reparação de danos causados por seus empregados ou subordinados no exercício do seu trabalho ou em decorrência dele. Dois princípios legais fundamentam esta responsabilização. O primeiro denominado "*in iligendo*", significa o conjunto de medidas adotadas pelo empregador para escolher seu preposto. O segundo, denominado "*in vigilando*" significa o conjunto de medidas adotadas para fiscalizar os atos dos prepostos (QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO, 1998). Na prática, se um Cirurgião Dentista emprega uma THD não legalizada junto ao CRO, estará infringindo regras de eleição do seu preposto. Se esta auxiliar se revela indiscreta e não recebeu por parte de seu empregador instruções/treinamento sobre normas de

atendimento, configura-se a não adoção de medidas de vigilância. Desta forma estarão caracterizadas as condições para o processo e posterior condenação do profissional.

Além disto, os artigos 7 parágrafo único e 25 e incisos 1º e 2º do Código do Consumidor determinam que, havendo mais de responsável pelo dano, todos responderão solidariamente pela reparação (BRASIL, 1990a).

05 - O Cirurgião Dentista é obrigado a fornecer informações sobre status HIV de paciente, em função de normas de trabalho público ou privado a que esteja sujeito?

O Cirurgião Dentista enquanto empregado de empresa pública e privada está sujeito às normas administrativas internas do empregador. Empregador e empregado, por sua vez, estão regidos por leis municipais, estaduais e federais que tratam desde aspectos de biossegurança no trabalho até aposentadoria. Nenhuma norma interna de trabalho tem força maior que estas leis.

Um exemplo claro é a Lei Estadual nº 1.551 de 16/01/1994 (PARAÍBA, 1994) que desobriga o profissional de saúde a revelar a condição sorológica de portador HIV mesmo quando submetido a normas de trabalho de serviço público ou privado. Também não está obrigado a revelar segredo profissional para companhia de seguro, pois esta quebra de sigilo não se enquadra nos casos previstos em lei que são: Notificação Compulsória, consentimento esclarecido do paciente, acidente de trabalho ou atestados/laudos para fins previdenciários governamentais e defesa dos direitos de outrem (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992).

Convém ressaltar que a lei estadual acima citada é o reflexo das normas trabalhistas federais, de onde derivam o teor de todas as leis dos outros estados. Em outras palavras, o direito de não revelar segredo profissional está estabelecido em todo o território nacional.

06 - A revelação post-mortem do status HIV de um paciente pode ser motivo de instauração de processo ético e judicial?

O dever de confidencialidade do Cirurgião Dentista não cessa com a morte do paciente, mesmo porque os direitos sobre sua incolumidade moral passam para seus herdeiros. A lei reconhece este direito após a vida, tanto que a Resolução Nº. 1.359/92 do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992) impõe o dever de sigilo ao profissional mesmo após a morte do paciente. Em caso de violação do sigilo, caberá aos herdeiros interessados ações de representação civis, penais, éticas e administrativas contra o transgressor.

07 – O uso do CID é obrigatório em todos os atestados?

A informação contida em prontuário pertence ao próprio paciente e cabe ao Cirurgião Dentista e sua equipe o resguardo do sigilo profissional quanto a estes dados. A aposição de CID é uma informação sobre a saúde do paciente que pode extrapolar o segredo profissional, na medida em que informa a outras pessoas, mesmo que profissionalmente, sobre a condição de determinado paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 1999).

Os casos obrigatórios de aposição de CID ocorrem quando de um dever legal (preenchimento Notificação Compulsória ou atestado de óbito), justa causa para proteção da vida de terceiros ou por autorização expressa do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992). Além disso, o art. 3 da mesma referência, determina que as informações a serem prestadas limitem-se exclusivamente a informar sobre a capacidade ou não do trabalhador em exercer determinada função.

A nível de serviço público o art. 205 do Regime Jurídico Único (BRASIL, 1990c) define que atestados e laudos de junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando em caso de acidente de trabalho ou doença profissional.

A alegação, infelizmente muito comum, do Cirurgião Dentista que apõe CID a atestados porque atende solicitação da seção pessoal do local de trabalho, não é portanto fundamentada na lei. O Cirurgião Dentista estará cedendo a pressão improcedente por desconhecer os direitos de privacidade do paciente. Fora das condições legais que justificam a aposição de CID, somente o consentimento expresso do paciente pode autorizar tal ato. Os direitos administrativos não se sobrepõem aos individuais nesta situação, e o pessoal administrativo deve ser conscientizado desta realidade pelo Cirurgião Dentista, quando for o caso.

