



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

ROBERT SILVA DE MATOS

ATITUDE DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE AO ATENDIMENTO
DE PACIENTES HIV POSITIVOS EM SALVADOR

Salvador
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROBERT SILVA DE MATOS

ATITUDE DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE AO ATENDIMENTO
DE PACIENTES HIV POSITIVOS EM SALVADOR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração: Clínica Odontológica.

Orientador: Profa. Dra. Maria Isabel Vianna

Salvador
2006

M433 Matos, Robert Silva de

Atitude do cirurgião dentista frente ao atendimento de pacientes HIV positivos em Salvador / Robert Silva de Matos. – Salvador, 2006.

63f.: + anexos

Orientadora : Professora Dra. Maria Isabel Vianna.

Dissertação (mestrado em Odontologia) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia, 2006.

1. AIDS – Cirurgião dentista. 2. HIV – Cirurgião dentista. 3. Atitude do Cirurgião dentista. 4. Acidente ocupacional – Odontologia. I. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia. II. Vianna, Maria Isabel. (Orientadora). III. Título.

CDU 616.314:616.98



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

Dissertação apresentada pelo candidato Robert Silva de Matos ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Clínica Odontológica, aprovado pela comissão examinadora abaixo assinada, em 15 de julho de 2006.

Profa. Dra. Maria Isabel Vianna
(orientadora) FO/UFBA

Profa. Dra. Maria Cristina Cangussú
FO/UFBA

Prof. Dr. Ângelo Roncalli
FO/UFRN

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus. Não ao Deus que consta em quase todas as dissertações ou convites de formatura. Um Deus de praxes, construído ao longo do processo histórico como mera rotina presente nos agradecimentos.

Dedico e agradeço ao meu Deus, presente e amigo, que me capacitou de força e sabedoria para suportar e superar tantos momentos difíceis que transcorreram durante a estruturação deste trabalho.

E a Gilva, minha doce e amada companheira, pela paciência, apoio, carinho e tolerância por tantas ausências nos sábados, domingos, feriados, noites...

Sem dúvidas, a família é um ponto de equilíbrio neste contexto, portanto agradeço a DEUS pela presença de Gilva e dos meus filhos Pablo, Ravi e Luquinhas: alegrias e bênçãos na minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Profa. Dra. Maria Isabel Vianna, minha orientadora, pela presteza, simplicidade, dedicação, competência e cumplicidade que sempre pautaram nosso relacionamento.

À Profa. Dra. Maria Cristina Cangussú pela disponibilidade e apoio ao longo desta trajetória.

Aos meus pais e irmãos que contribuíram de forma decisiva para minha formação moral, emocional e acadêmica.

À Prof. Mariângela Matos pelo constante apoio, estímulo e companheirismo profissional que sempre estiveram presentes em nossa caminhada.

À Prof. Dra. Luciana Ramalho pelo apoio a este trabalho.

Aos Profs. Marcel Arriaga, José Luis Cartaxo e Ricardo Silva pelo estímulo e amizade.

Ao Prof. Armando Prado: os abraços de gratidão não lhe faltarão.

Aos colegas do Mestrado pela solidariedade.

Aos colegas Cirurgiões Dentistas que participaram da pesquisa, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Aos colegas Rui Pereira Silva, Aída Angélica Viana e Manuela Vidal Pinto pela valorosa ajuda na condução deste trabalho.

Ao Pastor Aser Fernandes e a Videira pelo apoio e preciosas orações dispensados a mim e a minha família.

Aos professores do Mestrado pelo compartilhamento de seus saberes, indispensáveis em minha formação acadêmica.

“Não sabes, não ouviste que o eterno Deus, o Senhor, o criador dos fins da terra, nem se cansa, nem se fatiga? Não há esquadrinhação do seu entendimento. Dá esforço ao cansado, e multiplica as forças ao que não tem nenhum vigor. Os jovens se cansarão e se fatigarão, e os mancebos certamente cairão. Mas os que esperam no Senhor, renovarão as suas forças, subirão com asas como águias; correrão, e não se cansarão; caminharão, e não se fatigarão”.

