

GERSON SANTIAGO MONÇALVES VELOS

**HIV/AIDS: CONHECIMENTO, ATITUDES E
COMPORTAMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NO
ESTADO DE MATO GROSSO**

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

Orientador: Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior

PIRACICABA - SP

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159**

V546h Velos, Gerson Santiago Monçalves
HIV/AIDS: conhecimento, atitudes e comportamento de cirurgiões-dentistas no estado de Mato Grosso. / Gerson Santiago Monçalves Velos. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007.

Orientador: Luiz Francesquini Júnior.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2. Ética. 3. Legislação. 4. Odontologia legal. I. Francesquini Júnior, Luiz II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Título em inglês: HIV- Knowledge, attitude and behaviour of the dental surgeon in the Mato Grosso State

Palavras-chave em inglês (Keywords): 1. Acquired immunodeficiency syndrome. 2. Ethics. 3. Legislation. 4. Forensic dentistry

Área de Concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Odontologia Legal e Deontologia

Banca examinadora: Luiz Francesquini Júnior, Eduardo Daruge Júnior, José Roque Camargo

Data da Defesa: 27-02-2007

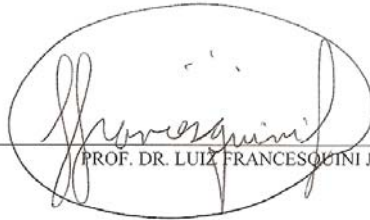
Programa de Pós-Graduação: Odontologia Legal e Deontologia



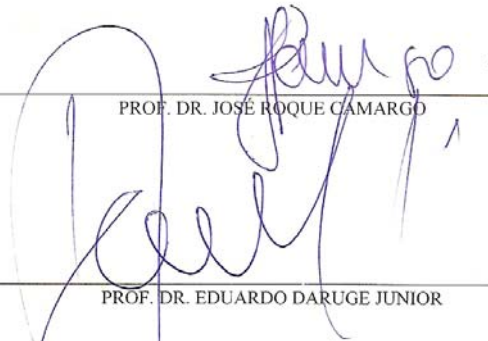
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, em sessão pública realizada em 27 de Fevereiro de 2007, considerou o candidato GERSON SANTIAGO MONÇALVES VELOS aprovado.

A handwritten signature in black ink, enclosed in an oval shape, positioned above a horizontal line.

PROF. DR. LUIZ FRANCESCHINI JÚNIOR

A handwritten signature in blue ink, positioned above a horizontal line.

PROF. DR. JOSÉ ROQUE CAMARGO

A handwritten signature in blue ink, positioned above a horizontal line.

PROF. DR. EDUARDO DARUGE JUNIOR

Dedico este trabalho antes de tudo a Deus por me auxiliar em todas as circunstâncias.

Dedico este trabalho à meu pai Ramão e à minha mãe Maria Luíza, por tudo.

À minha filha Maria Luíza, razão maior da minha vida.

Às minhas irmãs, Sandra e Vanda, merecedoras verdadeiras da oportunidade que Deus me concedeu, este curso.

Ao Mestre e amigo Célio Spadacio pelo companheirismo, incentivo, cumplicidade e desprendimento, estando sempre disposto a ajudar.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelo profissionalismo e espírito científico com as quais nos formaram.

Ao Diretor Dr. **Francisco Haiter Neto**, pela ajuda que tem nos prestado.

Ao Prof. Dr. **Mário A. Sinhorette**, Coordenador dos Cursos de P.G. em Odontologia da FOP/UNICAMP, pela honrabilidade e presteza com que exerce o seu cargo.

Ao Prof. Dr. **Ronaldo Seichi Wada**, Coordenador do Programa de P.G. em Odontologia Legal e Deontologia, pela dedicação e Coordenação do Programa.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge Junior**, Prof. de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia da FOP/UNICAMP.

À todos os professores do Departamento de Odontologia Social.

Ao Prof. Dr. **Luiz Franceschini Júnior**, com quem resolvemos muitas dúvidas em relação ao Curso e a quem sempre se pode recorrer quando se está necessitado de ajuda, colaboração e orientação.

Aos meus sobrinhos, **Gustavo, Robson e Roberta** pelo apoio sempre recebido.

Ao colega de Curso **Maurício Alves Pereira**, pela amizade construída nas viagens e pelo seu jeito sempre positivo de ver a vida.

Ao Dr. **Celso Luiz Gaudêncio Feres da Silva**, amigo de todas as horas.

Ao Dr. **Celso Aparecido Serafim da Silva**, amigo sempre compreensivo e o primeiro a oportunizar minha convivência acadêmica.

Ao Dr. **Ivens Cuiabano Scaf**, pelo incentivo quando do início deste trabalho.

Ao Dr. **Antonio Augusto de Carvalho**, pelo incentivo para a realização deste trabalho.

Aos ex-colegas de trabalho do Serviço de Assistência Especializada, SAE/MT.

Aos colegas de trabalho do Serviço de Assistência Especializada, SAE/Cuiabá.

À funcionária **Célia Regina Manesco**, pela paciência, carinho e simpatia.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP, pela convivência, alegria e incentivo.

A todos os **indivíduos participantes da pesquisa** que me permitiram a realização deste trabalho.

“Avocat num avocat Deu aderit”
(inscrição no oráculo de Apolo)

RESUMO

Independentemente se sabem ou não os Cirurgiões-Dentistas (CD) têm tratado pacientes infectados pelo retrovírus HIV. A AIDS, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida é caracterizada pela imunodepressão e destruição de linfócitos T4 devido à ação do HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), o que determina o aparecimento de graves infecções oportunistas e neoplasias que invariavelmente levam a êxito letal. Há uma grande quantidade de sinais e sintomas clínicos utilizados para monitorar a progressão da doença. As lesões orais são comuns em determinados estágios de infecção por HIV. Estas são importantes para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, são relevantes para definir o estágio da doença e os profissionais de saúde bucal necessitam diferenciar os padrões da doença que pode caracterizar o infectado por HIV, bem como, conhecer os aspectos de biossegurança e bioética visando nortear o mesmo quando do tratamento de infectados. Em vista desta realidade, o presente trabalho buscou avaliar o grau de conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do serviço público de atendimento odontológico do estado de Mato Grosso, Brasil; apontar, quais documentos devem ser priorizados quando do atendimento do paciente infectado; avaliar a possibilidade do CD contaminado pelo HIV vir a tratar pacientes não contaminados; discutir os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema. Verificou-se que o CD pesquisado do serviço público de Mato Grosso apresenta conhecimento razoável sobre como proceder no atendimento de pacientes portadores do HIV. Porém deve-se destacar que o ideal é que todos os pesquisados que realizam atendimento odontológico a portadores de HIV possuíssem conhecimento do protocolo de atuação e do protocolo para os casos de contaminação acidental; no atendimento de um paciente portador de HIV deve-se atentar para a realização de um prontuário completo, com TCLE, (termo de consentimento livre esclarecido) com o estabelecimento de um contrato onde se configure e conste todos os riscos e necessidade real do atendimento, bem como, todas as responsabilidades dos pacientes portadores no que tange à alimentação, higienização, e manutenção do tratamento do HIV, entre outros e é claro o termo de satisfação e de informação de retornos periódicos para controle do tratamento; o CD

contaminado com HIV pode continuar atendendo pacientes, inclusive não contaminados, desde que o mesmo comunique o fato aos pacientes por meio de TCLE, estejam realizando o tratamento de controle do HIV e utilizem todas as normas e mecanismos de Biossegurança indicados pela ANVISA e NR 32; a AIDS é uma entidade patológica que pode estar presente em todos os lares do mundo e o seu período de latência é em alguns casos longo, neste período o indivíduo portador poderá procurar um CD para tratamento odontológico e por desconhecimento não informar ao mesmo, gerando neste a possibilidade de contaminação. Cabe ao CD manter alerta quanto a possíveis sinais patológicos que possam indicar um possível contaminado, realizar a comunicação compulsória de doenças e utilizar todos os mecanismos de biossegurança disponíveis existentes no mercado que evitem a contaminação cruzada e a disseminação de doenças tanto para ele como para os seus auxiliares.

Palavras-Chave: SIDA, ética e legislação, padronização, comportamento.

ABSTRACT

Independent of the knowledge or not the Dental Surgeon have treated patient infection for the retrovirus HIV. The AIDS, (Acquire Immuno-Deficient Syndrome) is characterized for immunodepressor and destroytion of lymphocyte T4 just the action of the H.I.V.(Human Immunodeficiency Virus) , what determine the appearing of the opportune grave infection and neoplasty that invariable conduct by the result lethal. There are the big quantity of the signal and symptom clinical utilized to monitor the progression of the disease. The oral lesions is commons in determinated stage of the infection to H.I.V.. The oral lesion is important to the precocious diagnosis of the infection to the H.I.V., is relevant to define the stage of the disease and the oral health professional need differentiate the pattern of the disease that can to characterize the contaminate to H.I.V. ,such as , to know the aspect of the biosecurity and bioethics objective to guide the same when of the contaminated treatment. However, analysing these reality, the present study evaluated the degree of the knowledge of the Dental Surgeon of public service of the odontological attended of the Mato Grosso, Brazil of the stage , to show, what is the document need be priority when of the attended of the contaminated patient, to evaluate the possibility of the contaminated Dental Surgeon frm the H.I.V. to come the to treat not contaminated patient, to discuss the ethics and legal aspect inherent and pertinent at the theme. Verified that the Dental Surgeon reserch of the public service of the Mato Grosso to show reasonable knowledge about at procedure in the attended of the H.I.V. porter patient. However, , duty to detach that the ideal is that all the examine that to realize odontological attended for H.I.V. porter possess knowledge of the performance protocol and the protocol to the case of the accidental contamination .In the attended of the a porter of the H.I.V. patient needed to attend to the realization of the a complete dossier, with TCLE (Term of the Free Revealing Consent) with the settling of the a contract where if configure and consist all the needs reality of the attended of the scratch and all the liability if the porter patients as much as to alimentation, cleasing, and maintenance of the treatment of the H. I. V. , between others. It is important the term of the satisfaction and of the information of the periodical return to

control of the treatment. The contaminated Dental Surgeon with H.I.V. can to continue attended patients, included not contaminated , since that the same communicate the fact by the patients from to means of the TCLE and maintain realize the control treatment of the H.I.V. where utilize all the norm mechanism of the Biosecurity indicated to ANVISA (Agency National of the Sanitation Alert) and NR 32 (Regulation Norm) . The AIDS is a entity pathologic that can be present in all the home of the world and the yours period of the latency in some cases is long. In this period, the porter individual could to look for a Dental Surgeon to odontologic treatment and from to ignore not to inform by the same generate in this the possible of contaminated. It is obligation of the Dental Surgeon maintain alert how the possible pathologic signal that can indicated a possible contaminated, realized the compulsory communication of the disease and utilized all the mechanism of the Biosecurity available existent in the commerce that avoid the across contamination and the dissemination of disease as much as to the same as much as yours assistant.

Key Words : HIV, ethical and legislation, behaviour.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	01
2.REVISÃO DA LITERATURA	07
3.PROPOSIÇÃO	29
4.MATERIAL E MÉTODOS	30
5.RESULTADOS	31
6.DISSCUSSÃO	42
7.CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	67

1. INTRODUÇÃO

A saúde no mundo atual, em especial nos países em desenvolvimento, tem se confrontado com situações altamente conflitantes que necessitam de atitudes efetivas e dinâmicas. As rápidas mudanças no perfil da população, tanto demográfico como de morbimortalidade, exige dos governos a adoção de políticas de saúde que possam atingir a globalidade de seu território e, ao mesmo tempo, a especificidade de cada segmento social a ele inerente. Convive-se hoje com problemas de saúde que requerem altos investimentos e tecnologia, ao mesmo tempo em que se enfrentam agravos cujo controle passa basicamente por melhores condições de saneamento e educação em saúde.

Em 1983, o vírus foi isolado em pacientes com AIDS pelos pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França, recebendo os nomes de LAV (Lymphadenopathy Associated Vírus ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Vírus ou Vírus T- Linfotrópico Humano tipo III), respectivamente nos dois países.

Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano, um comitê internacional recomendou o termo HIV (Human Immunodeficiency Vírus ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos.

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família Lentiviridae dos retrovírus pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada de transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro.

O dia 1º de dezembro convencionou-se como dia mundial da luta contra a AIDS. Neste Dia comemora-se o esforço de cada nação no combate à AIDS. A data é dedicada à luta contra a AIDS pela solidariedade, contra a discriminação e o preconceito em relação a todas as pessoas que vivem com HIV. O laço vermelho é um indicativo, de que quem usa, está atento e disposto a ser solidário com as pessoas convivendo com o HIV/AIDS.

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na constituição de 1988 (CONSTITUIÇÃO, 1988), concretizam-se na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais. Estes ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualdade, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com o atendimento integral.

A partir da nova constituição da república, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Com a lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), fica regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido pela constituição de 1988, que agrega todos os serviços de saúde estatais – da esfera federal, estadual e municipal – e os serviços privados, desde que contratados ou conveniados, e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida), doença que o mundo viu surgir na década de 80, apesar de hoje já termos confirmação que os primeiros casos surgiram em 1977 e 1978 nos Estados Unidos da América do Norte, Haiti e África Central (BRASIL, 2005), retrata bem a complexidade do cuidado em saúde, pois passa por necessidades que vão desde educação em saúde até uso de medicamentos e exames complexos.

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) /AIDS trouxe para a sociedade em geral a necessidade de se rever conceitos, preconceitos, posturas éticas, num continuum de transformação e amadurecimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988) considera que os Cirurgiões-Dentistas têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas pelo HIV. Estes profissionais devem, portanto, possuir conhecimentos sobre os processos da doença, suas manifestações orais e modos de transmissão do HIV. Não obstante

problemas éticos, que ainda persistem manifestados por condutas como abandono de pacientes e recusas de atendimento, provavelmente devido ao medo e preconceito em relação ao caráter da doença (MARUYAMA & RAMOS, 1996).

A AIDS mostra que, de uma forma geral, as ações para o enfrentamento dos problemas de saúde não podem ser isolados. A reflexão sobre esta questão veio resgatar princípios como a universalidade e a equidade, pois o vírus avançou sobre a sociedade sem distinção de sexo, raça, classe social ou estilo de vida, mostrando a fragilidade da vida.

A AIDS revelou, de forma clara, as lacunas existentes nas políticas de saúde, principalmente no que diz respeito à ética, a integralidade das ações de saúde e organização da sociedade levando os formuladores de políticas e os profissionais a repensarem a organização das ações de saúde, tomando medidas que visem ao paciente como um todo, sendo co-responsáveis pela sua melhora e por seu retorno à sua rotina, preocupando-se inclusive com benefícios como aposentadorias e Fundo de garantia por tempo de serviço (BRASIL, 1948).

Hoje, uma das grandes estratégias para a estabilização do quadro de saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS, é o uso de medicamentos que inibem a replicação viral, os antiretrovirais (ARV), e, concomitantemente, com medicamentos que são usados na profilaxia das doenças oportunistas (BRASIL, 2005).

No Brasil, a AIDS foi identificada em 1980, inicialmente restrita a São Paulo e Rio de Janeiro. A partir do litoral sudeste, a epidemia avançou para as regiões sul, norte, leste e centro-oeste (BRASIL, 2000). Estima-se que 600 mil pessoas no Brasil vivam com o HIV ou já tenham desenvolvido a AIDS. O HIV entra no organismo humano e pode ficar incubado por muitos anos sem que o indivíduo apresente nenhum sintoma ou sinal da doença. Esse período gira em torno de oito anos, variando de pessoa para pessoa. É importante que as pessoas que passaram por uma situação de risco façam o teste para HIV. Entre essas situações, estão: relação sexual com parceiros eventuais sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis; transfusão de sangue contaminado pelo HIV; acidentes ocupacionais com objetos perfuro-cortantes que contenham material biológico de origem humana e presença de sangue ou fluídos contaminados pelo HIV; filho nascido de mãe portadora do HIV – quando não foi feita a prevenção da transmissão para o bebê – ou que tenha sido amamentado. No caso de gestantes, recomenda-se a realização do teste anti HIV durante o pré-natal. Caso o resultado seja positivo, o atendimento pelo serviço de saúde é imprescindível para evitar a transmissão do HIV para o bebê durante a gestação, parto

ou a amamentação. O comparecimento periódico ao serviço de saúde de uma pessoa portadora do HIV, para os exames de rotina, solicitados pelo médico, possibilita precisar sobre o início do tratamento com os antiretrovirais ou sua eventual modificação (BRASIL, 2006).

Desde o surgimento da AIDS, o constante desenvolvimento de novos medicamentos vem prolongando significativamente a vida dos portadores do HIV ao dificultar a multiplicação do vírus. Os medicamentos adiam o início dos sintomas da doença, diminuindo o ritmo de redução das células de proteção do sistema imunológico. Mas ainda assim, não conseguem eliminar o HIV do organismo. Dentre as estratégias para enfrentar a AIDS, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS) criou os Serviços de Assistência Especializada (SAE) que são realizados em ambulatorios, hospitais ou estão integrados a estruturas que prestam atendimento exclusivo a pacientes portadores do HIV/AIDS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe de profissionais de diversas áreas de saúde – Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Psicólogos, Enfermeiras, Nutricionistas, Assistentes Sociais e Educadores – que acompanham os pacientes HIV soropositivos e doentes de AIDS. Entre suas atividades estão: cuidados de enfermagem, orientação e apoio psicológico; atendimentos ginecológico, pediátrico, odontológico, controle e distribuição de antiretrovirais; distribuição de preservativo; atividades educativas para adesão à terapia antiretroviral e para prevenção e controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (CASTANHEIRA *et al.* 1999).

No mundo, somente 10 % das pessoas com AIDS recebem o tratamento apropriado, com antiretrovirais e recebem acompanhamento de equipes de saúde multidisciplinar, destas 36 % estão no Brasil, a diferença, ou seja, 64 % destas pessoas moram em outros países, por este motivo o Brasil é tido como modelo mundial no tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde, após 26 anos de experiência no tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS optou pela implementação de ações que visam integrar o atendimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS nas Unidades de Atenção Básica, procurando orientar através de cursos para profissionais de saúde, abordando controle de infecção, ética e a humanização, desmistificando estes atendimentos (BRASIL, 2005a). A AIDS acentuou os problemas éticos relativos à saúde de toda a população, pois nesta patologia existem padrões de conduta que muitos consideram imorais. No início da doença na Austrália e União Soviética,

por exemplo, as pessoas infectadas tinham restrições de livre trânsito. Em Cuba, os pacientes HIV soropositivo, detectados entre a população eram levados para um centro de quarentena, submetendo-se a rígidos regulamentos, como nos relatos de Almeida (1993).

