

LUCIANE MIRANDA GUERRA

**RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DO
CIRURGIÃO-DENTISTA NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO A CRIANÇA HIV SOROPOSITIVA**

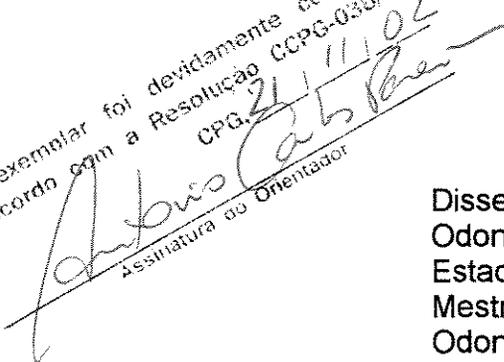
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências – área de concentração Odontologia Legal e Deontologia

**PIRACICABA
2002**

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

LUCIANE MIRANDA GUERRA

**RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DO
CIRURGIÃO-DENTISTA NO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO A CRIANÇA HIV SOROPOSITIVA**

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CPG-038/83
CPG. 21/11/02

Assinatura do Orientador

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências – área de concentração Odontologia Legal e Deontologia

Orientador: Prof.Dr. Antonio Carlos Pereira

Banca Examinadora:

Profª Drª Cléa Adas Saliba Garbin

Prof. Dr. Eduardo Hebling

Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

2.00304945

**PIRACICABA
2002**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP 9937r
V	EX
TOMBO BCI	52052
PROC.	16-124/03
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	12/02/03
Nº CPD	

CM00179071-2

18 10 278423

Ficha Catalográfica

G937r	<p>Guerra, Luciane Miranda. Responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista no atendimento odontológico a criança HIV soropositiva. / Luciane Miranda Gerra. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2002. xiv, 121p. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. AIDS (Doença). 2. Odontopediatria. 3. Odontologia legal. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

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



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 25 de Setembro de 2002, considerou a candidata LUCIANE MIRANDA GUERRA aprovada.

1. Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Handwritten signature of Antonio Carlos Pereira in cursive script, written over a horizontal line.

2. Profa. Dra. CLÉA ADAS SALIBA GARBIN

Handwritten signature of Cléa Adas Saliba Garbin in cursive script, written over a horizontal line.

3. Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

Handwritten signature of Eduardo Hebling in cursive script, written over a horizontal line.

Dedico este trabalho a todas as crianças vitimadas, quer pela AIDS quer por outros males, e que ,além de tudo ainda sofrem as duas piores agressões que um ser humano pode sofrer: a discriminação e o preconceito.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira muito mais do que pela orientação, mas por sua amizade e paciência que fizeram deste trabalho um processo de contínuo aprendizado.

Ao Prof. Dr. Eduardo Daruge por seus ensinamentos e por ter-me aberto as portas desta casa acreditando neste trabalho quando ele ainda era somente um sonho.

Ao Dr. Domingos Franciulli Neto por ter acreditado na honestidade dos propósitos deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Dalton Luís de Paula Ramos, pela dedicação em favor dos Direitos humanos e da Bioética; e por ter, em razão disso, inspirado a idéia inicial deste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Odontologia Social da F.O.P. - Unicamp, pela acolhida e pela atenção.

Ao amigo Mitsuo Tamoto, pela amizade e por sua grande competência como docente da Odontologia Legal, que tanto acrescentou a este trabalho.

Aos sujeitos da pesquisa pela colaboração inestimável em favor da ciência.

Aos colegas Dra. Célia Regina Sinkoç, Dr. Marcelo Bacci Coimbra, Dr. Issamu Murakami e Dra. Nadja Moscoso Abdalla pela colaboração incansável na distribuição e coleta dos questionários, sem o que este sonho não se realizaria.

Ao Centro Corsini - Campinas, mais do que pelos ensinamentos técnicos que embasaram esta dissertação, mas também pela filosofia de trabalho ensinada e pela constatação de que a AIDS e a Vida são perfeitamente conciliáveis.

À Célia Regina Manesco e Dinolly Albuquerque pelo carinho sempre dispensados a todos os alunos da disciplina de Odontologia Legal e Deontologia

Ao Prof. Dr. Luís Antonio Franceschini pela atenção e dedicação incansáveis sempre dedicados aos alunos deste departamento.

À bibliotecária Marilene Girello, que, além de profissional foi amiga; por sua extrema dedicação, paciência e carinho na normalização desta dissertação.

Ao amigo Ronaldo Radicci pelas tantas sugestões positivas que só enriqueceram este trabalho, pelo extremo coleguismo, e também por sua dedicação ao tema, que deve servir de exemplo para toda a comunidade científica.

Ao meu marido, Alexandre, meu cúmplice neste sonho, por sua dedicação sem medida e por todos os sacrifícios enfrentados para que ele se realizasse.

Ao meu filho, por ser a minha maior inspiração.

À minha irmã, Lílian, por me fazer acreditar sempre na viabilidade dos meus sonhos.

Aos meus pais, Marli e Moacyr, pois através de seu exemplo de vida é que surgiram meus ideais.

Aos amigos de todas as horas. Aqueles que mesmo quando ausentes se fizeram presentes, estimulando, socorrendo e repartindo cada momento desta caminhada.

Ao meu sogro, José Henrique e ao meu cunhado Gustavo, pelo incentivo e pelo afeto.

À Beatriz por ter cuidado, na minha ausência, de meu bem mais precioso.

A Deus por ter colocado em meu caminho todas essas pessoas. Só assim este sonho pode tornar-se realidade.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	3
1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Aspectos Gerais da doença	11
2.2 Epidemiologia	13
2.3 Semiologia	15
2.3.1 Manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV	16
2.3.2 Manifestações sistêmicas em crianças com infecção pelo HIV	28
2.4 Diagnóstico e evolução da doença	29
2.5 Controle de infecção e risco ocupacional	32
2.6 Aspectos éticos e legais	44
2.6.1 A Recusa e o Abandono	44
2.6.2 O Sigilo	48
2.6.3 O Diagnóstico	51
2.6.4 A Notificação Compulsória da Doença	53
2.6.5 O Aconselhamento à gestante infectada	54
3 METODOLOGIA	55
4 RESULTADOS	59
5 DISCUSSÃO	77
6 CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	113

RESUMO

O atual crescimento na incidência de AIDS entre o sexo feminino transporta-nos para a realidade da transmissão vertical. Através desta, bebês estão sendo contaminados, conseqüentemente novas crianças estão sendo vítimas desta infecção. As manifestações bucais da AIDS em crianças diferem em vários aspectos das verificadas em adultos; e o Cirurgião – Dentista é, na maioria das vezes, o primeiro profissional a se deparar com estas manifestações. Em vista desta nova realidade, o presente trabalho realizou uma pesquisa com Cirurgiões-Dentistas das redes pública e privada de assistência odontológica das cidades de Amparo e Campinas, através de questionário com questões de múltipla escolha, que foram distribuídos para 1040 profissionais, escolhidos por amostragem casual simples. Para a análise estatística dos resultados foram empregados os testes de Qui-Quadrado (χ^2), Exato de Fisher e Razão de Máxima Verossimilhança (G^2) e foi adotado nível de significância de 5%. Averiguou-se os motivos que eventualmente levam à recusa do atendimento bem como as principais deficiências técnicas, dificuldades éticas e comportamentais e lacunas de conhecimento legal que dizem respeito ao tratamento odontológico destes pacientes. Através desta pesquisa foi detectado, entre outras coisas, que 83,64% dos Cirurgiões–Dentistas entrevistados se dispõem a atender crianças HIV soropositivas. Os resultados mostraram-nos, ainda, que parcela considerável dos entrevistados (79,73%) está desinformada quanto a diferença de prevalência de manifestações bucais da AIDS

entre adultos e crianças além de não estar consciente sobre sua responsabilidade em relação ao diagnóstico precoce da doença. Também revelaram-nos que dentre aqueles que não se dispõem a atender crianças HIV soropositivas, a maioria (72,98%) não o faz porque não se sente capaz para tal atendimento. Além disso, a pesquisa revelou-nos, ainda, que grande parte dos entrevistados (66,66%) não possui formulário acessível para notificação de acidente de trabalho em seu local de atuação. Através dos resultados obtidos concluiu-se, entre outras coisas, que o Cirurgião-Dentista que atua no serviço público está mais disposto a atender crianças HIV soropositivas; que há necessidade de maior familiarização dos mesmos com os aspectos éticos e legais relacionados com a infecção pelo HIV em crianças, bem como de maior conhecimento na área de controle de infecção, risco ocupacional e semiologia relativos à doença. Com base nestas informações o presente trabalho sugere entre outras coisas, uma reflexão aprofundada da classe odontológica em relação a reestruturação das disciplinas de patologia e de odontologia legal nas faculdades, recapacitação dirigida ao assunto para os Cirurgiões-Dentistas, além de maior divulgação do tema junto à classe odontológica e à comunidade.

ABSTRACT

The present increase of the AIDS incidence among women has carried us to the vertical transmission reality . Through this fact, babies have been infected, as a result, new children have been victimized by this infection. AIDS oral manifestations in children are in many ways different from the ones verified in adults; and the Dentists is, mostly, the first professional to face these manifestations. Concerning this fact, the present work has accomplished a research among dentists pertaining to private and public dental assistance from the cities Amparo and Campinas, using a multiple-choice-question questionnaire , distributed to 1040 professionals simple-casual sampled. For the statistic analysis of the results the Chi - Square test (χ^2), Fisher exact and the highest verisimilitude (G^2) were applied and a 5% significance level was adopted. The reasons that eventually cause the refuse of treatment, the main technical defficiencies, ethical and behavioural difficulties and lack of legal knowledge related to dental treatment for these patients, were investigated as well. Through this research, it was possible to notice that 83,64% of the professionals are willing to treat soropositive children without any resistance. The results have even shown that a noteworthy parcel of the interviewed professionals (79,73%) are not instructed about the differences from AIDS oral manifestations between children and adults, and they are not aware of their responsability related to the precocious diagnostics of the disease after all. Besides, the research has come up with the fact that the greatest part of the interviewed professionals (66,66%) do not own the available formulary for working

accidents reports in their working area. From the obtained results, it followed that the Dentists, who acts in public assistance, is more inclined to treat HIV soropositive children. A higher familiarity between the professionals and the ethical and legal aspects related to the HIV infection in children – as it accurates the knowledge concerning to infection control, working risk and disease semiology – is definitely necessary. Based on this information, this work suggests, among other things, a deepest reflection about the dentistry class, concerning from setting a new framework for the pathology and legal dentistry subjects at college, and capacitative requalifications related to these points adressed to Dentists, and a wider diffusion of this topic among the dentistry class and the community.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mundialmente conhecida também pela sigla AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), é causada por um retrovírus humano atualmente denominado HIV (Human Immunodeficiency Vírus), isolado em 1983. Este agente ao penetrar no organismo hospedeiro infecta e destrói os linfócitos "T" auxiliares, o que ocasiona imunodepressão. Na primeira etapa o indivíduo possui a infecção sem sintomas, mas pode transmitir o vírus, o que o caracteriza como "portador assintomático". Este período de incubação pode durar meses ou até mesmo muitos anos. Além do tropismo por células sanguíneas, o vírus é também neurotrópico, e pode causar lesões no sistema nervoso. Este, já foi isolado no sangue, sêmen, secreções vaginais, saliva, lágrima, leite materno, fluido cérebro-espinhal, fluido amniótico e urina. Entretanto, pelas evidências epidemiológicas já descritas, apenas o sêmen, o sangue, as secreções vaginais e, possivelmente o leite materno, representam efetivamente, vias de transmissão. Assim, pode ser transmitido, pela via sanguínea, pelo contato da mãe com o filho durante a gravidez e durante ou logo após o parto. Alimentos, insetos, água e contatos casuais, não possuem evidência de transmissão do HIV. Também não foram documentados casos de transmissão pela saliva pois nesta a presença do vírus é rara e quando ocorre é em pequena quantidade como partícula viral extra-celular. Portanto, o risco de infecção praticamente inexistente nos casos de contato casual, mesmo entre membros da família expostos à saliva de pessoas infectadas (GHERSEL, 1999).

O conhecimento sobre a etiologia do HIV e a patogenia da infecção por ele causada permite que o seu diagnóstico seja feito precocemente. Com o advento de novas terapêuticas combinadas de antiretrovirais as infecções oportunistas graves podem ser prevenidas, possibilitando aos portadores do vírus e pacientes uma vida mais saudável e mais longa. Atualmente, não é raro uma pessoa soropositiva passar mais de dez anos sem apresentar qualquer manifestação clínica da doença, diferentemente do início da doença em que o quadro era muito diferente. A falta de um conhecimento mais profundo sobre a ação do vírus e da doença, bem como a imagem de pacientes em estado terminal nos leitos dos hospitais públicos, gerando medo e desconfiança na população, contribuíram para estigmatizar a doença e alimentar preconceitos sociais e discriminação em relação aos grupos inicialmente mais afetados, como: homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2000a).

O aparecimento da AIDS, certamente acentuou os sentimentos negativos que a sociedade sempre teve em relação a grupos historicamente marginalizados. A doença impôs um duro estigma às suas vítimas que, desde seu surgimento, foram discriminadas e alijadas de seus direitos fundamentais. Todavia, a despeito do comportamento pernicioso e desumano da sociedade para com as vítimas da doença, a ciência caminhou sempre a passos largos na direção da cura e da solução de seus agravos. Desde a descoberta da AIDS no início da década de 80 até os dias atuais, quando então a doença assumiu as características de pandemia, várias importantes mudanças já ocorreram no perfil

epidemiológico da doença. Graças ao esforço de toda a comunidade científica, cada vez que se identifica uma dessas mudanças, esforços incontidos são realizados no sentido de coibi-la ou ao menos dificultar a sua propagação.

Foi assim que no início, ao se identificar como "grupo de risco" os hemo-dependentes, verificou-se que a transmissão era muito alta em decorrência de transfusões. Atualmente, um sério trabalho vem sendo feito junto aos bancos de sangue no Brasil de forma que a transmissão entre esta categoria tem apresentado importante declínio: representavam 62% da categoria por exposição sanguínea em 1984, e hoje representam 0,9% (BRASIL, 2000a).

Do mesmo modo, nos dias atuais, identifica-se o sexo feminino numa curva ascendente de incidência da doença e, como conseqüência direta, o número de crianças afetadas começa a ocupar espaço na epidemiologia da infecção pelo HIV. Assim, esforços têm sido empreendidos no sentido da prevenção de transmissão vertical entre as gestantes.

Ao identificarmos que o número de crianças afetadas começa a crescer de forma cada vez mais significativa, torna-se urgente a ação multidisciplinar que incida sobre esta categoria de pacientes.

Considerando que as manifestações bucais são muito comuns e, na maior parte das vezes são os primeiros sinais e sintomas da doença, o Cirurgião-Dentista é, nesses casos, o primeiro a se deparar com o fato, assim, cabe a este profissional o diagnóstico ou pelo menos a hipótese de diagnóstico que suscite o encaminhamento do paciente (RAMOS-GOMES, 1997). Por esta razão, a omissão do profissional neste caso pode significar diminuição da sobrevida do

paciente, perda da chance de intervir prematuramente no problema e, conseqüentemente de garantir-lhe melhor qualidade de vida. Logo, o Cirurgião-Dentista deverá estar preparado para esse diagnóstico ou pelo menos para o reconhecimento de lesões que possam levar a uma hipótese de diagnóstico de AIDS. Deve, para isso, saber identificar as diferenças básicas de incidência de lesões entre adultos e crianças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, estabelece que, sendo a AIDS um problema de saúde pública de nível global, os Cirurgiões-Dentistas de todo o mundo devem se preparar para proporcionar a melhora da saúde bucal dos pacientes acometidos por esta doença. Assim, recomenda que os Cirurgiões-Dentistas participem ativamente a nível nacional e global na prevenção e nos programas de controle da AIDS. Os odontólogos têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas pelo HIV (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

Há que se atentar, ainda para o preparo que os Cirurgiões-Dentistas devem ter em relação a todas as implicações éticas e legais que a AIDS pediátrica traz consigo. É preciso ter conhecimento sobre os direitos dos pacientes e sobre os deveres de seus responsáveis.

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 à 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. No início, quando foi dito que a AIDS era uma entidade de homossexuais, era verídico porque apenas nestes se procurou a doença. Depois afirmou-se que poderia ser ainda dos usuários de drogas injetáveis. Do mesmo modo a doença passou a ser destes usuários. Tendo em vista que a AIDS é uma virose clássica, em que o principal meio de contágio é o ato sexual; e admitindo-se que a maior parte das pessoas é heterossexual e muitas delas estão sendo contagiadas, agora esta doença é tida como dos heterossexuais.

A AIDS, hoje doença prevalente aos seres humanos em geral e não mais a certos grupos, infelizmente parte significativa de suas vítimas é representada por indivíduos cujo comportamento social é conceitualmente oposto àquele tão repudiado pela sociedade: as crianças. Originariamente representantes dos mais positivos sentimentos humanos, elas hoje são vítimas da doença que reflete o negativo, o letal, o inaceitável. Este quadro, ainda recente e dramático, clama por uma mudança de atitude por parte de toda a sociedade. Cabe a todos os seres humanos a mobilização em torno desta nova tomada de consciência. Já a responsabilidade daqueles que por ofício conhecem o problema mais profundamente, como é o caso dos profissionais de saúde, é ainda maior. A estes, além da responsabilidade do amparo e da assistência profissional a esses indivíduos, cabe ainda o dever social de colaborar na mudança de consciência da sociedade com respeito às atitudes para com as crianças HIV soropositivas.

Visando subsidiar esta nova tomada de consciência o presente trabalho tem como objetivo detectar as principais deficiências de conhecimento e de comportamento do Cirurgião – Dentista frente ao tratamento da criança HIV soropositiva, bem como as possíveis causas de recusa e do abandono de tratamento pelo Cirurgião-Dentista. Em face dos resultados obtidos, pretende discutir as dificuldades detectadas, trazendo à luz as informações necessárias ao saneamento das referidas dificuldades. E, solucionadas estas principais lacunas de conhecimento, espera-se que a recusa e o abandono destes pacientes não mais ocorra na odontologia, proporcionando assim, melhora na qualidade de vida e aumento da sobrevida destes pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

- Aspectos gerais da doença
- Epidemiologia
- Semiologia
- Diagnóstico e evolução da Doença
- Risco Ocupacional
- Aspectos Éticos e Legais

2.1 Aspectos gerais da doença

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 2º, considera como criança, para os efeitos da lei, a pessoa com até doze anos incompletos e como adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (ESTATUTO...,1990).

PETERSEN *et al.*, em 1993, definem AIDS Pediátrica como a que ocorre em crianças com menos de 13 anos de idade. Acima de treze anos os pacientes são incluídos nas estatísticas de adultos por apresentarem padrões semelhantes.

Segundo SANDE & VOLBERDING (1995), as principais vias de transmissão do vírus HIV são: a via sexual; as transfusões de sangue e derivados; a via oral quando da prática do sexo, tanto para o agente passivo como para o ativo e a transmissão perinatal ou vertical.

A transmissão vertical do vírus da AIDS refere-se à transmissão que ocorre da mãe soropositiva para o feto durante a gestação, o parto ou como resultado do aleitamento materno (CHIGURUPATI *et al.*, 1996)

A taxa de infecção através da transmissão vertical varia de 20 a 40% dos casos segundo RAMOS-GOMES (1997).

Em relação aos cuidados relativos à prevenção da transmissão vertical, VAN DE PERRE, em 1999, alerta que o aleitamento materno é uma forma comprovada de transmissão vertical do vírus HIV para a criança. Há documentação que comprova a presença do vírus no leite materno. O contágio ocorre através do trato gastro-intestinal, cujo mecanismo de penetração ainda é desconhecido. Logo, o aleitamento materno é contra-indicado para crianças nascidas de mães HIV soropositivas.