Isaias 40:28-30

“Um paciente culto me disse certa vez que era capaz de enfrentar um cachorro bravo, mas morria de medo das borboletas. Quais são os riscos reais que uma borboleta produz?”

Nenhum, a não ser encantar os olhos com sua beleza. O conflito deste paciente não são os perigos reais exteriores, mas os perigos imaginários. Seu drama não é gerado pela borboleta física, mas pela borboleta psicológica registrada de maneira distorcida nos solos de sua memória.”

Augusto Cury (Nunca desista de seus sonhos)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a atitude dos Cirurgiões Dentistas do município de Salvador-Ba, 2005 frente ao atendimento de pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); bem como o conhecimento destes profissionais acerca da probabilidade de contaminação e os cuidados primários após acidente com instrumento perfuro-cortante. Tratou-se de um estudo de corte transversal envolvendo uma amostra probabilística de 230 profissionais selecionados a partir de listagem fornecida pelo Conselho Regional de Odontologia - CRO-BA. Utilizou-se na coleta de dados questionário auto-aplicável, após realização de estudo piloto e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia. Realizou-se a análise descritiva das variáveis e exploratoriamente estimou-se a frequência das respostas dos profissionais de acordo com as covariáveis de interesse, avaliando-se as diferenças entre as categorias através do teste do Qui-quadrado e significância estatística ao nível de 5%. Constatou-se que 41,2% dos profissionais não atenderiam pacientes contaminados pelo vírus HIV para a execução de procedimentos cruentos. O principal motivo para esta atitude foi o medo de contaminação (59,13%). Com relação ao conhecimento sobre a probabilidade de infecção, após acidente com instrumento perfuro-cortante contendo sangue contaminado com HIV, verificou-se que apenas 8,8% responderam corretamente à questão. No tocante aos cuidados primários a serem adotados numa situação de acidente ocupacional envolvendo instrumento perfuro-cortante contaminado com HIV, percebeu-se que apenas 8% revelaram conhecimento sobre tal conduta. Os resultados sugeriram que a atitude negativa do profissional com relação ao atendimento do paciente HIV positivo para realização de procedimentos cruentos não está associada com as variáveis sexo, situação conjugal, tempo de formado, titulação e renda. Observou-se significância estatística apenas na associação com a variável vínculo ocupacional, constatando-se que os Cirurgiões Dentistas que exercem suas atividades na clínica particular apresentam um menor grau de resistência ao atendimento. Os resultados do presente estudo sugerem que a conduta adotada pelo Cirurgião Dentista frente à decisão de atender o paciente HIV positivo independe das características sócio-demográficas e ocupacionais, exceto do vínculo ocupacional.

Palavras-chave: atitude, AIDS, HIV, Cirurgião Dentista, acidente ocupacional.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the attitude of Dentists in the city of Salvador, BA, in the face of the treatment of patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV), as well their knowledge of the probability of contamination and primary care subsequent to an accident with a cutting instrument. It deals about a cross-sectional study involving a probability sampling of 230 professionals chosen from a list provided by the Regional Odontology Council (CRO-BA). A self-questionnaire was used in order to collect data, following a pilot-study and research approval from the Ethics in Research Committee of the Climério de Oliveira Maternity Hospital of the Federal University of Bahia. A descriptive analysis of the variables was carried out, and the frequency of the answers by the professionals was exploratorily estimated according to the co variables of interest, assessing the differences between the categories through the chi square test and statistic significance test at level 5%. It was observed that 41.2% of the professionals who perform procedures that cause bleeding in their clinical practice would not attend HIV-positive patients in those procedures. The main reason for this attitude was the fear of contamination (59.13%). As for the knowledge about the odds of infection subsequent to accidents with cutting instruments which contain HIV-contaminated blood, it was observed that only 8.8% answered the question correctly. As to the primary care to be adopted in an occupational accident situation involving HIV-contaminated cutting instruments, it was observed that only 8% answered correctly. The results suggest the professional's negative attitude towards attending HIV-positive patients in the performance of procedures that cause bleeding is not associated to gender, marital status, years of experience, titles and income. Statistic significance was noticed in the association with the occupational bond variable, evidencing that dentists who perform their practice in private clinics show a lower degree of reluctance to attend HIV-positive patients. The results of the present study suggest that the conduct adopted by the Dentist in view of the decision to attend an HIV-positive patient does not depend upon sociodemographical and occupational characteristics, except for occupational bond.