Em todo tipo de discriminação existe o preconceito, que pode ser aquele decorrente do “medo da doença”, que só se explica por ignorância do que seja a doença, de como evitá-la. No princípio da doença no Brasil as campanhas de esclarecimentos sobre a AIDS fixavam-se sobre a letalidade da síndrome. A ênfase “AIDS mata” tinha como objetivo causar impacto para que a população leiga ficasse mais atenta aos métodos preventivos. A validade dessa estratégia de motivação é questionável, principalmente porque, por outro lado não se esclarecia adequadamente a população sobre o convívio com o doente, que passava a ser o motivo de medo, e daí os lamentáveis relatos observados na imprensa de crianças soropositivas expulsas de escolas e demissões sem causa justa, somente pelo preconceito.

Soma-se a isso que a imagem da AIDS estava associada aos antes chamados “grupos de risco” - homossexuais, drogados, detentos, que, por si só, já sofrem discriminação. Mesmo que não o seja, o doente será suspeito de pertencer a um desses grupos, o que tornará ainda mais difícil a sua situação social.

Segundo FRANÇA (2001), em momento algum da existência humana um inimigo biológico tão poderoso foi capaz de trazer tantos desafios e confundir tanto a opinião das pessoas como a Síndrome da Imunodeficiência Humana. A perplexidade e inquietação quanto a AIDS residem tanto no seu aspecto epidêmico, moral e imunológico, quanto ao seu caráter incurável e letal. O autor ainda ressalta que o preconceito continua a crescer como uma avalanche e isto representa um grande risco, uma vez que pode levar a uma ideologia política autoritária capaz de promover o medo como controle social mais rigoroso.

A Odontologia Brasileira está aprendendo a se relacionar com a AIDS neste contexto de medo e preconceito. O surgimento da AIDS trouxe grandes modificações nas rotinas dos consultórios odontológicos, como os novos aspectos relacionados ao controle de infecção: uso sistemático de barreiras de proteção, como luvas, máscaras, ênfases nos descartáveis e apurados métodos de desinfecção e esterilização.

Mas as mudanças não se referiram apenas às questões técnicas de controle de infecção. O perfil do profissional também terá de mudar. A grande maioria dos CDs da geração “pré-AIDS” não era obrigado a viver seu cotidiano profissional relacionando-se com potenciais pacientes terminais, ou mesmo com o risco de contaminar-se com uma doença desconhecida e

tida como fatal. A AIDS provocou um grande impacto que levou de início, alguns profissionais a condutas tidas como antiéticas: abandono de pacientes e recusas de atendimento (SILVA, 1997).

Também não se pode deixar de destacar as dificuldades encontradas por CDs que, não se recusando atender adequadamente pacientes HIV soropositivo, se deparavam com o medo, o preconceito e/ou ignorância da sociedade para com o paciente soropositivo ou doente com AIDS. Alguns colegas chegaram a perder toda a sua clientela quando esta se deu conta de que o seu CD estava atendendo em seu consultório particular determinado paciente, publicamente conhecido como doente de AIDS. Para se precaver contra este tipo de desdobramento, alguns profissionais optaram de início, em trabalhar mantendo o fato no anonimato.

É importante relatar que tem se observado que na última década o número de acadêmicos dispostos, depois de formados, a atender pacientes HIV soropositivo cresceu significativamente. Está crescendo também o número de profissionais interessados em participar de cursos que abordem o tema AIDS ou mesmo disposto a participar de estágios em centros especializados no atendimento odontológico a pacientes HIV soropositivo.

Os profissionais de saúde que trabalham em instituições públicas ou privadas, devem procurar garantir condições adequadas de trabalho, entre outras, salário e respeito às normas de controle de infecção, pois só assim poderá ser exigido que os profissionais possam desempenhar bem as suas funções. Contudo, alguns problemas éticos ainda persistem, e é uma análise atualizada da questão que se pretende realizar neste momento.

Visando subsidiar esta nova tomada de consciência, o presente trabalho buscou avaliar o grau de conhecimento dos CDs do serviço público de atendimento odontológico do estado de Mato Grosso, Brasil; apontar, quais documentos devem ser priorizados quando do atendimento do paciente infectado; avaliar a possibilidade do CD contaminado pelo HIV vir a tratar pacientes não contaminados; discutir os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para DEJOURS (1986), saúde não é um estado, é um processo. Diz respeito às pessoas, e por elas deve ser coordenado; envolve uma constância de negociações, renúncias, decisões, o que implica em base de informações adequada. Destacou que saúde é muito mais do que a ausência de doenças, mas a liberdade do desejo. Para o autor é considerado saudável aquele indivíduo que independente de sua condição orgânica, mantém seus sonhos e projetos significativos de vida integra as dificuldades cotidianas a uma rotina de construção. Afirmou ainda, que o sujeito biologicamente impecável, inapetente para a vida, ou restrito a um comportamento, deve ser considerado doente.

SILVERMAN (1989) destacou que o estudo da Candidíase bucal em pacientes com infecção pelo HIV foi importante, pois a Candidíase bucal pode ser o primeiro sinal ou sintoma de infecção pelo HIV. Esta gera desconforto, dor e halitose e pode agravar o estado do sistema imunológico já comprometido, podendo colonizar o esôfago (Candidíase esofágica) e trato respiratório. Ressaltou que ao se confirmar a candidíase deve-se promover a Biópsia da mucosa envolvida e posterior tratamento.

De acordo com ABRAMOWICZ (1991), o desejo do paciente em se guardar segredo profissional até mesmo em relação à família deve ser respeitado, desde que não coloque em risco a própria família e a coletividade.

“O” REGIME JURÍDICO ÚNICO (1992) estabeleceu que a comunicação de acidentes de trabalho para os trabalhadores que atuam no serviço público deve ser feita até dez dias após o acidente conforme os artigos 211 a 214 da Consolidação das Leis do Trabalho.

LEGGOTT (1992) esclareceu que muitas crianças HIV soropositivas tem gengivite e esta pode ocorrer tanto na dentição permanente quanto na dentição decídua. Afirmou que há um eritema linear na gengiva marginal na superfície vestibular e proximal e segundo este não há uma correlação direta entre o eritema e as condições de higiene e de placa bacteriana. Detalhou

que na dentição decídua este eritema pode ser localizado ou generalizado. Já em adultos a gengivite associada ao HIV pode evoluir para doença periodontal destrutiva. Destacou que a gengivite ulcerativa necrosante aguda raramente é encontrada em crianças provenientes de países em desenvolvimento. Porém em países onde as crianças são desnutridas e imunossuprimidas, a gengivite ulcerativa necrosante ocorre com mais frequência. Esta se caracteriza pelo fato da gengiva marginal e da papila interdental apresentarem necrose com úlceras acinzentadas e vermelhas e gengiva edemaciada. Também afirmou que a Estomatite Herpética é causada por Herpes Simples Vírus-1 (HSV), sendo comum em crianças infectadas pelo HIV, ocorrendo dois ou mais episódios durante o ano. Começa como gengivoestomatite e lesões recorrentes são vistas como vesículas na margem do vermelhão do lábio, estas se rompem e formam úlceras nos lábios ou aparecem como aglomerados de pequenas úlceras dolorosas no platô e na gengiva. Em crianças HIV soropositivas essas lesões são crônicas, recorrentes, e podem progredir até causar envolvimento mucocutâneo. O aumento na severidade e na frequência esta associado ao aumento da imunossupressão.

GRENSPAN & GRENSPAN (1993) afirmaram que a úlcera aftosa recorrente é uma lesão comum da boca e de causa desconhecida, mas que podem ter implicações severas. As lesões têm a aparência de úlceras circunscritas por um halo eritematoso aparecendo isoladamente múltiplas, na mucosa não queratinizada, mucosa bucal, palato mole, superfície ventral e lateral da língua e pilar amigdaliano. Quanto a esta lesão poderia surgir em qualquer local da mucosa bucal, podendo ter a forma elevada isolada ou de úlceras dolorosas. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia e o tratamento pode incluir radioterapia, quimioterapia ou uma combinação de ambas.

Para PETERSEN *et al.* (1993), AIDS Pediátrica é a doença/Patológica que ocorre em crianças com menos de 13 anos de idade. Destacaram os autores que acima de treze anos os padrões da sintomatologia é semelhante e estes são incluídos em estatísticas de adultos. Ressaltaram que na América do Norte há 2% de casos de AIDS em crianças. Informaram que os índices aumentaram em mulheres, adolescentes e crianças, principalmente em populações pobres do Interior. A epidemia tem se expandido entre usuários de drogas endovenosas. Afirmaram que há uma certa similaridade entre as lesões de adultos e de crianças. Porém há diferenças, relataram os fatores de risco, o modo de transmissão o padrão de soro conversão e na história natural da doença.

O CDC (1994), afirmou que os parâmetros virais e imunológicos para indicação do início da terapia baseiam-se na classificação de infecção em crianças, conforme quadro 1.

Alteração Imunológica	N= ausência de sinais e/ou sintomas clínicos	A =sinais e/ou sintomas clínicos leves	B= sinais e/ou sintomas clínicos moderados	C= sinais e/ou sintomas clínicos graves
Ausente (1)	N1*	A1*	B1**	C1***
Moderada (2)	N2**	A2***	B2***	C2***
Grave (3)	N3***	A3***	B3***	C3***

Quadro 1 Indicações para o início de terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV de acordo com a classificação do CDC (1994)

Legenda *= não tratar; **= considerar tratamento; ***=tratar

FONTE: CDC, 1994.

BRASIL (1995) definiu que a comunicação de acidente do trabalho para os profissionais da rede privada de assistência, deve ser efetuada em até 24 horas após o acidente, conforme o artigo 14 da Lei nº. 5.452 de 1948 que aprovou a Consolidação das leis Trabalhistas por meio do formulário de Comunicação de acidente de trabalho (CAT) que deve existir no local de trabalho.

Segundo FERREIRA (1995), a infecção pelo HIV é caracterizada por alterações imunológicas complexas e heterogêneas. Nesta verifica-se a instalação de infecções oportunistas em decorrência da imunodeficiência celular. No adulto predominam, as infecções por agentes oportunistas como fungos, protozoários e vírus. Já na criança, como a imunidade é comprometida pela infecção, haverá uma incapacidade para a formação de anticorpos eficientes, isto ocorrendo faz com que as infecções predominantes sejam causadas por germes comuns da faixa etária e se repetem com frequência devido à incapacidade de formar memória imunológica. Destacou a necessidade do cumprimento de protocolos de controle de doenças transmissíveis para os CD e outros profissionais. Afirmou que a contaminação paciente – profissional é baixa, indicando que, na pior das hipóteses, o risco de transmissão pelo HIV é de aproximadamente 1 para 20.000.000 se o profissional usar luvas. Apontou que o vírus pode ser facilmente inativado por meio da correta esterilização dos instrumentais, tornando quase inexistente o risco do paciente se contaminar em um tratamento odontológico. Esclareceu que o CD deve esterilizar os instrumentais, eliminar os materiais descartáveis como agulha, tubetes anestésico, luva, ponta de sugador, lâmina de bisturi, etc. As brocas também devem passar pelo processo de esterilização e o ambiente odontológico e as moldagens devem ser desinfectados.

SANDE & VOLBERDING (1995) ressaltaram que as vias de transmissão do retrovírus são: a via sexual; as transfusões de sangue e de derivados; e a transmissão perinatal ou vertical.

CHIGURUPATI *et al.* (1996) definiram que a transmissão vertical do vírus da AIDS refere-se à transmissão que ocorre da mãe soropositiva para o bebê, tal transmissão pode se dar durante a gestação, no parto. Apontaram que também pode ocorrer por meio do aleitamento materno. Ressaltaram que a transmissão vertical representa 85% dos casos pediátricos notificados nos Estados Unidos. Já os outros 15% são referentes a crianças com hemofilia, receptores de transfusões de sangue e outros riscos não identificados. Sendo que a maioria dos casos está associada. Sabe-se que a presença de lesões bucais é um informe útil para a seleção de profilaxia antibiótica e para a intervenção terapêutica. Afirmaram que os odontopediatras podem detectar precocemente as lesões relacionadas ao HIV. Destacaram que o conhecimento das lesões bucais, dos parâmetros imunológicos e de outros achados clínicos favorece a correta terapia profilática e melhora a sobrevida de crianças infectadas pelo HIV. Relataram ainda que há quatro formas de candidíase bucal em crianças e adolescentes com infecção pelo HIV, a Pseudomembranosa que se caracteriza em manchas ou placas removíveis de coloração branca ou amarelada localizadas em qualquer área da mucosa bucal, a Queilite Angular que se apresenta com Comissuras labiais fissuradas e avermelhadas. Sendo que a maioria dos casos está associada ao *C. albicans*, a Eritematosa que se caracteriza por área vermelha sem manchas ou placas brancas removíveis, geralmente se localiza no palato, dorso da língua e mucosa bucal e a candidíase Hiperplásica que se apresenta como manchas brancas ou pequenos nódulos firmes e aderidos em área eritematosa que não pode ser atribuída a nenhuma outra lesão. A candidíase bucal é freqüente com crianças saudáveis nos primeiros seis meses de vida e são em geral leves, regridem espontaneamente. Apontaram também que a Hipertrofia de Parótida é uma característica de distinção de infecção por HIV em crianças. Nestas as glândulas parótidas apresentam um aumento difuso de volume, sendo firmes e sem inflamação ou sensibilidade ao toque. O aumento é crônico, podendo ser uni ou bilateral, gerando às vezes xerostomia. Destacaram não haver tratamento específico. Também verificou em estudos com crianças brasileiras soropositivas que 9,8% apresentaram Hipertrofia da parótida sendo que, todas eram do sexo masculino e adquiriram o vírus por contágio vertical. Somente uma das crianças apresentou parotidite e glândula envolvida tinha sinais de infecção (febre e purulência).

Afirmaram que a estomatite herpética segue o mesmo padrão dos pacientes sem HIV. Porém no paciente HIV soropositivo as manifestações são severas, extrapolando os limites da região peribucal. Destacaram que são comuns quadros severos de febre, infartamento ganglionar, prostração e inapetência. Identificaram ainda que o aumento dos linfonodos cervicais em crianças com infecção pelo HIV é em geral uma parte da linfadenopatia generalizada. Também destacaram que a Leucoplasia pilosa é uma lesão branca que ocorre na borda lateral da língua, podendo ser vista ocasionalmente na mucosa bucal ou labial. Sua superfície pode ser lisa, corrugada ou acentuadamente rugosa e é geralmente assintomática. Definiram o Sarcoma de Kaposi como uma lesão plana ou elevada única ou múltipla, avermelhada, azulada ou cinzenta. Sua localização mais comum na boca é o palato duro, porém podem ser encontradas na gengiva, no palato mole, na língua e na mucosa bucal. Destacaram que as lesões podem ficar muito grandes, dificultando a higiene bucal. Porém ressaltaram que o Sarcoma de Kaposi em crianças é raro em países ocidentais.

BIANCHINI & MONTEIRO (1996) afirmaram que há no Brasil 183 mil crianças infectadas direta ou indiretamente pelo vírus da AIDS. Relataram que em São Paulo há 3 mil casos de crianças órfãs pela AIDS.

Segundo VIEIRA *et al.* (1996), pode-se atribuir à inflamação gengival a baixa relação de células CD4/CD8. Enquanto esta relação estiver em níveis baixos, a gengivite HIV persistirá. Afirmaram que o tratamento não reduz o quadro inflamatório gengival.

Para BERKOWITZ & FRENKEL (1996), a ocorrência de tumores associados à infecção pelo vírus HIV/AIDS é mais comum em adultos do que em crianças, a prevalência destes em adultos é de 15%. Destacaram que o Linfoma Não Hodgkin associado à AIDS, é altamente agressivo. Sugeriram que se ocorrer edema na boca de paciente infectado por HIV pode-se suspeitar de Linfoma Não-Hodgkin, necessitando de biópsia.

ALVAREZ LEITE (1996) observou baixos índices de existência de itens de controle de infecção. Segundo o autor, tanto na rede pública como a privada não há o cumprimento integral às normas de controle de infecção.

GONÇALVES (1996) verificou que os CDs com especialidade em periodontia tiveram bom nível de preocupação com o risco ocupacional. Deve-se ressaltar que os resultados

referentes ao controle de infecção obtidos por este autor são semelhantes aos obtidos na presente tese.

AANIS & MAHER (1996) definiram que a AIDS é causada pelo HIV, um retrovírus humano. Há duas formas de HIV geneticamente diferentes HIV – 1 e HIV – 2. O HIV – 1 está associado a AIDS nos EUA, Europa e África central. Já o HIV- 2 é mais comum na África ocidental. O HIV – 2 tem um menor risco de transmissão e pode levar a uma progressão mais lenta para a AIDS.

CHAM & LAM (1997) em Singapura, estudaram e quantificaram o conhecimento, crença, atitude e práticas sobre a AIDS e constatou que 95 % dos CD relataram o uso de medidas universais de proteção. Porém 3% relataram estarem seguros de como fazer o diagnóstico; 78% estavam seguros sobre as manifestações clínicas da AIDS; 60% sabiam que o teste Western Blot é confirmatório para o HIV e 30% dos profissionais já tinham realizado pelo menos um ou dois atendimentos a pacientes HIV soropositivos.

GOMES (1997) destacou que as manifestações bucais são comuns em assintomáticos e quase sempre um primeiro sinal de progressão da doença. Sugeriu o uso do exame bucal como meio para o diagnóstico precoce da doença. Ressaltou que a taxa de infecção por meio de transmissão vertical varia de 20% a 40% dos casos.

RAMOS & MARUJAN (1997) afirmaram que o CD pode solicitar testes diagnósticos, porém ressaltou que ela só se justifica como complementação de um processo de anamnese bem conduzido. Destacou que para se fazer esta solicitação é necessário que o CD tenha indícios suficientes que justifiquem submeter o paciente ao exame. Além do fato de que a solicitação do exame gera ansiedade no paciente, pois a perspectiva de soropositividade pode trazer desdobramentos psico-emocionais graves que o CD tem que estar preparado para administrar. Portanto, o CD tem que estar habilitado para lidar com estas questões ou então encaminhar o paciente para outro profissional que o faça e que tenha este preparo. Apontou que a preocupação com o fator emocional do paciente, suas reações e os possíveis danos causados pela revelação de um eventual resultado positivo, não deve ser ponderada só de ordem humana, mas principalmente devido aos desdobramentos legais.

Segundo a ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998), os CD têm a obrigação humana e profissional de atender e de tratar os pacientes infectados pelo HIV.

Segundo o organismo a classe odontológica pode, junto com outros trabalhadores de saúde, apoiar os infectados e enfermos.

RÊGO & PINHEIRO (1998) esclareceram que a Periodontite HIV em crianças e adolescentes é caracterizada por dor, sangramento gengival, necrose de tecido mole e rápida perda do suporte ósseo periodontal, resultando frequentemente em mobilidade acentuada e perda do elemento dentário. Em geral não apresenta bolsas profundas, devido à necrose gengival que acompanha a perda óssea.