Em resumo, é consenso geral que a aposição de CID em atestados e laudos deve ser feita mediante consentimento do paciente.

08 – É correto marcar em local de destaque no prontuário do paciente portador de HIV, a indicação do seu status sorológico?

Esta é uma atitude que enseja quebra de sigilo, pois a manipulação deste prontuário normalmente não é privativa do profissional, sendo comum o acesso de outras pessoas. Ademais, a portaria nº. 22 de 25/07/1978 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1978) que aprovou normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle de doenças sexualmente transmissíveis no seu item 7º do Capítulo IV, contra-indica o uso de fichas especiais e identificação com fotografias.

O Cirurgião Dentista deve estar consciente de que a quebra de sigilo poderá ocorrer através do acesso indiscriminado ao prontuário, conforme o constatado em pesquisa feita em hospital universitário. Neste estudo foi encontrado que durante o período de internação , pelo menos 75 diferentes pessoas em média lidaram com o prontuário do paciente. Dentre estas pessoas encontravam-se aquelas que mesmo não sendo Agentes de Saúde, manusearam estes documentos, como é o caso de funcionários administrativos [SIGILO, 2001]. Esta situação ocorre até mesmo em clínicas particulares de apenas 01 consultório, onde a secretaria ou auxiliar, muitas vezes não legalmente registrada no Conselho Regional, tem acesso aos prontuários dos pacientes.

O Cirurgião Dentista deve ter sempre em perspectiva que o número de pessoas com acesso ao prontuário deve ser restrito aos auxiliares habilitados legalmente, e que é necessária a promoção de palestras informativas para a constante atualização da sua equipe, nos aspectos de sigilo e confidencialidade.

09 - O lixo contendo material orgânico contaminado pelo HIV deve ser identificado de forma ostensiva e clara com tarja onde se leia "contaminado pelo HIV"?

Assinalar desta forma o resíduo de consultório sob pretexto de proteção às pessoas que o manipularão, constitui infração. A forma correta é o acondicionamento em saco leitoso branco com dizeres "contaminado", conforme determinam as regras municipais de coleta de lixo derivadas de orientações federais e estaduais (BELO HORIZONTE, 2000). Além disto, assinalar desta forma ostensivamente o lixo pode indiretamente quebrar o sigilo que cerca as relações profissionais entre o Cirurgião Dentista e o paciente, na medida que possibilita alguma chance de identificação da procedência do material. Se houver quebra de sigilo, mesmo que por via indireta, o Cirurgião Dentista poderá ser responsabilizado pelo dano decorrente, tanto material como moralmente.

12. ACONSELHAMENTO

De todas as responsabilidades atribuíveis ao Cirurgião Dentista, esta talvez seja a mais difícil de realizar. Aconselhamento sob o ponto de vista técnico é a orientação do paciente sobre aspectos de risco, benefício e outros.

Sob o ponto de vista jurídico, significa a obrigação de informar o paciente sobre a melhor forma de minimizar os riscos e aumentar os benefícios, dentro dos direitos do paciente contidos no Código de Defesa do Consumidor. Nem sempre é tarefa fácil conforme ilustra a seguinte proposição:

- Fazer o diagnóstico da SIDA implica em obrigação de cientificar o paciente sobre seu mal, sendo que a reação do paciente à terrível notícia é responsabilidade de quem fez o diagnóstico e a comunicação. Diante de um paciente enfraquecido psiquicamente, qual a melhor atitude? Qual o critério a ser adotado? Existe enfim um critério mais seguro que os outros?

Não podendo por lei se eximir da responsabilidade, a melhor solução será o conhecimento das normas jurídicas, para que ao menos as soluções adotadas não sejam passíveis de punição.

01 - O Cirurgião Dentista pode fazer aconselhamento para teste de HIV?

Não é incomum ouvir-se que o melhor a fazer com um paciente portador do HIV é indicá-lo para um Médico, como se o problema do portador fosse restrito a área médica. Os Agentes de Saúde que assim procedem se esquecem de olhar o ser humano doponto de vista emocional. É certo que pessoas com HIV devem receber assistência médica estando ou não sintomáticas, mas elas também podem necessitar de orientações de outras fontes, haja vista a dura realidade que as aflige.