Estudos recentes indicam que o uso de Zidovudina (AZT) durante a gravidez e o uso de parto cesariana reduzem para 2-3% a possibilidade de contaminação para recém-nascidos (WIZNIA *et al.*, citados por VILAÇA, em 1996).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) define a AIDS como uma doença caracterizada por imunossupressão resultante de destruição de LinfócitosT. Como conseqüência desta, há o surgimento de doenças causadas por agentes oportunistas além do aparecimento de neoplasias.

2.2 Epidemiologia

PETERSEN *et al.* (1993) estimaram que na América do Norte as crianças representem 2% dos casos de AIDS. Os autores afirmam ainda que lamentavelmente os índices aumentaram em mulheres, adolescentes e crianças, particularmente nas populações pobres de cidades do interior. Ressaltam que a epidemia tem se expandido mais entre usuários de drogas endovenosas, parceiros sexuais deste grupo e crianças nascidas destas relações, que no resto da população.

A transmissão vertical, segundo CHIGURUPATI *et al.* (1996) representa 85% dos casos pediátricos notificados nos Estados Unidos e ao redor do mundo. Os 15% restantes, expostos ao vírus, incluem crianças com hemofilia, desordens de coagulação, receptores de transfusões de sangue e outros riscos não identificados.

“ Em todo o Brasil existem 183 mil crianças atingidas direta ou indiretamente pelo vírus da AIDS, ou seja, crianças portadoras do vírus ou então órfãs de pais aidéticos. Segundo pesquisas feitas pela John Snow do Brasil e pelo projeto mundial de órfãos (Organizações não-governamentais, ONGs norte-americanas), São Paulo é a capital brasileira recordista em casos de crianças órfãs pela AIDS, somando 3 mil” (BIANCHINI & MONTEIRO, 1996).

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde estimava em 2 milhões o número de crianças infectadas pelo HIV no mundo, representando 7% da população total de 30 milhões de doentes (RAMOS-GOMES *et al.*, 1999).

De acordo com MAGALHÃES *et al.* (2000), dados epidemiológicos indicam que a infecção pelo HIV na cidade de São Paulo tem se expandido e é agora importante causa de morte no grupo pediátrico. Relembrem os autores que o primeiro caso pediátrico da doença no Brasil ocorreu em 1983. Em 1990 houve 313 casos notificados e, dez anos após (somente na cidade de São Paulo) o número de crianças vivendo com AIDS era de 762. A via de transmissão mais freqüente é a via vertical contribuindo com 84% do total. A segunda via mais freqüente de contaminação ocorre através de agulhas contaminadas, usadas por usuários de drogas e, em seguida, a transmissão sexual.

DHALIA *et al.*, em 2000, apontam que dos 190.949 casos registrados desde 1980 até 03/06/2000, 6.750 casos eram crianças. A proporção em 1985 era de 24 homens para cada mulher. Houve uma progressiva redução de 2 homens para cada mulher em 1999/2000. Os casos pediátricos têm sofrido mudanças no seu perfil etário devido ao fato da transmissão, neste grupo, ser predominantemente vertical. 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. Essa freqüência vem aumentando ano a ano. Anualmente 3 milhões de mulheres dão à luz e estima-se que 0,4% desse total esteja infectada pelo HIV.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), a primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no Brasil foi em 1985. Desde então até 03/06/2000, foram notificados 5.409 casos referentes a essa forma de transmissão.

VILAÇA *et al.* (2001) enfatizam que a infecção pelo HIV/AIDS, tanto em crianças e adolescentes como em adultos, vem apresentando um incremento no número de casos, sendo considerada um problema de saúde pública mundial.

O número de casos de AIDS no Brasil em menores de 13 anos de idade no ano 2001 é de 7335, segundo SANTANA (2001).

2.3 Semiologia

PETERSEN *et al.* (1993), afirmam que há similaridade entre as lesões dos adultos e das crianças mas também há diferenças, incluindo: fatores de risco, modo de transmissão, padrão de soroconversão e história natural da doença.

Segundo CHIGURUPATI *et al.*, em 1996, a presença de lesões bucais é útil para a seleção de profilaxia antibiótica e da intervenção terapêutica. Os autores ressaltam o papel dos odontopediatras, afirmando que eles podem atuar tanto na detecção precoce de lesões relacionadas ao HIV quanto na instrução de pediatras para o reconhecimento dessas lesões e ainda, colaborar com outros profissionais da saúde a fim de melhorar o conhecimento em relação a lesões bucais, parâmetros imunológicos e outros achados clínicos. Isto favoreceria a correta terapia profilática e melhoraria a sobrevivência de crianças infectadas pelo HIV.

2.3.1 Manifestações Bucais em Crianças Infectadas pelo HIV

RAMOS-GOMEZ, em 1997, explica que as manifestações bucais são comuns em assintomáticos e quase sempre um primeiro sinal de progressão da doença, por esta razão, as manifestações bucais são possíveis marcadores da doença. Desta forma, fica clara a associação da progressão da doença causada pelo HIV e as manifestações orais. Portanto, o autor sugere o uso do exame bucal como meio para o diagnóstico precoce da doença e de seu avanço, considerando a facilidade do acesso ao meio bucal .

Em pesquisa com crianças brasileiras infectadas pelo HIV, COSTA (1998) concluiu que as lesões intra e extra-bucais foram encontradas na maioria das crianças que apresentaram sorologia positiva, sendo a Candidíase pseudomembranosa a lesão mais comum e a Linfadenopatia cervical o sinal mais prevalente. Já a Queilite angular, a Hipertrofia de glândula parótida, a Candidíase eritematosa e úlceras foram observados em menos de 10% dos casos, ao passo que as que cáries e outras anomalias dentais não pareceram estar relacionadas com a doença AIDS.

MAGALHÃES *et al.*, em 2000, afirmaram que as manifestações bucais ocorrem com frequência em crianças HIV soropositivas e que elas são importantes para o estadiamento clínico da infecção, diagnóstico e tratamento, o que possibilita um aumento e melhora na sobrevida dos pacientes. Ressaltam os autores que um cuidadoso exame bucal da criança infectada em intervalos regulares é importante para preservar a qualidade de vida desses pacientes.

RUBINI, em 2001, descreve as principais manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV por ordem decrescente de frequência : Candidíase, Gengivite, Hipertrofia de parótidas, Úlceras aftosas, Estomatite herpética e Abscessos dentários. Afirma ainda que manifestações raras incluem: Leucoplasia oral pilosa, Neoplasias malignas e Ulcerações relacionadas à Citomegalovirose, Varicela zoster e ao vírus cocksackie.

Candidíase ou Candidose Bucal

São encontradas quatro formas de candidíase bucal em crianças e adolescentes com infecção pelo HIV, segundo classificam CHIGURUPATI *et al.* (1996).

- *Pseudomembranosa* – Manchas ou placas removíveis de coloração branca ou amarelada localizadas em qualquer área da mucosa bucal
- *Queilite Angular* – Comissuras labiais fissuradas e avermelhadas. A maioria dos casos está associada com *C.albicans*
- *Eritematosa*- área vermelha sem manchas ou placas brancas removíveis. Geralmente localizada no palato, dorso da língua e mucosa bucal
- *Hiperplásica* – Manchas brancas ou pequenos nódulos firmes e aderidos em área eritematosa que não pode ser atribuída a nenhuma outra lesão.

Os autores também ressaltam que a Candidíase bucal é uma constatação freqüente em crianças saudáveis nos primeiros seis meses de vida. Nestas crianças imunocompetentes, as lesões por cândida são geralmente leves, facilmente amenizadas com tratamento ou regridem espontaneamente.

Raramente são vistas fora deste período ou na ausência de fatores predisponentes (CHIGURUPATI *et al.*, 1996).

MESQUITA *et al.*, em 1998, explicam que o gênero *Cândida* compreende cerca de 150 espécies de fungos. Sete dessas espécies, *C.albicans*, *C.parapsiloses*, *C.tropicalis*, *C.crusei*, *C.glabrata*, *C. guilliermondi* e *C.Kefyr* são reconhecidas como patógenos importantes. A *C. albicans* é o fungo que mais prevalece isolado do corpo humano como comensal ou patógeno oportunista. Os autores apontam a Candidíase como resultado do supercrescimento e invasão dos tecidos bucais pelo fungo, após a destruição das defesas físicas e imunológicas do paciente. Em pacientes HIV positivos a imunidade oral não específica é reduzida e os mecanismos de defesa podem se apresentar alterados já no início da infecção. A queda no número de linfócitos T CD4 e outros fatores associados contribuem para o aparecimento freqüente de candidíase, entre outras lesões bucais. Em geral, a freqüência de espécies isoladas de *Cândida* aumenta com a progressão da doença e com as baixas nas taxas de linfócitos T CD4/CD8. Com a progressão da doença também ocorre uma mudança no biótipo de *C.albicans* e uma diminuição na susceptibilidade às drogas antifúngicas.

De acordo com VALENTIM, em 2001, o diagnóstico da Candidíase pseudomembranosa pode ser feito clinicamente. O procedimento consiste em raspar com uma espátula a região pseudomembranosa e, após removida a camada esbranquiçada, o exame do leito mucoso que deverá apresentar-se avermelhado.

Segundo SILVERMAN, em 1989, o reconhecimento de Candidíase bucal em pacientes com infecção pelo HIV foi de grande importância devido aos seguintes fatores :

- A Candidíase bucal pode ser o primeiro sinal ou sintoma de infecção pelo HIV;
- O paciente reconhecidamente HIV positivo e com Candidíase bucal tem seu prognóstico, em relação à sobrevivência, diminuído;
- A Candidíase bucal produz sintomas desagradáveis, desconforto, dor e halitose requerendo tratamento;
- A candidíase bucal pode agravar o estado do sistema imunológico já comprometido, acentuando, assim, a supressão da função dos Linfócitos T;
- A Candidíase bucal pode funcionar como foco de colonização para outros locais como esôfago (Candidíase esofágica) e trato respiratório.

O autor ainda acrescenta que para se confirmar a suspeita de candidíase os seguintes procedimentos são indicados:

- Raspagem superficial da mucosa e dispersão do material sobre uma lâmina de vidro para microscopia, utilizando coloração PAS ou Hidróxido de Potássio a 20 (o exame da lâmina revela hifas típicas);
- Biópsia da mucosa envolvida;
- Cultura de amostra de saliva ou da superfície mucosa em meio seletivo sólido (*sabouraud*) com posterior identificação e quantificação dos microorganismos.

De acordo com MESQUITA *et al.* (1998) o diagnóstico precoce e o pronto tratamento da candidíase oral em pacientes infectados pelo HIV objetiva a prevenção da colonização de outros sítios corpóreos.

Hipertrofia de Parótida

CHIGURUPATI *et al.*, em 1996, explicam que a Hipertrofia de Parótida tem sido reconhecida como uma característica de distinção de infecção por HIV em crianças desde as primeiras descrições da doença. Estes autores descrevem algumas características específicas das glândulas parótidas, tais como: aumento difuso de volume, se apresentam firmes e sem evidência de inflamação ou sensibilidade ao toque. Afirmam que o aumento é crônico, podendo ser uni ou bilateral, ocasionalmente acompanhado de xerostomia. Não há tratamento específico para a Hipertrofia de parótida, visto que essa também não requer tratamento.

DE MARTINO, citado por CHIGURUPATI (1994) aponta a parotidite inespecífica como um fator preditor de prognóstico para AIDS, sugerindo, para os pacientes que a possuem, uma progressão mais lenta da doença causada pelo HIV.

Estudo com crianças brasileiras soropositivas para o HIV mostrou que das 41 crianças analisadas, apenas 3, ou seja, 9,8% apresentaram Hipertrofia da parótida sendo que, dentre as acometidas, todas eram do sexo masculino e adquiriram o vírus por contágio vertical, apresentando Hepatoesplenomegalia e Linfadenopatia generalizada (incluindo cadeia cervical) com achados laboratoriais de anemia e Hipergamaglobulinemia. Somente em dois dos casos a parótida do lado esquerdo estava edemaceada, o outro caso tinha as duas glândulas parótidas afetadas. Um deles apresentou parotidite sendo que a glândula

envolvida estava associada com sinais de infecção (febre e purulência) (COSTA *et al.*, 1998).

Segundo RAMOS-GOMEZ *et al.*, em 1999, a Linfadenopatia ocorre em 10 a 30% dos casos. Geralmente ocorre mais tarde, durante o avanço da doença. Os autores sugerem teste anti-HIV para os casos de edema de parótida sem causa aparente. Os autores acreditam que esta manifestação está relacionada com progresso lento da AIDS; a morte leva cerca de 4 a 5 anos.

Gengivite associada ao HIV (Gengivite-HIV)

LEGGOTT, em 1992 relata que muitas crianças HIV soropositivas apresentam gengivite e que esta pode ocorrer associada tanto com a dentição permanente quanto com a dentição decídua. Caracteristicamente há um eritema linear na gengiva marginal na superfície vestibular e proximal. Afirma ainda, que não há uma correlação direta entre a existência desta lesão e as condições de higiene locais e de placa bacteriana. A extensão do eritema é variável podendo chegar até mucosa bucal. Particularmente na primeira dentição este eritema pode ser localizado ou generalizado. Em adultos a Gengivite associada ao HIV pode progredir para doença periodontal destrutiva em poucos meses. Até agora a gengivite não progressiva tem sido relatada em crianças na idade pré-puberal.

VIEIRA *et al.* (1996, 1998) afirmam que pode-se atribuir à persistência da inflamação gengival a baixa relação de células CD4/CD8. Enquanto esta relação estiver em níveis reduzidos aos do padrão de normalidade, a gengivite

HIV persiste. Ressaltam que a instituição de tratamento não reduz o quadro inflamatório gengival.

RAMOS-GOMEZ *et al.*, em 1999, afirmam que a Gengivite é a forma mais comum de doença periodontal em crianças soropositivas e que sua prevalência varia bastante, de acordo com a população estudada, de 0 a 48%.

Segundo dados norte-americanos, a prevalência da gengivite HIV é de 37% nas crianças infectadas pelo HIV (CASTRO *et al.*, 1999).

Periodontite associada ao HIV (Periodontite-HIV)

Segundo RÊGO & PINHEIRO (1998), a Periodontite HIV em crianças e adolescentes HIV positivos é caracterizada por dor, sangramento gengival, necrose de tecido mole e rápida perda do suporte ósseo periodontal, resultando freqüentemente em mobilidade acentuada e perda do elemento dentário. Pode ser facilmente localizada, podendo não apresentar bolsas profundas, pois a necrose gengival acompanha a perda óssea. Não responde ao tratamento convencional. Muitas vezes o tratamento preconizado é a exodontia do elemento envolvido.

Gengivite ulcerativa necrosante

Segundo LEGGOTT (1992), nos países em desenvolvimento a gengivite ulcerativa necrosante aguda raramente é reportada em crianças com menos de 10 anos de idade. Entretanto em países como a África e a Índia, entre crianças desnutridas e imunossuprimidas, a gengivite ulcerativa necrosante é um achado relativamente comum. Clinicamente, a gengiva marginal e a papila

interdental apresentam necrose com úlceras acinzentadas e vermelhas e gengiva edemaceada.

Herpes Simples (HSV)

A Estomatite Herpética é causada por Herpes Simples Vírus –1 (HSV). É doença comum em crianças infectadas pelo HIV, e geralmente se repete em dois ou mais episódios durante o ano. Inicialmente, manifesta-se como gengivoestomatite. Lesões recorrentes são vistas como vesículas na margem do vermelhão do lábio. Estas, posteriormente se rompem formando úlceras (feridas com calor) nos lábios ou aparecem como aglomerados de pequenas úlceras dolorosas no palato e na gengiva. Em crianças saudáveis, entre 2 e 6 anos de idade, também podem ser vistas lesões primárias de HSV . Entretanto, nestas as lesões de HSV se curam em 10 – 14 dias e geralmente requerem apenas tratamento paliativo, enquanto que em crianças HIV soropositivas essas lesões são crônicas, recorrentes, e podem progredir rapidamente até causar extenso envolvimento mucocutâneo. O aumento na severidade e na frequência das repetições das lesões orolabiais estão associados ao aumento da imunossupressão. Os sintomas deste quadro severo podem impedir a ingestão oral, logo, o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões agudas com agentes antivirais tal como aciclovir é muito importante (LEGGOT, 1992).

CHIGURUPATI *et al.*, em 1996, explicam que o curso natural desta lesão segue o mesmo padrão dos pacientes sem o HIV. Entretanto, para o paciente HIV soropositivo as manifestações são severas, extrapolando os limites

da região perioral. Além disso, quadros severos de febre, infartamento ganglionar, prostração e inapetência podem ser comuns em crianças HIV soropositivas ou na fase de AIDS.

De acordo com RAMOS-GOMEZ *et al.*, em 1999, a Herpes apresenta forma primária (gengivoestomatite) e secundária ou recorrente. Ambas podem se desenvolver em HIV soropositivos. Sua prevalência em soropositivos varia de 1,7 a 24%. Geralmente as infecções por HSV em HIV soropositivos são mais severas e exigem hospitalização.

Úlcera Aftosa Recorrente

GRENSPAN & GRENSPAN (1993) definem estas lesões como lesões comuns da boca cuja causa é desconhecida, mas que podem ter implicações severas. O papel da imunidade celular na sua patogenia tem sido valorizado. As lesões têm a aparência de úlceras circunscritas por um halo eritematoso, podendo surgir isoladas ou múltiplas. São classificadas em: Maior, Menor e Herpetiforme. Estas, ocorrem na mucosa não queratinizada, mucosa bucal, palato mole, superfície ventral e lateral da língua e pilar amigdaliano.

RAMOS-GOMEZ *et al.*, em 1999, explicam que as úlceras em adultos ocorrem em 2 a 6 % dos casos, mas são mais comum em crianças, especialmente devido às drogas que induzem ulceração. São geralmente recorrentes.

Cárie Dentária Associada ao HIV / AIDS

COSTA *et al.*, em 1998, concluíram que cáries e outras anomalias dentais não parecem estar relacionadas com a doença causada pelo HIV.

Segundo CORREA, em 2001, a alta incidência de cárie em crianças HIV soropositivas brasileiras é explicada pela alta concentração de sacarose nos medicamentos antiretrovirais e pela xerostomia causada pelos mesmos. Outro fator também deve ser levado em consideração: mães tentam compensar a carência afetiva destas crianças dando-lhes doces, balas, aumentando, assim, o consumo de sacarose.

Num estudo de prevalência de cárie (SOUZA *et al.*, 2001), comparou-se 50 crianças com idade entre 2 e 12 anos infectadas pelo HIV, com um grupo controle de 100 crianças sem evidência de imunossupressão. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de ceo e CPO-D dos dois grupos. Os valores de ceo e CPO-D, respectivamente, foram 5,29 e 2,36 para crianças HIV soropositivas e 2,59 e 0,74 para as crianças do grupo controle.

Linfadenopatia Cervical

A Linfadenopatia cervical não é um achado específico em crianças infectadas pelo HIV, ou seja, sua presença, sozinha, não indica infecção sintomática. Ela geralmente está acompanhada por hepatoesplenomegalia e hipertrofia de glândulas salivares. Caracteristicamente é crônica, difusa e sem sensibilidade dolorosa (CLASSIFICATION...,1987).

CHIGURUPATI *et al.*, em 1996, afirmam que o aumento dos linfonodos cervicais em crianças com infecção pelo HIV é, normalmente, uma parte da linfadenopatia generalizada.

COSTA *et al.*, em 1998, ao pesquisarem achados bucais em crianças brasileiras HIV soropositivas, encontraram linfadenopatia cervical em 53,7% das crianças acometidas pelo HIV. Nódulos submandibulares foram sempre afetados, enquanto que linfonodos mentonianos e parotídeos foram palpáveis em 18,2% e 9,1%, respectivamente. No grupo controle houve somente dois casos de linfadenopatia cervical (4,9%).

Leucoplasia Pilosa

A Leucoplasia pilosa é uma lesão branca, não removível que usualmente ocorre na borda lateral da língua, podendo ser vista ocasionalmente na mucosa bucal ou labial. Sua superfície pode ser lisa, corrugada ou acentuadamente rugosa. Geralmente assintomática, às vezes pode trazer problemas devido a aparência ou incômodo na boca. Pode desaparecer quando utiliza-se medicamentos como o Aciclovir, mas ao se suspender a medicação há reincidência (GRENSPAN & GRENSPAN, 1993).