SILVEIRA (1998) constatou baixo conhecimento da amostra pesquisada sobre o item controle de infecção, e insuficiente treinamento do pessoal auxiliar (THD/ACD).

COSTA *et al.* (1998) verificaram atraso na erupção dentária em 2 crianças soropositivas, uma de 15 meses de idade com dois incisivos centrais inferiores e outra de 17 meses sem dentes irrompidos clinicamente. Destacaram que neste ultimo caso constatou-se por meio de tomadas radiográficas oclusais da maxila e mandíbula a presença de todos os dentes. Também avaliaram as lesões intra e extra-bucais em crianças brasileiras infectadas pelo HIV, e verificaram na maioria das crianças com sorologia positiva, a Candidíase pseudomembranosa sendo esta a lesão mais comum e a Linfadenopatia cervical o sinal mais prevalente. Destacaram que a Queilite angular, a Hipertrofia de glândula parótida, a Candidíase eritematosa e úlceras eram observados em menos de 10% dos casos. Porém ressaltaram que cáries e outras anomalias dentais não estão relacionadas com a doença AIDS.

Para MESQUITA *et al.* (1998), o gênero *Cândida* compreende cerca de 150 espécies de fungos, sendo que destes a *C. albicans*, a *C. parapsiloses*, a *C. tropicalis*, a *C. crusei*, a *C. glabrata*, a *C. guilliermondi* e a *C. Kefyr* são os mais importantes. Ressaltaram que a queda no número de linfócitos T-CD4 e outros fatores associados contribuem para o aparecimento freqüente de candidíase, entre outras lesões bucais. A freqüência de espécies isoladas de *Cândida* aumenta com a progressão da doença e com as baixas nas taxas de linfócitos T-CD4/CD8. Para os autores o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da candidíase em pacientes infectados pelo HIV tem como objetivos prevenir a colonização de outras áreas do corpo.

De acordo com FERREIRA (1998), o CD deverá se preparar para o atendimento do paciente com AIDS ou portador do vírus HIV. Ressaltaram que o profissional não deve

discriminar o paciente, porém deve estar ciente das suas limitações, e em caso de despreparo a mais ética das ações é o encaminhamento a um serviço especializado de atendimento ao paciente soropositivo.

Segundo DISCACCIATI *et al.* (1999), o uso de equipamento de proteção individual já é uma realidade entre os CDs. Segundo os autores os resultados desta pesquisa mostraram que o uso adequado do EPI, encoraja os pacientes a continuar o tratamento mesmo sabendo que seu CD atende pacientes infectados.

De acordo com GHERSEL *et al.* (1999), com o aumento do número de mulheres contaminadas aumentou o número de crianças também portadoras, afirmando que este fato leva ao aumento do risco para a Odontopediatria. Nesse mesmo trabalho, relataram que o vírus HIV é inativado pelo glutaraldeído a 1% por 5 minutos; pelo hipoclorito de sódio a 0,5% por 5 minutos; pelo etanol (álcool) a 25% por 5 minutos; pelo calor a 56°C por 30 minutos; água oxigenada a 0,35 por 15 minutos. Destacaram que o vírus não é inativado por radiações – gama e por irradiação ultra-violeta.

RAMOS GOMEZ *et al.* (1999) esclareceram que a Linfadenopatia ocorre em geral mais tarde em 10 a 30% dos casos. Sugeriram teste anti-HIV para os casos de edema de parótida sem causa aparente. Declararam que a gengivite é a forma mais comum em crianças soropositivas e que a sua prevalência varia de 0 a 48%. Detalharam que as úlceras ocorrem em 2 a 6% dos adultos, porém são mais comuns em crianças e em geral são recorrentes. Afirmaram que segundo a OMS existem em 2 milhões de crianças infectadas pelo HIV no mundo. Estes são 7% da população de 30 milhões de infectados. Ressaltaram que a Herpes apresenta forma primária (gengivoestomatite) e secundária ou recorrente e a sua prevalência em soropositivos varia de 1,7 a 24%.

Segundo NUNES & FREIRE (1999), mais da metade dos CDs pesquisados, 58,1% não se sentiam capacitados para o atendimento a pacientes HIV soropositivos, embora 72,7% afirmaram que conheciam as manifestações bucais relacionadas a AIDS e que atenderiam este paciente se fosse informado previamente da sua condição de HIV soropositivo, demonstrando que se protegeriam mais, erroneamente, se soubessem da condição do paciente. Menos da metade, 42,3% dos pesquisados que atuam no consultório particular e 37,8% dos que atuam no serviço público relataram utilizar todos os equipamentos individuais de proteção (EPI) e a

maioria dos profissionais que atuam em consultório particular, 67,3% relatou utilizar estufa em combinação com esterilização química e entre os que atuam no serviço público a combinação estufa e autoclave foi a mais freqüente, com 27,0%.

Segundo VAN DE PERRE (1999), o aleitamento materno é considerado como capaz de transmitir o vírus HIV. O autor revelou que o contágio ocorre através do trato gastro - intestinal, sendo desta forma contra-indicado o aleitamento materno.

De acordo com TUNALA *et al.* (2000), a adesão é um processo de como lidar com as dificuldades econômicas, sociais e individuais. Destacaram os autores que a população com maior incidência é a procedente de classes sociais menos favorecidas e com baixo nível de escolaridade, também ressaltaram que as mães vivem em um ambiente com inúmeras dificuldades sociais são preponderantes, e ou, quando não existem sintomas, não justificando a necessidade de cuidados retornos, medicamentos, exames, etc.

JORDAM *et al.* (2000) destacaram que há um determinado grau de não adesão aos medicamentos, entre os indivíduos HIV. Segundo os mesmos, tal situação ocorre tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. Destacaram ainda que há, fatores que têm sido associados com a adesão ao tratamento, tais como o perfil socioeconômico, a idade, a depressão, o isolamento social: os sintomas, a gravidade, as vantagens terapêuticas; o tempo, o tipo, os efeitos colaterais, a relação médico-paciente e a confiança no serviço.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL 2000^a), AIDS é uma doença caracterizada por imunossupressão resultante de destruição de linfócitos T. Sem a eficiência do sistema imune começa a haver o surgimento de doenças tidas como oportunistas. Relataram que a primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no Brasil se deu em 1985. Deste ano a junho/2000 foram notificados 5409 casos desta forma de transmissão. Estabeleceu por meio da apostila o Controle de Infecções e a Prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas que as principais doenças infecciosas passíveis de transmissão durante o tratamento odontológico são: Sífilis, Gonorréia, Tuberculose, Difteria, sarampo, Parotidite Virótica, Rubéola, Influenza, Herpes, Varicela, Citomegalovírus. Destacou neste manual que com o objetivo de reduzir o risco de transmissão de patógenos através do sangue e fluidos corporais, criou-se as medidas de precauções – padrão. Estas são um conjunto de medidas de controle de infecção a serem adotadas. Visando reduzir o risco ocupacional e de transmissão de agentes

infecciosos nos serviços de saúde, estas geram melhoria da qualidade da assistência e redução de custos, e foram agrupadas em quatro princípios básicos; a saber: Princípio nº. 01 instituiu que os profissionais devem tomar medidas para proteger a sua saúde e de sua equipe, inclui-se aqui as imunizações às quais o profissional deve se submeter (Difteria para adultos, Rubéola, Tétano, Parotidite virótica, sarampo, Tuberculose (BCG), Tétano e Hepatite B) além da lavagem das mãos e a precaução de acidentes; Princípio nº. 02 preconizou que os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica, o que inclui uso de barreiras protetoras, compreendidas pelo EPI (equipamento de proteção individual) que se constitui em luvas e máscaras de tripla proteção, (ambas descartáveis), gorro (lavado diariamente ou descartável), protetores oculares (desinfetados a cada paciente). Quanto aos cuidados com a vestimenta é necessário jaleco de mangas compridas, colarinho fechado e de comprimento até os joelhos (lavado diariamente ou descartável). Princípio nº. 03 orienta os profissionais a limitarem a propagação de microorganismos por meios da descontaminação das superfícies e proteção das mesmas com coberturas descartáveis e impermeáveis; Planejamento dos procedimentos, Adoção de medidas de rotina que minimizem o contato com microorganismos aerolizados. Como, exemplo: citou o uso de dique de borracha, uso de sugador potente; evitar jato de água muito forte ao se lavar os instrumentos; pia de cuba funda; promover sempre descontaminação prévia da boca do paciente com bochecho de antisséptico antes do procedimento pois reduz em 50% os microorganismos, acionar as canetas de alta e baixa rotação por 30 segundos após cada paciente para se eliminar contaminação por refluxo, limpeza do filtro do sugador todos os dias; limpeza do filtro do ar condicionado toda semana; acondicionamento do material descartável em sacos de lixo rotulados como contaminados e descontaminação/desinfecção imediata de superfícies que tenham sido contaminadas por sangue e secreções, e no Princípio nº. 04 orientou que os profissionais a tornarem seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies através de: Cuidados com o instrumental; Preconizando esterilizar a todos; Cuidados com as superfícies, pois todas devem ser limpas e descontaminadas para se reduzir a contaminação cruzada no ambiente clínico; Cuidados com os moldes e modelos: Recomenda-se que os mesmos sejam sempre lavados e descontaminados antes de serem enviados ao laboratório protético e Processamento do lixo resultante da prática odontológica.

MAGALHÃES *et al.* (2000) relataram que a infecção pelo HIV em crianças tem aumentado na cidade de São Paulo. Apontaram que o primeiro caso pediátrico da doença no

Brasil ocorreu em 1983 e em 1990 ocorreram 313 casos notificados e, dez anos após (só na cidade de São Paulo), o número de crianças com AIDS era de 762. Destacaram que a via de transmissão mais freqüente (84%) e a contaminação por meio de agulhas contaminadas, seguidas pela via de transmissão sexual. Os autores também informaram que as manifestações bucais ocorrem com freqüência em crianças HIV soropositivas e que estas são importantes para o estadiamento clínico da infecção, diagnóstico e tratamento. Afirmaram que um cuidadoso exame bucal da criança infectada em intervalos regulares preservará a qualidade de vida dos pacientes. Tal situação permite um aumento de melhoria na sobrevida dos pacientes.

Segundo DHALIA *et al.* (2000), dos 190.949 casos registrados desde 1980 até junho de 2000, 6.750 casos ocorreram em crianças. Destacaram que a proporção em 1985 era de 24 homens para cada mulher e ocorreu em 1999/2000 uma redução na proporção de 2 homens para cada mulher. Afirmaram que no período de 1984-87, 21% das crianças notificadas tinham de 0-4 anos, ao passo que em 1993, 90% dos casos pediátricos estavam nesse grupo etário. Constataram que todo ano três milhões de mulheres dão à luz e estima-se que há nestes 0,4% infectadas pelo HIV.

Para VILAÇA *et al.* (2001), a infecção pelo HIV/AIDS, independente se em crianças, em adolescentes e ou em adultos, tem aumentado o número de casos, sendo hoje considerada como um problema de saúde pública mundial.

Para RUBINI (2001), manifestações bucais mais comuns em crianças com infecção pelo HIV por ordem decrescente de freqüência são a Candidíase, Gengivite, Hipertrofia de parótidas, Úlceras aftosas, estomatite herpética e Abscessos dentários. Porém ressaltou que há outras manifestações tidas como raras e incluem a Leucoplasia oral pilosa as neoplasias malignas. Também afirmou que não se pode realizar o diagnóstico laboratorial de infecção por HIV no recém-nascido por meio da sorologia anti-HIV. Tal fato segundo o autor se deve ao fato da passagem transplacentária de anticorpos maternos para o feto. Destacou que até os 18 meses de vida as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV apresentarão resultados de sorologia falso-positivos. Detalhou que o diagnóstico laboratorial para detecção de infecção por HIV em lactentes deve ser realizado pelo PCR-DNA e PCR-RNA. Afirmou que a Coordenação Nacional de DST/AIDS definiu para a vigilância epidemiológica o que será considerado caso de AIDS. De acordo com a comissão para ser considerado AIDS em crianças menores de 13 anos de idade estes devem se enquadrar em cinco critérios, a saber: Critério de confirmação por sinais, para os

que apresentem evidência laboratorial de infecção por HIV e pelo menos dois sinais maiores ou um sinal maior associado a dois sinais menores, segundo o Critério de classificação de Sinais indicativos de AIDS estabelecido pelo Ministério da Saúde; Critério CDC modificado deve apresentar a evidência laboratorial acima descrita de infecção pelo HIV e pelo menos uma doença indicativa de AIDS; Critério CD4 deve apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV, cuja contagem de Linfócitos T-CD4 for menor do que o esperado para a idade (menor que 25% do total), desta forma, crianças menores de 12 meses devem apresentar contagem de T-CD4 menor de 1500 células por crianças de 1 a 5 anos devem apresentar contagem de T-CD4 menor que 1000 células por mm^3 ; crianças de 6 a 12 anos devem apresentar contagem de T-CD4 menor que 500 células por mm^3 e Critério Excepcional HIV + Óbito; onde haja evidência laboratorial de infecção por HIV e sinais e/ou sintomas relacionados a AIDS que evolua para óbito, por causas não externas, que não possa ser enquadrada em nenhum dos demais critérios de definição de caso de AIDS vigentes; Critério Excepcional Óbito, no qual a Declaração de Óbito conste o termo AIDS em algum de seus campos de preenchimento e que, após investigação epidemiológica, não possa ser enquadrada em nenhum dos demais critérios de definição de casos de AIDS vigentes.

VALENTIM (2001) afirmou que para o diagnóstico da Candidíase pseudomembranosa deve-se raspar a área afetada com uma espátula e em seguida realizar o exame do leito mucoso que em geral se apresentará avermelhado.

Para CORREA (2001), a justificativa para o aumento do número de cáries em crianças HIV soropositivas brasileiras é explicado pela alta concentração de sacarose nos medicamentos antiretrovirais e pela xerostomia causada pelos mesmos. Destacou ainda que as mães tentam compensar a carência afetiva das crianças com doces e balas.

SOUZA *et al.* (2001) avaliaram a prevalência de cárie em 50 crianças com idade entre 2 e 12 anos infectadas pelo HIV, com um grupo controle de 100 crianças sem evidência de imunossupressão). Constataram que houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de ceo e CPO-D, respectivamente, foram 5,29 e 2,36 para crianças HIV soropositivas e 2,59 e 0,74 para crianças do grupo controle sem evidência de imunossupressão.

RADICCHI (2001) afirmou que o CD está exposto ao risco de acidente ocupacional ao longo do exercício de sua profissão. Destacou que a responsabilidade do CD é clara em

relação ao diagnóstico precoce da doença, já que este propicia instituição de tratamento que aumenta a sobrevida e melhora a morbidade, além de diminuir os custos do tratamento. Ressaltou, que quando não se realiza o diagnóstico, o dano subsequente ameaça a integridade material e moral do paciente, causando-lhe sérios transtornos. A existência de dano de qualquer ordem configura motivo para ação ética, administrativa, civil e penal contra o profissional. Informou que obteve um retorno de questionários na ordem de 29,3%. Segundo o autor 32,51% dos CDs pesquisados por ele, concordaram com a idéia do teste compulsório para o paciente e 47,26% concordaram que o CD soropositivo não é obrigado a revelar sua condição sorológica ao paciente. Porém 60,83% não concordaram com a realização do teste compulsório, sem o conhecimento do paciente e 41,94% não souberam responder se o CD deveria ou não continuar trabalhando em sua atividade com a não obrigação de revelar a sua condição sorológica.

WHO (2001) destacou que a situação de não adesão pode ser proporcionada por vários fatores. Estes podem atuar em conjunto ou sozinho. Deve se apontar que a falta de disponibilidade de medicamentos na rede de saúde, o tipo de doença, falta de apoio psicológico; uso de psicoativos; distúrbios mentais; deficiência mental, a falta de interesse e conhecimento por parte do médico, escolaridade inferior a 4 anos de estudos, ausência de renda pessoal ou perda do emprego, a falta de vínculos afetivos, distância entre moradias e Unidade de saúde, falta de clareza quanto à rotina de atendimento no serviço de saúde, desconhecimento das condições básicas de fluxo na unidade de atendimento, inflexibilidade no agendamento de horários para consultas e exame e um início do tratamento mal conduzido pelo profissional de saúde.

TOOSSI *et al.* (2001) estimaram que haja 2 bilhões de pessoas (1/3 da população mundial), contaminada com o *Mycobacterium tuberculosis* ou outras espécies de *Mycobacterium*. Estimaram que 3 milhões de pessoas morram anualmente por complicações da doença em todo o mundo. A cada ano registra-se oito milhões de novos casos sendo 95% em países em desenvolvimento. Há uma estimativa que aproximadamente 15 milhões de pessoas com TB no mundo possuam AIDS.

FLAITZ *et al.* (2001) observaram um atraso de irrupção de 43% em crianças sintomáticas com idade de 6 e 12 anos de idade de ambos os sexo.

MAGALHÃES *et al.* (2001) avaliaram crianças portadoras do HIV e verificaram

hipoplasia de esmalte em 9 crianças brasileiras entre 2 e 13 anos de idade.

FERNANDES *et al.* (2002) estudaram o desenvolvimento dentário de crianças brasileiras infectadas verticalmente pelo HIV e não encontraram relação entre a infecção pelo vírus e anomalias de forma, número, tamanho, posição e estrutura na dentição permanente quando comparadas a um grupo de crianças sem a infecção.

WEIDEN (2002) afirmou que a baixa adesão pode piorar o curso da AIDS. Se isto ocorrer o paciente aumentará o risco do chamado “efeito rebote” (intoxicações), recaídas e sintomas de abstinência, além é claro, de ocorrer efeitos adversos quando a medicação é interrompida abruptamente, de modo parcial ou total.

Manual de condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico (BRASIL, 2002b), estabeleceu que o risco de se adquirir HIV é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea; e de 0,09% após uma exposição mucocutânea e situações de exposição a sangue. Ressaltou que com outros materiais biológicos o risco é menor e ainda indefinido. Já o risco de transmissão após exposição da pele íntegra a sangue infectado por HIV é menor do que o risco após exposição mucocutânea. Definiu que quando o CD sofrer um acidente ocupacional deve promover a lavagem das mãos com água e sabão e aplicação de degermantes; fazer teste para detecção do HIV imediatamente após o acidente. Para comprovação legal este deve ser repetido após 6 semanas, 12 semanas e após 6 meses; o profissional acidentado deverá ser acompanhado por doze meses, com especial atenção para as manifestações primárias que podem ocorrer de 3 a 4 semanas após o contágio. A instituição de terapia profilática depende da avaliação do acidente, do status sorológico do paciente, de condições imunológicas do acidentado.