Key-words: attitude, AIDS, HIV, Dentists, occupational accident.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sócio-demográfico e profissional dos Cirurgiões Dentistas da Região Metropolitana de Salvador-Ba, 2005 (n = 226).....	39
Tabela 2 – Atitude do Cirurgião Dentista frente ao atendimento do paciente HIV Positivo da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005 (n = 226).....	40
Tabela 3 - Motivos pelos quais os Cirurgiões Dentistas da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005 não atenderiam pacientes HIV positivos (n = 93).....	41
Tabela 4 - Atitude do Cirurgião Dentista frente ao paciente portador do vírus HIV considerando o perfil sócio-demográfico e profissional dos profissionais da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005 (n=216).....	43
Tabela 5 – Atitude do Cirurgião Dentista considerando a variável conhecimento sobre probabilidade de contaminação com instrumento perfurocortante e a predisposição para o atendimento a pacientes HIV positivo da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005 (n = 216).....	44
Tabela 6 - Atitude do Cirurgião Dentista considerando a variável conduta após acidente perfurocortante com material biológico infectado e a predisposição para o atendimento a pacientes HIV positivos da Região Metropolitana de Salvador-BA, 2005 (n = 216).....	45

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Estudos sobre exposição acidental a sangue infectado com o vírus HIV em profissionais da área de saúde, e contaminação pelo vírus HIV.....	13
Quadro 2 - Estudos sobre recusa do Cirurgião Dentista em atender pacientes contaminados pelo vírus HIV.....	22
Fluxograma 1 - Profilaxia anti-retroviral após exposição ocupacional.....	17

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
LISTA DE TABELAS	iii
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	iv
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	04
2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS	05
2.1.1 Perfil epidemiológico da AIDS no Brasil.....	06
2.2 ACIDENTE OCUPACIONAL ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	09
2.3 O PROFISSIONAL DE SAÚDE EM TEMPOS DE AIDS.....	11
2.4 NORMAS DE BIOSSEGURANÇA NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....	14
2.5 CUIDADOS APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A FLUIDOS BIOLÓGICOS INFECTADOS PELO HIV.....	16
2.5.1 Cuidados locais.....	18
2.5.2 Terapia antiretroviral.....	18
2.6 RECUSA DE ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HIV	19
2.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO ATENDIMENTO AO PORTADOR DO HIV/AIDS.....	21
2.8 A CONSTRUÇÃO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS	25
2.9 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO DENTISTA EM TEMPOS DE AIDS	28
3 PROPOSIÇÃO	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	32
4.2 POPULAÇÃO	32
4.3 AMOSTRA.....	33
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.5 COLETA DE DADOS.....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONCLUSÕES	55
8 RECOMENDAÇÕES	56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
ANEXO B – QUESTIONÁRIO.....	65
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	66

1 INTRODUÇÃO

Após mais de duas décadas de sua identificação, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continua seguindo seu curso, fazendo vítimas em todos os continentes. A pandemia de HIV/AIDS não tem demonstrado sinais de redução, em números globais, nas suas estatísticas (UNAIDS, 2004). Estimativas divulgadas em novembro de 2005 pelo Programa de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) apontavam para um número total de 40,3 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana no mundo (UNAIDS, 2005). No Brasil, do início dos anos 80 até junho 2005, foram registrados pelo Ministério da Saúde 371.827 casos de AIDS (BRASIL, 2005).

Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens, particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV disseminou-se rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando mulheres, homens com prática heterossexual e crianças. Localizada primeiramente nos grandes centros urbanos entre indivíduos de classe média/alta, alastrou-se para o interior, assumindo também características de pauperização e feminilização (SANTOS, 2002; BRASIL, 2005).

A transmissão da infecção pelo HIV ocorre por meio das relações sexuais, contaminação vertical e inoculação de sangue e derivados (BRASIL, 2000; RACHID, 2003). Desde 1984, quando se descobriu a possibilidade de contaminação através de exposição ocupacional entre os profissionais de saúde, vários estudos foram realizados com o objetivo de determinar a

probabilidade de contaminação e os meios de proteção adequados para esta forma de transmissão (CDC, 1995; JITORMISK, 1995; SASSI, 2004). Até junho de 2001 foram documentados entre profissionais de saúde 99 casos de contaminação ocupacional por HIV e 180 casos suspeitos no mundo (CDC, 2001).

O advento da AIDS produziu profundas mudanças no ambiente de trabalho e no comportamento dos profissionais de saúde visando impedir a disseminação do vírus e garantir proteção aos pacientes e às equipes de saúde (DISCACCIATI e PORDEUS, 1997). A Odontologia passou a utilizar sistematicamente barreiras de bioproteção (máscara, luvas, gorro, filme de pvc, etc.), a dar ênfase aos materiais descartáveis, a aperfeiçoar métodos de desinfecção dos equipamentos periféricos, além de adotar maior rigor na esterilização (RAMOS, 1997).

Apesar da adoção de tais medidas, a possibilidade de contaminação em acidente ocupacional, associada à imagem de pacientes com quadro clínico em estado terminal e ao estigma de doença incurável, contribuíram para disseminar a insegurança entre os profissionais de saúde, levando grande parte deles a adotar atitude discriminatória, recusando atendimento aos indivíduos estigmatizados por pertencerem aos chamados “grupos de risco” e aos pacientes sabidamente contaminados com o HIV (GERBERT, 1987; DISCACCIATI e VILAÇA, 2001).

Avaliando a atitudes de 541 CDs da Califórnia, GERBERT (1987) constatou que 63% deles evidenciaram a indisponibilidade para atender pacientes com AIDS. TERBLANCHE e MERWE (1998) avaliaram 700 Cirurgiões Dentistas na África do Sul, selecionados aleatoriamente constatou que 50% recusariam atendimento ao paciente contaminado. SENNA (2005) entrevistou 345 Cirurgiões Dentistas trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e foi verificado que 45% apresentaram baixa disposição para atender pacientes portadores do vírus HIV.

Desta forma o objetivo deste estudo foi avaliar a atitude do Cirurgião Dentista no município de Salvador - Ba diante da possibilidade de atendimento a indivíduos portadores do vírus HIV, bem como seu conhecimento sobre a probabilidade de contaminação após acidente com instrumento perfurocortante e sobre a conduta a ser adotada após o acidente em 2005.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana foi descrita inicialmente em 1981, nas cidades de Nova York e São Francisco nos Estados Unidos da América, após o diagnóstico de casos de pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e da identificação de 41 casos de um tipo incomum de tumor, o Sarcoma de Kaposi, verificado entre homossexuais do sexo masculino. Definida como um conjunto de enfermidades que surgem como resultado da infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), desde que não haja outra causa além da presença do HIV, transformou-se em um dos maiores problemas mundiais de saúde pública (HARDY JR, 1996; SANTOS, 2002).