O Cirurgião Dentista, enquanto Agente de Saúde pode ser o primeiro a observar as manifestações do HIV, e ele deve chegar a sua conclusão diagnóstica de forma livre e convicta. Mesmo ao considerar como mais seguro o encaminhamento do paciente para o especialista, deixando a este a incumbência de comunicar o diagnóstico, não pode se esquecer de sua responsabilidade sobre o ponto de vista mental do paciente. SANDE & VOLBERDING (1995) relatam caso de comunicação intempestiva ocorrida em um hospital, onde o paciente ouviu de dentro do quarto o diálogo no corredor entre o Médico e seus parentes, onde foi feita a revelação do seu estado sorológico. O paciente só foi encontrado algum tempo depois, 10 andares abaixo, a partir da janela do quarto, caracterizando um ato desesperado de auto-extermínio.

Quem garante que o paciente cumprirá o que lhe foi indicado pelo Cirurgião Dentista? Quem garante que, desconfiado da atitude do seu Cirurgião Dentista, ele não chegue por si próprio a conclusões para as quais não está preparado? E se um paciente descobre que tinha uma manifestação oral característica do HIV há dois anos, tendo consultado seu Cirurgião Dentista na ocasião sobre este aspecto, e não obtendo nem mesmo o aconselhamento para procurar um especialista,? Não terá o paciente o direito de acionar o Cirurgião Dentista pelo não realização do diagnóstico quando deveria ter sido feito? E se, nesse período, alguém foi contaminado sexualmente por este paciente?

Estas são situações com as quais o Cirurgião Dentista pode se deparar, e onde o aconselhamento é tão ou mais necessário que o diagnóstico confirmado pelos exames obrigatórios previstos em lei. Para estas ocasiões o conhecimento clínico é importante para a certeza do diagnóstico, ou para sua presunção, ou para se constituir na base clínica que justifica a indicação para o Médico. Já o conhecimento deontológico é imprescindível quando da decisão a ser tomada após o diagnóstico ou sua presunção, pois a possibilidade de dano estará sempre presente.

Considerando o lado emocional do paciente, o Cirurgião Dentista deve saber conduzi-lo a um estado menos vulnerável através do aconselhamento, de

tal forma que, ao sair da consulta, o paciente tenha condição suficiente para procurar ajuda em local específico.

Saber informar sobre locais de testes anônimos, sobre forma de transmissão, sobre possibilidades de terapia anti-retroviral e outras fazem parte do arsenal de aconselhamento do Cirurgião Dentista consciente do seu papel de Agente de Saúde.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. AMADOR, V.A.R.; PEDRAZA, L.E.; PONCE DE LEON, S. Prognostic value of oral candidosis and hairly leukoplakia in 111 Mexican HIV-infected patients. ***J Oral Pathol Med***, Copenhagen, v.25, p.206-211, 1996.

2. BELO HORIZONTE, 2000. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Saúde – SMSA. Portaria SMSA/SUS-BH nº. 026/2000 de 12/06/200. Aprova Norma Técnica Especial que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de Assistência Odontológica, sediados no Município de Belo Horizonte e dá outras providências. ***Diário Oficial do Município***, Belo Horizonte, ano V, n.1.154, 16 jun. 2000.

3. BRASIL, 1916. Código Civil Brasileiro. Lei Nº. 3.071 de 01/01/1916. Regula os direitos e obrigações de ordem privada concernentes as pessoas, aos bens às suas relações. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.133, col.1, 5 jan. 1916.

4. BRASIL, 1940. Código Penal Brasileiro. Decreto Lei º. Nº. 2.848 de 07/12/1940. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.23911, col.2, 31 dez. 1940.

5. BRASIL, 1941. ***Código de Processo Penal***, 1941. Disponível em: <http://www.ibemol.com.br/codigos/Del3689-processo-penal.htm>. Acessado em: 23 jan. 2001.

* De acordo com a NBR 6023: Informação e documentação – Referências – Elaboração, de ago. 2000, da Associação Brasileira de Nomras Técnicas (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

6. BRASIL, 1948. Presidência da República. Lei 5452 de 01/05/1948. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0013975, col.1, 9 ago. 1943.

7. BRASIL, 1975. Presidência da República. Lei Nº. 6.259de 30/10/1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.014433, col.1, 31 out. 1975.

8. BRASIL, 1976. Presidência da República. Decreto nº 78.231 de 12/08/76. Regulamenta a Lei nº. 6.259 de 30/10/1975, que dispõe sobre organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.010731, col.1, 12 ago. 1976.