GUERRA (2002) estudou os motivos que levam à recusa do atendimento do paciente HIV e as principais deficiências técnicas e dificuldades éticas e comportamentais. Para tanto foram distribuídos para 1040 profissionais, escolhidos por amostragem casual simples em redes pública e privada de assistência odontológica das cidades de Amparo e Campinas, questionário com questões de múltipla escolha. Para a análise estatística dos resultados foram empregados os testes de Qui - Quadrado (χ^2). Exato de Fisher e Razão de Máxima Verossimilhança (G2) e foi adotado nível de significância de 5%. Verificaram que 85,63% dos CDs entrevistados se dispõem a atender crianças HIV soro positivas. Porém (79,73%) dos pesquisados está desinformada quanto à diferença de prevalência de manifestações bucais da

AIDS entre adultos e crianças além de não estar consciente sobre sua responsabilidade (72,98%) em relação ao diagnóstico precoce da doença. Constatou que a maioria dos CDs pesquisados não se dispõem a atender HIV soropositivos, porque não se sentem capazes para tal atendimento. Destacou ainda, que grande parte dos entrevistados (66,66%) não possui formulário acessível para notificação de acidente de trabalho em seu local de atuação. Concluíram que o CD que atua no serviço público está mais disposto a atender crianças HIV soropositivas e que há necessidade de maior familiarização dos mesmos com os aspectos éticos e legais relacionados com a infecção, risco ocupacional e semiologia relativos à doença. Sugeriu uma reflexão aprofundada em relação à reestruturação das disciplinas de patologia e de odontologia legal nas faculdades. Concluiu que a maioria dos participantes da pesquisa apresenta deficiência de conhecimento técnico sobre a doença e 68,22% demonstrou deficiência de conhecimento ético-legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças.

Em relatório de 2003, estimou-se 25 a 30% das crianças nascidas de mães portadoras do HIV adquirem o vírus no período gestacional e perinatal. Ressaltou que seguindo-se as recomendações existentes para profilaxia da transmissão vertical do HIV ocorreu redução das taxas de transmissão para menos de 1% (BRASIL, 2003b).

Para CRUMP & RELLER (2003), a disseminação da tuberculose se torna mais fácil se houver condições predisponentes tais como: a infecção pelo HIV, a terapia imunossupressora, o alcoolismo, o diabetes mellitus e as desordens hematológicas, dentre outros.

SONG *et al.* (2003) estudaram 559 casos de Tuberculose/AIDS com morbidade no período de 1989 a 1997 do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e verificaram que a transmissão heterossexual foi a principal forma de contágio (38,9%) do HIV, seguido pelo uso de drogas injetáveis (29,3%), contato homossexual e bissexual (23,2%), transfusão sanguínea (5%) e transmissão vertical (3,6%). Constataram que a relação homem/mulher foi de 3.1, e a faixa etária mais envolvida foi a de 20 a 39 anos com baixa escolaridade.

Segundo PONGSIRIWET *et al.* (2003), a candidose oral aparece freqüentemente associada à infecção. Porém há outras manifestações orais, tais como o aumento das glândulas parótidas, ulcerações aftosas recorrentes, eritema gengival linear, periodontite ulcerativa necrozante, infecções pelo Herpes Simples Vírus, leucoplasia pilosa e condiloma acuminado

oral que pode surgir. Ressaltaram que as lesões apresentam-se variadas nas diferentes populações em função da possibilidade de acesso a cuidados Médicos e odontológicos, medicação e nutrição.

GRANDO *et al.* (2003) constataram que o desenvolvimento de doenças bucais em crianças brasileiras e americanas está associado ao aparecimento das lesões e condições sócio-econômicas e culturais, renda familiar, acesso a informações referentes a aids e aderência ao tratamento.

BRASIL (2003) destacou que a escolha da terapêutica deve ser considerada com cuidado, e o acompanhamento clínico e laboratorial deve ser criterioso. Os esquemas terapêuticos recomendados variam de paciente para paciente, iniciando-se sempre com terapia dupla que poderá ser modificada posteriormente a qualquer idade da criança. Os medicamentos disponíveis são os mesmos que para indivíduos adultos exceção aos inibidores de fusão, porém em forma de xaropes. No quadro 2 encontram-se as drogas que podem ser utilizadas na infecção pelo HIV em crianças aprovadas pelo FDA bem como a classe a que pertencem.

Nome genérico	Nome genérico	Classe
Zidovudina – AZT	Retrovir	ITRN
Didanisia – ddI	Videx	ITRN
Zalcitabina – ddC	Hivid	ITRN
Estavudina – d4T	Zerit	ITRN
Lamivudina – 3 TC	Epivir	ITRN
Saquinavir – SQV	Invirase	IP
Ritonavir – RTV	Norvir	IP
Indinavir – IDV	Crixivan	IP
Nevirapina – NVP	Viramune	ITRNN
Nelfinavir – NFV	Viracept	ITRNN
Zidovudina + Lamivudina	Biovir	ITRN
Abacavir – ABC	Ziagen	ITRN
Lopinavir+Ritonavir – LPV/r	Kaletra	IP

Quadro 2 – Anti retrovirais aprovados pelo FDA para o tratamento do HIV em crianças menores de 13 anos de idade

FONTE: BRASIL, 2003.

RACHID & SCHECHTER (2003) afirmaram que as formas de contágio pelo HIV são as relações sexuais desprotegidas, transfusão de sangue, transmissão da mãe para o feto (transmissão vertical). Relataram que há um período de tempo em que o vírus não se manifesta, em que os testes anti-HIV são negativos e apresentam resultado positivo somente em torno de 4 a 12 semanas após a infecção (95% dos pacientes realizam a soro conversão cerca de seis meses

após a transmissão). Destacaram que uma pessoa adulta infectada pode ficar assintomática por dez anos ou mais. Para alguns indivíduos a progressão da doença ocorre mais rapidamente que outros. Tal fato dependerá das características do vírus e do hospedeiro. As características do vírus incluem tipo e subtipo: HIV-1 e seus subtipos. Já as características do hospedeiro que podem causar progressão mais rápida incluem idade inferior a 5 anos ou superior a 40, infecções concomitantes e fatores genéticos.

De acordo com o (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003), aconselhamento é o processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação, este pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, Educadores, Sociólogos, Psicólogos, CDs, entre outros.

LEITE & VASCONCELOS (2003) afirmaram que deve ser entendido como adesão ao tratamento a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento, e se este tem sido usado como prescrito. De acordo com o autor a aceitação da doença, a situação sócio – cultural e emocional no qual o diagnóstico foi realizado e apresentado interferem diretamente para uma não adesão, esta pode se dar pelo não cumprimento das prescrições com falta e/ou overdose de medicamentos.

LOPES (2003) constatou maior dificuldade no aconselhamento de mulheres negras do que entre as não negras. Segundo a mesma as mulheres negras estudadas afirmaram ter mais dificuldade de falar com os profissionais de saúde sobre sua vida sexual após o diagnóstico de vírus HIV do que as não negras.

HSIAO *et al.* 2004 avaliaram soropositivos recém – diagnosticados de Taiwan visando compreender como as intervenções de aconselhamento afetam a qualidade de vida das pessoas. Para tanto realizou-se entrevistas em três etapas ao longo de 45 dias. Constataram que as técnicas de aconselhamento por etapas foram efetivas para ajudar esta população a se adaptar ao estresse (emocional, social, físico e ambiental) associado à nova condição soro positiva diagnosticada. Informaram que o aconselhamento por etapas deve ser implementado em hospitais e clínicas que atendem aos pacientes Taiwaneses, buscando desenvolver alterações de

hábitos e controlar a disseminação do HIV.

ADÃO (2004), informou que os pacientes, ao receber o diagnóstico de HIV + entram em estresse pós- traumático. De acordo com o autor a aceitação da doença, a situação sócio cultural e emocional na qual o diagnóstico foi realizado e apresentado interferem diretamente para uma não adesão.

ROJO CONEJO *et al.* (2004) avaliaram a prevalência de alterações na densidade mineral óssea de 50 crianças portadoras do HIV que estão utilizando terapia anti – retroviral combinada. Verificaram que em 40% das crianças havia diminuição na mineralização óssea.

Segundo SOARES *et al.* (2004), o uso de uma efetiva terapia antiretroviral, diminui a frequência das manifestações oro faciais. Tal fato tornou-se mais nítido após a inclusão de drogas inibidoras de protease no tratamento.

RANGEL (2004) analisou histologicamente 10 casos de micobacteriose parotídea em pacientes autopsiados com AIDS em fase avançada e, o padrão da resposta inflamatória através de reações imunohistoquímicas. Para tanto realizou técnicas para detecção do gênero *Mycobacterium*: coloração de Ziehl – Neelsen, imunohistoquímica para BCG e PCR para ampliação de pequena região de um gene responsável por uma proteína conservada no gênero *Mycobacterium*. Destaca-se que as espécies de *Mycobacterium* foram caracterizadas a partir de material parafinado, sendo o “complexo *M. tuberculosis*” identificado através da PCR e LCR e o *Mycobacterium avium* através da PCR. Encontrou-se dois padrões histopatológicos na micobactriose paratídea: o padrão de granulomas mal formados (8 casos) e o padrão macrofágico difuso (2 casos). Constatou-se uma maior prevalência de macrófagos seguidos por linfócitos T-CD8, linfócitos T e linfócitos CD4. As técnicas utilizadas para detecção do gênero *Mycobacterium* apresentaram a mesma sensibilidade, sendo positivas para os 10 casos. A detecção do “complexo *M. tuberculosis*” pela LCR foi positiva em 5 dos 10 casos e a PCR em 8 casos. Já a infecção pelo *Mycobacterium avium* foi observada em apenas 1 caso, no qual também foi detectada co-infecção do “complexo *M. tuberculosis*” e mostrou ser um método diagnóstico eficiente para identificar espécies de *Mycobacterium* em casos de micobacteriose parotídea emblocados em parafina.

De acordo com o BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS e DST (2004), a principal categoria de transmissão entre os homens é a relação sexual correspondendo a 58% dos casos de

AIDS, e com maior prevalência nas relações heterossexuais (25%). Já para as mulheres, a transmissão do HIV ocorre, pela via sexual (86% dos casos).

CAYABYAB *et al.* (2004) destacaram que a infecção pelo HIV é caracterizada por uma imunossupressão profunda, afetando a imunidade celular, devido a uma perda acentuada de células T-CD4 e comprometimento da função das células T auxiliares sobreviventes. Afirmaram que a molécula CD4 é um receptor de alta afinidade para o HIV, tal fato ocorre porque a glicoproteína gp 120 presente na membrana do HIV tem afinidade pelas moléculas CD4 + dos linfócitos. Ressaltaram ainda que a glicoproteína gp 41 auxilia no processo de fusão do vírus com a membrana celular das células T ou macrófagos alvo. Fim do processo de fusão, o genoma do HIV entra no citoplasma celular, sofre transcrição reversa, formando o cDNA (DNA pró-viral).

Segundo estimativas oficiais 50% das pessoas infectadas pelo HIV no mundo são do sexo feminino. No Brasil de 1980 a 2004 dos 362.364 casos notificados 101.401 ocorreram em mulheres acima de 20 anos de idade (BRASIL, 2004^a). De acordo com o mesmo relatório estas diferenças podem ser resumida no quadro 3, conforme o que segue:

Categoria Clínica	Doenças, sinais ou sintomas
N=assintomática A= sinais e/ou sintomas Leves	Ausência de sinais ou sintomas relacionados à infecção Linfadenopatia (aumento uni ou bilateral das parótidas por mais de 2 semanas). Dermatites persistentes Esplenomegalia, hepatomegalia, Linfadenopatia Infecções persistentes ou recorrentes das vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).
B= sinais e/ou sintomas moderados	Anemia por mais de 30 dias Candidose oral por mais de 2 meses em maiores de 6 meses de idade Diarréia recorrente ou crônica Febre persistente e com duração – 1 mês Gengivo-estomatite herpética recorrente com mais de 2 episódios em 1 ano Hepatite Herpes zoster em pelo menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo acometido Infecção por citomegalovírus iniciada antes de 1 mês de idade Leiomiossarcoma, Miocardiopatia, Nefropatia Neutropenia por mais de 30 dias Nocardiose Pneumonia linfóide intersticial Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade Trombocitopenia por mais de 30 dias Tuberculose pulmonar, Varicela disseminada
C= sinais e/ou sintomas Graves	Infecções bacterianas graves e recorrentes; sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos de órgãos internos Isosporidiose intestinal crônica por período superior a 1 mês Leucoencefalopatia multifocal progressiva Linfoma não – Hodgkin de células, Linfoma primário do cérebro Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> Micobacteriose disseminada em órgão outro que não o pulmão Spsse recorrente por bactérias do gênero <i>Salmonella</i> (não tifóide) Síndrome de Emaciação: perda de peso involuntária e persistente superior a 10% do peso habitual ou alterações na curva de crescimento ou astenia crônica acompanhada por febre com duração superior a 1 mês Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de vida

Quadro 3. Critérios Clínicos da classificação da AIDS Pediátrica proposto pelo CDC

Fonte: BRASIL, 2004.

Com a entrada do genoma do HIV nas células T e macrófagos alvo, o sistema imunológico é progressivamente deteriorado permitindo o desenvolvimento de doenças oportunistas, que pode culminar na morte do paciente (COTRAN *et al.* 2004).

Segundo o último BOLETIM EPIMIOLÓGICO da UNAIDS (2005), o número de mulheres entre 15 e 49 anos infectados pelo HIV, representa quase 57% dos adultos que vivem co HIV na África Sub – Saária e 77 % de todas as mulheres com HIV no mundo. A AIDS é hoje a quarta causa de morte no mundo de um total de 40,3 milhões de pessoas infectada, 38 milhões correspondem a adultos de 2,3 milhões e crianças menores de 15 anos. No ano de 2005 ocorreram 4,9 milhões de novas infecções e destas 700.00 corresponderam a crianças até 15 anos. Foram registradas aproximadamente 3,1 milhões de mortes em 2005. Cerca de 1/3 das pessoas que vivem com HIV/AIDS encontram-se na faixa etária entre 15 e 24 anos. O número de casos registrados até junho de 2005 foi de 372 mil casos, atingindo 19,2 casos por 100 mil

habitantes e um aumento da taxa de incidência entre as mulheres neste mesmo ano, (14,1 casos por 100 mil mulheres).

Segundo GOLDEN & VIKRAM (2005), a tuberculose é uma doença bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* dentre outros. A transmissão ocorre pelo ar meio de perdigotos, espirro ou tosse de indivíduos com tuberculose pulmonar. A transmissão geralmente ocorre em locais fechados escuros e sem ventilação. O risco de se infectar depende do tempo de exposição e da susceptibilidade do mesmo. Já o desenvolvimento da doença, dependerá do estresse físico e emocional, subnutrição, e principalmente co-infecções associadas ao HIV. A infecção poderá evoluir, devido a uma reativação ou re-infecção, para complicações pulmonares, pleurais e à tuberculose extra-pulmonar que afeta principalmente linfonodos, cervicais, SNC, pericárdio, estômago e intestino.

O Brasil ocupa o 14 ° lugar entre os países com alta incidência de tuberculose. O Ministério da saúde estima em 50 milhões de infectados, com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos anuais (KLAUTAU & KUSCHNAROFF 2005).

Segundo Lima & Malta (2005), para se obter adesão ao tratamento deve haver acesso ao medicamento, compreender o tratamento e o serviço de assistência (estrutura, rotina, horários, acesso aos profissionais). Além é claro de uma abordagem cuidadosa do profissional de saúde no diagnóstico e prescrição.

Para SULEIMAN (2005), o significado do termo adesão no contexto da AIDS, é de 100% ou seja tomar o que foi prescrito, zerar carga do agente infeccioso, curar quando possível, minimizar as cargas quando não houver cura conhecida.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005), informou que a aids no Brasil apresenta incidência de 19,2 casos por 100 mil habitantes e mortalidade estabilizada em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998. Destacou que está ocorrendo a feminização da doença AIDS, pois em 1986, apenas 5% dos casos notificados eram do sexo feminino. Porém em 2005, são 15 casos por 100 mil mulheres, com crescimento persistente em todas as faixas etárias, exceto 13-24, pois esta faixa permanece estável. De uma proporção de 28 homens para uma mulher infectada em 1985, em 2005, a proporção era de um homem para uma mulher infectada (para 15 casos masculinos existem 10 casos femininos). Destaca-se um aumento significativo dos casos dentro da subcategoria heterossexual. Esta apresentava menos de 5% dos casos notificados e passou a

ser a principal subcategoria de exposição em crescimento: homens e mulheres heterossexuais monogâmicos e em relações estáveis. Interiorização da doença em 2004, 74,9% dos municípios brasileiros já apresentaram pelo menos um caso de aids notificado e aumento de registro de pacientes com menor grau de escolaridade. Em 1995, constatou-se que 31% dos casos eram desse grupo, (69% eram analfabetos ou tinham feito o ensino fundamental).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) instituiu a lei 9313/96 que garantiu o acesso universal e gratuito aos medicamentos para aids no Brasil. Passou a ser responsabilidade do Governo a disponibilização do tratamento mais adequado aos pacientes infectados pelo HIV, dentro de parâmetros técnicos e científicos definidos pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST e AIDS. O uso dos “coquetéis” reduziu em mais de 50% as mortes por aids no país; provocou um impacto mínimo na previdência social (apenas 0,1%) e evitou mais de 234 mil internações por doenças oportunistas no período 97/2000, o que corresponde a uma economia de 677 milhões de dólares. Tal valor é o dobro do gasto anual que o governo brasileiro tem com a compra e a produção dos anti-retrovirais.

De acordo com LEITE (2006), o Brasil apresenta 317.827 casos notificados de AIDS de acordo com o Ministério da Saúde em 2005, e cerca de 170.000 pessoas em tratamento anti-retroviral. Constatou-se 85.000 novos casos de tuberculose em 2005 e cerca de 6.000 mortes. A aids contribuiu para o avanço da tuberculose, pois 25% dos soropositivos desenvolvem a doença. Afirmou o autor que uma das dificuldades verificada junto ao tratamento de aids e tuberculose é o alto índice de abandono antes do prazo. Melhoras nos sintomas, excesso de efeitos colaterais, dentre outros fatores, contribuem para uma baixa adesão ao tratamento completo. Ressaltou que para se evitar o abandono, é preciso um acompanhamento do poder público, com equipes preparadas para orientar o paciente. A taxa média de adesão verificada em estudos sobre doenças crônicas tem se situado no patamar de 50% para todos os tipos de tratamento.

AGGLETON (2006) realizou uma pesquisa no reino Unido em 2004 e constatou que homens que haviam se infectado recentemente nem sempre esperaram se tornar HIV positivo, apesar de praticarem formas de sexo inseguros e conhecidos pelos mesmos. De acordo com o estudo os homens acreditavam que eram imunes ao HIV, tendo em vista os inúmeros resultados negativos de sorologias para os teste para HIV anteriormente realizados.