O HIV foi isolado em 1983 e verificou-se sua incapacidade de reproduzir de forma independente, necessitando parasitar células do sistema imunológico humano, predominantemente, células CD4 e macrófagos, para sua replicação (BRASIL, 2000). A contaminação do organismo humano ocorre por meio de relações sexuais, inoculação de sangue e seus derivados e pela via materno-infantil. A transmissão por meio de relações sexuais é bidirecional, tanto entre homossexuais como heterossexuais, aumentando o risco de contaminação com a presença de úlceras genitais, infecções sexualmente transmissíveis, estado avançado de imunodeficiência do transmissor, ausência de circuncisão, prática de intercurso anal e relações sexuais durante período menstrual (RACHID, 2003). Do ponto de

vista biológico, a transmissão do HIV do homem para a mulher é de duas a quatro vezes mais eficiente. Isto se explica pelas características anatômicas dos órgãos genitais femininos, tendo maior superfície de mucosa exposta, aumentando a possibilidade de lesões além de funcionar como receptáculo do conteúdo seminal que possui maior concentração do HIV do que a secreção de lubrificação vaginal (RACHID, 2003).

A transmissão por via sangüínea, atribuída principalmente à transfusão de sangue e de hemoderivados, representava uma forma importante de contaminação, apresentando regressão substancial no Brasil, a partir de 1985, quando o Ministério da Saúde passou a exigir exames sorológicos para doadores de sangue e incrementou a fiscalização nos bancos de sangue. A transmissão sangüínea, através do compartilhamento de seringas contaminadas entre usuários de drogas injetáveis, passa a assumir papel de destaque em muitas regiões do Brasil e do mundo, constituindo um problema de difícil controle, principalmente na Europa, EUA e alguns países da América Latina. A transmissão de mãe para filho pode ocorrer no momento do parto, durante a gestação e no aleitamento materno e tornou-se motivo de grande preocupação no início da década de 1990 devido ao grande número de mulheres contaminadas (BRASIL, 2000; BARBOSA, 2001; SANTOS, 2002; RACHID, 2003).

2.1 Perfil epidemiológico da AIDS

Vinculada inicialmente a homens brancos que faziam sexo com outros homens, oriundos das classes média e alta, principalmente nos países industrializados, a epidemia se difundiu e transformou-se rapidamente em uma pandemia. Dados do AIDS EPIDEMIC UPDATE REPORT 2005, divulgados em novembro pelo Programa de AIDS das Nações Unidas, apontam para um número total de 40,3 milhões (36,7 - 45,3 milhões) de pessoas vivendo com

o Vírus da Imunodeficiência Humana, constituindo-se em uma das epidemias mais destrutivas da história da humanidade, com mais de 25 milhões de vítimas fatais desde o seu início (UNAIDS, 2005). São 17,5 milhões de mulheres e 2,3 milhões de crianças abaixo de 15 anos contaminadas. Somente em 2005, ocorreram 3,1 milhões de óbitos, sendo 2,6 milhões adultos e 570 000 crianças. A incidência apontou para o surgimento de 4,9 milhões de novos casos, com o acometimento de 4,2 milhões de adultos e 700 000 crianças abaixo de 15 anos (UNAIDS, 2005).

O número de pessoas que vivem com o HIV aumentou em todas as Regiões do mundo em relação a 2003, exceto no Caribe onde a prevalência não apresentou alterações. Na África sub-Saariana estão localizadas dois terços de todas as notificações de infecção por HIV no mundo: são 25,8 milhões de pessoas, correspondendo a uma prevalência de 7,4%. Nesta Região estão 77% de todas as mulheres que vivem com HIV e 2,4 milhões de óbitos foram registrados em 2005. A epidemia cresceu significativamente na Europa Oriental, Ásia Central e leste Asiático numa proporção de 25% em relação a 2003, e o número de óbitos dobrou. A América Latina apresentou 1,8 milhões de portadores do HIV, respondendo o Brasil por um terço dos casos, porém as maiores prevalências estavam localizadas na Guatemala e Honduras (UNAIDS, 2005).