Em crianças é raríssima, podendo ocorrer nos adolescentes com idade acima de 15 anos (CHIGURUPATI *et al.*, 1996; FONSECA, 1996).

Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi é uma lesão que pode ser plana ou elevada, única ou múltipla, avermelhada, azulada ou cinzenta, cuja localização mais comum na boca é o palato duro - embora lesões possam ser encontradas em qualquer parte da mucosa, incluindo a gengiva, palato mole, língua e mucosa bucal. As lesões podem tornar-se muito grandes, o que traz dificuldades para o paciente manter uma boa higiene bucal, o que faz com que as lesões possam tornar-se infectadas. O tratamento inclui quimioterapia intralesional e sistêmica e radioterapia, além de remoção cirúrgica em certos casos (GRENSPAN & GRENSPAN, 1993).

BERKOWITZ & FRENKEL, em 1996, afirmam que a ocorrência de tumores associados à infecção pelo vírus HIV/AIDS é mais comum em adultos do que em crianças. Com o número de crianças soropositivas cada vez maior e, como - a terapia antiretroviral está se tornando mais efetiva, possibilitando uma maior sobrevivência dos pacientes -, a prevalência de tumores em crianças HIV soropositivas parece aumentar. Além deste dado, os autores declaram que estes tumores ocorrem com frequência na população adulta em fase de AIDS (aproximadamente 15%). Já como manifestação de infecção pelo HIV em crianças é raro, com pouquíssimos casos relatados na literatura.

CHIGURUPATI *et al.*, em 1996, afirmam que Sarcoma de Kaposi como manifestação de AIDS em crianças é raro em países ocidentais, ao passo que em Kampalla (Uganda) ele tem sido encontrado em um número crescente de

crianças. De 1986 a 1990, 25 casos foram documentados, e pelo menos 25% destes com infecção pelo HIV. Houve relato de transfusão de sangue prévia.

Linfoma Não Hodgkin

Segundo GRENSPAN & GRENSPAN (1993), as lesões podem ocorrer em qualquer local da mucosa bucal e podem apresentar-se como elevações isoladas ou como úlceras dolorosas que podem crescer rapidamente em lateralidade. Elas podem ser a primeira manifestação do linfoma. O diagnóstico é feito através de biópsia e o tratamento pode incluir radioterapia, quimioterapia ou uma combinação de ambas.

BERKOWITZ & FRENKEL, em 1996, apontam que o Linfoma Não Hodgkin associado à AIDS, em geral, é altamente agressivo. Qualquer aumento tecidual ou edema na boca de paciente infectado por HIV deve despertar suspeita de Linfoma Não-Hodgkin, justificando-se, assim, a biópsia.

2.3.2 Manifestações Sistêmicas em Crianças infectadas pelo Vírus HIV

“Geralmente os recém-nascidos são assintomáticos até o 3º ou 4º meses de vida, quando, então, começam a apresentar déficit no desenvolvimento pondo-estatural. Em seguida, são detectados febre, diarreia crônica e candidíase bucal assim como a ocorrência de episódios freqüentes de infecções comuns desta faixa etária, como otite média aguda e pneumonia. Nesta fase a adenomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia são detectadas em 90% das crianças.

A pneumonia linfóide crônica e a parotidite inespecífica praticamente só aparecem em AIDS pediátrica. O sarcoma de Kaposi, por outro lado, é raro neste grupo etário. Nas crianças maiores e particularmente nos adolescentes, as manifestações clínicas sistêmicas assemelham-se mais às aquelas observadas nos adultos. A criança HIV positiva apresenta evolução clínica bastante variável. Quinze a vinte por cento, no primeiro ano de vida desenvolvem a forma grave, ocorrendo encefalopatias, hepatoesplenomegalia, pneumonia linfóide intersticial, podendo evoluir para a morte, e 80% seguem o padrão semelhante ao do adulto, tendo mais chance de sobrevivida a longo prazo” (WIZNIA *et al.*, citados por VILAÇA, 1996).

2.4 Diagnóstico e evolução da doença

MACHADO *et al.* em 1992 explicam que a infecção pelo HIV é caracterizada por alterações imunológicas complexas e heterogêneas. Há a instalação de infecções oportunistas em decorrência da imunodeficiência celular causada pela depleção de Linfócitos T4, principal consequência da infecção. No adulto a entrada do HIV geralmente ocorre após desenvolvida a imunidade do indivíduo contra a maioria dos germes comuns. Então, predominam, neste caso, as infecções por agentes oportunistas como fungos, protozoários e vírus controlados pela imunidade celular do indivíduo. Na criança, como a imunidade é comprometida pela infecção, precocemente haverá uma incapacidade para a

formação de anticorpos eficientes, isto faz com que as infecções predominantes sejam causadas por germes comuns da faixa etária. Além disso, estes problemas se repetem com frequência devido a incapacidade de formar memória imunológica.

De acordo com RUBINI, em 1999, o diagnóstico laboratorial de infecção por HIV no recém-nascido não pode ser realizado através da sorologia anti-HIV. Isto porque ocorre passagem transplacentária de anticorpos maternos para o feto. Até os 18 meses de vida as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV podem, portanto, apresentar resultados de sorologia falso-positivos. Por outro lado, a sorologia negativa não exclui a possibilidade de infecção uma vez que a criança pode estar no período de “janela imunológica”, período compreendido entre o momento da infecção e a formação de anticorpos contra o HIV. Assim, o diagnóstico laboratorial para detecção de infecção por HIV em lactentes deve ser realizado através dos seguintes métodos: cultura, PCR-DNA e PCR-RNA. O diagnóstico é considerado positivo se ocorrer positividade em um ou mais destes métodos e em duas amostras coletadas em ocasiões diferentes.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 2000b) - na busca por maior sensibilidade da definição de caso e da adequação desta à realidade nosológica e aos avanços técnicos, científicos e operacionais dos serviços de saúde do país -, fez, em 1999, uma revisão da Definição de caso de AIDS em crianças vigente desde 1994. Desta forma, ficou instituído que para efeito de vigilância epidemiológica serão considerados casos de AIDS os casos que se enquadrem nos seguintes critérios:

A) Critério de confirmação por sinais

Crianças menores de 13 anos de idade que apresentem evidência laboratorial de infecção por HIV (ANEXO 5) e pelo menos dois sinais maiores ou um sinal maior associado a dois sinais menores(ANEXO 6), segundo o Critério de classificação de Sinais indicativos de AIDS estabelecido pelo Ministério da Saúde.

B) Critério CDC modificado

Toda criança menor de 13 anos de idade que apresente a evidência laboratorial acima descrita de infecção pelo HIV e pelo menos uma doença indicativa de AIDS (ANEXO 7).

C) Critério CD4

Toda criança menor de treze anos de idade, que apresente 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), ou seja:

-Crianças menores de 12 meses: contagem de T+CD4 menor que 1500 células por mm³;

-Crianças de 1 a 5 anos: contagem de T+CD4 menor que 1000 células por mm³;

-Crianças de 6 a 12 anos: contagem de T+CD4 menor que 500 células por mm³.

D) Critério Excepcional HIV + Óbito:

Toda criança menor de 13 anos de idade com 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.

E) Critério Excepcional Óbito:

Toda criança menor de 13 anos de idade em cuja Declaração de Óbito constar 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.

Em relação à classificação da AIDS pediátrica para menores de 13 anos de idade, CASTRO *et al.*, em 1999, explicam que o atual sistema de classificação, revisado em 1994 pelo CDC relaciona os casos de acordo com critérios clínicos e imunológicos (percentual de CD4) .

O período assintomático da criança pode ser longo, mas nos casos de infecção congênita a maioria das crianças torna-se sintomática nos dois primeiros anos de vida, podendo evoluir rapidamente para a morte. Entretanto, ressalvam que, por meio das novas terapias antiretrovirais, esta sobrevida parece estar aumentando (LACAZ, citado por CASTRO, em 1990).

2.5 Controle de infecção e risco ocupacional

FERREIRA, em 1995, alerta para a informação e a determinação como ingredientes necessários na luta contra a contaminação nos consultórios. Ressalta que o cumprimento de protocolos de controle de doenças transmissíveis é um desafio diário para Cirurgiões-Dentistas e outros profissionais que vêem “barrando o invisível”. O autor ressalta 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. O fato de o vírus

ser facilmente inativado – somando-se à correta esterilização dos instrumentais -, torna quase inexistente o risco de o paciente se contaminar em um tratamento odontológico . Para tanto , o Cirurgião-Dentista deve tomar algumas medidas, isto é, além da esterilização do instrumental , deve eliminar, após cada atendimento, os materiais descartáveis como agulha, tubete anestésico, luva, ponta de sugador de saliva, lâmina de bisturi, etc. As brocas também devem passar pelo processo de esterilização. Todo o ambiente odontológico deve ser desinfetado, desde as moldagens com finalidade protética até pisos e paredes, desta forma, o profissional desempenhará suas funções com segurança e eficiência.

A contaminação pelo vírus HIV pode ocorrer em decorrência de negligência, imperícia ou imprudência do Cirurgião-Dentista no caso da não-adoção das medidas de biossegurança preconizadas para o consultório odontológico. É crime de natureza culposa previsto no artigo 129 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1999b).

“Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Penal: - Detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano

Se resulta:

II- Enfermidade incurável:

Penal: Reclusão de 2 (dois) a 8 (oito) anos”.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, em 18/01/1999 (SÃO PAULO, 2002c), aprovou Norma Técnica que estabelece as condições para instalação e funcionamento dos estabelecimentos de assistência odontológica. O documento trata, em minúcias, das condições citadas, desde os

cuidados que o profissional deve ter consigo mesmo, com a equipe de trabalho e com todos os seus pacientes. Dentre os itens regulamentados pelo referido documento, o tratado no Capítulo VII; artigo 23 diz respeito ao cuidado que o profissional deve ter especialmente com a lavagem das mãos:

Todo estabelecimento de assistência odontológica deve ter lavatório com água corrente, de uso exclusivo para lavagem de mãos dos membros da equipe de saúde bucal.

I)A lavagem de mãos é obrigatória para todos os membros da equipe de saúde bucal.

II)O lavatório deve contar com:

-dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira ou do registro quando do fechamento da água

-toalhas de papel descartável ou compressas estéreis

-sabonete líquido

III)A limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem das mãos.

Outro importante item abordado pelo mandamento legal citado é o que se refere ao Equipamento de proteção individual (EPI.). A Norma Técnica declara em seu capítulo VIII, artigo 36:

Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos de proteção individual:

I)Luvas para atendimento clínico e cirúrgico, que devem ser descartadas a cada paciente

II) Avental para proteção

III) Máscaras descartáveis

IV) Óculos de proteção

V) Gorro

E, em seu artigo 37, complementa que os equipamentos de proteção individual devem ser em quantidades suficientes para toda a equipe de saúde bucal

Em relação aos resíduos provenientes da prática clínica, a Norma Técnica, assim estabelece no capítulo XVII - Dos resíduos:

Artigo 69: Todo material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gazes, algodão, etc. deve ser desprezado em sacos de lixo com rótulo de 'contaminado'.

Artigo 70 : A destinação final de todo material pérfuro-cortante, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, deve ser feita em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia de substância infectante."

Artigo 71: Os estabelecimentos de assistência odontológica devem estar cadastrados junto aos serviços de coleta diferenciada para Serviços de Saúde, quando o município oferecer este serviço.

Artigo 72: No interior dos estabelecimentos de assistência odontológica, os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa, acionada por pedal, separados em lixo comum e lixo contaminado.

Artigo 73: O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações.

DISCACCIATI *et al.*, em 1999, observaram que os artigos de EPI (equipamento de proteção individual) estão cada vez mais sendo utilizados pelos Cirurgiões-Dentistas. Este uso mostrou-se intimamente associado à classificação dada pelos pacientes às condições de higiene com que seus tratamentos foram conduzidos. Além disso, os resultados desta pesquisa mostraram que o uso adequado do EPI encoraja os pacientes a continuar o tratamento mesmo sabendo que seu Cirurgião-Dentista atende pacientes com AIDS.

GHERSEL *et al.*, em 1999, definem a odontopediatria como uma das especialidades mais abrangentes da odontologia, em que o profissional aplica os conhecimentos de todas as áreas à criança. A Odontopediatria evoluiu muito em diversos aspectos, obtendo conquistas de grande magnitude nos diversos campos da odontologia, sobretudo no da prevenção, conseguindo conduzir o paciente à vida adulta sem cárie. Todavia, assim como em todas as áreas da odontologia, esta não está livre do contato com doenças infecto-contagiosas. Este risco, no caso da AIDS, é, sem dúvida, menor que na clínica de adulto, mas o aumento de mulheres contaminadas elevou consideravelmente o número de crianças também portadoras. Nesse mesmo trabalho, os autores relatam, também, a vulnerabilidade do vírus HIV, pois este 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 0,3% por 15

minutos. O vírus não é inativado por radiações – gama e por irradiação ultravioleta.

De acordo com o *Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico* (BRASIL, 2002b), o risco de se adquirir HIV é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea; e de 0,09% após uma exposição mucocutânea em situações de exposição a sangue. Se associado a outros materiais biológicos o risco é menor e ainda indefinido. O risco de transmissão após exposição da pele íntegra a sangue infectado por HIV é menor do que o risco após exposição mucocutânea. Em relação ao vírus da Hepatite B (HBV) a probabilidade de infecção após exposição percutânea é significativamente maior, podendo chegar a 40 %. Para o vírus da Hepatite C (HCV) o risco médio varia de 1% a 10,200%. Segundo o manual, o profissional que sofreu um acidente ocupacional deve proceder da seguinte forma:

- 1) Adotar cuidados locais de forma exaustiva: lavagem das mãos com água e sabão e aplicação de degermantes;
- 2) Fazer teste anti-HIV imediatamente após o acidente para comprovação de seu status sorológico não comprometido no momento do acidente para efeitos legais. Repetir o referido teste após 6 semanas, 12 semanas e após 6 meses;
- 3) 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. Os testes de acompanhamento deverão levar em conta o período de janela imunológica, na qual podem ocorrer resultados falso-negativos;

4) A instituição de terapia profilática depende da avaliação do acidente, do status sorológico do paciente – fonte , de condições imunológicas do acidentado e deverá ser feita por profissional competente. Para cada tipo de acidente existe um protocolo de procedimentos específico.

Para os trabalhadores que atuam no serviço público, a comunicação de acidentes de trabalho deve ser feita até dez dias após o ocorrido (REGIME JURÍDICO ÚNICO, 1992). O referido mandamento legal rege o funcionalismo público e a citada comunicação é regulada pelos artigos 211 a 214.

Para os profissionais da rede privada de assistência, a comunicação deve ser efetuada em 24 horas após o acidente, segundo artigo 14 da Lei nº 5.452 de 01/05/1948 que aprovou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (BRASIL, 1995). Portanto, há necessidade de existência de formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no local de trabalho.

Segundo o “*Controle de Infecções e a Prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas*” (BRASIL, 2000a), o risco ocupacional do Cirurgião-Dentista é um importante aspecto trabalhista, e envolve interesses individuais e coletivos. Em razão disso, a equipe tem por obrigação realizar uma prática clínica segura adotando os preceitos atuais de controle de infecção. O manual ressalta que para que a transmissão de microorganismos ocorra, alguns aspectos são fundamentais como a virulência e a quantidade do agente; o estado imunológico do hospedeiro e a susceptibilidade local. Além disso, enfatiza 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, Hepatite virótica, AIDS e Virose linfotrófica pela célula T humana (HTLV-1 e 2). Desde a década de trinta, estudos indicam um maior risco de aquisição de microorganismos pelos Cirurgiões-Dentistas. O HIV, pelo temor que desperta, é um motivador para a adoção de barreiras durante a prática odontológica. Assim, 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 universalmente como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde. As precauções-padrão geram melhoria da qualidade da assistência e redução de custos, sistematicamente são agrupadas em quatro princípios básicos:

Princípio nº 01

Institui que os profissionais devem tomar medidas para proteger a sua saúde e de sua equipe, o que inclui as imunizações às quais o profissional deve se submeter (Difteria para adultos, Rubéola, Tétano, Parotidite virótica, Sarampo, Tuberculose [BCG], Tétano e Hepatite B) ; a lavagem das mãos e a precaução de acidentes.

Princípio nº 02

Preconiza 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 através de :

-Preparação do ambiente por meio de descontaminação das superfícies e proteção das mesmas com coberturas descartáveis impermeáveis;

-Planejamento dos procedimentos para se evitar o contato da mão enluvada com materiais e equipamentos;

-Adoção de medidas de rotina que minimizem o contato com microorganismos aerolizados. Como, por exemplo: usar dique de borracha sempre que possível; 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 (redução de 50% dos microorganismos); acionar as canetas de alta e baixa rotação por 30 segundos após cada paciente para se eliminar contaminação por refluxo. Além de outras providências como: 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 (devem ser depositados em locais inacessíveis a cães e roedores), e descontaminação / desinfecção imediata de superfícies que tenham sido contaminadas por sangue e secreções.

Princípio nº 04

Orienta os profissionais a tornarem seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies através de :

1) *Cuidados com o instrumental* : Preconiza-se nunca desinfetar quando se pode esterilizar, pois a esterilização é a melhor conduta. Para isso é necessário limpá-lo, removendo sujeiras e/ou matéria orgânica imediatamente antes da esterilização ou desinfecção (a limpeza perfeita compreende imersão, enxágüe e secagem e, nesta fase, o profissional deve estar usando o EPI). Após esta fase, ocorre o devido empacotamento do instrumental que obedecerá o método de esterilização a ser empregado, este pode ser físico (calor seco ou vapor sob pressão), ou químico (glutaraldeído a 2%, na temperatura ambiente e em recipiente fechado) obedecidos a temperatura, o tempo de cada método e o acondicionamento do material dentro dos respectivos aparelhos. Os equipamentos de esterilização devem ser testados periodicamente através de indicadores químicos e/ou biológicos. Os artigos impossíveis de serem submetidos à esterilização devem ser desinfetados. O procedimento indicado para desinfecção de instrumental em odontologia é a imersão, as mais comuns são: por 30 minutos em solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, solução de álcool etílico a 70% peso a peso, solução aquosa de glutaraldeído a 2% ou água em ebulição.

2) *Cuidados com as superfícies*: Todas devem ser limpas e descontaminadas (espaldar da cadeira, mesa auxiliar, bancadas e todas as superfícies com as quais o profissional tenha contato) para se reduzir a contaminação cruzada no ambiente clínico..O hipoclorito, os iodóforos e o álcool (77% volume-volume ou 70% em peso com tempo de exposição de 10 minutos), são substâncias eleitas para esta etapa. O hipoclorito não é uma substância indicada para superfícies metálicas nem para mármore pois para superfícies metálicas é corrosivo e, para mármore,

descolorante. As soluções devem ter registro no Ministério da Saúde e prazo de validade sempre observados. Para paredes e pisos recomenda-se água e sabão. As pontas (alta e baixa) devem ser limpas com água e sabão antes da esterilização e na impossibilidade de se esterilizá-las deve – se proceder à referida limpeza, em seguida é necessário desinfetá-las e encapá-las com coberturas descartáveis (como filme de PVC). Isto deve ser repetido após o atendimento de cada paciente.

3) *Cuidados com os moldes e modelos*: Recomenda-se que os mesmos sejam sempre lavados e descontaminados antes de serem enviados ao laboratório protético. Isto se faz removendo-se, primeiramente, todo resto orgânico de saliva, sangue, etc.. Após a remoção do excesso de água através de suaves batidas sobre uma superfície firme, submete-se os moldes e modelos à substância desinfetante - que pode ser feito por imersão (todos os materiais exceto alginato) ou por aspensão (alginato) em hipoclorito a 1% ou glutaraldeído a 2% por 10 minutos. Em seguida, devem ser lavados e realizados os passos para confecção do modelo. Os registros em cera devem ser lavados e neles borrifada a substância desinfetante, posteriormente é necessário lavá-los e borrifá-los.