3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivos:

- a) avaliar o grau de conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas do serviço público de atendimento odontológico do estado de Mato Grosso, Brasil sobre o conhecimento destes quanto ao protocolo de atendimento e sobre o protocolo de risco de contaminação;
- b) apontar quais documentos devem ser priorizados quando do atendimento do paciente infectado;
- c) discutir a possibilidade do CD contaminado pelo HIV vir a tratar pacientes não contaminados;
- d) discutir os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Para a presente pesquisa foram elaborados questionários com questões estruturadas e abertas (vide anexo). Tais questionários foram enviados aos CDs que trabalham nos municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso por meio de carta acompanhados de envelopes selados que permitiram o respectivo retorno aos pesquisadores.

O questionário foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FOP/Unicamp). Não houve identificação dos profissionais voluntários da pesquisa para resguardar o sigilo sobre sua identidade e das respostas dadas.

Foi enviado aos participantes junto como o questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constaram todas as informações referentes à pesquisa com a devida autorização do entrevistado dando o consentimento em participar da pesquisa.

Logo após a coleta, os resultados foram avaliados por meio de tabelas e gráficos de distribuição de frequências. Foi, ainda, realizada a associação entre o perfil do Cirurgião Dentista e o conhecimento sobre HIV. Para avaliar as associações foi utilizado o teste de Qui-quadrado e quando alguma das frequências era menor do que 5, o teste de Exato de Fisher. Para todos os testes foi usado o nível de significância de 5%.

4.1 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada junto aos 800 CDs que trabalham nos 14 municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juína, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Água Boa, Cuiabá, Alta Floresta, Peixoto de Azevedo, Juara e Pontes e Lacerda). Uma vez coletados os dados, os mesmos foram compilados e analisados junto ao Programa de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia, Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (FOP/Unicamp).

5. RESULTADOS

A) Perfil dos Cirurgiões Dentistas entrevistados

A amostra foi composta por 218 Cirurgiões dentistas, sendo 129 (59,2 %) do gênero feminino e 89 (40,8%) do gênero masculino. Em média o tempo de exercício profissional da amostra é de 9,4 anos, com mínimo de 1 ano, máximo de 30 anos e desvio padrão de 7,8 anos.

Quanto a formação, 50 (22,9%) formaram-se em Escolas públicas e 168 (77,1%) em escolas particulares.

Quanto a ter feito pós-graduação verificou-se que 59,2% tem especialização conforme a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo a Pós-graduação.

Pós-graduação	Frequência	%
Não fez	82	37,6
Especialização	129	59,2
Mestrado	5	0,9
Doutorado	2	2,3
Total	218	100,0

Quanto ao local de trabalho pode-se observar que 53,7% trabalham na rede pública e possuem clínica própria conforme a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das respostas quanto ao local de trabalho.

Local	Frequência	%
Rede pública	37	17,0
Rede pública e clínica própria	117	53,7
Rede pública, clínica própria e clinica particular como empregado	8	3,7
Rede pública, clínica própria e clinica particular como empregador	1	0,4
Rede pública e clinica particular como empregado	23	10,5
clínica particular própria	25	11,5
clinica particular como empregador	7	3,2
Total	218	100,0

Quando questionados sobre treinamentos em medidas universais de controle de infecção no local de trabalho, para trabalhadores do serviço público, observou-se que 56,8% afirmaram não ter participado do treinamento, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das respostas quanto à participação de algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no local de trabalho, para trabalhadores do serviço público.

Participação de treinamento	Frequência	%
Sim, nos últimos 5 anos	28	14,7
Sim, nos últimos 2 anos	54	28,4
Não	108	56,8
Total	190	100,0

Na tabela 4 são apresentadas as respostas sobre a participação em algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no local de trabalho, para trabalhadores do serviço privado e verifica-se que 43,6% não participaram.

Tabela 4. Distribuição das respostas quanto à participação de algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no local de trabalho, para trabalhadores do serviço privado.

Participação de treinamento	Frequência	%
Sim, nos últimos 5 anos	32	16,4
Sim, nos últimos 2 anos	78	40,0
Não	85	43,6
Total	195	100,0

Quanto a participação dos pesquisados em Congressos ou Cursos de Ética e/ou Biossegurança observou-se que 41,7% participaram nos últimos dois anos, conforme tabela 5.

Tabela 5. Distribuição de respostas quanto à participação de algum Congresso ou Curso de Ética e/ou Biossegurança.

Participação de congresso	Frequência	%
Sim, nos últimos 5 anos	70	32,1
Sim, nos últimos 2 anos	91	41,7
Não	57	26,1
Total	218	100,0

Na tabela 6 é apresentada a distribuição das respostas quanto ao CD trabalhar com THD e ACD, verificou-se que 84,9% trabalham com estas auxiliares.

Tabela 6. Distribuição de respostas quanto ao trabalho com THD/ACD.

Trabalha com THD/ACD	Frequência	%
Não	33	15,1
Sim	185	84,9
Total	218	100,0

Questionou-se o CD se este já atendeu pacientes com HIV + e verificou-se que 56,9% alegam não ter atendido conforme tabela 7.

Tabela 7. Distribuição de respostas quanto ao atendimento de paciente reconhecido com HIV+.

Atendimento	Frequência	%
Não	124	56.9
Apenas 1	33	15.1
No máximo 5	49	22.5
Trabalha em local de atendimento específico para pacientes HIV+	6	2.8
Não Respondeu	6	2.8
Total	218	100.0

B) Respostas às questões de Conhecimento específico

Nas tabelas 8 a 15 são apresentadas as respostas às questões de conhecimento específico.

Quando se questionou o CD se este conhecia os exames necessários para o diagnóstico do HIV, verificou-se que 38,1% afirmaram não saber e 13,8% erraram a resposta, conforme tabela 8.

Tabela 8. Distribuição de respostas quanto as respostas a questão 11.

Resposta	Frequência	%
Sim	105	48.2
Não	30	13.8
Não Sei	83	38.1
Total	218	100

Quando se questionou o CD se este conhecia os marcadores de prognóstico para AIDS, verificou-se que 10,55% afirmaram não saber e 17,89% erraram a resposta, conforme tabela 9.

Tabela 9. Distribuição de respostas quanto questão 12

Resposta	Frequência	%
Sim	156	71.56
Não	39	17.89
Não Sei	23	10.55
Total	218	100.00

Quanto se questionou o CD se este sabia que a queilite angular é uma forma de manifestação de Cândida em pacientes HIV, verificou-se que 27,06% afirmaram não saber e 35,78% erraram a resposta conforme tabela 10.

Tabela 10. Distribuição de respostas quanto questão 13

Resposta	Frequência	%
Sim	81	37.16
Não	78	35.78
Não Sei	59	27.06
Total	218	100.00

Quanto se questionou o CD se este sabia que o eritema linear gengival é manifestação periodontal comum no HIV + verificou-se que 32,36% alegaram não saber e 22,58% erraram a resposta, conforme tabela 11.

Tabela 11. Distribuição de respostas quanto questão 14

Resposta	Frequência	%
Sim	98	45.16
Não	49	22.58
Não Sei	70	32.26
Total	217	100.00

Quanto se questionou o CD se o aumento de carie é manifestação da AIDS, verificou-se que a maioria acertou 72,94%, pois assinalaram o não, conforme tabela 12.

Tabela 12. Distribuição de respostas quanto questão 15

Resposta	Frequência	%
Sim	30	13.76
Não	159	72.94
Não Sei	29	13.30
Total	218	100.00

Quanto se questionou o CD se a notificação compulsória para o HIV é obrigatória e independe da vontade do paciente, verificou-se que 59,45% afirmaram que sim, acertando à questão, conforme tabela 13.

Tabela 13. Distribuição de respostas quanto questão 16

Resposta	Frequência	%
Sim	129	59.45
Não	37	17.05
Não Sei	51	23.50
Total	217	100.00

Quanto se questionou o CD se este ao pedir o exame para HIV de um paciente sem consentimento e ao receber o resultado guarda-o para si, em seu consultório se esta situação seria considerada correta, verificou-se que 60,83% responderam afirmando que tal atitude não é correta, conforme tabela 14.

Tabela 14. Distribuição de respostas quanto questão 17

Resposta	Frequência	%
Sim	48	22.12
Não	132	60.83
Não Sei	36	16.59
Não Responde	1	0.46
Total	217	100

Quanto se questionou o CD se este poderia pedir exame para HIV, verificou-se que 75,69% afirmaram que sim, respondendo corretamente, conforme tabela 15.

Tabela 15. Distribuição de respostas quanto questão 18

Resposta	Frequência	%
Sim	165	75.69
Não	12	5.50
Não Sei	41	18.81
Total	218	100.00

Quanto à utilização de duas pias no consultório, verificou-se que há duas pias nos consultórios particulares de 56,7%, conforme tabela 16.

Tabela 16. Utilização de duas pias no consultório

Serviço	Utilização de duas pias	
	Sim	Não
Público	94(50%)	94(50%)
Particular	102(56,7%)	78(43,3%)

Quanto à utilização de estufa com jogos instrumentais suficientes no consultório, verificou-se que tal situação existe para 79,7% dos consultórios particulares, conforme tabela 17.

Tabela 17. Utilização de estufa com jogos instrumentais suficientes no consultório

Serviço	Utilização de estufa	
	Sim	Não
Público	116(63,4%)	67(36,6%)
Particular	141(79,7%)	36(20,3%)

Quanto à existência de autoclave no consultório, verificou-se que 79,3% dos consultórios públicos as possuem, conforme tabela 18.

Tabela 18. Existência de autoclave no consultório

Serviço	Existência de autoclave	
	Sim	Não
Público	149(79,3%)	39(20,7%)
Particular	112(62,9%)	66(37,1%)

Quanto à existência de piso liso sem ranhuras no consultório, observou-se que 66,1% dos consultórios particulares apresentam esta característica conforme tabela 19.

Tabela 19. Existência de piso liso sem ranhuras no consultório

Serviço	Existência de piso liso sem ranhuras	
	Sim	Não
Público	94(50,0%)	94(50,0%)
Particular	119(66,1%)	61(33,9%)

Quanto à existência de paredes pintadas com tinta lavável no consultório, verificou-se que 70,6% dos consultórios particulares possuem esta condição conforme tabela 20.

Tabela 20. Existência de paredes pintadas com tinta lavável no consultório

Serviço	Existência de paredes pintadas com tinta lavável	
	Sim	Não
Público	116(61,7%)	72(38,3%)
Particular	127(70,6%)	53(29,4%)

Quando se questionou o CD se o mesmo deveria fazer constar no lixo a frase contaminado pelo HIV, verificou-se que 69,72% acertaram a questão dizendo que não, conforme tabela 21.

Tabela 21. Distribuição de respostas quanto questão 21

Resposta	Frequência	%
Sim	24	11.01
Não	152	69.72
Não Sei	42	19.27
Total	218	100.00

Quando se questionou o CD se o mesmo deveria colocar em local de destaque a indicação de paciente com HIV+, verificou-se que 49,08% acertaram a questão respondendo que não, conforme tabela 22.

Tabela 22. Distribuição de respostas quanto questão 22

Resposta	Frequência	%
Sim	64	29.36
Não	107	49.08
Não Sei	47	21.56
Total	218	100.00

A questão de nº 23 não apresenta resposta viável, portanto a mesma não foi utilizada neste trabalho, sendo eliminada.

Quando se questionou o CD se a interpretação errada dos exames laboratoriais se configurava erro profissional, verificou-se que 70,64% afirmaram que sim, acertando a questão conforme tabela 23.

Tabela 23. Distribuição de respostas quanto questão 24

Resposta	Frequência	%
Sim	154	70.64
Não	16	7.34
Não Sei	48	22.02
Total	218	100.00

C) Associação entre o perfil do Cirurgião Dentista e o conhecimento específico.

C1) Associação com o gênero do profissional

Quando se associou o gênero dos CDs com as questões do questionário proposto, verificou-se associação significativa quanto a ter ou não realizado atendimento a HIV +, conforme tabela 24.

Tabela 24. Atendimento a pacientes HIV+ em função do gênero do profissional.

Já atendeu paciente com HIV+	Gênero	
	Feminino	Masculino
Não	86(66,67%)	38(45,78%)
Apenas 1	22(17,05%)	11(13,25%)
No máximo 5	20(15,50%)	29(34,94%)
Trabalha em local específico para atendimento de HIV+	1(0,78%)	5(6,02%)

p<0,0001

Também se verificou que houve um maior número de acertos favoráveis aos homens, quando se associou a questão que questionava se a candidíase oral e a leucoplasia pilosa são marcadores de prognóstico da AIDS e o gênero conforme tabela 25.

Tabela 25. Resposta à questão 12 em função do gênero do profissional.

Resposta	Gênero	
	Feminino	Masculino
Sim	84(65,12%)	72(80,90%)
Não	30(23,26%)	9(10,11%)
Não Sei	15(11,63%)	8(8,99%)

P=0,0264

Quando se associou o gênero com a questão se o aumento da cárie é manifestação do HIV, verificou-se que as mulheres acertam mais, conforme tabela 26.

Tabela 26. Resposta à questão 15 em função do gênero do profissional.

Resposta	Gênero	
	Feminino	Masculino
Sim	10(7,75%)	20(22,47%)
Não	111(86,05%)	48(53,93%)
Não Sei	8(6,20%)	21(23,60%)

p=<0,0001

Quanto à associação do gênero com a obrigatoriedade de notificação compulsória, verificou-se que as mulheres erram mais, conforme a tabela 27.

Tabela 27. Resposta à questão 16 em função do gênero do profissional

Resposta	Gênero	
	Feminino	Masculino
Sim	27(20,93%)	21(24,14%)
Não	87(67,44%)	45(51,72%)
Não Sei	15(11,63%)	21(24,14%)

p=0,0271

Quanto a associação do gênero e se o CD pode pedir teste para verificação de HIV, verificou-se que as mulheres acertaram mais, conforme a Tabela 28

Tabela 28. Resposta à questão 18 em função do gênero do profissional

Resposta	Gênero	
	Feminino	Masculino
Sim	109(84,50%)	56(62,92%)
Não	4(3,10%)	8(8,99%)
Não Sei	16(12,40%)	25(28,09%)

p=0,0012

C2) Associação com a formação profissional

Quando se associou a questão ter atendidos pacientes com HIV+ e a formação profissional, verificou-se que os indivíduos formados em IES públicas são os que atendem em local específico, conforme tabela 29.

Tabela 29. Resposta à questão 10 em função da Formação do profissional

Resposta	Universidade	
	Pública	Particular
Não	29(63,04%)	95(57,23%)
Apenas 1	6(13,04%)	27(16,27%)
No máximo 5	5(10,87%)	44(26,51%)
Trabalha em local específico para atendimento de HIV+	6(13,04%)	0(0,00%)

p<0,0001

Na associação entre a formação profissional e se o CD pode pedir o teste para HIV, verificou-se que há um predomínio de acertos para os indivíduos formados em IES públicas, conforme tabela 30.

Tabela 30. Resposta à questão 18 em função da Formação do profissional

Resposta	Universidade	
	Pública	Particular
Sim	43(86,00%)	122(72,62%)
Não	0(0,00%)	12(7,14%)
Não Sei	7(14,00%)	34(20,24%)

P=0,0033

C3) Associação com a Pós-graduação do profissional

Quando se associou a questão sobre já ter atendido pacientes HIV + com ter ou não realizado pós-graduação, verificou-se que os indivíduos com especialização atenderam mais pacientes com HIV+ conforme tabela 31.

Tabela 31. Resposta à questão 10 em função da Pós-Graduação do Profissional

Pós-Graduação	Resposta			
	Não	Apenas 1	No máximo 5	Trabalha em local específico para atendimento de HIV+
Não	57(69,51%)	13(15,85%)	12(14,63%)	0(0,00%)
Mestrado	3(60,00%)	0(0,00%)	2(40,00%)	0(0,00%)
Doutorado	0(0,00%)	0(0,00%)	2(100,00%)	0(0,00%)
Especialização	64(52,03%)	20(16,26%)	33(26,83%)	6(4,88%)

P=0,0236

Quando se associou o local de trabalho com questões indicativas e específicas de diagnóstico do HIV +, verificou-se que houve um predomínio de acertos para o consultório particular quanto ao conhecimento de candidíase oral, leucoplasia pilosa e queilite angular, conforme tabelas 32 e 33.

Tabela 32. Resposta à questão 12 em função do local de trabalho

Local de Trabalho	Resposta		
	Sim	Não	Não Sei
Rede Pública	23(62,16%)	9(24,32%)	5(13,51%)
Rede Pública e Clínica Particular Própria	92(78,63%)	15(12,82%)	10(8,55%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregado	5(32,50%)	2(25,00%)	1(12,50%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregador	0(0,00%)	1(100,00%)	0(0,00%)
Rede Pública e Clínica particular como empregado	11(47,83%)	10(43,48%)	2(8,70%)
Clínica Particular Própria	18(72,00%)	2(8,00%)	5(20,00%)
Clínica particular como empregador	7(100,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)

p=0,0105

Tabela 33. Resposta à questão 13 em função do local de trabalho

Local de Trabalho	Resposta		
	Sim	Não	Não Sei
Rede Pública	17(45,95%)	14(37,84%)	6(16,22%)
Rede Pública e Clínica Particular Própria	38(32,48%)	48(41,03%)	31(26,50%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregado	1(12,50%)	2(25,00%)	5(62,50%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregador	0(0,00%)	1(100,00%)	0(0,00%)
Rede Pública e Clínica particular como empregado	9(39,13%)	11(47,83%)	3(13,04%)
Clínica Particular Própria	16(64,00%)	2(8,00%)	7(28,00%)
Clínica particular como empregador	0(0,00%)	0(0,00%)	7(100,00%)

p<0,0001

Porém quanto ao eritema linear gengival, houve um predomínio de respostas corretas para o setor público, conforme tabela 34.

Tabela 34. Resposta à questão 14 em função do local de trabalho

Local de Trabalho	Resposta		
	Sim	Não	Não Sei
Rede Pública	18(48,65%)	6(16,22%)	13(35,14%)
Rede Pública e Clínica Particular Própria	52(44,83%)	30(25,86%)	34(29,31%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregado	3(37,50%)	4(50,00%)	1(12,50%)
Rede Pública, Clínica Particular Própria e Clínica particular como empregador	0(0,00%)	1(100,00%)	0(0,00%)
Rede Pública e Clínica particular como empregado	11(47,83%)	4(17,39%)	8(34,78%)
Clínica Particular Própria	7(28,00%)	4(16,00%)	14(56,00%)
Clínica particular como empregador	7(100,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)

p=0,0190

6. DISCUSSÃO

A partir da atualização clínica através de textos básicos, constatou-se que a AIDS é uma doença que exige enfoque multidisciplinar nos aspectos de diagnóstico e tratamento, e onde o CD 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 antiretroviral combinada, o que tem dado uma qualidade de vida melhor a estes pacientes. Mesmo assim, continua sendo uma doença de curso letal, com uma morbidade bastante elevada. O CD é um profissional destacado no diagnóstico e tratamento destes pacientes, pois as manifestações orais são freqüentes, precoces e do seu diagnóstico e tratamento depende esse aumento da qualidade de vida destes pacientes.