9. BRASIL, 1978. Ministério Da Saúde. Portaria nº 22 de 25/07/78 do Diretor da Divisão Nacional De Dermatologia Sanitária Da Secretaria Nacional De Programas Especiais De Saúde. Aprova as normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle de doenças sexualmente transmitidas a serem observadas em todo território nacional. BRASILIA. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 25 jul. 1978.

10. BRASIL, 1988a. ***Constituição da República Federativa do Brasil***. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf.const88.htm>. Acessado em: 22 de jan. 2001.

11. BRASIL, 1988. Ministérios Do Trabalho E Da Saúde. Portaria Interministerial Nº. 3.195 DE 10/08/1988. Institui a Campanha Interna de Prevenção da AIDS. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 11 ago. 1988b.

12. BRASIL, 1988. Presidência Da República. Lei nº. 7.670 de 08/09/1988. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) os benefícios que especifica e dá outra providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.017305, col.1, 09 set. 1988c.

13. BRASIL, 1988. Presidência Da República. Lei Nº. 7.713 de 22/12/1988. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0025283, col.1, 23 dez. 1998d.

14. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei nº. 8.078 de 11/07/1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0000001, col.1, 12 set. 1990ª.

15. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei nº. 8.080 de 19/09/1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.00180055, col.1, 20 set. 1990b.

16. BRASIL, 1990. Presidência Da República. Lei Nº. 8.112 de 11/12/1990. Dispõe sobre o regimento jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das funções públicas federais. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0023935, col.1, 12 dez. 1990c.

17. BRASIL, 1991. Presidência Da República. Lei °. 8.213 de 24/07/1991. Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.0014809, col.2, 25 jul. 1991.

18. BRASIL, 1992. Ministérios do Educação e da Saúde. Portaria Interministerial Nº. 796 de 29/05/1992. Proíbe a exigência de realização de teste compulsório para HIV em aluno previamente à matrícula ou para a sua manutenção desta, em escola pública ou privada. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 03 jun. 1992ª.

19. BRASIL, 1992. Ministérios Da Saúde e do Trabalho e Administração. Portaria Interministerial Nº. 869 DE 11/08/1992. Proibição de teste para o HIV em exames pré-admissionais e periódicos de saúde no âmbito do Serviço Público Federal. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 12 ago. 1992b.

20. BRASIL, 1992. Ministério Do Trabalho. Conselho Diretor Do Fundo De Participação PIS/PASEP. Resolução Nº. 02 de 17/12/1992. Autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Publico (PASEP) aos titulares não aposentados vitimados pela Sindrome da Imunodeficiência Adquirida. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 21 dez. 1992c.

21. BRASIL, 1994. Ministério Da Saúde. Secretaria De Assistência A Saúde. Programa Nacional De Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. ***Hepatites e AIDS na Prática Odontológica***, Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 56p.

22. BRASIL, 1996. Decreto Nº. 9.313 de 13/11/1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. ***Diário Oficial da União***, Brasília, p.023275, col.1, 14 nov. 1996[a].

23. BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10/10/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. ***Diário Oficial da União***, Brasília, n.201, 16 out. 1996b.

24. BRASIL, 2000. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. ***Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS***: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

25. BUENO F.S. ***Minidicionário da Língua Portuguesa.*** Ed. Lisa. São Paulo. 3ª ed.1989.

26. CHEQUER, P. (Coord.) ***HIV nos tribunais***. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1998. 83p.

27. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1992. Resolução CFM nº. 1.359/92 de 11/11/1992. Normas Éticas Para O Atendimento De Pacientes Com Hiv. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 19 nov. 1992.

28. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. ***Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselho de Odontologia***. Rio de Janeiro: CFO, 1997. 144 p.

29. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. ***Código de Ética Odontológica. Resolução CFO nº. 179 de 19/12/1991***, alterado pelo Regulamento nº. 01 de 05/06/1998. Rio de Janeiro: CFO, 1998. 20p.

30. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 1999. ***Consultas e Resoluções de julho de 1996 à março de 1999/ Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal***. *Brasília*: CRM-DF, 1999.

31. CONSTITUIÇÃO, 1988. ***Constituição da República Federativa do Brasil***. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf.const88.htm>. Acessado em: 22 de jan. 2001.

32. CRUZ, G.D. *et al.* The Accurate diagnosis of oral lesions in human immunodeficiency virus infection. ***Arch Otolaryngol Head Neck Surg***, Chicago, v.122, Jan. 1996.