4) *Processamento do lixo resultante da prática odontológica* :

-Material perfuro-cortante: acondicionamento em recipientes próprios, de parede rígida, estanques e com tampa , identificado com símbolo de infectante e com a transcrição das expressões “infectante” e “perfuro-cortante”. Neste caso, nunca se deve ultrapassar o limite de volume estabelecido pela linha pontilhada. Após o fechamento , este recipiente deve ser acondicionado em saco branco-leitoso

padronizado onde deve constar o símbolo de material infectante. Em seguida, o saco deve permanecer em local apropriado aguardando a coleta especial.

-Lixo sólido como gase, algodão, sugadores, campos e outros devem ser colocados em saco plástico branco-leitoso padronizado, nunca excedendo 2/3 de sua capacidade de volume. Deve ser bem fechado e rotulado da mesma forma supracitada.

-Lixo administrativo e similares podem ser acondicionados em sacos de lixo comuns (BRASIL, 2000a).

Segundo RADICCI, em 2001, o Cirurgião-Dentista está exposto ao risco de acidente ocupacional ao longo do exercício de sua profissão. Costuma-se dizer que só não teve, tem ou terá esta experiência quem não exerce o ofício.

De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo , é necessário o preenchimento de formulário para comunicação do acidente de trabalho. Para isso, o referido Centro informa que a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) é um impresso do INSS, está disponível nas papelarias e a obrigação de sua emissão é do empregador quando do acidente ocorrido com seu empregado. Logo, a existência de CAT no local de trabalho é imprescindível (SÃO PAULO, 2002b).

2.6 Aspectos Éticos e Legais

2.6.1 A recusa e o abandono

RAMOS, em 1988, afirma que :

“A solidariedade é sabidamente o melhor remédio contra a AIDS. Quando o paciente é adequadamente acolhido (familiar, social e profissionalmente) a sua sobrevivência é comparativamente maior do que a daqueles marginalizados. Isso se deve não apenas a fatores objetivos de atenção à saúde , mas também a fatores emocionais e psicológicos”.

A ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, em 1988, considerou que os Cirurgiões-Dentistas têm a obrigação humana e profissional de atender e de tratar os pacientes infectados pelo HIV, e também, que a classe odontológica pode, conjuntamente com outros trabalhadores de saúde, como psicólogos, assistentes sociais, e outros, apoiar os infectados e enfermos. Ressalta que a AIDS e os problemas relacionados a ela não desaparecerão em um futuro próximo e que é a hora, portanto, de os Cirurgiões-Dentistas aceitarem desempenhar suas funções para combater e prevenir a enfermidade, especialmente nos países onde a infecção por HIV representa um problema de saúde pública muito sério.

SAMICO, em 1990, analisa a questão da recusa e do abandono de forma pormenorizada em três circunstâncias :

1º) Os casos de simples recusa de atendimento, na clínica privada ou em estabelecimentos assistenciais. Nestes casos, o autor admite que, em se tratando da clínica particular, não há dispositivo legal que obrigue o profissional a atender

sistematicamente a todos os pacientes que buscarem tratamento não-urgentes, seja por disponibilidade de horário, da especialização do profissional ou de meios técnicos disponíveis. Já o mesmo caso ocorrendo no serviço público, a recusa não será aceitável.

2º) Os casos de recusa em que está caracterizada a urgência ou emergência. Nestes casos o atendimento se impõe e deve ser feito tanto na clínica privada como, principalmente, em serviços públicos.

3º) Recusa de pacientes cujas patologias não apresentem a necessidade de atendimentos urgentes ou que requeiram especialização profissional, ambiente cirúrgico especial ou aparelhagem e instrumental específicos. Em tais casos, o autor recomenda que o profissional proceda ao atendimento parcial, e encaminhe imediatamente o paciente a um serviço onde haja recursos e meios, humanos e materiais, para seu atendimento devido. Sob o prisma ético ou legal, não se pode acolher a recusa em casos urgentes. Sem dúvida, há situações em que a ação terapêutica pode ser incompleta, mas sempre se há a possibilidade de prestar algum socorro e recomendar-se a remoção do paciente para o atendimento integral em local onde haja possibilidades para o mesmo.

O CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO), em 1998, através do Código de Ética Odontológica não é omissivo à esta questão. Embora não traga referência explícita à AIDS, declara em seu artigo 6º:

“É vedado abandonar o paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto; e em seu Inciso V que é

vedado deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro Cirurgião-Dentista em condições de fazê-lo”

E, em seu artigo 2º Inciso IV, diz que a odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto (CFO, 1998).

RAMOS, em 1997, lembra-nos que um princípio ético importante neste contexto é o de que nenhum profissional pode ser obrigado a auto-prejudicar-se. Só é ético o que é justo. Se por um lado, os Cirurgiões-Dentistas são chamados a não negligenciar a atenção para com esses pacientes; por outro lado, a complexidade dos fatores envolvidos deve ser também observada. Isto pode levar a verificação de que não é oportuno o atendimento odontológico, devido, por exemplo, a fatores de ordem sistêmica como um quadro muito debilitado ou à existência de um complicado momento psicológico do paciente. O autor comenta o preceito ético supracitado dizendo que o artigo 2º aborda oportunamente a questão da discriminação “de qualquer forma ou pretexto”. Esta discriminação, importante frisar, pode ser sofrida tanto pelo paciente quanto pelo profissional, quando, de forma discriminatória - em serviços de saúde em que atuam equipes multiprofissionais -, integrantes da equipe médica sonegam aos Cirurgiões-Dentistas o diagnóstico de AIDS dos pacientes encaminhados sob o pretexto de estarem preservando o sigilo profissional. Sob tais posturas existe ignorância sobre o conhecimento, a responsabilidade técnico-científica dos Cirurgiões-

Dentistas e uma postura soberba que não condiz com o verdadeiro espírito multidisciplinar.

A recusa de assistência à criança com HIV/AIDS pode ainda (nos casos de urgência e/ ou emergência), configurar-se como omissão de socorro. Isto é crime e está previsto no Código Penal Brasileiro, no artigo 135, que prevê como pena a detenção de um ano a seis meses ou multa para os casos em que se deixa de prestar assistência quando é possível fazê-lo sem risco pessoal à criança extraviada, ou à pessoa ferida ou inválida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública (BRASIL, 1999b).

Apesar de o texto legal citar crianças extraviadas ou abandonadas, fica claro que é extensivo a todas as que estejam em grave e iminente perigo. Além disso, a expressão “sem risco pessoal” não desobriga o Cirurgião-Dentista da referida assistência, pois se seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde referentes a Controle de Infecção, o profissional estará seguro e com o controle dos possíveis riscos de transmissão da doença.

O Código Penal Brasileiro, prevê, ainda, em seu artigo 136, pena contra maus tratos agravada de um terço se o crime é praticado contra pessoa menor de catorze anos quando o ato resultar em:

“Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de

alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando dos meios de disciplina ou correção” (BRASIL, 1999b).

2.6.2 O Sigilo

DARUGE & MASSINI, em 1974 definem o segredo profissional como uma modalidade de segredo confiado obrigatório. Entendem que a revelação do segredo, quando consegue escapar às cominações da lei, não consegue escapar à condenação moral. Apontam os autores que segredo não é só o que o paciente revela ao profissional, mas, ainda, tudo aquilo que o cliente consente que o profissional veja ou perceba. Assim, é visto como segredo todo fato que o clínico teve conhecimento durante o tempo que prestou assistência.

FAVERO, em 1980, diz que a revelação do segredo é necessária sempre que da sua guarda sobrevenha algum mal que seja maior do que a própria quebra do segredo.

Para ABRAMOWICZ, em 1991, o desejo do paciente de segredo até em relação à família deve ser respeitado desde que não coloque em risco a própria família e a coletividade.

O Código de Ética Odontológica, em seu artigo 4º, Inciso IV, trata da guarda de segredo como dever do profissional e, ainda no Inciso XI diz ser dever do profissional resguardar a privacidade do paciente durante todo o atendimento. O capítulo 6 trata do sigilo profissional e o artigo 9º alerta que é infração ética revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que se tenha conhecimento em razão do

exercício de sua profissão. O artigo 2º complementa que a infração citada se estende à negligência na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional. O CFO (1998) compreende como possível a revelação em dois casos:

1-Nos casos de justa causa justa, que são compreendidos por:

- Notificação Compulsória;
- Colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
- Perícia odontológica nos seus exatos limites;
- Estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos;
- Revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

2-Nos casos de cobrança judicial de honorários profissionais.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1359/92, expressa claramente o respeito à vontade dos pacientes. Em seu artigo segundo esclarece que o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS. Isso implica, inclusive os casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer a familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Parágrafo Único: “Será permitida a quebra de sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (notificação às autoridades sanitárias) e preenchimento de atestado de óbito ou por justa causa, proteção à vida de terceiros: comunicante sexual fixo ou membros de grupos de

uso de drogas endovenosas, quando o paciente recusa-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado, após exauridas todas as alternativas de convencimento” (CFM, 2002b).

Ainda que se trate de paciente menor de idade, o profissional deverá usar de diálogo para o convencimento do paciente acerca da comunicação a seus comunicantes uma vez que o artigo 103 do Código de Ética Médica prevê como infração:

“Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” (CFM, 2002a)

O Conselho Federal de Medicina, ao ser questionado sobre como deveria se comportar o médico do paciente menor de idade HIV soropositivo em atividade sexual, responde através do Parecer 100/92 (BRASIL, 2000c) que o quesito mencionado invoca o artigo 103 já citado e, que sendo assim:

“O médico deve esclarecer o paciente menor das conseqüências de seus atos em relação a si e a outrem, devendo, em justa causa, convocar sua (seu) parceira (o) para a comunicação de sua exposição ao risco de infecção. Na questão específica dos riscos e cuidados a serem

tomados com o menor, contempla-se a hipótese de comunicar aos pais ou responsáveis legais o estado de portador ou caso esteja presente o risco de danos ao paciente, conforme a letra e o espírito do artigo 103.”

Assim, conclui o parecer :

“ O médico está ética e moralmente obrigado a comunicar ao parceiro sexual de um indivíduo infectado pelo HIV este fato, desde que o (a) paciente haja sido adequadamente alertado (a) pelo médico quanto ao risco a que expõe o companheiro (a) e os meios para minimizá-lo, e o médico dispuser de evidências de que tal exposição ocorre, e ainda se advertir prévia e lealmente o paciente de sua intenção”.

RAMOS, em 1997, enfatiza que o compromisso da guarda do fato sigiloso é a garantia de que o paciente necessita para vencer o constrangimento de responder ao profissional as perguntas do questionário de anamnese.

2.6.3 O diagnóstico

Segundo RAMOS, em 1997, apesar da solicitação de testes diagnósticos ser uma prerrogativa do Cirurgião-Dentista, ela só se justifica como complementação de um processo de anamnese bem conduzido. O autor ressalta que é necessário que o Cirurgião-Dentista tenha indícios suficientes que justifiquem submeter o paciente ao exame. Afinal, a simples solicitação do referido

exame já gera ansiedade no paciente. A perspectiva de soropositividade pode trazer desdobramentos psico-emocionais graves que o Cirurgião-Dentista tem que estar preparado para administrar. Portanto, segundo o autor, o Cirurgião-Dentista 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.

No seu capítulo 2, artigo 3º, o Código de ética odontológica esclarece:

“É direito fundamental do Cirurgião-Dentista, segundo suas atribuições específicas, diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional”.

E, no seu artigo 4º, cita que:

“Constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos: zelar pela saúde e dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independente de exercer a profissão no setor público ou privado” (CFO, 1998).

A preocupação com o fator emocional do paciente, suas reações e os possíveis danos causados pela revelação de um eventual resultado positivo, não é só de ordem humana, é também legal.

O Código Civil Brasileiro (BRASIL, 1999a) prevê, em seu artigo 159 que:

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

Segundo RADICCI, em 2001, a responsabilidade do Cirurgião-Dentista 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. O autor ressalta, ainda, que ao não se realizar 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.

2.6.4 A Notificação compulsória da doença

Segundo o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1999 a) a notificação deve ser feita à autoridade sanitária tão logo se tenha o diagnóstico. Isto é claro no artigo 268 que diz o seguinte:

“Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:

Pena- detenção de 1(um) mês a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo Único – a pena é aumentada em um terço se o agente é funcionário de saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro”.

Em contrapartida o Ministério da Saúde preconiza que a notificação é compulsória para todos os casos, porém deve obedecer certos critérios de

classificação da doença previamente definidos, como orienta a Definição de casos de AIDS para menores de 13 anos (BRASIL, 2000b)

2.6.5 O aconselhamento à gestante infectada

Segundo FRANÇA (2001) ainda que exista uma possibilidade de morte precoce, de sofrimento oriundo da doença, de riscos de contaminação do feto e de informações desestimuladoras, as mulheres HIV soropositivas não têm desistido da sua decisão de engravidar. Ressalta o autor que, em hipótese alguma o médico deve impedir esta mulher de engravidar e ter seu filho se este é o seu desejo. O que ele deve fazer é oferecer-lhe todos os recursos necessários e disponíveis para uma gestação nestas condições, tais como orientações de cuidados pré e pós – natal, no sentido de reduzir, ao máximo, o risco da contaminação do feto ou do recém-nascido; além dos procedimentos necessários à criança eventualmente infectada. Não importa, segundo o autor, o entendimento que o profissional tenha no seu plano conceitual e doutrinário sobre o assunto; nenhum médico ou instituição pode negar atendimento e assistência à esta gestante, já que este é um ditame ético exigido a todos os que atuam na área médica. Além disso, o autor ainda assinala que o exame deve ser facultativo; embora se deva registrar no prontuário a eventual recusa da gestante em fazê-lo, principalmente se ela for considerada como uma paciente de procedimento de risco.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido após aprovação de Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (ANEXO 1).

Para a execução do presente trabalho foi desenvolvida uma pesquisa com Cirurgiões–Dentistas, sob forma de questionários, também aprovados previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (ANEXO 2), junto ao qual havia uma carta explicando os objetivos da pesquisa (ANEXO 3) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4) conforme estipula a Resolução nº 196 de 10/10/1996 (BRASIL, 2002 a).

3.1 Área da Pesquisa

Os questionários foram aplicados nas cidades de Amparo e Campinas, ambas no Estado de São Paulo, e pertencentes à região geográfica abrangida pela DIR XII- Diretoria Regional de Saúde.

3.2 Seleção da amostra

A seleção da amostra foi do tipo Amostragem Casual Simples ou Randômica , em que cada elemento da população-alvo tem idêntica possibilidade de ser escolhido.

A partir de listagem fornecida pelas prefeituras das duas cidades, foram escolhidos, por sorteio ao acaso, 60% do total de Cirurgiões-Dentistas pertencentes tanto a rede pública quanto a rede particular de assistência odontológica.

3.3 Metodologia de distribuição e retorno dos questionários

Os profissionais selecionados receberam um envelope contendo:

- O questionário;
- O termo de consentimento livre e esclarecido;
- Carta explicando os objetivos e a fundamentação do trabalho, com orientação ao entrevistado para respondê-lo segundo sua atuação na rede pública ou segundo atuação na rede privada.

Para os Cirurgiões-Dentistas da rede particular os envelopes com o conteúdo foram enviados por correio e continham em seu interior, além do mencionado acima, envelope vazio e selado para a resposta. Para os da rede pública, os envelopes foram entregues pessoalmente pelo coordenador do departamento odontológico de cada prefeitura. O retorno seguiu o trâmite inverso.

3.4 Elaboração do questionário

Após ampla revisão da literatura pertinente ao assunto, foi elaborado um questionário com 24 questões de múltipla escolha que foram agrupadas entre as que averiguavam conhecimento dos aspectos relativos a diagnóstico, semiologia, sigilo, notificação compulsória, recusa de atendimento, legislação civil

e penal e biossegurança, e as que averiguaram aspectos comportamentais envolvidos no atendimento a criança HIV soropositiva.

Este questionário foi submetido a um estudo piloto com 10 profissionais que não faziam parte da amostra selecionada para a pesquisa. Para isto, foram selecionados: 01 profissional que atua exclusivamente na rede pública, 05 profissionais que atuam paralelamente na rede pública e particular, 02 profissionais que atuam exclusivamente na rede particular de assistência odontológica e um professor universitário de odontologia. Os resultados deste grupo, nos indicaram a necessidade de reformulação de algumas questões para obtenção de maior clareza, bem como a simplificação das alternativas das questões que denotam conhecimento para "sim" ou "não" , "certo" ou "errado" e "não sei", afim de diminuir o tempo de resposta. As respostas "não sei" foram somadas às respostas "não" ou "errado" pois os dados obtidos não interferiam nos resultados.

Concluídas as modificações citadas, o questionário teve como apresentação final:

- 1) Grupo de variáveis classificatórias (série categórica) constituído por: gênero, tempo de exercício profissional, rede de assistência em que atua (pública ou particular ou ambas) e participação (ou não) em treinamentos de biosegurança;
- 2) Grupo de questões que denotam conhecimento técnico, ético e legal sobre o assunto (1 a 3; 10 a 15 ;19 a 22 e 24);
- 3) Grupo de questões que definem o comportamento dos entrevistados frente ao atendimento à criança soropositiva para o HIV (4 a 9 ;16 a 18 e 23).

(condições de trabalho, fator emocional do profissional no atendimento de tais pacientes, bem como sua postura ética diante da questão).

3.5 Análise Estatística

As respostas dos questionários foram compiladas através do software Excel – versão 2000, e a análise dos dados foi feita através do sistema SAS – versão 8.02 (SAS INSTITUTE INC., 1999)

Foram construídas tabelas de contingência para cada uma das respostas individualmente e calculadas as porcentagens. Para cada uma destas tabelas unidimensionais foi aplicado o teste de Qui-quadrado (χ^2) para teste da hipótese de igualdade de proporções. Foram construídas, ainda, tabelas bidimensionais para avaliar-se a associação entre respostas. Nestas tabelas foram calculados testes de Qui-quadrado (χ^2) e, nos casos em que o estudo das probabilidades mostrou que este não seria aplicável, foi calculada a Razão de Máxima Verossimilhança (G^2) para testar a hipótese de inexistência de associação entre as variáveis da tabela.

Foi adotado o nível de significância de 5% (“p” menor ou igual a 0,05) de erro para rejeição da hipótese nula.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil da amostra

Foram distribuídos 1040 questionários e o retorno foi de 222 questionários válidos (21,34%).

Foram excluídos os questionários que não apresentaram o preenchimento das variáveis classificatórias e/ou aqueles que se apresentaram em branco (sem resposta a nenhuma das questões), assim considerados “perda”, e ainda, para a construção das tabelas de associação de respostas foram excluídos os questionários que apresentaram qualquer uma das duas respostas a serem associadas em branco.

Foram construídas tabelas baseadas nos resultados obtidos em cada questão do questionário e na associação entre respostas.

A análise do perfil da amostra foi de fundamental importância no sentido de conhecermos a população pesquisada para, posteriormente, verificarmos a influência ou não destes aspectos gerais no comportamento dos profissionais. Assim, os resultados demonstraram-nos, entre outras coisas, que a mesma foi constituída predominantemente de pessoas do sexo feminino, com predominância de atuação em ambas as redes (pública e privada), concomitantemente; a maior parte dos indivíduos possui de 06 a 20 anos de exercício profissional, conforme os dados demonstrados na TAB. 1

TABELA 1
 Freqüência e porcentagem dos profissionais de acordo com sua distribuição
 entre as variáveis classificatórias

- segundo as cidades pesquisadas	Campinas(%) 196 (88,29)	Amparo(%) 26 (11,71)	Total (%) 222 (100,0)
- segundo o gênero	Feminino(%) 141 (63,80)	Masculino(%) 80 (36,20)	Total (%) 221 (100,0)
-segundo o tempo de exercício profissional (em anos)	Até 05(%) 40 (18,18)	6 a 10 (%) 74 (33,64)	Total (%) 220 (100,0)
	11 a 20(%) 74 (33,64)	mais de 21(%) 32 (14,55)	
-segundo sua rede de atuação	pública (%) 34 (15,45)	particular(%) 83 (37,73)	Total (%) 220 (100,0)
	Ambas(%) 103(46,82)		

O presente trabalho também verificou a distribuição da amostra segundo o fato de já ter ou não passado por treinamento na área de biossegurança. Os resultados obtidos são os demonstrados na TAB. 2.