2.1.1 Perfil epidemiológico da AIDS no Brasil

Do início dos anos 80 até junho 2005, foram registrados pelo Ministério da Saúde 371.827 casos de AIDS, destes, 251.979 no sexo masculino, e 118.520 no sexo feminino. Entretanto, estima-se que existam mais 600 mil pessoas infectadas. O número de óbitos manteve-se estável em 6,4 por 100 mil habitantes desde 1999, caindo para 6,1 em 2004 (BRASIL, 2005).

A Região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo) respondeu por 63,14% dos casos notificados, seguido da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) com prevalência de 18,03% em 2005. As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram as menores prevalências com 10,44%, 5,67% e 2,72% respectivamente. No entanto, as regiões Sul e Sudeste apresentaram queda em suas incidências de 1,3% e 15,6%, enquanto a Região Norte apresentou situação inversa, com crescimento de 94,7% entre 1998 a 2004. No Centro Oeste e Nordeste verificou-se no mesmo período, aumento de 48,8% e 38,1%, mostrando uma tendência de crescimento da epidemia nas regiões mais pobres do País (BRASIL, 2005).

São Paulo é o estado mais afetado com 42,27% de todos os casos registrados no País (BRASIL, 2005). Na Bahia, existem 9.242 casos registrados, localizados principalmente em Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista, porém 73% dos municípios baianos já apresentam, pelo menos, um caso de AIDS, evidenciando uma perspectiva nacional de interiorização da epidemia. Com tendência de crescimento na taxa de incidência desde 2001, quando foram registrados 553 casos, a Bahia fechou o ano de 2004 com 1.169 notificações e, até outubro de 2005, foram registrados 856 casos (BAHIA, 2005).

Vale ressaltar que o número de casos notificados refere-se aos indivíduos que desenvolveram AIDS e não aos indivíduos contaminados pelo HIV. O Brasil tem usado os resultados dos estudos sentinela e a soro prevalência em populações específicas para estimar a prevalência de portadores do vírus, calculado em torno de 0,6% da população brasileira (BRASIL, 2004).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram diagnosticados no início dos anos 80, mantendo-se restritos até a metade da década, ao eixo Rio - São Paulo, envolvendo predominantemente a homo/bissexuais masculinos. Progressivamente observou-se a redução da ocorrência nesse grupo de exposição, de forma que, em 1984, a sua participação

correspondia a 71% das notificações e em 2004 os registros foram reduzidos para 25,2%. De forma inversa o grupo de heterossexuais que pouco se mencionava no início da epidemia, participava com 18% das ocorrências em 1993, e em 2004, com 42,1%. O crescente aumento de casos entre heterossexuais fez-se acompanhar de uma expressiva elevação da participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatado pela progressiva redução da proporção por sexo, passando de 24 homens para uma mulher em 1985, para 1,5 homens para uma mulher em 2004 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004). Essas mudanças ganharam maior visibilidade, a partir da segunda metade da década de 1980, quando a epidemia passou por importantes transformações no seu perfil, assumindo características de juvenilização, pauperização, interiorização e feminilização, (BRASIL, 2000; MELO e VILLELA, 1999, apud BARBOSA, 2001).