33. [CUSTO MÉDIO, 2001]. [***Gastos médios por paciente com terapia anti-retroviral fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde a portadores da SIDA***]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/politica-medic-aids-brasil.htm>. Acessado em: 21 jan. 2001.

34. DARUGE, E.; MASSINI, N. ***Direitos profissionais na odontologia***. São Paulo: Saraiva, 1978. 608p.

35. [DECLARAÇÃO, 1948] [***Declaração Universal dos Direitos Humanos editada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas***]. Disponível em: <http://www.geocities.com/athens/rhodes/1143/direitos.html>. Acessado em: 10 jan. 2001.

36. [DOENÇAS OCUPACIONAIS, 2001] ***[Lista internacional e nacional de doenças notificação compulsória]***. Disponível em: <http://riscobiologico.org/manuaisenormas.html>. Acessado em 17 de jan. 2001.

37. FRANÇA G.V., ***Medicina Legal***. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1995. 4ª. Ed. 116p.

38. FOLTYN, P.; MARRIOTT, D. HIV and oral disease. ***Med J Aust***, Sydney, V.164, p.357-359, Mar. 1996.

39. GOIÂNIA, 1994. Lei Municipal Nº. 7.299 de 28/04/1994. Dispõe sobre discriminação dos portadores do vírus e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado***, Goiânia, 9 maio 1994.

40. GOIÁS, 1995. Lei Estadual nº.12.595 de 26/01/1995. Dispõe sobre combate à discriminação aos portadores do vírus HIV e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado***, Goiânia, 1 fev. 1995.

41. GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S. HIV-related oral disease. ***Lancet***, London, v.348, p.729-733, 1996.

42. JOHNSON, N.W. Essential question concerning periodontal diseases in HIV infection. ***Oral Dis,*** London, v.3, Suppl.1, p.S1438-S1440, 1997.

43. [JURISPRUDÊNCIA, 2001]. [***Jurisprudência Relativa A Sida No Superior Tribunal De Justiça, 2001***]. Disponível em: <http://www.stj.gov.br/jurisprudencia>. Acessado em: 16 jan. 2001a.

44. [JURISPRUDÊNCIA, 2001]. [***Jurisprudência Relativa a Sida no Superior Tribunal do Trabalho, 2001***]. Disponível em <http://apolo.tst.gov.br/brs/blnk.shtml>. Acessado em 16 jan. 2001b.

45. [JURISPRUDÊNCIA 2001]. [***Jurisprudência Relativa a SIDA no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2001***]. Disponível em: <http://www.tj.rj.gov.br/consulta/frameconsulta-wi.htm>. Acessado em: 17 jan. 2001c.

46. LIBMAN, H.; WITZBURG, R.A. ***Infecção pelo HIV***: um manual clínico. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. 520p.

47. LIMA, A.L.M. ***HIV/AIDS***: perguntas e respostas. São Paulo: Atheneu, 1996. 351p.

48. [MANUAL, 1999]. [***Manual de Controle da Doenças Sexualmente Transmissíveis***]. Coordenação Nacional de DST/AIDS. 1999]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item03.htm>. Acessado em: 16 jan. 2001.

49. [MANUAL, 2000]. [***Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico versão 2000***]. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/Exposição-ocupacionalfinal.doc>. Acessado em: 16 jan. 2001.

50. MARCENES, W.; PANKHURST, C.L.; LEWIS, D.A. Oral health behavior and the prevalence of oral manifestations of HIV infection in a group of HIV positive adults. ***Int Dent J***, New York, v.48, p.557-562, 1998.

51. MINAS GERAIS, 1999. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Lei Nº. 13.317 de 24/09/1999. ***Diário Executivo do Estado de Minas Gerais,*** p.1-14, 25 set. 1999. Retificado em 28 set. 1999. p.1.

52. NATAL, 1995. Lei Nº. 134 de 12/09/1995. Estabelece Penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores do vírus HIV/AIDS e dá outra providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 13 set. 1995.

53. [PACTO, 1966] [***Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, editado em 1966 pela Assembléia Geral das Nações Unidas***] .Disponível em: <http://www.gddc.pt/pt/dh/ijdh/ptdh3.htm>. Acessado em: 11 jan. 2001.

54 PARAÍBA, 1994. Lei Estadual nº 1.551 de 16/01/1994 do Estado da Paraíba. Dispõe sobre o estabelecimento de normas gerais para os procedimentos médicos no atendimento e no tratamento dos pacientes com AIDS e/ou soropositivos e declara os direitos gerais dos portadores HIV. ***Semanário Oficial da Paraíba***, em 16 jan. 1994.