TABELA 2
 Distribuição da amostra em relação ao treinamento em biossegurança

Já teve treinamento	Freqüência	%
Sim	137	62,56
Não	82	37,44
Total	219	100,0

Perda: 03
 Questionários válidos:219

4.2 Questões que denotam conhecimento técnico, ético e legal sobre a doença:

Em relação às questões que denotam conhecimento técnico, ético e legal envolvidas com o tratamento odontológico de crianças HIV soropositivas, o presente trabalho pesquisou o conhecimento dos entrevistados através de questionário. Os resultados obtidos estão demonstrados na TAB.3

TABELA 3

Distribuição e freqüência da amostra segundo conhecimento em questões técnicas, éticas e legais sobre a doença formuladas em questionário (n=222)

<i>Questões de ordem técnica, ética e legal</i>	Têm conhecimento Nº (%)	Não têm conhecimento Nº (%)
Q.2		
-A Candidíase Pseudomembranosa é sinal bucal mais comum em crianças HIV soropositivas	151 (68,02)	71 (31,98)
Q.3		
-Diagnóstico diferencial entre Candidíase e outras lesões brancas	177 (79,73)	45 (20,27)
Q.10		
-Diferença de prevalência de manifestações bucais da AIDS em adultos e crianças	45(20,27)	177(79,73)
Q.11		
-Para o diagnóstico de AIDS basta um teste Elisa positivo	151(68,02)	71(31,98)
Q.12		
-Ação de indenização por omissão no diagnóstico	73 (32,88)	149(67,12)
Q.13		
-É quebra de sigilo denunciar negligência	138(62,16)	84 (37,84)
Q.14		
-Classificação etária de criança e de adolescente	59(26,58)	163 (73,42)
Q.15		
-Indicação de aleitamento materno para crianças HIV soropositivas	164(73,87)	58 (26,13)
Q.19		
-Necessidade de responsável legal acompanhando adolescente	59 (26,58)	163 (73,42)
Q.20		
-Direito legal de pedir teste anti HIV	152(68,47)	70 (31,53)
Q.22		
-Protocolo de procedimentos para acidentes ocupacionais	155 (69,82)	67 (30,18)
Q.24		
-Transmissão vertical do vírus HIV	161(72,52)	61 (27,48)

O assunto sigilo também foi abordado na questão nº 21 que inquiriu: “Em qual das situações a quebra de sigilo *não* se justifica: No caso de doenças de notificação compulsória; quando paciente soropositivo demonstra não ser capaz de prevenir a transmissão para seu comunicante ou após a morte. O resultado desta questão é o que mostra a TAB.4

TABELA 4
Distribuição da amostra segundo opinião sobre situações em que a quebra de sigilo não se justifica

<i>Situações</i>	Frequência	%
Em nenhuma das situações citadas	8	4,19
Após a morte	85	44,50
Devido à incapacidade de prevenir transmissão para comunicante	50	26,18
Devido à incapacidade de prevenir transmissão para comunicante e após a morte	2	1,05
Para notificação compulsória	39	20,42
No caso de doenças de notificação compulsória e após a morte	1	0,52
No caso de doenças de notificação compulsória e devido à incapacidade de prevenir transmissão para comunicante	6	3,14
Total	191	100,0

Em relação ao número de acertos dos Cirurgiões-Dentistas nas questões que denotam conhecimento técnico sobre o assunto, a distribuição dos profissionais desta amostra está demonstrada na TAB.5.

TABELA 5
Distribuição da amostra segundo o número de acertos nas questões que denotam conhecimento sobre o assunto AIDS em crianças (n=12)

<i>Acertos em questões que denotam conhecimento</i>	Frequência	%
Menos que 4 acertos	31	13,96
De 5 a 8 acertos	147	66,22
De 9 a 12 acertos	44	19,82
Total	222	100,0

O presente trabalho também comparou o desempenho do Cirurgião-Dentista em cada um dos assuntos relacionados à ética e à lei agrupando os acertos obtidos, conforme demonstra a TAB. 6.

TABELA 6
Frequência e porcentagem dos profissionais segundo acerto em questões que denotam conhecimento ético e legal sobre o assunto AIDS em crianças (n=222).

<i>Questões de ordem ética e legal</i>	Acertos	
	Nº	%
Q.12 Ação de indenização por Omissão no diagnóstico	73	32,88
Q.13 É quebra de sigilo Denunciar negligência	138	62,16
Q.14 Classificação etária de Criança e adolescente	59	26,58
Q.19 Necessidade de responsável Legal acompanhando adolescente	59	26,58
Q.20 Direito legal de pedir teste anti-HIV	152	68,47
Q.22 Protocolo de procedimentos para acidentes ocupacionais	155	69,82

Em relação aos acertos referentes a assuntos que denotam conhecimento técnico, a TAB.7 demonstra o desempenho da amostra:

TABELA 7
 Freqüência e porcentagem dos Cirurgiões-Dentistas segundo acerto em questões que avaliam o conhecimento técnico sobre o assunto (n=222)

<i>Questões de ordem técnica</i>	Acertos	
	Nº	%
Q.2 A Candidíase pseudomembranosa é a manifestação bucal mais comum em crianças HIV soropositivas	151	68,02
Q.3 Diagnóstico diferencial entre candidíase e outras lesões brancas	177	79,73
Q.10 Diferença de prevalência de manifestações bucais da AIDS em adultos e crianças	45	20,27
Q.11 Para o diagnóstico definitivo de AIDS basta o resultado positivo de um teste Elisa ?	151	68,02
Q.15 Indicação de aleitamento materno para crianças nascidas de mães HIV soropositivas.	164	73,87
Q.24 Transmissão vertical do vírus da AIDS	161	72,52

4.3 Questões que definem o comportamento dos entrevistados frente ao atendimento à criança soropositiva para HIV.

A TAB.8 apresenta os dados relativos ao comportamento ético dos entrevistados em relação ao atendimento de crianças HIV soropositivas.

TABELA 8
Distribuição e freqüência da amostra segundo seu comportamento no atendimento à criança HIV soropositiva

<i>Atitudes relacionadas ao atendimento</i>	SIM Nº (%)	NÃO Nº(%)	TOTAL Nº(%)
Q.1 -Já atendeu criança HIV Soropositiva?	42 (19,09)	178 (80,91)	220 (100,0)
Q.4 -Atenderia criança HIV soropositiva que o procurasse ?	184 (83,64)	36 (16,36)	220 (100,0)
Q.5 -Encaminharia para outro profissional a criança à qual recusou atendimento?	36 (97,30)	1 (2,70)	37 (100,0)
Q.6 -Justificou que o atendimento necessitava especialização	35 (92,11)	3 (7,89)	38 (100,0)
Q.16 - Possui duas pias no local de trabalho?	184 (83,64)	36 (16,36)	220 (100,0)
Q.17 -Possui toalhas descartáveis?	186 (84,54)	34 (15,45)	220 (100,0)
Q.18 -Possui sacos de lixo adequados?	169 (76,81)	51(23,18)	220 (100,0)
Q.23 - Possui formulário acessível para notificação de acidente de trabalho?	73 (33,33)	146 (66,66)	219 (100,0)
Q.8 Atendeu a criança movido por suas convicções e não por receio de denúncia ou discriminação	178 (97,34)	5 (2,66)	188 (100,0)

Em relação aos profissionais que se recusariam atender a criança HIV soropositiva, foram averiguadas as razões para tal recusa (Q.7). Os resultados foram os que mostram a TAB. 9

TABELA 9
Distribuição e freqüência dos profissionais que se recusariam a atender crianças HIV soropositivas, segundo as razões para tal recusa.

<i>Razões para a recusa do</i> <i>Atendimento</i>	Freqüência	%
Não se sentem capazes para tal atendimento	26	72,98
Medo de que o atendimento surta efeito de "anti-marketing"	4	10,01
Motivos diversos	7	17,01
Total	37	100,0

Em relação ao fator emocional do Cirurgião-Dentista durante o atendimento à criança HIV soropositiva, o presente trabalho questionou a amostra sobre possíveis sentimentos que refletem o seu estado psicológico durante o atendimento citado (questão 9). Os resultados foram os compilados na TAB. 10.

TABELA 10
 Distribuição da amostra segundo sentimentos que refletem seu estado emocional
 na hipótese de atender uma criança com AIDS n=222 (100,0%).

Sentimentos	Frequência	%
Medo de perder clientes	7	3,15
Estado psicológico Normal	89	40,09
Medo de contrair a doença	51	22,97
Forte sentimento de piedade do paciente	76	34,23
Insegurança técnica quanto às peculiaridades do caso	123	55,40
Outros	47	21,17
Total	393	177,01

Questionários válidos=222

4.4 Estudo da Associação entre as respostas

Para investigar a possibilidade de influência de uma determinada condição em outra, o presente trabalho fez a associação entre algumas das respostas testando estatisticamente esta possibilidade. Os resultados obtidos apresentaremos mais adiante.

Objetivando investigar a possibilidade de influência do local de exercício profissional com o atendimento ou não a crianças HIV soropositivas, a TAB. 11 testa a associação entre a rede de assistência em que o profissional atua (pública ou privada ou ambas) e sua decisão de atender ou não crianças HIV soropositivas (questão nº 04). O teste de Qui-quadrado nos deu indícios ($p < 0.001$) da existência de associação entre o atendimento à criança soropositiva para HIV e o local de trabalho do Cirurgião-Dentista.

TABELA 11
Distribuição da amostra segundo associação entre a rede de assistência em que o profissional atua e sua decisão em atender ou não crianças HIV soropositivas

Rede em que atua	Decisão em atender crianças HIV soropositivas		
	SIM Frequência (%)	NÃO Frequência (%)	Total Frequência (%)
Apenas particular	58 (31,69)	24 (68,57)	82 (37,61)
Ambas	125 (68,31)	11 (31,43)	136 (62,39)
Total	183 (83,94)	35 (16,06)	218 (100,0)

Perda = 4

Questionários Válidos = 218

$p < 0,0001$

Outra hipótese testada foi a probabilidade de que as condições de biossegurança pudessem interferir na decisão do profissional em atender ou não à criança HIV soropositiva. Para tanto, foi testada a associação entre a questão nº04 e os resultados obtidos do grupo de questões relativas a biossegurança (questões nº. 16, 17 e 18), assim compilados:

0: para os que não possuem nenhuma das condições citadas (Q.16, Q.17, Q.18);

1: para aqueles que possuem a condição especificada na questão 16 (há duas pias no local de trabalho?);

2: para os que possuem a condição especificada na questão 17 (há toalhas descartáveis no local de trabalho?);

3: para os que possuem a condição especificada na questão 18 (o lixo é acondicionado adequadamente?);

4: para os que possuem todas as condições citadas nas questões 16, 17 e 18.

A distribuição de frequência indica que o teste G^2 é mais adequado, e não são observados indícios da existência de associação entre as variáveis citadas como nos mostra a TAB. 12

TABELA 12

Distribuição da amostra segundo correlação entre condições de biossegurança e a decisão do profissional em atender ou não crianças HIV soropositivas

Decisão de atender crianças HIV soropositivas	0 Nº(%)	1 Nº(%)	2 Nº(%)	3 Nº(%)	4 Nº(%)	Total Nº(%)
Atende	3 (100)	5(50)	26 (81,25)	66 (83,54)	84 (87,50)	184 (83,64)
Não atende	0 (0)	5 (50)	6 (18,75)	13 (16,46)	12 (12,50)	36 (16,36)
Total	3	10	32	79	96	220 (100)

Perda = 02

Questionários válidos = 220

Razão de máxima verossimilhança $p = 0,0796$

Entretanto, se testarmos isoladamente a condição de biossegurança relativa a ter duas pias no consultório odontológico (Q. 16) com a decisão de atender ou não crianças HIV soropositivas (Q.4) o estudo das probabilidades nos mostrará que há fortes indícios de que haja associação entre essas duas situações, como nos mostra a TAB. 13

TABELA 13

Distribuição da amostra segundo correlação entre se ter duas pias no consultório odontológico e a decisão de se atender ou não crianças HIV soropositivas.

Decisão de atender ou não	Possui 2 pias Frequência (%)	Não possui 2 pias Frequência (%)	Total Frequência(%)
Sim	157(85,79)	26(72,22)	183(83,56)
Não	26(14,21)	10(27,78)	36(16,44)
Total	183(83,56)	36(16,44)	219(100,0)

Perda = 03

Questionários válidos = 219

$p=0,0446$

Em relação a treinamento em biossegurança, a pesquisa averiguou se há relação entre o tempo de exercício profissional e o fato de o profissional já ter realizado ou não treinamentos em biossegurança, conforme nos mostra a TAB. 15. O teste de Qui-quadrado nos dá indícios ($p > 0,05$) de que não haja associação entre tempo de formado e o fato de ter passado ou não por treinamento em biossegurança de acordo com a TAB.14

TABELA 14

Frequência de profissionais que passaram ou não por treinamento em biossegurança e porcentagem calculada em cada classe de tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional (em anos)	Já passaram Nº (%)	Nunca passaram Nº(%)	Total Nº(%)
Até 05 anos	23 (71,88)	9 (28,13)	32 (17,68)
De 06 a 10 anos	41 (63,08)	24 (36,92)	65 (35,91)
De 11 a 20 anos	43 (68,25)	20 (31,75)	63 (34,81)
21 anos ou mais	13 (61,90)	8 (38,10)	21 (11,60)
Total	120 (66,30)	61 (33,70)	181 (100,0)

Perda = 41

Questionários válidos = 181

$p = 0,1790$

Em relação à disposição do Cirurgião-Dentista em atender à criança HIV soropositiva, testou-se a possibilidade de haver associação entre esta variável e seu conhecimento prévio sobre o protocolo a ser seguido para os casos de acidente ocupacional. Os resultados de tal teste estão demonstrados na TAB. 15

TABELA 15

Distribuição da amostra segundo associação entre a disposição do Cirurgião-Dentista em atender crianças HIV soropositivas e seu conhecimento prévio sobre o protocolo a ser seguido no caso de acidente ocupacional.

Atende crianças HIV soropositivas?	Conhece o protocolo de procedimentos para o caso de acidente ocupacional?			Total(%)
	Sim (%)	Não(%)	Não sei(%)	
Sim	132 (85,16)	14(82,35)	35(77,78)	181(83,41)
Não	23(14,84)	3(17,65)	10(22,22)	36(16,59)
Total	155	17(7,83)	45(20,74)	217(100,0)

Perda:5

Questionários válidos :217

p= 0,4994

Em relação ao direito legal do Cirurgião-Dentista de solicitar teste anti-HIV para seu paciente, o presente trabalho testou a hipótese de haver associação entre esta variável (questão 20) e a variável que mede o conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre a prevalência de manifestações bucais da AIDS em crianças (questão 10). O estudo das suposições indicou uma probabilidade maior que 0,05 de erro ao rejeitar-se a hipótese nula, o que nos faz supor que não haja associação entre as variáveis citadas. Os resultados são os demonstrados na TAB. 16

TABELA 16

Distribuição da amostra segundo associação entre as variáveis: conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre direito legal de solicitação de teste anti-HIV para o paciente e conhecimento sobre a prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças

Q.10 Diferença de prevalência de manifestações bucais da AIDS em adultos e crianças	Q.20 <u>O Cirurgião-Dentista tem o direito legal de pedir teste anti-HIV?</u>		
	Sim N(%)	Não N(%)	Total N(%)
Têm conhecimento	33 (21,71)	12 (17,14)	46 (20,27)
Não têm conhecimento	119 (78,29)	58 (82,86)	177 (79,73)
Total	152 (68,47)	70 (31,53)	222 (100,0)

p=0,4315

Outra associação testada foi entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista acerca da prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças e seu conhecimento sobre o fato de que pode sofrer ação de indenização por omissão, caso deixe de fazer o diagnóstico precoce por comprometer o prognóstico e a sobrevivência do paciente. Os resultados são os que a TAB. 17 nos mostra:

TABELA 17

Distribuição da amostra segundo associação entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre prevalência de manifestações bucais da AIDS em crianças e seu conhecimento sobre ação de indenização por omissão no diagnóstico

Q.10 Diferença de prevalência de manifestações bucais da AIDS em adultos e crianças	Q.12 <u>Quando o Cirurgião-Dentista deixa de fazer um diagnóstico precoce ele está sujeito a ação de indenização</u>		
	Correta (%)	Incorreta(%)	Total(%)
Correta	15 (20,55)	30 (20,13)	45 (20,27)
Incorreta	58 (79,45)	119 (79,87)	177 (79,73)
Total	73 (32,88)	149 (67,12)	222 (100,0)

p=0,9426

O estudo das probabilidades nos mostra, aqui, uma probabilidade de 0,9426 de erro ao rejeitar-se a hipótese nula, o que nos dá indícios de que não haja associação entre linhas e colunas da tabela.

Em relação ao direito legal do Cirurgião-Dentista de pedir teste anti-HIV, o presente trabalho testou a hipótese de haver associação entre o conhecimento do entrevistado sobre este assunto e o seu conhecimento sobre o protocolo correto de pedido deste exame. Assim, testou-se a associação da questão nº 20 com a questão nº 11, conforme nos mostra a TAB. 18.

TABELA 18
Distribuição da amostra segundo associação entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre direito legal de solicitar teste anti-HIV e conhecimento sobre protocolo correto de pedido de teste

Q.20 Direito legal de pedir teste anti-HIV	Q. 11 <u>Um teste Elisa é suficiente para diagnóstico definitivo?</u>			Total(%)
	Sim (%)	Não(%)	Não sei(%)	
Sim	26 (68,42)	107 (70,86)	18 (62,07)	151(69,27)
Não	2 (5,26)	8 (5,30)	0	10 (4,59)
Não sei	10 (26,32)	36 (23,84)	11(37,93)	57 (26,15)
Total	38 (17,43)	151(69,27)	29 (13,30)	218 (100,0)

Perda:4 / Questionários válidos:218
p=0,4542

O estudo de suposições indicou que a aplicação do teste de Qui-quadrado não seria válido; logo foi usado o teste G2 ou razão de máxima verossimilhança e os resultados mostraram-nos uma probabilidade maior do que 0,05 de erro para a rejeição da hipótese nula, o que nos dá indícios de que não haja associação entre as duas variáveis.

O presente trabalho também averiguou o conhecimento dos entrevistados que atuam na rede pública de assistência odontológica (quer exclusivamente, quer concomitantemente com a rede particular) acerca de seu conhecimento sobre manifestações bucais da AIDS em crianças. Pesquisou-se seu conhecimento tanto em relação à principal manifestação bucal da doença, quanto em relação à diferença de prevalência das manifestações entre adultos e crianças. Os resultados obtidos são os demonstrados na TAB. 19.

TABELA 19

Distribuição dos profissionais que atuam na rede pública segundo seu conhecimento sobre a principal manifestação bucal da AIDS em crianças bem como sobre a diferença de prevalência destas manifestações entre adultos e crianças

<i>Rede Pública</i>	<u>Têm conhecimento</u> N (%)	<u>Não têm conhecimento</u> N (%)	<u>Total</u> N (%)	<u>Significância</u> (p)
-Principal manifestação da AIDS em crianças	96 (70,07)	41 (29,92)	137 (100,0)	<i>Teste de χ^2</i> 0,9413
-Diferença de prevalência entre manifestações bucais da AIDS em crianças e em adultos	27 (19,70)	110 (80,29)	137 (100,0)	<i>Exato de Fisher</i> 0,3964

A análise estatística de tais associações nos mostrou uma probabilidade maior do que 5% ($p > 0,05$) de erro ao rejeitar a hipótese nula. Portanto, há fortes indícios de que não haja associação entre as variáveis citadas.