A partir da atualização clínica através de periódicos constatou-se que as manifestações orais são importantes pela sua alta prevalência e precocidade de observação na cavidade bucal, sendo instrumento de diagnóstico em muitos casos. Algumas delas são consideradas patognomônicas para a AIDS e marcadoras da progressão da doença, além de indicativo de baixo nível de imunidade do paciente, estando associadas a valor predictivo em relação ao aumento da qualidade de vida destes pacientes e menor morbidade da doença. As lesões mais comuns dentre várias citadas, apesar da diminuição atual da observação foram a Candidíase Oral, a Leucoplasia Pilosa, o Eritema linear Gengival e a Queilite angular.

A principal via de transmissão é a sexual. Em relação a cavidade 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.

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 invasidade, pouco desconfortável e simples, e que se realizado pelo CD, apresenta

maior possibilidade de detecção das manifestações precoces da AIDS do que se realizada pelo Médico.

A partir da atualização clínica através de trabalhos correlatos publicados no Brasil e no exterior, verificou-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 controle de infecção e clínicos da doença.

Entre os que abordam assuntos mais próximos ao estudo específico do Conhecimento, Atitudes e Comportamentos de Cirurgiões-Dentistas no atendimento ao paciente HIV/AIDS, observou-se que no trabalho apresentado por NUNES & FREIRE (1999), em pesquisa semelhante a apresentada no presente trabalho, realizada em Goiânia/GO, que os resultados obtidos por este diferem dos obtidos nesta tese. Segundo Nunes & Freire (1999), mais da metade dos CDs pesquisados, 58,1% não se sentiam capacitados para o atendimento a pacientes HIV soropositivo, embora 72,7% afirmaram que conhecia as manifestações bucais relacionadas a AIDS e que atenderiam este paciente se fosse informado previamente da sua condição de HIV soropositivo, demonstrando que se protegeriam mais, erroneamente, se soubessem da condição do paciente. Menos da metade, 42,3% dos pesquisados que atuam no consultório particular e 37,8% dos que atuam no serviço público relataram utilizar todos os equipamentos individuais de proteção (EPI) e a maioria dos profissionais que atuam em consultório particular, 67,3% relatou utilizar estufa em combinação com esterilização química e entre os que atuam no serviço público a combinação estufa e autoclave foi a mais freqüente, com 27,0%.

Guerra (2002) concluiu que os CDs que atuam na rede pública de assistência odontológica estão mais propensos a atender crianças infectadas pelo HIV do que aqueles que atuam exclusivamente na rede privada a maioria dos participantes da pesquisa apresenta deficiência de conhecimento técnico sobre a doença e 68,22% demonstrou deficiência de conhecimento ético-legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças. Também apontaram que os CDs alegaram insegurança técnica como motivo para a recusa e abandono de tratamento de crianças HIV soropositivas.

ALVAREZ LEITE (1996) observou baixos índices de existência de itens de controle de infecção. Segundo o autor, tanto na rede pública como a privada não há o cumprimento e integral às normas de controle de infecção.

GONÇALVES (1996) verificou que os CDs com especialidade em periodontia tiveram bom nível de preocupação com o risco ocupacional. Deve-se ressaltar que os resultados referentes ao controle de infecção obtidos por este autor são semelhantes aos obtidos na presente tese.

Porém SILVEIRA (1998) obteve dados díspares da presente pesquisa, pois constatou baixo conhecimento da amostra pesquisada sobre o item controle de infecção, e insuficiente treinamento do pessoal auxiliar (THD/ACD).

CHAM & LAM (1997) em Singapura, estudou e quantificou o conhecimento, crença, atitude e práticas sobre a AIDS e constatou que 95 % dos CD relataram o uso de medidas universais de proteção. Porém 3% relataram estarem seguros de como fazer o diagnóstico; 78% estavam seguros sobre as manifestações clínicas da AIDS; 60% sabiam que o teste Western Blot é confirmatório para o HIV e 30% dos profissionais já tinham realizado pelo menos um ou dois atendimentos a pacientes HIV soropositivo;

O retorno dos questionários na presente tese ficou em 27,3%. Tal dado, é muito similar ao obtido por Radicchi (2001), 29,3%.

Também em RADICCHI (2001), 32,51% concordaram com a idéia do teste compulsório para o paciente e 47,26% concordaram que o CD soropositivo não é obrigado a revelar sua condição sorológica ao paciente e, no presente trabalho, 60,83% não concordaram com a realização do teste compulsório, sem o conhecimento do paciente e 41,94% não souberam responder se o Cirurgião-Dentista deveria ou não continuar trabalhando em sua atividade com a não obrigação de revelar a sua condição sorológica. Mesmo que 47,26% não concordem que o CD HIV+ seja obrigado a relatar a sua condição, deve-se destacar que a nível ético, o CD deve comunicar a sua situação e utilizar todas as normas de biossegurança existentes (NR 32, e normas da ANVISA), para evitar contaminar o paciente.

Verificou-se ainda comparativamente em RADICCHI (2001) que os CDs relataram que o uso de medidas universais básicas para o controle de infecção na rede pública foi de 71,70% e de 79,81% na rede privada e na presente tese foi de 60,88% na rede pública e 67,2%

na rede privada.

Também se verificou em RADICCHI (2001), que a média de acertos nas questões relacionadas ao diagnóstico da doença foi de 63,07%, e 60,09% da amostra demonstraram conhecer o correto fluxograma de exames complementares para a confirmação do diagnóstico de infecção pelo HIV e na presente tese a média de acertos para o diagnóstico foi de 47,65% e 48,2% conhecem o correto fluxograma de exames complementares para a confirmação da infecção pelo HIV. Também no estudo de RADICCHI (2001), 48,27% conhecia a obrigação da Notificação Compulsória para a infecção para o HIV e na presente tese, 59,45% concordou que o CD é obrigado a fazer a Notificação Compulsória da infecção pelo HIV.

Também se constatou que 39,40% da amostra pesquisada por RADICCHI (2001) relataram já ter atendido paciente HIV soropositivo e 75,86% trabalha em equipe com THD/ACD e na presente tese, 40,4% relataram que já haviam atendido pacientes HIV soropositivo e 84,9% trabalha em equipe com THD/ACD. No estudo de RADICCHI (2001), as performances de acertos 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 e 20,9% para notificação compulsória e na presente tese foi de 70,18% para legislação civil e criminal, 47,65% para diagnóstico, 56,75% para sigilo, 38,71% para legislação trabalhista e 59,45% para notificação compulsória, com a média de acertos em 54,54%, que pode ser considerada alta comparativamente ao trabalho correlato. Em relação a um segmento ou grupo da amostra da presente tese que tenha se sobressaído em termo de acerto, cita-se a questão que versa sobre a obrigação do profissional de saúde em notificar compulsoriamente, dentre eles o CD. Verificou-se que os CDs que não tinham pós-graduação obtiveram um nível de acerto melhor, em comparação ao CD com pós-graduação.

Quanto à no Estado de Mato Grosso, o primeiro caso de AIDS notificado ocorreu em 1984, no município de Rondonópolis, região sul do estado. Desde então acumulam-se 3553 casos em adultos, pessoas com idade igual ou superior a 13 anos e 106 casos em crianças, menores que 13 anos, totalizando 3569 casos. O estado possui 141 municípios e em somente três municípios ainda não foram notificados caso de AIDS (SES/MT, 2006).

O referido Estado, possui o perfil semelhante aos outros estados da federação, com a interiorização, feminização, com importante aumento de casos em indivíduos na faixa etária

acima de 35 anos, ou seja, envelhecimento e pauperização. A região da capital do estado, Cuiabá, responde por 70 % dos casos de AIDS notificados no estado de Mato Grosso (SES/MT, 2006).

A razão do sexo, entre homens e mulheres apresenta sinais de inversão entre os anos de 1995 a 2005, de 3,3: 1 para 1,2: 1, respectivamente (SES/MT, 2006).

Quanto à escolaridade, 53 % dos casos dos AIDS possuem de um a sete anos de estudo, contra 23 % com oito anos ou mais de estudo (SES/MT, 2006).

Quanto ao percentual de casos de AIDS em adultos entre 1984 a 2006, segundo a categoria de exposição tem-se a seguinte realidade: via sexual com 81,26 %; via sanguínea com 3,06 %; acidente de trabalho com 0,03 %; via perinatal com 0,11 % e Ignorado com 15,54 %, sendo a falta do preenchimento correto da notificação compulsória um grave problema no estado de Mato Grosso, necessitando-se que os profissionais de saúde tomem para si esta importante responsabilidade (SES/MT, 2006).

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.

Já os itens de controle de infecção são estabelecidos em lei e a sua inexistência em local de trabalho constitui infração ao código de saúde dos estados e municípios, bem como pode ensejar processo ético, administrativo, civil e criminal.

Os acidentes ocupacionais devem ser protocolados em documento próprio, Comunicação de Acidente no Trabalho (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.

A incorreta interpretação de exames complementares constitui prova de erro médico, e em caso da AIDS pode ensejar processo ético, administrativo e civil inclusive por perdas e danos.

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil, as pessoas que vivem com HIV, assim como todo e qualquer cidadão e cidadã, têm obrigações e direitos garantidos.

No seu artigo 196, por exemplo, está escrito que “saúde é direito de todos e dever do estado”. No caso da AIDS esse direito é sinônimo do direito à própria vida a ser vivida com dignidade e pleno acesso a uma saúde pública de qualidade e este fato é ratificado pelo percentual da amostra que já atendeu paciente HIV soropositivo.

Em relação ao conhecimento dos CDs pesquisados na presente tese sobre Diagnóstico do HIV/AIDS, Sigilo Profissional, Legislação Civil, Criminal e Trabalhista, demonstrado por índice médio de acerto de 53,33%, é razoável, tendendo a crítico, o que sugere a necessidade de cursos de educação continuada sob o tema em questão.

Torna-se importante relatar que tem de se observar que na última década o número de acadêmicos dispostos, depois de formados, a atender pacientes HIV soropositivo cresceu significativamente. Está crescendo também o número de profissionais interessados em participar de cursos que envolvem o tema AIDS ou mesmo disposto a participar de estágios em centros especializados no atendimento odontológico a pacientes HIV soropositivo.

Quanto à participação de algum treinamento sobre medidas universais de controle de infecção no local de trabalho nos últimos dois anos observou-se que 28,4 % do serviço público e 40 % dos trabalhadores do serviço privado participaram de algum treinamento. Concluiu-se que os serviços de saúde do serviço público necessitam de um melhor planejamento em relação a treinamento sobre medidas universais de controle de infecção.

Em relação à participação em congresso ou curso de Ética e/ou Controle de Infecção o índice é satisfatório, com 32,1% revelando que participou de curso de ética e/ou Controle de Infecção nos últimos cinco anos e 41,7% nos últimos dois anos, concluindo-se que aumenta o interesse dos CDs na reciclagem quanto a este item, concomitantemente observou-se que a distribuição de resposta quanto a participação de THD e ACD na equipe de trabalho é também um fator positivo com 84,9%, pois sabe-se que a participação destes profissionais no atendimento tem como consequência uma qualidade maior nos procedimentos ofertados pelos serviços de Odontologia.

De outra forma o resultado obtido quanto ao atendimento de paciente reconhecido como HIV soropositivo, com 56,9% respondendo não e 37,6% respondendo que apenas um e no máximo cinco preocupa, pois estima-se que cerca de 600 mil pessoas vivam com HIV ou AIDS no Brasil e segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil o nível de

realização de testes para diagnosticar o HIV é baixo, de onde conclui-se que os profissionais de saúde no Brasil prestam atendimento a parcela considerável da população que não sabe de sua condição sorológica para o HIV ou não relatou a mesma para o CD com medo de não ser atendido ou sofrer discriminação.

Quanto ao uso de barreiras tidas como básicas para o controle de infecção no local de trabalho, como utilização de duas pias, estufa, autoclave, piso liso sem ranhuras, paredes pintadas com tinta lavável, encontrou-se como resposta positiva a percentagem de 60,88% para o serviço público e 67,2% para o serviço privado, não havendo praticamente diferença entre os índices, observando-se a preocupação em prestar à população um serviço de qualidade não só no serviço privado, mas também no serviço público tido muitas vezes como mais problemático.

O grau de informação da amostra sobre o assunto parece variar pouco estatisticamente com gênero, procedência universitária e pós-graduação. Muitas das associações realizadas estatisticamente não foram significantes.

O nível de conhecimento sobre o assunto pode ser considerado satisfatório, tanto em assuntos clínicos de diagnóstico, conhecimento e uso de barreiras para o controle de infecção, como em termos de legislação civil e trabalhista.

Apesar de satisfatório, salutaras serão as iniciativas que veiculem mais informações sobre o assunto dentro dos cursos de graduação e pós-graduação, bem como dos órgãos de classe.

Observa-se um maior interesse dos Cirurgiões-Dentistas em relação ao atendimento de forma legal, procurando-se obter conhecimentos de leis e normas para o atendimento dos pacientes, inclui-se aqui o atendimento ao paciente HIV soropositivo, que como qualquer outro cidadão brasileiro esta amparado primeiramente na Constituição Brasileira, com avanços incontestes quanto a obrigações e direitos garantidos: Sistema Único de Saúde (SUS) e Código de Defesa do Consumidor.

Quanto à legislação 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 na 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.

Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, portadores de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e migrantes, refugiados, portadores de HIV, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada.

As desigualdades econômicas, sociais e culturais – nos panoramas nacional e internacional, têm um papel decisivo na vulnerabilidade das populações empobrecidas ao vírus da imunodeficiência humana - HIV e à síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS.

A luta sem fronteiras pelo respeito aos direitos humanos, indispensável para a superação da exclusão social que reforça o risco de infecção pelo HIV/AIDS, adquire uma dimensão inédita na medida em que avançam as conquistas democráticas da sociedade, especialmente nos países em desenvolvimento que já atravessaram períodos marcados pelo autoritarismo.

A experiência democrática recente, apesar de toda a nossa esperança acumulada de boas intenções, ainda tem se revelado insuficiente para desenvolver uma consciência de alteridade entre os cidadãos, no sentido de escutar, respeitar, dar e reconhecer os direitos iguais do outro, também caminho obrigatório no treinamento dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 1999).

Em 1964 foi editada a Declaração de Helsinki I, que seguiu a tradição de manter direitos já estabelecidos anteriormente, e instituiu outros novos tais como a aplicação dos direitos morais na pesquisa científica e o consentimento esclarecido 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.

Em 1966 o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos foi editado, 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

outra qualquer situação. Ainda sobre os direitos individuais, esta norma instituiu como dever do Estado a defesa do direito do cidadão quanto à liberdade social, religiosa, de pensamento e de opiniões, proteção à criança e as minorias, livre acesso a função pública sem discriminação e a formação de família.

A evolução dessa nova consciência prosseguiu através da publicação em 1975 da Declaração de Helsinki II, que trouxe como novidade a instituição de Comissão de Ética para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, e principalmente criou salvaguarda 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.

Desde então as normas indicavam claramente um novo pensamento, onde a saúde do paciente compreendia um conjunto de valores do bem estar físico tradicional até o bem estar mental, com todas as suas implicações. Em 1983, pouco depois dos primeiros relatos da AIDS, foi editada a Declaração de Helsinki III, 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, 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 de resultados sempre imputadas ao médico, prevalência dos interesses dos pacientes sobre os da ciência e da sociedade, respeito à integridade física, mental e a personalidade do paciente. Todos os princípios de responsabilidade civil e dano estão contidos nesta importante norma.

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

No Brasil, a legislação pertinente revela a assimilação da tendência global em considerar a defesa dos direitos da pessoa como um dever do estado. Tal situação é fato, pois antes de surgir a AIDS, em 1975, foi editada a lei nº 6.259 de 30/10/75 que dispõem sobre ações

de vigilância epidemiológica e que está até hoje em vigor. Esta lei criou uma lista de doenças que deveriam ser notificadas e estabeleceu que a notificação compulsória seja uma ação de caráter sigiloso e confidencial e do interesse da vigilância epidemiológica, atribuindo o dever de notificar a todo cidadão que tiver conhecimento da doença notificável. A notificação compulsória foi definida como uma ação que objetiva subsidiar a vigilância epidemiológica com dados que lhe permitam planejar a prevenção. Todo agente de saúde da rede pública ou privada está obrigado à notificação, e está submetido a critérios para a 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 de seu responsável. O artigo 14 considera ilícito penal a inobservância destas regras. Nesta norma o sigilo tem um destaque especial, e são traçadas as condições legais para a sua quebra. Todos os aspectos desta lei guardam estreita relação com as Declarações 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.

Posteriormente, em 1976, houve regulamentação desta lei através do Decreto nº 78.231 de 12/08/1976 que ressaltou 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 6259/75 e no Decreto 78231/76 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 constituísse em direito do cidadão e dever do agente de saúde conforme o Código Civil Brasileiro de 1916. Por esta época a AIDS ainda não havia sido identificada, e obviamente não constava da lista de doenças notificáveis.

A Portaria nº 236 de 02/05/1985 do Ministério da Saúde foi editada já dentro do reconhecimento da existência da AIDS e contém normas específicas para esta doença, estabelecendo inclusive formulário exclusivo para comunicação de contágio pelo HIV.

No seu Artigo 4º e respectivos incisos são definidos termos importantes tais como: casos confirmados, casos suspeitos, comunicantes e mais uma vez grupos de risco e como novidade foi inserida a preocupação com a responsabilidade do diagnóstico, através de critérios de exclusão.

No restante, o padrão desta Portaria dá ênfase a grupo de 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, tais como novos critérios de diagnóstico. A identificação laboratorial ainda não previa o teste 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 controle de infecção foram implantadas, o risco ocupacional foi considerado pequeno e a AIDS considerada doença sexualmente transmissível. 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, nem tampouco de deslocar o foco para as mulheres heterossexuais e idosos.

Deve-se ainda destacar que no Código Civil atual Lei 10.406/02, no Código de Defesa do Consumidor Lei 8078/90, na Lei 5081/66 que atribui os direitos e os deveres do CD e na Resolução 42/03 modificado pela Resolução 71/2006 que é o atual Código de Ética Odontológica há a obrigação de se manter e promover a saúde global do paciente e caso isto não ocorra, e que seja comprovado por meio de perícia, cabe a obrigação de reparar. Deve-se destacar que o CD não tem mais direito de se esquivar desta doença, pois existem muitos pacientes assintomáticos que por desconhecer a sua condição ou por medo de ser recusado para atendimento, estão buscando tratamento e o CD não possui outro mecanismo de defesa do que seguir as recomendações de biossegurança e utilizar de todos os recursos educacionais para mudar o grau de conhecimento dos seus pacientes, seu pessoal auxiliar e de outros CDs sobre a doença AIDS.

Porém se espera que os CDs se capacitem em centros de tratamento de excelência, tal qual o “Oro-Centro-Centro de tratamento de especialidades Odontológicas da FOP/UNICAMP e ou o existente no Serviço de Atendimento Especializado da Secretaria Estadual de saúde do Estado do Mato Grosso, dentre outros.