Mesmo com as evidências acumuladas de que a transmissão do HIV poderia ser heterossexual, o meio científico resistiu em admitir, até o final da década de 1980, que as mulheres estavam sendo rapidamente infectadas pelo HIV. Quando o aumento da ocorrência de AIDS em mulheres se tornou mais evidente, buscou-se estabelecer associações com “comportamentos de risco”, como aqueles adotados por prostitutas e usuárias de drogas injetáveis, ou ainda origem geográfico-social - mulheres do Terceiro Mundo. Paradoxalmente, no período seguinte, foram as mulheres com um único parceiro e em idade reprodutiva que passaram a representar uma 'ameaça' para as futuras crianças que poderiam nascer infectadas (BARBOSA, 2001). Uma das conseqüências diretas do aumento da participação feminina na epidemia foi o aumento da transmissão vertical. Até junho de 2005, 9.965 casos de contaminação de crianças abaixo de 13 anos foram notificados, sendo que, a transmissão vertical responde por mais de 80% dessas contaminações. Observa-se aumento nesta incidência até 1999, a partir de 2000 verifica-se uma tendência de queda chegando a 390 casos em 2004 (BRASIL, 2005). Tal tendência de redução na incidência de transmissão de

mãe para filho é atribuída à terapia antiretroviral na gestação, durante o parto e no período neonatal implantado pelo governo brasileiro a partir de 1996 (RACHID, 2003; BRASIL, 2005).

A prevalência entre mulheres grávidas está estável, abaixo de 1% durante os últimos cinco anos, entretanto, foram encontrados níveis consideravelmente mais elevados em algumas áreas, a exemplo do Rio Grande do Sul, chegando a índices de 3 a 6%, a maioria com renda muito baixa e precário nível de escolaridade (UNAIDS, 2004). Outro dado preocupante, mencionado neste relatório, refere-se às estatísticas de iniciação sexual dos adolescentes e jovens brasileiros, na faixa etária de 15 a 24 anos. Neste grupo, 36% dos entrevistados relataram ter realizado a iniciação sexual antes dos 15 anos e 20% afirmaram ter mantido relações com mais de 10 parceiros até o atual estágio.

2.2 Acidente ocupacional envolvendo profissionais de saúde

Os agentes físicos, químicos, mecânicos e biológicos presentes no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, representam riscos de agravo à sua integridade física e emocional e podem ser variados, cumulativos e agravados por problemas emocionais e financeiros (BRASIL, 2006). Segundo CAVALCANTE, (2003), os serviços de saúde possuem muitas áreas de insalubridade, com graduação variável que depende de sua hierarquização e complexidade (ex.: hospital ou posto de saúde), tipo de atendimento prestado (ex.: atendimento exclusivo a pacientes com moléstias infectocontagiosas) e do local (laboratório, consultório, radiologia, etc.). Os profissionais de saúde, pelas peculiaridades inerentes a sua atividade, estão em constante exposição a fluidos corporais e agentes infecciosos, o que proporciona a possibilidade de infecção cruzada entre estes e seus pacientes, através dos acidentes de trabalho. Estes definidos por MONTEIRO (1998), como o *incidente que ocorre*

pelo exercício do trabalho provocando lesão corporal ou perturbação que cause a morte ou a perda ou a redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalho. Trata-se, então, de um evento único, imprevisto, bem configurado no tempo e no espaço e de conseqüências, geralmente, imediatas. Os acidentes de trabalho mais comumente notificados entre trabalhadores de saúde são aqueles envolvendo sangue e fluídos orgânicos, sendo os perfurocortantes os mais freqüentes, conforme dados do Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos, apontando valores acima de 85% (SÃO PAULO, 2004). Com exceção de IPPOLITO (1999), que encontrou 77%, diversos estudos têm obtido resultados semelhantes como podem ser observados no Quadro 1.

O acidente com material biológico, normalmente, não apresenta conseqüências imediatas que limitem a capacidade produtiva do trabalhador de saúde, porém, pode trazer repercussões psicossociais, provocar mudança nas relações sociais, familiares e no trabalho, podendo ainda trazer como conseqüência a própria infecção. Torna-se, portanto, necessária a notificação do acidente com material biológico com a abertura da comunicação de acidente do trabalho CAVALCANTE, (2003) e adoção de demais medidas que serão abordadas na seqüência deste trabalho.