5 DISCUSSÃO

O índice de respostas obtido no presente trabalho foi de 21,34% de retorno dos questionários enviados; foi semelhante aos obtidos por TOMASSO, (2001), que obteve 29,6% e por RADICCHI (2001), que obteve 23,88%.

Este trabalho nos traz uma séria reflexão sobre os diversos aspectos envolvidos com a doença AIDS em crianças. Enfatiza a importância do estudo aprofundado dessas questões devido a dados epidemiológicos que mostram esta faixa etária da população (0 a 13 anos) sendo progressivamente acometida pela infecção do HIV.

A revisão da literatura pertinente nos remete a dados alarmantes, por exemplo: 2% dos casos de AIDS nos Estados Unidos, hoje, referem-se a crianças e este índice está aumentando (PETERSEN *et al.*, 1993) . Mostra-nos que o número dos casos de AIDS no Brasil, em menores de 13 anos, hoje é de aproximadamente 7335 casos (SANTANA, 2001),.Na cidade de São Paulo a infecção pelo HIV já é uma importante causa de morte para o grupo pediátrico segundo MAGALHÃES *et al.* em 2000.

A partir da revisão da literatura e dos resultados da presente pesquisa, discutiremos o assunto obedecendo a seguinte ordem de tópicos:

- 1) A transmissão da doença em crianças;
- 2) A semiologia relativa às manifestações bucais da AIDS em crianças;
- 3) Ao diagnóstico e evolução da doença;

4) Aos aspectos relativos ao controle de infecção e risco ocupacional quando do atendimento a esses pacientes;

5) Ao comportamento ético e legal do Cirurgião-Dentista no atendimento a criança HIV soropositiva.

Em relação à transmissão da doença

As duas principais vias de transmissão do vírus HIV em crianças são: a perinatal e a sangüínea. A perinatal refere-se à transmissão que ocorre da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; a sangüínea é referente a transfusões de sangue e derivados (CASTRO *et al.*, 1999).

O presente trabalho verificou que os Cirurgiões-Dentistas estão relativamente bem informados sobre a definição de transmissão perinatal (72,52%) e, ainda, que grande parte deles (73,87%) sabe que o aleitamento materno é contra-indicado para bebês nascidos de mães HIV soropositivas (TAB.3); o que está em consonância com aquilo que a literatura revisada neste trabalho preconiza. Porém, ainda ¼ dos profissionais entrevistados não têm conhecimento deste item, o que, obviamente é algo preocupante.

Semiologia relativa às manifestações bucais da AIDS em crianças

A literatura mostra -nos que há muitas semelhanças entre as lesões bucais nos adultos e nas crianças, mas que também há diferenças. Estas diferenças é que precisam ser muito claras para o Cirurgião-Dentista, afim de que não haja equívocos no diagnóstico. Considerando que as manifestações bucais

são extremamente comuns em crianças e, geralmente a primeira manifestação da doença, o papel do Cirurgião-Dentista passa a ser crucial na condução e na evolução da mesma.

O presente trabalho enfatiza a prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças. Segundo RUBINI, (2001); COSTA (1998) e RAMOS GOMES (1999) a principal manifestação é a Candidíase, seguida, segundo RUBINI (2001), por ordem decrescente de frequência, pela: Gengivite, Hipertrofia de parótidas, Úlceras aftosas, Estomatite herpética e Abscessos dentários. Manifestações raras incluem ainda: Leucoplasia oral pilosa, Neoplasias malignas e Ulcerações relacionadas à Citomegalovirose, Varicela zoster e ao vírus cocksackie. Já em adultos SANDE & VOLBERDING (1995) relatam casuística do hospital San Francisco General Hospital (SFGH), nos EUA, onde a lesão mais encontrada foi a Leucoplasia Pilosa com 85,9% de prevalência.

Estes dados nos levaram a questionar o conhecimento dos Cirurgiões – Dentistas sobre a prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças (questão nº10). E os resultados da pesquisa mostraram-nos que 79,73% dos entrevistados desconhecem o assunto (TAB. 3), fato que pode comprometer o diagnóstico correto de um caso na medida em que, frente a uma manifestação bucal em criança, a qual não seja tão comum no adulto - não suscite, para o profissional, a hipótese de infecção por HIV. No caso em questão, o profissional pode errar por omissão em decorrência de desinformação.

Este desconhecimento do Cirurgião–Dentista é preocupante e especialmente em relação aos profissionais do serviço público, necessita

despertar a atenção dos gestores de saúde pública para a necessidade de atualização de seus profissionais sobre o assunto pois parte significativamente grande das crianças infectadas está localizada na faixa da população econômica e socialmente menos favorecida. Conseqüentemente, a maioria destas, quando necessita e procura por assistência odontológica, em geral é atendida na rede pública. Se os profissionais ali atuantes não conhecem esta diferença de prevalência podem se deparar com lesões bucais que, não sendo tão comuns em adultos, não lhes suscite a hipótese de diagnóstico de infecção por HIV, o que levará à já citada negligência no diagnóstico.

Os resultados apresentados nesta pesquisa nos mostram também que a maioria dos entrevistados (68,02%) está consciente de que a principal manifestação da AIDS em crianças é a Candidíase pseudomembranosa (TAB. 3), o que está de acordo com a literatura consultada.

Considerando que os profissionais reconhecem a importância da Candidíase como manifestação bucal da doença, a pergunta de nº03 testa a capacidade do profissional em diagnosticá-la. Em documento publicado em 2000 , o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) preconiza que o diagnóstico diferencial da candidíase deve ser feito, em relação a outras lesões brancas, através de anamnese, raspagem local com espátula de madeira e exame do leito mucoso pós-raspagem. Os resultados da referida questão nº 03 nos mostram que a grande maioria (74,73%) dos entrevistados conhece a técnica correta de exame e diagnóstico da Candidíase pseudomembranosa (TAB. 3). Isto nos faz crer que os Cirurgiões-Dentistas, frente à uma das mais importantes manifestações da AIDS

em crianças (a Candidíase), estão preparados para diagnosticá-la e relacioná-la com a hipótese de diagnóstico de infecção pelo HIV, embora uma parcela da amostra (25,7%) necessite passar por uma recapacitação sobre o assunto.

Diagnóstico e evolução da doença

Em relação ao conhecimento do fluxo correto de testes para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, os resultados do trabalho correlato de RADICCI (2001) são semelhantes aos do presente trabalho em que se verificou que 68 % da amostra possui conhecimento em relação ao fato de que um único teste Elisa não é suficiente para diagnóstico de AIDS (TAB. 3).

Em relação à responsabilidade do Cirurgião-Dentista, em fazer o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (TAB.3), o trabalho correlato de RADICCI (2001) apresenta resultados semelhantes aos do presente trabalho que nos mostra que 67,12% dos entrevistados não concordam com a afirmação de que o Cirurgião-Dentista que deixa de fazer o diagnóstico precoce está sujeito a ação de indenização por comprometer o prognóstico e a sobrevivência do paciente. Tal fato denota desconhecimento do assunto e, provavelmente seja originado por deficiência de ordem deontológica na formação do profissional. O conhecimento das responsabilidades do Cirurgião-Dentista, muito bem especificadas no Código de Ética Odontológica, que regulamenta o exercício profissional, deve ser de domínio de todos os que se graduam na profissão. Tal mandamento legal estabelece como dever fundamental do Cirurgião-Dentista o zelo pela saúde e dignidade do paciente. Ao realizar o diagnóstico precocemente, o profissional

estará viabilizando a instituição imediata de tratamento o que, conseqüentemente implicará numa melhor qualidade de vida e aumento da sobrevida do paciente. Assim, o profissional estará cumprindo com o referido mandamento legal.

Tendo em vista que a maioria da amostra não concorda com a afirmação de que o profissional que deixa de proceder ao diagnóstico precoce está sujeito a ação de indenização, o presente trabalho testou a hipótese de que o Cirurgião-Dentista discordasse da afirmativa citada por desconhecer a prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças, fato que suscita a hipótese diagnóstica e, conseqüentemente leva à elaboração do referido diagnóstico precoce. Nesse ínterim, foi detectada uma probabilidade maior que 0,05 de erro ao rejeitar a hipótese nula (TAB. 18), o que nos dá indícios de que a associação suposta não exista.

O presente trabalho enfatiza que a presença de determinados sinais bucais e sua persistência são fortes indicadores da presença de infecção pelo HIV na criança. É o caso da Candidíase pseudomembranosa e da Hipertrofia de parótidas, que tem sido reconhecidas, segundo CHIGURUPATI, em 1996, como característica de distinção de infecção por HIV em crianças. Frente a estes sinais, o profissional tem a obrigação de suspeitar e, assim, formular uma hipótese diagnóstica de infecção por HIV. Segundo RADICCI (2001), na presença de lesões como estas, indicativas da infecção, se o profissional não realizar o diagnóstico ele estará incorrendo em infração ética. Ressalta também que do ponto de vista jurídico a imputabilidade reside na afirmação de que o erro médico

do não diagnóstico consiste precisamente em não dar todas as chances de cura ou sobrevivência ao doente, segundo o princípio da “perda de uma chance”.

O presente trabalho também questionou a amostra sobre o direito legal do Cirurgião-Dentista de pedir teste anti-HIV. Novamente os resultados foram semelhantes aos do trabalho correlato de RADICCI (2001), em que a amostra se dividiu em 68,47% para os que concordam que é uma prerrogativa do Cirurgião-Dentista pedir teste anti –HIV e 31,53% para os que não concordam (TAB. 3). Estes dois resultados refletem conhecimento por parte da maioria da amostra, já que o Código de Ética Odontológica, cap.2; art,3º § I cita como direito fundamental dos profissionais inscritos segundo suas atribuições específicas: “Diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional” (CFO, 1998).

Cabe ressaltar, no entanto, que a responsabilidade do Cirurgião-Dentista é a de zelar pela saúde e pelo bem-estar do ser humano. Isto implica que não necessariamente ele proceda diretamente em todos os trâmites do diagnóstico propriamente dito, mas, sobretudo, que conduza o paciente para esta etapa, quer seja encaminhando-o para o médico que o faça, quer seja convencendo-o a procurar um serviço de testagem e aconselhamento.

A responsabilidade da comunicação do resultado e de todas as suas conseqüências é do profissional que solicitou o exame. E, deve-se considerar que, no caso específico da criança infectada por HIV os aspectos psico-emocionais envolvidos nesta comunicação são ainda mais complicados, pois há que se lidar

com as reações do(s) responsável(is); e há que se ter conhecimento prévio sobre as peculiaridades do fator psico-emocional da criança. Enfim, é preciso que o profissional esteja preparado para a assistência e amparo aos danos decorrentes desta comunicação, que podem ser drásticos.

O Código Civil, em seu artigo 159 deixa claro que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano. Portanto, é clara a responsabilidade do Cirurgião-Dentista quando declara ao paciente a condição de portador de uma doença incurável, pois pode-se suceder ao paciente uma reação emocional de graves proporções. Se o profissional não estiver preparado para este momento terá a obrigação de reparar o dano, pois, involuntariamente, causou prejuízo a outrem já que as conseqüências advindas desta comunicação podem, entre outras coisas, comprometer a adesão do paciente ao tratamento e seu prognóstico além causar-lhe danos psico-emocionais, às vezes, irreversíveis. Além disso, comunicar simplesmente o diagnóstico ao responsável pelo paciente sem ter condições técnicas de lhe explicar os trâmites do tratamento - sem poder solucionar absolutamente todas as suas dúvidas a respeito da doença e sua evolução - deixar de esclarecer peculiaridades de suma importância que, muitas vezes, só o infectologista ou o clínico geral têm condições técnicas de fazê-lo, é sobretudo sonegar informações ao paciente (ou ao seu responsável); informações estas de crucial importância e necessidade para o paciente que tem o direito de tê-las no momento do diagnóstico.

Enfim, frente a uma hipótese de diagnóstico de infecção pelo HIV, resultante da presença de sinais e sintomas que a justifiquem, o Cirurgião-Dentista tem a obrigação ética e legal de zelar para que tal hipótese seja adequadamente testada. Para isto, ele pode encaminhar o paciente e acompanhar o caso efetivamente ou pode solicitar-lhe o teste anti-HIV, que é um direito legal. Entretanto, a conveniência desta solicitação reside no fato de o profissional estar ou não preparado para assistir o paciente do ponto de vista técnico e emocional quando das conseqüências advindas de um possível resultado positivo.

O estudo das probabilidades nos deu indícios de que não haja associação entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre o fato de que um único teste Elisa é insuficiente para o diagnóstico definitivo de AIDS, e a variável que trata do direito legal do Cirurgião-Dentista de pedir teste anti -HIV para o paciente (TAB. 18). Isto nos leva a crer que o fato de conhecer ou não o trâmite correto para a solicitação de teste anti-HIV não influencia a opinião do Cirurgião-Dentista sobre o fato de ter ou não direito de solicitar o referido exame ao paciente.

Também não foi demonstrado indício de associação entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista acerca da prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças e o seu conhecimento sobre o direito legal do Cirurgião-Dentista de solicitar teste anti-HIV ao paciente (TAB.16). Assim, o desconhecimento do profissional a respeito da prevalência das manifestações bucais da AIDS não deve influenciar no fato de o Cirurgião-Dentista pedir ou não teste anti-HIV ao paciente.

Aspectos relativos ao controle de infecção e risco ocupacional

Em relação a este assunto, o presente trabalho nos mostra que a grande maioria dos profissionais possui duas pias em seu local de trabalho (TAB. 8) como preconizam as normas de biossegurança regulamentadas pela Resolução SS15 de 18/01/1999 (SÃO PAULO, 2002c). O resultado do trabalho correlato de RADICCI (2001) se assemelha à este mostrando-nos , também , que a maioria da amostra possui esta condição.

Em relação a probabilidade de que a existência ou não dessas condições acima citadas pudessem interferir na decisão do profissional em atender ou não à criança HIV soropositiva , o presente trabalho mostra-nos que apenas a condição de existência de duas pias se associa com a referida decisão (TAB. 13). Portanto, há indícios para se afirmar que possuir uma única pia para a lavagem do instrumental contaminado e das mãos é um fator estimulante à recusa de atendimento a pacientes HIV soropositivos. Provavelmente o profissional, embora não possua a condição citada, é consciente dos riscos de contaminação que corre ao utilizar uma única pia para as duas finalidades citadas. Aqui, o imperativo da defesa pessoal talvez seja o fator preponderante.

Comportamento ético e legal do Cirurgião-Dentista no atendimento a criança HIV soropositiva

Em relação ao atendimento à criança HIV soropositiva, o presente trabalho nos revela que 19,09% da amostra já atendeu à uma criança HIV soropositiva (TAB. 8). Considerando que o primeiro caso de AIDS pediátrica no

Brasil ocorreu em 1985 (BRASIL, 2000a), deste modo pode-se considerar o fato como sendo relativamente recente; que o total de casos de AIDS no Brasil hoje é de 7335 (SANTANA, 2001); e que as manifestações bucais, embora sejam, na maioria das vezes, os primeiros sinais da infecção, podem demorar até anos para surgirem e, muitas vezes, é em razão destas que o responsável pela criança procura atendimento odontológico, o número de atendimentos acima citado deve ser considerado razoável, pois trata-se do atendimento da parcela destes pacientes que já soroconverteu para HIV e que procurou o Cirurgião-Dentista durante este espaço de tempo, de apenas dezessete anos, desde o surgimento do primeiro caso até hoje.

Em relação à classificação (definição) de criança e adolescente pela lei, este trabalho mostrou-nos que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas não conhece a classificação de criança e adolescente segundo o ESTATUTO ... (1997) (TAB. 3) que considera como criança a pessoa com até doze anos incompletos e adolescente aquela de doze até dezoito anos de idade. Este fato denuncia a falta de informações por parte dos Cirurgião – Dentista no campo legal. Para testar a influência desta desinformação no fato de já ter atendido ou não criança HIV soropositiva o presente trabalho testou a associação das respostas das duas questões (questão 4 e questão 14). O resultado estatístico nos apontou indícios de que não haja associação entre o conhecimento desta classificação e o fato de já ter atendido ou não criança soropositiva.

Quanto à disposição do Cirurgião-Dentista em atender a estes pacientes, o presente trabalho nos revela que a grande maioria 83,64% atenderia

à criança que fosse soropositiva confessa (TAB. 8). Este dado é muito positivo, pois reflete uma mudança de comportamento da classe odontológica, já que em trabalho correlato, MARUYAMA, em 1995 obteve como resultado 50% de não atendimento pelos Cirurgiões–Dentistas aos pacientes HIV soropositivos.

Em nível internacional, apesar dos trabalhos relatados serem relativos a atendimentos de HIV soropositivos em geral, e não específicos para a averiguação de atendimento a crianças HIV soropositivas, a literatura mostra-nos que: em Londres, em 1993, apesar de a Associação Dentária Britânica e do Conselho de Dentistas Ingleses considerarem inaceitável recusar um paciente por ser HIV soropositivo, de 19 pacientes que procuraram o Cirurgião-Dentista, 15 foram recusados e 4 foram atendidos porque não informaram sobre o diagnóstico (ROBINSON *et al.*,1994). Na Nova Zelândia, dos pacientes que procuraram tratamento odontológico e não esconderam do profissional o seu estado, 31% foram rejeitados (TERRY *et al.*,1994).

Os resultados do presente trabalho nos revelam que o tipo de atuação do profissional (em rede pública ou rede privada de assistência odontológica) interfere na sua decisão de atender ou não a criança HIV soropositiva. Isto porque, ao se testar a associação entre rede de atuação do profissional e decisão de atender ou não a criança HIV soropositiva, dos 218 questionários válidos para esta associação, 183 deles (83,94%) atenderiam e 35 (16,06%) não atenderiam. Dentre os que atenderiam, 31,69% atuam apenas na rede particular e 68,31% atuam na rede pública - quer exclusivamente ou paralelamente com a rede particular - (TAB. 11). A obrigatoriedade de atendimento na rede pública, imposta

pelo princípio da Universalidade do atendimento no SUS através da lei 8080/90 (SÃO PAULO, 2002d) talvez seja a responsável por esses resultados; pois mesmo o profissional que atua nas duas redes paralelamente, durante sua atuação na rede particular, sente-se impelido à Universalidade já que a desempenha no setor público. Outra hipótese é a de que no serviço público o acesso do profissional às áreas multidisciplinares é maior e mais direto, o que facilita muito o atendimento e dá mais segurança técnica para tal. Já na rede privada o profissional, salvo em casos de urgência e emergência, tem o direito de negar-se a atender o paciente.

Em relação ao fator emocional daqueles que se dispõem à atender à criança HIV soropositiva, notou-se que apesar de parte significativa da amostra ter relatado que sentiu-se psicologicamente normal durante o atendimento (40,09%), a insegurança técnica em relação às peculiaridades do caso, o forte sentimento de piedade pelo paciente e o medo de contrair a doença são sentimentos presentes nestes profissionais quando realizam este tipo de atendimento (TAB. 10). Logo, há deficiências de ordem técnica na formação desses profissionais, uma vez que o conhecimento das medidas de precaução-padrão e dos aspectos relativos à biossegurança deveriam ser suficientes para que, ao desempenhá-las, não houvesse receio por parte do profissional de se contaminar durante um atendimento; além do que, a insegurança técnica provém da desinformação e da falta de subsídios teóricos sobre o assunto.

A análise estatística dos resultados do presente trabalho nos traz indícios que nos permitem afirmar que não há interferência entre treinamento em

biossegurança e a disposição do profissional em atender crianças HIV soropositivas.

Em relação àqueles profissionais que não se dispõem em atender crianças HIV soropositivas, os resultados do presente trabalho mostra-nos que a grande maioria (97,30%) se dispõe a encaminhá-las para outro local que as atenda (TAB. 8). Este dado também é muito positivo uma vez que o Cirurgião-Dentista, enquanto promotor de saúde que é, tem a obrigação de zelar pelo bem-estar e pela saúde do ser humano. Logo, ao encaminhar o paciente a um colega ou a um centro de atendimento que o faça, acompanhando o caso, demonstra atenção e zelo por este paciente. Os dados também revelam que a maior parte destes profissionais ao justificar o não atendimento para o paciente (ou para seu responsável), afirmaram que o caso requeria atendimento especializado, o qual os próprios profissionais não eram capazes de oferecer (TAB. 8). Esta justificativa foi confirmada na questão nº 07 quando o presente trabalho fez uma averiguação sobre os sentimentos que motivaram esta recusa, e percebeu-se que a maioria realmente não atendeu porque sentiu-se incapaz para tal atendimento. Além disso, os resultados nos mostram como motivo coadjuvante o medo de que o referido atendimento pudesse surtir efeito de “anti-marketing” para seu consultório. Outros motivos, pela frequência estatística em que apareceram, não nos pareceram relevantes (TAB. 9).