Em síntese, cresce o interesse do CD pela Odontologia Legal e fica claro que cabe cada vez mais aos profissionais especialistas da área de Odontologia Legal e Deontologia, o importante papel de fomentar não só o conhecimento clínico, mas também o conhecimento das leis pertinentes ao exercício profissional. Quanto à documentação odontológica mínima necessária para o atendimento do paciente HIV+ deve-se destacar que esta é a mesma de um paciente não infectado. Porém se o paciente já estiver com a doença AIDS instalada e for paciente novo no consultório, deve-se fazer um prontuário completo, com TCLE, contrato com riscos e especificando as responsabilidades dos pacientes, bem como, o termo de satisfação do mesmo e termo de informação de necessidade de retorno para proservações.

7. CONCLUSÃO

Tendo em vista a competente análise da revista da literatura e análise estatística dos dados é lícito concluir:

a) O CD pesquisado do serviço público de Mato Grosso apresenta conhecimento razoável sobre como proceder no atendimento de pacientes portadores do HIV. Porém deve-se destacar que o ideal é que todos os pesquisados que realizam atendimento odontológico a portadores de HIV possuíssem conhecimento do protocolo de atuação e do protocolo para os casos de contaminação acidental;

b) No atendimento de um paciente portador de HIV deve-se atentar para a realização de um prontuário completo, com TCLE, com o estabelecimento de um contrato onde se configure e conste todos os riscos e necessidade real do atendimento, bem como, todas as responsabilidades dos pacientes portadores no que tange à alimentação, higienização, e manutenção do tratamento do HIV, entre outros e é claro o termo de satisfação e de informação de retornos periódicos para controle do tratamento;

c) O CD contaminado com HIV pode continuar atendendo pacientes, inclusive não contaminados, desde que o mesmo comunique o fato aos pacientes por meio de TCLE, estejam realizando o tratamento de controle do HIV e utilizem todas as normas e mecanismos de Biossegurança indicados pela ANVISA e NR 32;

d) A AIDS é uma entidade patológica que pode estar presente em todos os lares do mundo e o seu período de latência é em alguns casos longo, neste período o indivíduo portador poderá procurar um CD para tratamento odontológico e por desconhecimento não informar ao mesmo, gerando neste a possibilidade de contaminação. Cabe ao CD manter alerta quanto a possíveis sinais patológicos que possam indicar um possível contaminado, realizar a comunicação compulsória de doenças e utilizar todos os mecanismos de biossegurança disponíveis existentes no mercado que evitem a contaminação cruzada e a disseminação de doenças tanto para ele como para os seus auxiliares.

REFERÊNCIAS¹

1.	Abramowicz, M. Aspectos éticos do tratamento de aidéticos em odontologia Odonto. São Bernardo do Campo , v.1, n.1, p.40-1, abr./maio 1991.
2.	Adão, V. O impacto do diagnóstico HIV+ e Aids: similaridade com stress pós - traumático e propostas de intervenção IN Recife: I Congresso Brasileiro de Aids , agosto de 2004. CD Rom.
3.	Aggleton P. Fala de Peter Aggleton. In: Os atuais desafios para a epidemia da AIDS – vistos da África do Sul, Austrália, Inglaterra e Canadá; 2006 maio 8; São Paulo, Brasil, Disponível em http://www.usp.br/nepaids/aggleton.doc (2006 jun. 20).
4.	Almeida M, Munõz DR. Relação médico-paciente e paciente-instituição na AIDS: o direito à informação e à confidência: a discriminação, o abandono e a coerção. Bioética , 1993; 1(1): 49-53.
5.	Alvarez Leite ME Caracterização da conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada: uma perspectiva epidemiológica (dissertação). Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas da UFMG; 1996.
6.	Berkowitz R, Frenkel LM Câncer in the HIV – infected child. Pediatr Dent , Chicago, v.18, n.2, p.127-8, Mar./Apr. 1996.

¹ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

7.	Bianchini R, Monteiro M. Brasil tem 183 mil crianças órfãs da AIDS . On-line Regional, Santos, 26 out. 1996. Edição 19-10. Disponível em: http://www.st.cecilia.br/pages/online/191096/regional.html . Acesso em: 21 abr.2001.
8.	Boletim Epidemiológico AIDS e DST . Brasília, Ministério da Saúde, 2004; ano I; número 1.p. 5-12.
9.	Brasil 1948. Presidência da República. Lei 5452 de 01/05/1948. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União , Brasília, p.0013975, col. 1, 9 ago. 1943
10.	Brasil 1985. Ministério da Saúde . Portaria nº de 02/05/1985 http://www.ibemol.com.br/artigosdefault.asp?id=6 . acessado em: 04 de mai 2005. http://www.aids.gov.br/data/Pages . Acessado em: 06 de ago 2006
11.	Brasil, 1975. Presidência da República. Lei nº 6.259 de 30/10/1975. Dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas notificação compulsória de doenças e da outras providências. Diário Oficial da União , Brasília, p. 014433, col. 1, 31 out. 1975.
12.	Brasil, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil . < http://www.senado.gov.Br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf.const88.htm >. Acessado em 22 de abr. 2005.
13.	Brasil, 1990-SUS. Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União , Brasília, p. 00180055, col.1, 20 set. 1990.

14.	Brasil, 1999 – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS . Ministério da Saúde. Rede Nacional de Direitos Humanos. Brasília
15.	Brasil, 2000. Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de DST e AIDS . 1. ed. Brasília.
16.	Brasil, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS – 3ª ed. Ver. e ampl. – Brasília.
17.	Brasil, 2005a. Manual para facilitador de educação permanente em saúde bucal para HIV/AIDS , Brasília,p. 18-23
18.	Brasil, 2006. Ministério da Saúde http://www.ibemol.com.br/artigosdefault.asp?id=6 . acessado em: 04 de mai 2005. http://www.aids.gov.br/data/Pages . Acessado em: 06 de ago 2006
19.	Brasil, Ministério da saúde , Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e Aids. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. Brasília 2003.
20.	Brasil, Ministério da Saúde . Controle de infecção e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de conduta. Brasília, 2000ª. 118p.
21.	Brasil, Ministério da saúde . Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti – retroviral em gestantes. 2ª. Ed. Brasília: MS, 2003b.
22.	Brasil, Ministério da Saúde . Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS Brasília, 1998.
23.	Brasil, Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças. Brasília, 2004b.

24.	Brasil. Consolidação das leis do trabalho : texto do decreto – lei n. 5.452, de 1-5-1943, atualizado e acompanhado de notas à legislação correlata.....19. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
25.	Brasil. Ministério da Saúde . DST – AIDS 2005. Disponível em www.aids.gov.br/data/PagerLUMISD3352823PTBRIE.htm (2006 fev.2).
26.	Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Políticas de saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Definição nacional de caso de AIDS em indivíduos menores de 13 anos para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, 2000b. 17f. Disponível em: http://www.aids.gov.br . Acesso em 20 abr.2002.
27.	Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/manual_esposicao_ocupa.htm . Acesso em: 16 jul. 2002b.
28.	Castanheira ERL, Capazzolo AA, Nemes MIB. características Tecnológicas do Trabalho em serviços de saúde selecionados. In:BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Aderência ao Tratamento por antiretrovirais . Brasília: Ministério da Saúde, 1999
29.	Cayabyab M, Rohne M, Pollakis G, Messele T, Rapid CD 4+ T-lymphocyte depletion in rhesus monkeys infected with a simian-human immunodeficiency virus expressing the envelope glycoprotein of a primary dual-tropic Ethiopian clade c HIV type 1 isolate. AIDS Res Hum Retroviruses 2004; 20 (1):27-40.
30.	CDC. Revised classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994; 43:1-10.

31.	Cham R, Lam, MS A Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) Survey on HIV infection and AIDS Among Doctors and Dental Surgeons in Singapore. Singapore , v. 26 n. 5 p. 581-587
32.	Costa RRS, Villena RS, Sucasas PSC, Birman EG. Oral findings in pediatric AIDS: A case control study in Brazilian Children. ASDC J dental Child 1998; 65 (3): 186-90.
33.	Cotran RS, Kumar V. Collins T. Doenças da imunidade. Em: Cotran RS, Kumar V. Collins T. Patologia estrutural e funcional 7ª ed. Guanabara Koogan 2004.p.245-258.
34.	Crump JA, Reller B. Two decades of Disseminated Tuberculosis at University Medical Center: The Expanding Role of Mycobacterial Blood Culture. Clin Infect Dis 2003; 37 (8): 1037-1043.
35.	Danziger R. An epidemic like any other? Right and responsibility in HIV prevention. British Medical Journal , April 27, 1996 (BMJ 1996; 312: 1083-4):
36.	Declaração, 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos editada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Disponível em :Declaração, 1964. Declaração de Helsinki .
37.	Dejours C Por um novo conceito de saúde In Rev Bras Saúde Ocupacional 1986; 14: 121-126.
38.	Dhalia C, Barreira D, Castilho EA A AIDS no BRASIL ; situação atual e tendências. Disponível em: file:///A:/aids no brasil.htm . Acesso em: 17 set.2000.
39.	Discacciatti JAC, Neves AD, Pordeus IA AIDS e controle de infecção na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev. Odontol Univ São Paulo , São Paulo, v.13, n.1, p.75-82, jan./mar. 1999.

40.	Fernandes A, Cherubini K, Veeck EB, Grando LJ, Birman EG, Silva CLO. Avaliação radiográfica das anomalias dentárias de número, forma, tamanho, posição e estrutura em crianças infectadas pelo HIV. Rev. ABO Nac. 2002; 10 (2): 93-7.
41.	Ferreira, B. Entre a Cruz e a espada. <i>Rev. ABO Nac</i> , p.74-77
42.	Ferreira RA Barrando o invisível. Rev. Assoc Paul Cirur Dent , São Paulo, v.49, n.6, p.417-28, nov./dez.1995.
43.	Flaitz c, Wullbrandt B, Sexton J, Bourdon T, Hicks J. Prevalence of orodental findings in HIV – Infected Romanian children. Pediatr Dent 2001; (1): 44-50.
44.	França GV AIDS: um enfoque ético-político. Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Medicina e Odontologia Legal – artigos.
45.	Gerbert B AIDS and infection control in dental practice: dentists attitudes, Knowledge, and behaviour. J. Am. Dent. Assoc. ,114(3):311-4, 1987.
46.	Ghersel ELA, Rodrigues, CLMD, Tannous GS AIDS em odontopediatria: uma realidade atual Rev. Bras Odontol , Rio de Janeiro, v.56, n.6, p.282-7, nov./dez. 1999.
47.	Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview. Am Farm Physican 2005; 72(9): 1761-1768.
48.	Grando LJ, Yurgel LS, Machado DC, Nachman S, Ferguson F. Berentsen B <i>et al.</i> The association between oral manifestations and the socioeconomic and cultural characteristics of HIV – infected children in Brazil and in the United States. Pan Am J Public health 2003; 14:112-8.
49.	Greenspan D, Greenspan JS Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. Dent Clin North Am , Philadelphia, v.37, n.1, p.21-31, Jan. 1993.

50.	Guerra LM Responsabilidade ética e legal do Cirurgião-Dentista no atendimento Odontológico à criança HIV soropositiva . Piracicaba. 2002. Dissertação (Mestrado) – FOP- UNICAMP.
51.	Harris AD. Maher D. TB/HIV: a clinical manual 1996, disponível em: URL: http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/(2004_Abr.231.) .
52.	Hsiao CF, Chão SL, Tsai TC, Chang P. Effects of stepped counselling intervention on quality of life among newly diagnosed HIV-positive patients. Huli Za Zhi 2004; 51 (2): 39-47.
53.	Jordan MS, LEME B, Nigro R, Caraciolo J. Aderência ao tratamento antiretroviral em Aids: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR <i>et al.</i> Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo, Nepaids, 2000.
54.	Klautau GB, Kuschnaroff TM. Clinical forms and outcome of tuberculosis in HIV infected patients in tertiary Hospital in São Paulo – Brazil. Braz J Infec Dis 2005. 9 (6): 464-478.
55.	Leggott PJ Oral manifestations of HIV infection in children. Oral Surg oral Med Oral Pathol , Saint Louis, v.73, n.2, p.187-90, Feb.1992.
56.	Leite F País descumpre meta de curar tuberculose . Folha de São Paulo, 24/03/2006, caderno cotidiano.
57.	Leite SN, Vasconcellos MPC Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura/ Adherence to precribed thrapy: points for concepts and pressuppositions discussion. Ciênc. Saúde coletiva ; 8 (3): 775-782 2003.
58.	Lima HMM, Malta M Guia para profissionais de saúde – atendimento a pacientes HIV+ usuários de drogas na rede pública de saúde . Washington DC; OPAS, 2005.

59.	Lopes F Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidade. São Paulo; 2003. (Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
60.	Magalhães MG <i>et al.</i> Oral manifestations of HIV positive children. J Clin Pediatr Dent , Birmingham, v.25, n.2, p.103-6, Winter 2000.
61.	Maruyama NT,.RAMOS DLP A discriminação no atendimento a pacientes HIV +. Mundo Saúde , 20(4):149-53, 1996.
62.	Mesquita RA. <i>et al.</i> Candidíase oral e a infecção pelo HIV. Rev CROMG , Belo Horizonte, v.4, v.1, p.27-31, jan./jun.1998.
63.	Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais (DF); 2000 ^a .
64.	Ministério da Saúde. Coordenação nacional de DST/Aids. Aconselhamento em DST/AIDS: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2003b.
65.	Ministério da Saúde. Programa Nacional de Aids e DST. Ano II – nº. 1 -01 ^a – 26 2005 – semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2005. Brasília (DF). 2005 a.
66.	Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV , Brasília (DF); 2005b.
67.	Miranzi MAS, MIRANZI SSC Características das manifestações clínicas em pacientes infectados com HIV e seu diagnóstico clínico odontológico. I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST – Anais
68.	Nunes MF, FREIRE MCM. AIDS e Odontologia: Conhecimentos e Atitudes dos Cirurgiões-Dentistas. Goiânia/GO, 1999 ROBRAC , Dez 1999. 26 p.07;10

69.	OMS. Unidad de salud Oral. Responsabilidade éticas e profesionales de los odontólogos com respecto a los pacientes com HIV positivo a los pacientes com SIDA. Actual odontol , Buenos Aires, 30(1):37-9. 1988.
70.	Pacto, 1966. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos , editado em 1966 pela Assembléia Geral das Nações Unidas.
71.	Petersen SG <i>et al.</i> Manifestações Oraís em crianças portadoras de AIDS Rev. Bras Odontol , Rio de Janeiro, v.50, n.5, p.10-5, set./out.1993.
72.	Pogsiriwet S, Iamaroon A, Kanjanavanti S, Pattanaporn K, Krisanoprakormkit S. Oral lesions and dental caries status in perinatally HIV – Infected children in Northern Thailand, Int J Pediatric Dent 2003; 13: 180-5.
73.	Rachid M, Schechter O. Manual de HIV/Aids . 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
74.	Radicchi R. Responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista no atendimento ao paciente HIV soropositivo . Piracicaba, 2001. 193p. Dissertação (Mestrado, Odontologia, Odontologia Legal e Deontologia) – Faculdade de odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de campinas.
75.	Ramos DLP, Maruyam NT Aspectos éticos do atendimento odontológico de pacientes HIV positivos. In: SILVA, M. (Coord.) Compêndio de Odontologia Legal . Rio Janeiro: Medsi, 1997. cap. 5, p.59-72.
76.	Ramos–Gomes FJ, <i>et al.</i> AIDS – an Review J Clin Pediatr dent , Birmingham, v.23, n.2, p.85-96, Winter, 1999.
77.	Ramos–Gomez FJ Oral aspects of HIV infection in children. J Oral Dis , San Francisco, v.3, Supplement 1, p.531-5, May 1997.
78.	Regime Jurídico Único, Curitiba: Andes, 1992. 347p. Cadernos Andes , 9.

79.	Rego TIT, PINHEIRO ALB Manifestations of periodontal diseases in AIDS patients. Bras Dent J , Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.47-51, Jan./Feb. 1998.
80.	Rojo Conejo P, Ramos Amador JT, Garcia Pinar L, Ruano Fajardo C, Sánchez Granados JM, Gonzáles Tome MI, <i>et al.</i> Disminución de la mineralización ósea em el nino com VIH em tratamento antiretroviral de gran actividad. An Pediatr 2004; 60(3): 249-53.
81.	Rubini N. Principais manifestações buco-maxilo-faciais em crianças (mensagem pessoal). Mensagem recebido por (antonio2aids.gov.br) em 6 ago. 2001.
82.	Sande MA, Volberdig PA. Tratamento clínico da AIDS . 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 409p.
83.	Silva M. Compêndio de Odontologia Legal . Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
84.	Silverman MAS Atlas colorido das manifestações bucais da AIDS . São Paulo: Santos, 1989. 113 p.
85.	Soares LF, Castro GFBA, Souza IPR, Pinheiro M Pediatric HIV related oral manifestations – a five – year retrospective study. Braz oral Rev. 2004; 18 (1): 6-11
86.	Sol Silverman Júnior MA, Color Atlas Oral Manifestation AIDS – 2ª. ed., 1995.
87.	Song ATW, Schout D, Novaes HMD, Goldbaum M. Clinical and Epidemiological features of AIDS/Tuberculosis co morbidity. Rev. Hosp Clin Fac Méd. S Paulo 2003; 58 (4): 207-214.
88.	Sote EO. AIDS and infection control. Experiences, attitudes, Knowledge and perception of occupational hazards among Nigerian dentists. Afr Dent J , 6:1-7, 1992

89.	Souza IPR, <i>et al.</i> Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. Rev. Bras Odontol , rio de janeiro, v.53, n.1, p.49-51, jan./fev. 2001.
90.	Suleiman, J. Aderência entre pacientes com lipodistrofia . Paper, 2005.
91.	Toossi A, Mayanja-Kizza H, Hirsch CS, Edmonds KL, Spahinger T, Hom DL, Aung H, Mugenyi P, Ellner JJ, Whalen CW. Impact of tuberculosis (TB) on HIV – 1 activity in dually infected patients. Clin Exp Immunol 2001; 123 (2): 233-238.
92.	Tunala L, Paiva V, <i>et al.</i> Fatores psicossociais que dificultam a adesão de mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: TEIXEIRA, P.R. <i>et al.</i> Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo, São Paulo, Nepaids, 2000.
93.	UNAIDS. AIDS Epidemic update : 2004. Disponível em: http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPlupdate_2005_pdf(2006_jan18) .
94.	Valentim C Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In:Correa, MSNP. Odontopediatria na primeira infância . São Paulo: Santos, 2001. cap.42, p.614-25.
95.	Van de Perre P. Transmission of human immunodeficiency virus type 1 through breast-feeding: how can it be prevented? J Infect Dis , Chicago, v.179, Supplement 3, p.S405-407, May 1999.
96.	Vieira AR, <i>et al.</i> “Status” gengival de crianças HIV positivas. Rev. Bras. Odontol , Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.2-4, nov./dez.1996.
97.	Vilaça EL, Linhares RMS, Pordeus IA. Manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/AIDS em crianças. Rev. CROMG , Belo Horizonte, v.7, n.1, p.47-56, jan./abr.2001.