55 PIRACICABA,1992. Lei Municipal Nº. 3.484 de 16/07/1992. Estabelece medidas de proteção especial às crianças portadoras da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e dá outras providências. ***Diário Oficial Municipal***. de 22 jul. 92.

56 PHELAN, J.A. Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. ***Med Clin North Am***, Philadelphia, v.81, n.2, Mar. 1997.

57 PORTO ALEGRE, 1994. Lei Municipal Nº. 7.400 de 04/01/1994. Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores do vírus HIV/AIDS e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***, Brasília, 06 jan. 1994.

58 QUEST CONSULTORIA E TREINAMENTO. ***Responsabilidade Civil: Guia Prático Para Cirurgiões Dentistas, Médicos e Profissionais de da Saúde***: QUEST Consultoria e Treinamento. São Paulo: QUEST Editora, 1998. 120p.

59 REGO, T.I.T.N.; PINHEIRO, A.L.B. Manifestations of periodontal diseases in AIDS. ***Braz Dent J***, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.47-51, jan./jun. 1998.

60 ROBINSON, P.G.; CHALLACOMBE, S.J.; SHEIHAM, A. Oral examination: a screening tool for HIV infection? ***Sex Transm Inf***, London, v.74, p.345-348, 1998.

61 SALLUM, A.W. *et al.* ***Periodontite associada ao vírus da AIDS***: uma revisão. ***Periodontia,*** Fortaleza, v.1, n.1, p.58-60, abr./set. 1992.

62 SALLUM, A. W. *et al.* Gengivite e Periodontite associada a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Diagnóstico e tratamento. ***Periodontia,*** Fortaleza, v.5, n.3, p.277-280, jan./jun. 1996.

63 SÃO PAULO, 1995. Decreto nº. 40.134 de 07/06/1995. Dá nova redação a dsipositivos que especifica da Norma Técnica Especial, aprovada pelo Decreto nº. 12.479, de 18 de outubro de 1978. ***Diário Oficial Estadual de São Paulo,*** 08 jun. 1995.

64 [SÃO PAULO, 2001] ***[Notificação Compulsória de caso em São Paulo. 2001]***. Disponível em:<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/agravo-ind.htm>. Acessado em 22 de jan. 2001.

65 SANDE, M.A.; VOLBERDING, P.A. ***Tratamento clínico da AIDS***. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 404p.

66 SÀO PAULO, 1999. São Paulo. Gabinete do Secretario de Saúde. Resolução SS-15 de 18/01/1999. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá outras providências. ***Diário Oficial do Estado de São Paulo***, São Paulo, v.109, n.13, Poder Executivo, Seção I, 20 jan. 1999.

67 [SÃO PAULO, 2001] ***[Notificação Compulsória de caso em São Paulo. 2001].*** disponível em:<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/agravo-ind.htm>. Acessado em 22 de jan. 2001.

68 SHAFER W.G., HINE M., LEVY B. ***Tratado de Patologia Bucal***. Rio de Janeiro. Interamericana, 2ª ed. 1984. 837 p.

69 [SICLOM, 2001]. ***[Sistema de Controle Logístico de Medicamentos].*** Disponível em: <www.aids.gov.br/assistencia/f-cad-pac-siclom-ver51.doc>. Acessado em 23 de jan. 2001.

70 TRIANTOS, D. *et al.* Oral Hairly Leukoplakia: clinicopathology features, pathogenesis, diagnosis and clinical significance. ***Clin Infect Dis,*** Chicago, v.25, p.1392-1396, 1997.

71 [SIGILO, 2001]. ***[Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Programa de Atenção aos Problemas de Bioética Sigilo Profissional e Privacidade].*** Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/bioéticaf.htm>. Acessado em 20 de jan. 2001.

72 VIDEIRA, R.C. ***Manifestações bucais de candidíase e leucoplasia pilosa em 229 pacientes HIV positivos***. São Paulo, 1994. 48p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo.

73 WEINERT, M.; GRIMES, R.M.; LYNCH, D.P. Oral Manifestations of HIV infection. ***Ann Intern Med***, Chicago, v.125, n.6, p.485-496, Sept. 1996.

74 WIEBE, C.B.; EPSTEIN, J.B. An Atlas of HIV-associated oral lesions: a new classification and diagnostic criteria. ***J Can Dent Assoc,*** Toronto, v.63, n.4, p.288-294, Apr. 1997.