Os resultados do presente trabalho demonstram que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas que se dispõem a atender a criança HIV soropositiva o fazem

movidos por suas convicções, e não por algum tipo de receio ou medo de ser denunciado por preconceito (TAB. 8).

Quanto a conduta do Cirurgião-Dentista frente à uma situação de omissão ou negligência (por parte dos pais ou responsáveis da criança) em relação aos cuidados gerais e bucais da mesma, os resultados do presente trabalho mostram que a maioria dos Cirurgiões-Dentistas tem uma posição consoante com o que estabelece o ECA–Título I-artigo 5º que declara que:

“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”

O texto é claro quando cita que o delito pode ser tanto por ação quanto por omissão. Portanto, deixar de denunciar tal negligência fere o mandamento legal citado por se tratar de omissão por parte do Cirurgião-Dentista. Logo, mostram uma postura de cidadania ao concordarem que devem denunciar o fato.

Além disso, o Código Penal Brasileiro, no art. 136 prevê como crime :

“Expor ao perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando dos meios de disciplina ou correção” (BRASIL, 1999b).

Portanto, negligenciar os cuidados com a saúde geral ou bucal da criança é crime, previsto em lei e, como tal, deverá ser denunciado pelo profissional que porventura se depare com ele.

Em relação a necessidade de acompanhamento do paciente menor por responsável legal, o presente trabalho verificou a falta de informação dos Cirurgiões-Dentistas sobre este aspecto. A maioria não concorda que o adolescente possa ser atendido desacompanhado de responsável legal caso seja capaz de compreender as explicações do profissional acerca de sua saúde. Tal fato denota desconhecimento do assunto por parte dos entrevistados, já que o Código de Ética médica, em seu artigo 103 esclarece como infração ética:

“Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”
(CFM, 1992).

Ora, se caracteriza infração ética tal revelação, é óbvio que o paciente pode (e deve), neste caso, ser atendido desacompanhado. Isto, é claro, se já estiver em idade e condição de compreender as explicações dadas pelo profissional acerca de seu caso. O texto legal é claro neste sentido quando contempla: “...desde que o menor seja capaz de conduzir-se por seus próprios meios...”

Quanto à questão da quebra de sigilo, o presente trabalho verificou que falta informação aos Cirurgiões-Dentistas sobre as situações em que é admissível esta quebra. Parte da amostra concorda que a quebra de sigilo não se justifica após a morte, o que está correto segundo o Código de Ética Médica que cita, no seu artigo 2º:

“ O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS ; isso implica ,inclusive, aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer a familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente” (CFM, 1992)

Os resultados do trabalho correlato de RADDICI (2001) mostram semelhança com o presente trabalho já que aquele apresenta 40,39% da amostra concordando com o fato de que a quebra de sigilo não se justifica após a morte e, 44,50% dos entrevistados deste trabalho concordam com o fato citado (TAB. 4). Todavia, 20,42% concordam que não se justifica a quebra de sigilo no caso das notificações compulsórias, o que está incorreto e demonstra desinformação por parte dos profissionais já que não só é admissível a revelação nestes casos como, ainda, constitui infração legal não fazê-lo no caso da notificação da doença AIDS. O Código Penal Brasileiro define como crime contra a saúde pública a omissão de notificação de doença.

Como definiram DARUGE & MASSINE (1978), os fatos que se relacionam com os interesses da saúde pública dispensam a guarda do sigredo profissional, o que, neste caso, é considerado justa causa.

O presente trabalho mostra -nos que há ainda os que não concordam com a quebra de sigilo no caso de pacientes que sejam incapazes de prevenir a transmissão para seu comunicante (26,18% da amostra) (TAB. 4), o que também está incorreto; pois, neste caso, ao se quebrar o sigilo e comunicar o comunicante, o Cirurgião-Dentista estará prevenindo a propagação de uma doença infecto-contagiosa. O trabalho correlato de RADICCI (2001) apresenta resultados ainda mais alarmantes em relação a este assunto, já que as pesquisas realizadas pelo autor mostram que a maioria da amostra (56,64%) não concorda que a quebra de sigilo se justifique no caso de comunicação para prevenção da transmissão a terceiros. Em ambos os trabalhos fica revelada a desinformação de parte significativa da amostra a respeito da questão da quebra de sigilo profissional.

Segundo RADICCI (2001), em relação à notificação compulsória da AIDS, há duas correntes de pensamento. A diferença entre ambas reside no momento correto de fazê-la.

A primeira, embasada no Código Penal Brasileiro, defende que a notificação deve ser feita à autoridade sanitária tão logo se tenha o diagnóstico (independentemente da existência de sintomatologia ou da permissão do paciente).

A segunda, é a corrente do Ministério da Saúde que segue a orientação do *Centers for Disease Control (EUA)*, da *Organização Panamericana de Saúde*

(OPAS) e da *Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV e AIDS (CN-DST/HIV/AIDS)*, segundo as quais, a notificação também deve ser feita compulsoriamente para todos os casos. Porém deve obedecer certos critérios de classificação da doença previamente definidos, como orienta a *Definição de Casos de AIDS para Menores de 13 Anos* (BRASIL, 2000b). Segundo o Ministério da Saúde, a única comunicação que deve ser feita de imediato, mesmo sem aparecimento de sintomatologia, é a de transmissão congênita.

Seguindo a opinião desta segunda corrente, o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo determina que todos os casos de AIDS são de notificação compulsória desde que preenchidos alguns dos critérios de definição de casos em crianças (ANEXOS 5,6 e 7). O CVE explica que a notificação do caso para as autoridades de saúde pública deve ser feita com a utilização da ficha específica, e seu fluxo obedece o sentido do nível mais periférico (que pode ser o próprio serviço em que o profissional atua) para os níveis mais centrais das diversas esferas da Atenção em Saúde. O sistema de informações utilizado é o SINAM (Sistema de Agravos de Notificação) e os dados são condensados mensalmente em Brasília pela Coordenação Nacional de DST-AIDS (SÃO PAULO, 2002).

Desta forma, existem duas formas de ação: uma imediata, consoante com uma Lei Federal (que é o Código Penal) e outra tardia, prevista em portaria do Ministério da Saúde. Ambas as forma estão previstas em normas legais e resguardam os direitos do portador. Todavia, a forma imediata é a que mais protege a coletividade no seu direito de não ser contaminada, o que atende de

forma precisa o real objetivo da Notificação Compulsória. Além disso, enfatiza o autor que, do ponto de vista jurídico, a orientação do Ministério da Saúde normaliza o assunto através de uma Portaria, que não tem força jurídica superior ao Código Penal (Lei Federal).

Segundo DAVIS & SHAH, em 1997, há situações em que não há como não quebrar o sigilo. É o caso da comunicação a parceiros, companhias de seguros, notificação compulsória e promoção de cuidados. Entretanto, esta quebra, segundo os autores, sempre trará muitos problemas, desde os familiares até problemas sociais amplos. Os conflitos em relação a direitos individuais e a obrigação de advertir comunicantes e outros são muito difíceis de resolver e têm levado ao desenvolvimento formal de notificação para comunicantes. Os autores ressaltam que não está claro se esta é a "melhor política", afinal essas notificações são permitidas; não é necessário mandato judicial que provavelmente violam a privacidade dos pacientes. Mas, há que se atentar para os cuidados com o paciente soropositivo no sentido de minimizar os riscos para o comunicante. E isso é importante também quando o médico trata apenas do comunicante que está sob o risco. Além disso, ressaltam que há freqüentemente o medo de que se a criança conhecer o seu status sorológico positivo isso possa afetar o seu desenvolvimento psico-social. Há também medo de que a criança revele seu status fora do âmbito familiar. Muitas famílias pedem para que o médico mantenha segredo para a criança e o profissional deve decidir se isso irá ou não comprometer sua habilidade em promover os cuidados necessários. Outro grande dilema é o da criança em idade escolar. Quebrar o sigilo para a escola pode

beneficiar a criança já que os profissionais que ali atuam, conscientes do caso, serão mais hábeis em protegê-la, bem como em vigiar sintomas que ela possa ter. Normalmente os pais não querem que isto aconteça, e a quebra do sigilo só poderá acontecer com o consentimento dos pais e com a aprovação da criança, se esta tiver idade suficiente para decidir. No entanto, há situações em que o sigilo é quebrado inadvertidamente, por exemplo, quando da administração de medicamentos, deterioração da saúde, faltas escolares e outras que podem levar à suspeita. O staff da escola, se suspeitar, é obrigado a manter sigilo. Há, ainda, a hipótese da própria criança revelar sua condição a um amigo. Ao contrário do que pensam os pais, que a criança será desmotivada se souber de seu status, os médicos crêem que o conhecimento desse status pode levar o paciente a participar do tratamento mais efetivamente. Será preciso motivá-la. Assim, os autores sugerem um guia para a tomada dessas decisões:

“-Direito dos pais de tomar decisões em favor de menores deve ser encarado seriamente;

-Participação de crianças menores na decisão deveria aumentar com o aumento da sua capacidade de decisão;

-Conflitos aparentes entre desejos e decisões dos pais, e providências médicas podem ser resolvidos com diálogo”.

Outro aspecto de relevante importância, relacionado com o respeito ao paciente e a sua individualidade, é a questão do consentimento do paciente ou de seu responsável na condução do tratamento. Em relação a isso, ressalta-se que o paciente pediátrico não pode ser tratado em isolamento da família. Muitos

profissionais são eficazes em relação aos aspectos técnicos da profissão da mesma forma que o tratamento de doenças como Asma, Diabetes, AIDS e outras, mas falham quando colocados de frente com a ética ligada a AIDS. Em relação a isso, surgem frustração e desacordo em relação a conduta e ao tratamento. Em primeiro lugar, é preciso lembrar que o tratamento inclui preenchimento de protocolos, os quais requerem consentimento uma vez que envolve benefícios e riscos e. Portanto, é necessário consentimento para sua realização. Co-fatores ainda existem tais como pobreza, educação limitada, família desajustada. O consentimento precisa ser dado por quem tem autoridade para dá-lo. Somente poucos pacientes pediátricos têm capacidade para entender e tomar decisões sobre sua própria saúde, e, geralmente, são os pais que tomam as decisões legais. Pacientes com 9 anos ou mais são capazes de entender mas não de tomar decisões próprias. Adolescentes freqüentemente têm capacidade de entender e tomar decisões, mas geralmente os pais detêm o poder de consentimento. Adolescentes com mais de 18 anos, ou casados, ou que possuem filhos, têm o direito legal de consentir. A solução desse conflito depende de diálogo entre médico e paciente, o que deve ocorrer durante o tratamento. Tal diálogo poderia ser antecipado através da previsibilidade do curso da doença para evitar conflitos potenciais relacionados com aumento de desenvolvimento físico e maturidade. Alguns elementos são fundamentais no relacionamento médico-paciente como: empatia, diálogo (processo que se faz com múltiplos encontros com os pais), necessidade de equipe multidisciplinar, consciência dos pediatras de que têm

responsabilidade ética de serem educadores da saúde (promovendo a participação da criança no tratamento).

Em relação ao protocolo de procedimentos a serem tomados no caso de acidente ocupacional, os resultados do presente trabalho são semelhantes ao do trabalho correlato de RADICCI (2001) ambos nos mostrando que a maioria dos participantes tem conhecimento do referido protocolo, já que a maioria respondeu corretamente a questão (TAB. 3). Mas há uma parte significativa da amostra (30,18%) que não tem esta informação. Com vistas nesta parcela da amostra, o presente trabalho procurou testar a possibilidade de interferência desta desinformação na disposição ou não dos entrevistados em atender pacientes soropositivos para o HIV (TAB. 15). O objetivo, neste caso, foi verificar se o fato de não ter suficiente conhecimento acerca de acidente ocupacional poderia induzir o profissional a não atender o paciente por receio de, em se acidentando, não saber como proceder. Os resultados estatísticos forneceram-nos indícios para concluirmos que não há associação entre as duas variáveis citadas, portanto não deve haver influência deste desconhecimento na atitude do Cirurgião-Dentista de recusar o atendimento à criança HIV soropositiva. Porém, este fato pode ser reflexo da necessidade de conscientização da classe odontológica sobre o referido protocolo.

Ainda sobre acidente ocupacional, os resultados do presente trabalho novamente mostram semelhança com o trabalho correlato de RADDICCI (2001) revelando-nos que a maioria da amostra não possui formulário acessível para comunicação de acidente de trabalho (CAT) em seu local de trabalho (TAB. 8).

Ao testarmos a influência que o tempo de formado pode ter sobre o fato de o profissional já ter freqüentado ou não cursos de biossegurança, verificamos que não há associação entre as duas variáveis citadas (TAB. 14), ou seja, a adesão aos cursos de biossegurança não deve ser influenciada pelo tempo de exercício profissional, sendo que os recém-formados, talvez motivados pela fatalidade da AIDS buscam, com maior frequência esses cursos. Mas é possível verificar que os profissionais que se formaram antes tiveram mais tempo para fazê-lo.

Em relação a associação entre rede de atuação do profissional e seu conhecimento sobre a principal manifestação bucal da AIDS o presente trabalho verificou que não há indícios de que ocorra esta associação já que o nível de significância encontrado foi maior do que o estabelecido (5%).

Em relação à diferença de prevalência entre manifestações da AIDS entre adultos e crianças e a associação desta questão com a rede de atuação do profissional também não houve indícios ($p > 0,05$) de haver tal associação.

Através da compilação dos resultados obtidos nas questões que refletem conhecimento técnico sobre a doença, verificou-se que 79% da amostra errou no mínimo 4 questões básicas sobre AIDS pediátrica. Tal fato é preocupante e reflete necessidade urgente de melhor estruturação do ensino odontológico nas faculdades, principalmente nas áreas correlatas ao assunto, bem como recapacitação sobre o tema para os Cirurgiões-Dentistas, tanto da rede pública quanto particular de assistência odontológica

6 CONCLUSÃO

Os resultados da presente pesquisa nos permitem concluir que:

- Os Cirurgiões-Dentistas que têm atuação 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;
- Parcela considerável dos participantes da pesquisa (68,22%) demonstrou deficiência de conhecimento ético-legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças;
- A insegurança técnica dos profissionais foi o principal motivo para recusa e abandono de tratamento de crianças HIV soropositivas;
- Há necessidade de que a classe odontológica promova ampla discussão sobre o assunto a fim de se atingir três pontos:
 - Reestruturação das disciplinas correlatas ao assunto nas faculdades de Odontologia
 - Recapacitação dos Cirurgiões-Dentistas em relação ao tema.
 - Maior e melhor divulgação do tema tanto em revistas especializadas quanto junto à mídia, buscando atingir tanto os profissionais quanto a comunidade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ABRAMOWICZ, M. Aspectos éticos do tratamento de aids em odontologia. Odonto, São Bernardo do Campo, v.1, n.1, p.40-1, abr./maio 1991.
2. BERKOWITZ, R.; FRENKEL, L.M. Cancer in the HIV-infected child. Pediatr Dent, Chicago, v.18, n.2, p.127-8, Mar./Apr. 1996.
3. BIANCHINI, R.; MONTEIRO, M. Brasil tem 183 mil crianças órfãs da AIDS. Online 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.
4. BRASIL. Código civil: decreto-lei n.3.071 de 1 de janeiro de 1916. 14.ed. São Paulo: Saraiva. 1999a. 844p.
5. BRASIL. Código penal: decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1999b. 509p.
6. 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.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.fop.unicamp.br/cep/epid-pri.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2002a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle de infecção e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília, 2000a. 118p.

* Baseada na NBR-6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

9. 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.
10. 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_exposicao_ocupa.htm>. Acesso em: 16 jul. 2002b.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Parecer n. 100/92. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/c-geral/lgcX06.htm>>. Acesso em: 14 out. 2000c.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Vigilância epidemiológica de DST/HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item03.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2002c.
13. BRASIL. Presidência da República. Lei 5452, de 01/05/1948. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 9 ago. 1948. Seção 1, p.13975.
14. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.112, de 11/12/1990. Dispõe sobre o regimento jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das funções públicas federais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 12 dez. 1990. Seção 1, p.23935.
15. CASTRO, G.F. *et al.* Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais. Revisão da literatura. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.2, n.7, p.223-30, jan./fev. 1999.

16. CHIGURUPATTI, R.; RAGHAVAN, S.S.; STUDEN-PAVLOVICH, D.A. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review. Pediatr Dent, Chicago, v.18, n.2, p.106-13, Mar./Apr. 1996.
17. CLASSIFICATION System for Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in children under 13 years of age. MMWR Morb Mortal Wkley Rep, Waltham, v.36, n.5, p.225-30, Apr. 1987.
18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.246/88 de 08/01/88. Código de Ética. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/codetic.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2002a.
19. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.359/92 de 11/11/1992. Normas éticas para o atendimento de pacientes com HIV. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/ResolNormat/Numerico/1359_1992.htm>. Acesso em: 6 ago. 2002b.
20. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de ética odontológica : resolução CFO n. 179, de 19/12/1991, alterada pelo regulamento n. 01 de 05/06/1998. Rio de Janeiro : CFO, 1998. 20p.
21. CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 2001.
22. COSTA, L.R.R.S. *et al.* Oral findings in pediatric AIDS : a case control study in brasilian children. ASDC J Dent Child, Chicago, v.87, n.3, p.186-90, May/June 1998.
23. DARUGE, E.; MASSINI, N. Direitos profissionais na odontologia. São Paulo : Saraiva, 1978. 608p.

24. DAVIS, J.K.; SHAH, K. Bioethical aspects of HIV infection in children. Clin Pediatr (Phila), Philadelphia, v.36, n.10, p.573-9, Oct. 1997.
25. DE MARTINO, M. Features of children perinatally infected with HIV-1 surviving longer than five years : Italian register of HIV infection in children. Lancet, v.343, p.191-5, 1994. *Apud* CHIGURUPATTI, R.; RAGHAVAN, S.S.; STUDEN-PAVLOVICH, D.A. *Op. cit.* Ref. 16.
26. DHALIA, C.; BARREIRA, D.; CASTILHO, E.A. A AIDS no Brasil : situação atual e tendências. Disponível em: <file:///A:\a aids no brasil.htm>. Acesso em: 17 set. 2000.
27. DISCACCIATTI, J.A.C.; NEVES, A.D.; PORDEUS, I.A. 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.
28. ESTATUTO da criança e do adolescente: Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Rio de Janeiro: Auriverde, 1997. 134p.
29. FAVERO, F. Segredo médico. *In*: FÁVERO, F. Medicina legal : sexologia, criminologia, psicopatologia, deontologia médica e medicina profissional. 11.ed. Belo Horizonte: Itatiaia. 1980. cap.51, p.949-63.
30. FERREIRA, R.A. Barrando o invisível. Rev Assoc Paul Cirur Dent, São Paulo, v.49, n.6, p.417-28, nov./dez. 1995.
31. FONSECA, R.O. Frequência das manifestações bucais em crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. Rio de Janeiro. 1996. 100p. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

32. FRANÇA, G.V. AIDS: um enfoque ético-político. Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisa em Medicina e Odontologia Legal - artigos. Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br/artigosdefault.asp?id=6>>. Acesso em: 13 maio 2001.
33. GHERSEL, E.L.A.; RODRIGUES, C.L.M.D.; TANNOUS, G.S. AIDS em odontopediatria: uma realidade atual. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v.56, n.6, p.282-7, nov./dez. 1999.
34. GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S. Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. Dent Clin North Am, Philadelphia, v.37, n.1, p.21-31, Jan. 1993.
35. LACAZ, C.S. AIDS em pediatria. In: LACAZ, C.S. *et al.* AIDS/SIDA. São Paulo : Savier, 1990. cap.14, p.176-179. *Apud* CASTRO, G.F. *et al.* *Op. cit.* Ref. 15.
36. LEGGOTT, P.J. Oral manifestations of HIV infection in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Saint Louis, v.73, n.2, p.187-90, Feb. 1992.
37. MAGALHÃES, M.G. *et al.* Oral manifestation of HIV positive children. J Clin Pediatr Dent, Birmingham, v.25, n.2, p.103-6, Winter 2000.
38. MARUYAMA, N.T. A ética odontológica para o atendimento do paciente HIV positivo. São Paulo, 1995. 21p. Monografia (Especialização em Estomatologia) – Hospital Heliópolis.
39. MESQUITA, R.A. *et al.* Candidíase oral e a infecção pelo HIV. Rev CROMG, Belo Horizonte, v.4, n.1, p.27-31, jan./jun. 1998.
40. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Unidad de Salud Oral. Responsabilidades éticas e profesionales de los odontólogos con respecto a los pacientes con HIV positivo y a los pacientes con SIDA. Actual Odontol, Buenos Aires, v.30, n.1, p.37-9, 1998.