98.	Weiden P. Adherence to antipsychotic medication: key facts. Schizophrenia Home Page, 2002 (URL: http://www.schizophrenia.com/ami/coping/noncompli2.htm).
99.	Who J. Aherence project:towards policies for action. Adhrence to Long – term Therapies: evidence for action. Org. Eduardo Sabaté, 2001. Disponível no site URL:http://www.who.org .

ANEXOS

ANEXO 1

História da AIDS no Mundo e no Brasil (BRASIL, 2005a)

1959

O isolamento do vírus da AIDS foi considerado o passo mais importante para o estudo da doença. A partir do isolamento do vírus foi possível descobrir que a multiplicação do vírus da AIDS ocorreu através de um antepassado africano comum, de aproximadamente, 40 a 50 anos.

1977/1978

Primeiros casos de AIDS nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como AIDS, em 1982, quando se classificou a nova síndrome.

1980

Primeiro caso de AIDS diagnosticado no Brasil – Estado de São Paulo, também só classificado em 1982.

1981

Primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com a misteriosa doença e importância clínica dada aos novos casos diagnosticados.

1982

Primeiro caso de transfusão sangüínea. Primeiro caso diagnosticado no Brasil, em São Paulo. Adoção temporária do nome Doença dos 5 “H” – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos, usuários de heroína injetável e Hookers – profissionais do sexo em inglês. Conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Primeiros três casos de AIDS registrados em homens, no município do Rio de Janeiro.

1983

Primeira notificação de caso de AIDS em criança; Relato de caso de possível transmissão heterossexual; Homossexuais usuários de drogas seriam os difusores do “fator” para os heterossexuais usuários de drogas; Relato de casos em profissionais de saúde; Primeiras críticas ao termo “grupo de risco”, grupos mais vulneráveis à infecção – principais vítimas são gays e haitianos; Possível semelhança com o vírus da hepatite B – focaliza-se a origem viral da AIDS; Primeiros dois casos de AIDS no sexo feminino no Brasil.

1984

A biologia celular consegue a caracterização de um retrovírus, vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive; Disputa entre grupos do médico americano Robert Gallo e do francês Luc Montagner pela primazia da descoberta do HIV; Primeiros três casos de AIDS registrados em mulheres no município do Rio de Janeiro. Estruturação do primeiro programa de controle da AIDS no Brasil – o Programa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Primeiro caso de AIDS no estado de Mato Grosso, sexo masculino, no município de Rondonópolis.

1985

Fundação do GAPA – Grupo de Apoio aos Portadores de AIDS – primeira ONG – Organização Não Governamental do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS; Diferentes estudos buscam meio diagnóstico para a possível origem viral da AIDS; Teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico; Caracterização dos “comportamentos de risco” no lugar de “grupo de Risco” A AIDS é a fase final da doença causada por um retrovírus, agora denominado HIV – Amam Immunodeficiency Vírus (vírus da imunodeficiência humana); Primeiro caso de AIDS de transmissão perinatal, transmissão vertical (da mãe grávida para o bebê);

1986

Criação da Divisão Nacional de AIDS dentro do Ministério da Saúde; Criação da Coordenação Nacional de DST e AIDS;

1987

Instituído, pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para AIDS, o dia 1º de dezembro como o dia mundial de luta contra a AIDS para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV; Criação do primeiro Centro de Orientação Sorológica – COAS, em Porto Alegre - RS; Questiona-se a definição de comportamentos sexuais tidos como “anormais”; Surgimento do AZT no cenário internacional, medicamento para pacientes de câncer e o primeiro que detém a multiplicação do vírus HIV; Os Ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/AIDS nas SIPATS – Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde. Casos notificados no Brasil: 2.775.

1988

Promulgação da Constituição de 1988; Portaria do Ministério da Saúde passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids; Morre o cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil, aos 43 anos; Criação do Sistema Único de Saúde; Participação efetiva de ONG na luta contra a AIDS; O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas; Primeiro caso diagnosticado na população indígena; Total de casos de AIDS no Brasil: 4.535

1989

Novo critério de definição para a classificação de casos de AIDS após o Congresso de Caracas – Venezuela; Ativistas levam o fabricante do AZT (Burroughs Wellcome) a reduzir em 20% o preço do remédio; Campanha nacional: “AIDS. Você precisa saber evitar”; Total de casos de AIDS no Brasil: 6.295

1990

Morre o cantor e compositor Cazuza, aos 32 anos.

1991

Inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuitas de remédios anti-retrovirais; Dez anos depois da AIDS ser identificada, a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no mundo; Campanha Nacional: “Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar” Total de casos de AIDS no Brasil: 11.805

1992

Inclusão no código internacional de doenças, a infecção pelo HIV; Ministério da Saúde inclui os procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS; Início do credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com AIDS; Campanha Nacional: “Vamos todos contra a AIDS de mãos dadas com a vida”; Primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV; A opinião pública brasileira fica indignada quando a menina Sheila Cartopassi de Oliveira, de cinco anos, tem a matrícula recusada em uma escola de São Paulo, por ser portadora de HIV; Total de casos de AIDS no Brasil: 14.924

1993

Início da notificação da AIDS no Sistema de Notificação de Doenças – SINAN; Campanha Nacional “Viva com prazer. Viva o sexo seguro – Bráulio –” Total de casos notificados no Brasil: 16.760

1994

Acordo com o Banco Mundial impulsiona às ações de controle e prevenção DST/AIDS previstas pelo Ministério da Saúde; Definição para diagnosticar casos de AIDS em crianças; Campanha Nacional: “Carnaval bem transado” – “Você precisa aprender a transar com a existência da AIDS” – “ Falta de solidariedade. Precisamos acabar com esse sintoma da AIDS ” Total de casos de AIDS no Brasil: 18.224

1995

Medicamentos consolidados para o tratamento anti-retroviral até este momento: AZT/ddI/ddC; Aparecimento dos primeiros inibidores de Proteases, medicamento que dificultam a multiplicação do HIV no organismo; Campanha Nacional: “Neste carnaval pule aqui dentro, viva com prazer” – Quem se ama se cuida” Total de casos no Brasil: 19.980.

1996

Primeiro consenso em terapia anti-retroviral, regulamentação da prescrição de medicamentos para combater o HIV; Lei fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para o tratamento da AIDS; Disponibilização do AZT venoso na rede pública; Queda das taxas de mortalidade por AIDS – diferenciada por regiões; A AIDS surge no interior do Brasil – interiorização – Aumenta significativamente na população de baixa escolaridade e baixa renda –

pauperização – Percebe-se que a AIDS aumenta entre as mulheres – feminização-; Campanhas: “Sexo seguro é alegria geral”, “Tratar bem é lutar pela vida”, “Compartilhemos direitos e responsabilidades”; Total de caso no Brasil: 22.343.

1997

Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4; Campanhas: Carnaval do peru é carnaval com camisinha – Crianças vivendo com AIDS, o Brasil dá um abraço; Morre o sociólogo Herbert de Souza, O Betinho, hemofílico, defensor incontestado do tratamento digno aos doentes de AIDS; Total de casos no Brasil: 22.593.

1998

Onze medicamentos estão disponíveis gratuitamente na rede de saúde; Lei define como obrigatória à cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados; Campanhas: Sem camisinha não tem carnaval – A força da mudança: com os jovens em campanha contra a AIDS.

1999

Aumento para quinze o número de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; Queda de 50% na mortalidade dos pacientes de AIDS e melhora da qualidade de vida dos portadores do vírus HIV; Uma chimpanzé fêmea, Marylin, ajuda a confirmar que o SIV (simian immunodeficiency vírus ou vírus da imunodeficiência dos símios) foi transmitido para seres humanos e sofreu mutações, transformando-se no HIV); Campanhas: Viver sem AIDS só depende de você – Camisinha, eu vivo com ela; Total de casos no Brasil: 1998/1999(até agosto): 22.102.

2000

13ª Conferência Internacional sobre AIDS, em Durban, na África do Sul, denuncia ao mundo a mortalidade na África: 17 milhões morreram de AIDS no continente, 3,7 milhões são crianças, 8,8 % dos adultos estão contaminados; Realização do I Fórum em HIV/AIDS da América Latina, no Rio de Janeiro; Campanhas: “Prevenir é tão fácil quanto pegar” – “Não leve AIDS para casa” – “Camisinha: a melhor amiga da estrada”; Total de casos no Brasil 1999/2000 (até junho): 17.806.

2001

Implantação da Rede Nacional de Laboratórios de Genotipagem; O Brasil ameaça quebrar as patentes dos remédios e consegue negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução nos preços dos medicamentos para AIDS; O HIV Vaccine Trials Network (HVTN) planeja testes com vacinas em vários países, entre eles o Brasil; Campanhas: Não importa do lado que você está. Use Camisinha – Eu gosto de mulher e posso pegar AIDS. Eu sou gay e posso pegar AIDS. Eu sou negro e posso pegar AIDS. Eu sou homem e posso passar AIDS. Eu sou negro e posso passar AIDS. Total de casos de AIDS acumulados: (1980-2001) 220.000.

2002

O Fundo Global para o combate a AIDS, tuberculose e malária é criado para captar e distribuir recursos, que serão utilizados por países em desenvolvimento, para o controle das três doenças infecciosas que mais matam no mundo; Relatório realizado pela Unids, Programa conjunto das Nações Unidas para a luta contra a AIDS, afirma que a AIDS vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos 20 anos, a maior parte na África, pressionando as nações desenvolvidas a investir no controle da doença; 14ª Conferência Internacional sobre a AIDS é realizada em Barcelona, Espanha; Total de casos de AIDS acumulados: (1980-2002) 258.000.

2003

Realização do II Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, em Havana; Cuba; Programa Brasileiro de DST/AIDS recebe o prêmio de US\$ 1 milhão, da Fundação Bill & Melinda Gates, como reconhecimento às ações de prevenção e assistência no país, os recursos são distribuídos para ONG's que trabalham com portadores de HIV/AIDS; Total de casos de AIDS acumulados até 2003: 310.310.

2004

Lançamento do algoritmo brasileiro para testes de genotipagem; Recife reúne 4 mil participantes em três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids /SBDST) e o I Congresso Brasileiro de Aids; Total de casos de AIDS acumulados até 30/06/2004: 362.364.

2005

Morre o filho do ex-presidente da África do Sul Nelson Mandela, Makgatho Mandela em consequência da AIDS; O Dia Mundial de Luta contra a AIDS no Brasil aborda como fator de vulnerabilidade para a população negra; Total de casos de AIDS acumulados até Junho de 2005: 371.827.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Departamento de Odontologia Social

Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia

Marque as respostas das questões com um x no espaço reservado para tal, com cuidado para não saltar nenhuma, observando que para algumas será necessária resposta descritiva.

Ao final, existe um espaço para opiniões que, serão muito bem recebidas.

Esse questionário deverá ser enviado por meio de envelope selado em anexo, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os envelopes serão abertos por pessoa alheia à pesquisa (secretária) para que seja resguardada a identidade das pessoas que responderem e para que os pesquisadores não tenham contato com os Termos de Consentimento.

Agradeço desde já a colaboração

01- Sexo: M () F ()

02. Tempo de exercício profissional clínico: ____anos

03. Formado em Universidade: Pública () Particular ()

04. Concluiu ou está concluindo curso de pós-graduação:

Não ()

Sim, Mestrado em: _____

Sim, Doutorado em: _____

Sim, Especialização 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 Ética e/ou Biossegurança:

Sim () nos últimos 5 anos

Sim () nos últimos 2 anos

Não ()

09. Trabalha com THD/ACD:

Sim () Não ()

10. Já atendeu paciente reconhecido com HIV+:

Não () Apenas 1 () No Máximo 5 ()

Trabalha em local de atendimento específico para pacientes HIV+ ()

11. Para confirmação definitiva do diagnóstico de HIV+, são necessários dois resultados ELISA positivos e um WESTERN BLOT positivo:

Sim () Não () Não Sei ()

12. Candidíase oral e Leucoplasia Pílosa são marcadores de prognóstico em portadores de AIDS:

Sim () Não () Não Sei ()

13. A Queilite Angular é uma forma de manifestação da Cândida em pacientes HIV+:

Sim () Não () Não Sei ()

14. O Eritema Linear Gengival é uma manifestação periodontal bastante característica da presença de infecção por HIV:

Sim () Não () Não Sei ()

15. Aumento de incidência de cárie é uma manifestação oral da AIDS:

Sim () Não () Não Sei ()

16. A notificação compulsória é obrigatória para o profissional de saúde (médico, 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 ()

17. Um 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 ()

18. O dentista pode pedir teste anti-HIV:

Sim () Não () Não Sei ()

19. No seu local de Trabalho, se for serviço público, existe:

Duas pias por consultório: Sim() Não()

Estufa com jogos instrumentais suficientes: Sim() Não()

Autoclave: Sim() Não()

Piso liso sem ranhuras: Sim() Não()

Paredes pintadas com tinta lavável: Sim() Não()

20. No seu consultório ou em seu local de trabalho a nível privado, existe:

Duas pias por consultório: Sim() Não()

Estufa com jogos instrumentais suficientes: Sim() Não()

Autoclave: Sim() Não()

Piso liso sem ranhuras: Sim() Não()

Paredes pintadas com tinta lavável: Sim() Não()

21. 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 ()

22. A ficha clínica do paciente deve conter em local de destaque a indicação do status sorológico do paciente HIV+:

Sim () Não () Não Sei ()

23. 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 ()

24. A incorreta interpretação dos exames laboratoriais do paciente HIV+ pelo Dentista constitui erro profissional:

Sim () Não () Não Sei () Seus comentários: _____

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Objetivos da realização da pesquisa

O estudo proposto procurará avaliar o grau de conhecimento, atitudes e comportamento dos cirurgiões-dentistas pesquisados referente ao atendimento do indivíduo portador de HIV/AIDS, com o objetivo de traçar um perfil dos cirurgiões-dentistas que trabalham nos 14 (catorze) municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juína, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Água Boa, Cuiabá, Alta Floresta, Peixoto de Azevedo, Juara e Pontes e Lacerda) e sensibilizar os cirurgiões-dentistas para o atendimento do indivíduo HIV/AIDS, com o propósito de subsidiar futura implementação descentralização e humanização do atendimento odontológico do indivíduo portador de HIV/AIDS.

Procedimentos utilizados na pesquisa

Serão enviados questionários, via correio, aos cirurgiões-dentistas dos municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso por meio de carta, acompanhados de envelopes selados que permitirão o respectivo retorno aos pesquisadores, não havendo, portanto, qualquer outra forma de recrutamento.

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados

O presente estudo não representa riscos para seus participantes, tendo em vista tratar-se pesquisa a ser realizada por meio de questionários previamente elaborados pelos pesquisadores e submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP e impressos em folhas de papel sem nenhum grau de toxicidade, o mesmo ocorrendo com a tinta utilizada. Os questionários conterão questões estruturadas e abertas.

Tendo em vista o aspecto legal envolvido, e, buscando se evitar constrangimentos aos participantes, os questionários e Termo de Consentimento Livre

Esclarecido serão identificados por meio de números e citados na pesquisa por meio de letras. Tal fato visa a se evitar a quebra de sigilo, e a permitir a desistência do voluntário.

Quanto aos benefícios espera-se oferecer dados sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas no tocante ao atendimento de indivíduos portadores de HIV/AIDS, visando implementar, descentralizar e humanizar o atendimento a esta população específica.

As informações obtidas durante o desenvolvimento da presente pesquisa serão utilizadas para se atingir o objetivo previsto.

Métodos alternativos existentes para obtenção da informação desejada

Como outra forma de obtenção de dados para a realização deste estudo, poderá ser efetuada uma exaustiva revisão da literatura sobre tema a ser analisado comparando os dados obtidos em outros estados e países.

Forma de acompanhamento da pesquisa e assistência

O voluntário possui a garantia de que receberá resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa. Os pesquisadores responsáveis assumem também o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando.

Garantia de esclarecimentos

O voluntário possui a garantia de que receberá resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia pelos pesquisadores responsáveis: Gerson Santiago Monçalves Velos, e-mail: gersonsantiago2003@yahoo.com.br ou Prof. Dr. Eduardo Hebling, e-mail: hebling@fop.unicamp.br Ou pelos telefones: (19) 3412-5280 e 3412-5209. Ou escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, 901 CEP: 13414-900-Piracicaba-SP. Os pesquisadores responsáveis assumem também o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando.

Garantia se recusar a participar em qualquer momento

O voluntário possui a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Quando da apresentação ou publicação dos dados, deste experimento, serão resguardadas as identidades dos voluntários.

Garantia de sigilo de dados confidenciais

Ao voluntário da pesquisa será garantido o sigilo de todas as informações adquiridas. Sua identidade será preservada mediante a utilização de um mesmo número para seu questionário e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão tomados todos os cuidados para zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que, serão obtidas e utilizadas para se atingir o objetivo previsto na pesquisa.

Garantia de ressarcimento integral das despesas

A previsão de ressarcimento de gastos aos indivíduos desta pesquisa, não será necessária, já que os mesmos responderão apenas e simplesmente questionários impressos em folhas de papel sem nenhum grau de toxicidade, o mesmo ocorrendo com a tinta utilizada. Os questionários serão enviados aos cirurgiões-dentistas dos municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso por meio de carta (via postal) e seguirão junto aos mesmos envelopes devidamente selados para o retorno da resposta aos pesquisadores.

Formas de indenização

Não se apresenta

Cópia do TCLE ao voluntário

Ao voluntário ou seu responsável será fornecida uma cópia do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, quando solicitado.

Nome do voluntário por extenso

Assinatura do voluntário



UNICAMP

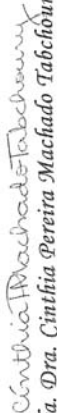
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
CERTIFICADO



dentistas no estado de Mato Grosso, Brasil", protocolo CEP nº **149/2004**, dos Pesquisadores **Gerson Santiago Moncalves Velos** e **Eduardo Hebling**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia - UNICAMP.

We certify that the research project "HIV/AIDS: The knowledge, attitudes and behaviour of dentists in Mato Grosso state, Brazil", register number **149/2004**, of **Gerson Santiago Moncalves Velos** and **Eduardo Hebling**, is in agreement with the recommendations of 196/96 Resolution of the National Health Committee - Brazilian Health Department and was approved by the Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas - UNICAMP.


Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior
 Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dra. Cinthia Pereira Machado Tabachinsky
 Secretária
 CEP/FOP/UNICAMP

Piracicaba - SP, Brazil, October 26 2004