41. PETERSEN, S.G. *et al.* Manifestações Oraís em crianças portadoras de AIDS Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v.50, n.5, p.10-5, set./out. 1993.
42. RADICCI, R. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista no atendimento ao paciente HIV soropositivo. Piracicaba, 2000. 393p. Dissertação (Mestrado, Odontologia, Odontologia Legal e Deontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
43. RAMOS, D.L.P. Solidariedade: o remédio para a AIDS. Comunhão e Libertação, São Paulo, v.2, n.11, p.25, 1988.
44. RAMOS, D.L.P.; MARUYAM, N.T. Aspectos éticos do atendimento odontológico de pacientes HIV positivos. *In*: SILVA, M. (Coord.) Compêndio de odontologia legal. Rio de Janeiro : Medsi, 1997. cap.5, p.59-72.
45. RAMOS-GOMES, F. J. *et al.* J Clin Pediatr Dent, Birmingham, v.23, n.2, p.85-96, Winter, 1999.
46. RAMOS-GOMEZ, F.J. Oral aspects of HIV infection in children. Oral Dis, San Francisco, v.3, Supplement 1, p.531-5, May 1997.
47. REGIME JURÍDICO ÚNICO. Curitiba : Andes, 1992. 347p. Cadernos Andes, 9.
48. RÊGO, T.I.T.; PINHEIRO, A.L.B. Manifestations of periodontal diseases in AIDS patients. Braz Dent J, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.47-51, Jan./Feb. 1998.
49. ROBINSON, P.G. *et al.* Dental visiting behaviour and experiences of men with HIV. Br Dent J, London, v.176, n.5, p.175-6, 1994.
50. RUBINI, N. Principais manifestações buco-maxilo-faciais em crianças [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <antonio@aids.gov.br> em 6 ago. 2001.

51. RUBINI, N. Transmissão vertical e evolução na criança [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <antonio@ aids.gov.br> em 29 maio 1999.
52. SAMICO, A.H.R.; MENEZES, J.D.V.; SILVA, M. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. Rio de Janeiro : CFO, 1990.
53. SANDE, M.A.; VOLBERDIG, P.A. Tratamento clínico da AIDS. 3.ed. Rio de Janeiro : Revinter, 1995. 409p.
54. SANTANA, R.S. Dúvidas sobre dados de AIDS [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <antonio@ aids.gov.br> em 8 ago. 2001.
55. SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo: atualização das DNCs conforme resolução publicada no D.O.E. de 10/05/2002. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/Cve_list.htm>. Acesso em: 14 jul. 2002a.
56. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Formulário para comunicação de acidente de trabalho [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <cdi@cvs.saude.sp.gov.br> em 30 jul. 2002b.
57. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Sistema Único de Saúde. Resolução SS-15, de 18-1-99: aprova norma técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 25 jul. 2002c.

58. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Sistema Único de Saúde. Lei orgânica da saúde – Leis 8.080 e 8.142 de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 26 jul. 2002d.
59. SAS INSTITUTE INC. The SAS system, release 8.02. Cary: SAS Institute Inc., 1999. 1 CD-ROM.
60. SILVERMAN, M.A.S. Atlas colorido das manifestações bucais da AIDS. São Paulo : Santos, 1989. 113p.
61. SOUZA, I.P.R. *et al.* Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v.53, n.1, p.49-51, jan./fev. 1996.
62. TERRY, S.D.; JONES, J.E.; BROWN, R.N. Dental care experiences of people living with HIV/AIDS in Aotearoa New Zealand. N Z Dent J, Dunedin, v.90, n.400, p.49-55, 1994.
63. TOMASSO, S. Atribuições dos auxiliares odontológicos e suas implicações éticas e legais. Piracicaba, 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
64. VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. *In*: CORREA, M.S.N.P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo : Santos, 2001. cap.42, p.614-25.
65. 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.

- 66.VIEIRA, A.R. *et al.* "Status" gengival de crianças HIV positivas. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.2-4, nov./dez. 1996.
- 67.VILAÇA, E.L.; LINHARES, R.M.S.; PORDEUS, I.A. Manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/AIDS em crianças. Rev CROMG, Belo Horizonte, v.7, n.1, p.47-56, jan./abr. 2001.
- 68.WIZNIA, A.A. *et al.* Pediatric HIV infection. Med Clin North Am, Philadelphia, v.80, n.6, p.1309-1336, Nov. 1996. *Apud* VILAÇA, E.L.; LINHARES, R.M.S.; PORDEUS, I.A. *Op. cit.* Ref. 68.

ANEXO 1



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



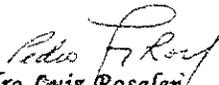
CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Responsabilidade legal e ética do cirurgião-dentista no atendimento odontológico à criança h.i.v soropositiva", sob o protocolo nº **113/2001**, da Pesquisadora **LUCIANE MIRANDA GUERRA**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Antonio Carlos Pereira**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 01 de abril de 2002

We certify that the research project with title "AIDS: Ethics and Responsibility of Dentists in relation to Odontologic Treatment in Soropositive children," protocol nº **113/2001**, by Researcher **LUCIANE MIRANDA GUERRA**, responsibility by Prof. Dr. **Antonio Carlos Pereira** is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Resarch at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, April 01 2002


Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO

Sexo: () M () F

Tempo de exercício profissional (em anos): () até 5 / () 6 a 10 / () 11 a 20 / () mais de 21

Concluiu ou está concluindo curso de Pós-Graduação () Sim () Não

Trabalha em : () Apenas Rede Pública- () Apenas Rede Privada () Ambas

Já passou por algum treinamento sobre Biossegurança? () Sim. Há quanto tempo? ____ / () Não

1) Você já atendeu, em consultório, alguma criança com Aids?

() SIM () NÃO

2) A Candidíase pseudomembranosa é a manifestação bucal mais comumente encontrada em crianças com Aids

() CERTO () ERRADO () NÃO SEI

3) O diagnóstico diferencial entre Candidíase e outras lesões brancas é feito através de anamnese, raspagem local com espátula de madeira e exame do leito mucoso pós-raspagem

() CERTO () ERRADO () NÃO SEI

4) Se uma criança chegar ao seu consultório, com seu responsável legal e este confessar que a mesma é soropositiva para Aids, você a atende ?

() SIM () NÃO

Se a sua resposta foi NÃO , responda às três questões seguintes; se foi SIM , passe para a questão de nº8

5) Você a encaminharia para algum local que a atendesse ?

() SIM () NÃO

6) A explicação que você costuma dar para não atender crianças HIV soropositivas é de que o caso requer atendimento especializado, o qual você não é capaz de oferecer-lhe

() SIM () NÃO

7) Quando decidiu **não** atender à criança , você o fez porquê

() Sendo profissional autônomo , salvo os casos de urgência, você tem o direito de não atender a quem você quiser

() Não se sentiu capaz para tal atendimento

() Teve medo de que este atendimento surtisse efeito de " Anti-Marketing " para o seu consultório, afastando sua clientela por medo de contágio

() Não sei

() Outros. Qua(is)? _____

8) Se você **atendeu** à criança, o fez porquê teve receio de que o responsável legal da criança pudesse denunciar-lhe na justiça alegando preconceito

SIM NÃO

9) Anote as opções que refletem seu estado psicológico ao atender uma criança com Aids. (pode anotar mais de uma alternativa)

Medo de perder clientes

Me senti psicologicamente normal

Medo de contrair a doença

Forte sentimento de piedade do paciente

Insegurança técnica em relação às peculiaridades do caso (desconhecimento dos sinais e sintomas em crianças, desconhecimento da interação de medicamentos convencionais com a medicação anti-retroviral, etc...)

Outros : Quais? _____

10) As manifestações bucais da Aids no que diz respeito à prevalência são as mesmas que em adultos?

SIM NÃO NÃO SEI

11) Para o diagnóstico definitivo de Aids basta o resultado positivo de um teste ELISA

CERTO ERRADO NÃO SEI

12) Quando o Cirurgião-Dentista deixa de fazer um diagnóstico precoce ele está sujeito a ação de indenização, por comprometer o prognóstico e aumento da sobrevida do paciente

CERTO ERRADO NÃO SEI

13) Se o cirurgião-dentista detectar negligência por parte dos responsáveis da criança em relação aos cuidados bucais e/ou gerais da mesma ele não deve denunciar o fato pois isso significa quebra de sigilo

CERTO ERRADO NÃO SEI

14) De acordo com o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) são considerados, respectivamente criança e adolescente os indivíduos de 0 a 15 e 15 a 21 anos

CERTO ERRADO NÃO SEI

15) O aleitamento materno é preconizado para crianças nascidas de mães H.I.V. soropositivas

CERTO ERRADO NÃO SEI

16) Em seu local de trabalho há duas pias que sirvam, uma para a lavagem das mãos e outra para a lavagem do instrumental?

SIM NÃO

17) Em seu local de trabalho há toalhas descartáveis para a secagem das mãos e dos instrumentos?

SIM NÃO

18) Em seu local de trabalho o lixo é acondicionado em sacos branco-leitosos identificados de forma clara com o símbolo que indique ser o mesmo infectante?

SIM NÃO

19) Adolescentes com condições de compreender as explicações do profissional de saúde acerca de seu problema podem ser atendidos desacompanhados de Responsável Legal:

CERTO ERRADO NÃO SEI

20) O Cirurgião –Dentista pode pedir teste anti HIV?

SIM NÃO NÃO SEI

21) Em qual das situações abaixo a quebra de sigilo **não** se justifica

No caso de doenças de Notificação Compulsória

Quando o paciente soropositivo demonstra não ser capaz de prevenir a transmissão para seu comunicante

Após a morte

22) No caso de acidente ocupacional, o profissional acidentado deve, além de notificar o fato, fazer o teste o mais rápido possível, ter seu soro armazenado por seis meses e realizar testes anti HIV em 6 semanas, 3 meses e 6 meses para casos em que se sabe que o paciente é portador do vírus

SIM NÃO NÃO SEI

23) No seu local de trabalho existe formulário acessível de notificação de acidente de trabalho?

SIM NÃO NÃO SEI

24) A Transmissão Perinatal do vírus da Aids refere-se à transmissão deste vírus que ocorre da mãe soropositiva para filho durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno.

CERTO ERRADO NÃO SEI

ANEXO 3

Carta (MODELO REMETIDO PARA REDE PRIVADA)

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA-UNICAMP

Curso de Mestrado em Odontologia Legal e Deontologia

Aluna: Luciane Miranda Guerra

Piracicaba – Junho de 2001

Caro (a) colega

Estou desenvolvendo uma pesquisa que fundamentará uma dissertação de mestrado cujo projeto intitula-se “ Responsabilidade Civil do Cirurgião-Dentista no atendimento à criança HIV soropositiva”.

Para tanto, necessito que você responda o questionário que segue anexo.

Não há preocupação em medir o grau de conhecimento científico do entrevistado, tanto que as perguntas são de caráter objetivo, no mais das vezes representando situações do dia-a-dia do consultório.

Também não há necessidade de identificação no questionário e a privacidade e sigilo são garantidas pelas normas atuais da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)

É necessário que as perguntas sejam respondidas sem consulta, o que nos confere um “retrato” mais fiel da realidade. E que você as responda segundo sua atuação apenas na rede privada, ainda que você atue também na rede pública.

Para cumprir o protocolo legal de pesquisa, segue, também anexo(e separado do questionário para lhe garantir o sigilo) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que você deve preencher e assinar. Peço-lhe que, após preencher o referido termo e o questionário você os coloque no envelope, já selado e subscrito que está recebendo nesta e remeta-me-os pelo correio. (Não há ônus algum para você nem necessidade de identificação no remetente).

Sua colaboração servirá para o avanço da odontologia e da ciência.

Portanto conto com ela e desde já agradeço.

LUCIANE MIRANDA GUERRA

C.R.O.S.P. 44.471

(MODELO REMETIDO PARA REDE PÚBLICA)

Caro (a) colega

Estou desenvolvendo uma pesquisa que fundamentará uma dissertação de mestrado cujo projeto intitula-se “ Responsabilidade Civil do Cirurgião-Dentista no atendimento à criança HIV soropositiva”.

Para tanto, necessito que você responda o questionário que segue anexo.

Não há preocupação em medir o grau de conhecimento científico do entrevistado, tanto que as perguntas são de caráter objetivo, no mais das vezes representando situações do dia-a-dia do consultório.

Também não há necessidade de identificação no questionário e a privacidade e sigilo são garantidas pelas normas atuais da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)

É necessário que as perguntas sejam respondidas sem consulta, o que nos confere um “retrato” mais fiel da realidade. E que você as responda segundo sua atuação apenas na rede pública, ainda que você atue também na rede pública.

Para cumprir o protocolo legal de pesquisa, segue, também anexo(e separado do questionário para lhe garantir o sigilo) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que você deve preencher e assinar. Peço-lhe que, após preencher o referido termo e o questionário você os coloque no envelope, já selado e subscrito que está recebendo nesta e remeta-me-os pelo correio. (Não há ônus algum para você nem necessidade de identificação no remetente).

Sua colaboração servirá para o avanço da odontologia e da ciência.

Portanto conto com ela e desde já agradeço.

ANEXO 4

“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”

O questionário que se segue faz parte de um Projeto de Pesquisa intitulado “Responsabilidade Civil do Cirurgião-Dentista no atendimento à criança H.I.V. soropositiva”.

As respostas não oferecem qualquer risco ao entrevistado pois trata-se de aplicação de questionário para pesquisa acadêmica, estando o mesmo submetido às normas vigentes sobre ética em pesquisa as quais resguardam absolutamente a privacidade do entrevistado bem como o sigilo de suas respostas.

Não há qualquer ônus para o entrevistado

A sua participação é voluntária

Em caso de dúvidas sobre seus direitos ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp no endereço: -Av. Limeira nº901, Piracicaba-S.P.

Legalmente, é necessário que você expresse seu consentimento por escrito no presente termo, como se segue:

Eu, _____, Cirurgião-Dentista, regularmente inscrito no CRO-SP, certifico que, tendo lido o acima exposto, e suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa respondendo o questionário, e estou ciente de que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico.

Por ser verdade, firmo o presente

_____, _____ / _____ / _____
(local) (data)

(nome por extenso)

(assinatura)

ANEXO 5

Critério de Definição de Caso de AIDS em crianças com menos de 13 anos de idade

Evidência laboratorial de infecção por HIV:

-Se menores de 24 meses e expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas ao apresentarem resultado positivo em duas amostras testadas para detecção de RNA ou DNA viral segundo fluxograma proposto pela Coordenação de DST/AIDS ou cultura de vírus positiva.

-Se maiores de 24 meses ou se menores de 24 meses cuja exposição não tenha sido pela via vertical, será confirmado o diagnóstico de infecção quando uma amostra de sangue for repetidamente reativa em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou quando se tiver um teste repetidamente positivo para pesquisa de antígeno anti-HIV ou, ainda, se se tiver positividade em teste de cultura ou PCR (Polimerase chain reation)

ANEXO 6

Critério de Definição de Caso de AIDS em crianças com menos de 13 anos de idade

Sinais maiores:

- Candidíase oral resistente ao tratamento habitual
- Aumento crônico da parótida
- Doença diarréica crônica ou recorrente (por mais de um mês ou dois episódios de doença diarréica em um período de 30 dias)
- Herpes Zoster
- Tuberculose que inclui
 - Forma pulmonar diagnosticada bacteriologicamente por baciloscopia ou cultura ou diagnosticada presuntivamente através de história epidemiológica de contágio mais suspeita radiológica e/ou histológica, com prova terapêutica positiva definida como melhora clínica e radiológica após um mês de esquema tuberculostático, com uso prévio de antibioticoterapia sem sucesso
 - Forma extra-pulmonar ou disseminada (sem padrão radiológico pulmonar miliar) diagnosticada bacteriologicamente por cultura ou presuntivamente por suspeita radiológica e/ou histológica e/ou clínica mais história epidemiológica de contágio
 - Forma disseminada hematogênica diagnosticada através de padrão radiológico pulmonar miliar

Sinais menores:

- Otite/Sinusite crônica ou de repetição (duração superior a dois meses ou pelo menos três episódios em um ano)
- Hepatomegalia e/ou hepatoesplenomegalia
- Miocardiopatia (doença miocárdica definida por alterações no ecocardiograma, e que frequentemente se apresenta com sinais de insuficiência cardíaca congestiva, afastadas outras etiologias não infecciosas).
- Dermatite crônica (lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica; lesões pápulo-vesiculosas disseminadas sem etiologia definida, micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual.
- Linfadenopatia de 0,5 cm ou mais em mais de dois sítios
- Febre de 38 ° C ou mais por um mês ou mais ou recorrente
- Perda de peso correspondente a mais de 10% do peso anterior ou alteração na curva do crescimento de 2 percentis
- Anemia (taxa de hemoglobina menor que 80g/L)e/ou linfopenia(contagem de linfócitos menor que 1000/mm³ e /ou trombocitopenia (menos de 100.000 células por mm³

ANEXO 7

Critério de Definição de Caso de AIDS em crianças com menos de 13 anos de idade

Doenças indicativas de AIDS:

- 1) As diagnosticadas tanto por métodos diagnósticos definitivos(Anexo), quanto por métodos diagnósticos presuntivos (Anexo)
- 2) As diagnosticadas exclusivamente pelo método definitivo

Doenças diagnosticadas tanto pelo método definitivo quanto pelo método presuntivo:

- Infecções bacterianas múltiplas ou de repetição: meningite bacteriana, sepse, pneumonia, abscessos de órgãos internos, infecções ósteo-articulares.
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*
- Toxoplasmose cerebral
- Retinite por citomegalovírus
- Herpes simples muco-cutâneo com duração superior a um mês
- Gengivo-estomatite herpética recorrente
- Candidíase do esôfago
- Pneumonia linfóide intersticial
- Encefalopatia determinada pelo HIV
- Síndrome de emaciação (“ AIDS Wasting Syndrome”)

Doenças diagnosticadas exclusivamente pelo método definitivo

- Isosporíase com diarreia persistente por mais de um mês
- Criptosporidíase com diarreia persistente por mais de um mês
- Citomegalovirose em local que não o olho, e além do fígado, baço ou linfonodos
- Herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastrointestinal, excluindo a gengivo- estomatite herpética
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Candidíase da traquéia, brônquios e pulmão
- Criptococose extra-pulmonar
- Histoplasmose disseminada (em outro local que não ou além do pulmão ou linfonodos cervicais ou hiliares)
- Septicemia recorrente por *Salmonella* (não tifóide)
- Qualquer micobacteriose disseminada que não tuberculose (em outro local que não ou além do pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hiliares)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma primário do cérebro
- Outro Linfoma não-Hodgkin de células B ou fenótipo imunológico desconhecido e dos seguintes tipos histológicos:
 - a) Linfoma maligno de células pequenas não clivadasLinfoma maligno imunoblástico