Os profissionais mais acometidos por acidente biológico, no estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2004) são os auxiliares de enfermagem, com 51% dos casos, sendo obtido resultados semelhantes por MACHADO (1992) com 52,8%. Nos estudos conduzidos por CAIXETA (2005) em seis hospitais públicos de Brasília, os Cirurgiões – Dentistas foram os mais acidentados, o que pode ser explicado, segundo o autor, pela necessidade da realização de procedimento anestésico mais de uma vez durante a mesma consulta, levando ao reencape de agulhas.

2.3 O profissional de saúde em tempos de AIDS

Muitos relatos de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B (HVB) e vírus da hepatite C (HVC) envolvendo profissionais da área de saúde já foram descritos na literatura. Neste sentido, a atenção dos trabalhadores de saúde para o risco de contaminação com o HIV, se deu a partir do primeiro caso comprovado de contaminação por HIV ocorrido em 1984, em um hospital da Inglaterra, onde uma enfermeira, após exposição percutânea com agulha contendo sangue contaminado, contraiu o vírus da AIDS (TEIXEIRA E VALLE, 1996).

Até junho de 2001 foram documentados entre profissionais de saúde 99 casos de contaminação ocupacional por HIV e 180 casos suspeitos no mundo (CDC, 2001). Nos EUA, até este período, dos 57 registros documentados e dos 137 suspeitos não foi encontrado nenhum caso comprovado de contaminação ocupacional entre Cirurgiões Dentistas ou membros de sua equipe (CDC, 2001).

No Brasil, estado de São Paulo, em estudo conduzido por ALVES (2001) foi notificado à Secretaria de Vigilância Epidemiológica, até setembro de 2000, 1297 casos de profissionais da área de saúde infectados com o vírus HIV. Os Auxiliares de Enfermagem apresentaram o maior número de ocorrência com 739 casos, os Médicos com 240, os Cirurgiões Dentistas com 132, Atendente de Enfermagem com 112 e Enfermeiros 74 casos. Nenhum dos 132 dentistas faz referência à contaminação ocupacional.

Desconhece-se a incidência real da infecção pelo HIV adquirida no exercício da profissão e é provável que seja superior ao total de casos notificados, mesmo em países industrializados. Em todo o mundo, a incidência deve ser muito superior, uma vez que a notificação de exposições profissionais é escassa em áreas de prevalência elevada, onde os sistemas de

vigilância estão menos desenvolvidos (EVANS e ABITEBOUL, 1999). Outro fato relevante é que os estudos têm demonstrado que a sub-notificação dos acidentes com material biológico é extremamente elevada, chegando próximo de 50% (SASSI, 2004).

O relatório divulgado pelo Centro de Vigilância de Doenças Transmissíveis em profissionais de Estabelecimento de Saúde, Londres, Inglaterra, demonstra que todas as infecções (definitivas e possíveis) adquiridas no exercício da profissão, incluídas neste relatório provêm de países com sistemas de vigilância bem desenvolvidos, na maioria dos quais a prevalência do HIV é baixa. Apenas 5% (5/95) dos casos definitivos foram notificados em países africanos, e sete dos oito casos notificados em profissionais de saúde do Reino Unido com infecção pelo HIV, possivelmente adquirida no exercício da profissão, tinham trabalhado em países africanos com elevada prevalência de HIV. Não existem relatórios provenientes de países como a Índia e sudeste Asiático. Em muitos destes países, a prevalência de HIV é elevada, mas os sistemas de monitorização e de notificação da exposição profissional estão muito pouco desenvolvidos ou não existem (EVANS e ABITEBOUL, 1999). No Brasil o sistema de vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais com material biológico em profissionais de saúde, na maioria dos estados, requer a criação de programas de conscientização profissional e sistematização de dados. Merece destaque os trabalhos desenvolvidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo através do Sistema de Notificações de Acidentes Biológicos (SINABIO), e o sistema de vigilância de acidentes com material biológico em profissionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Quadro 1 - Estudos sobre exposição acidental a sangue infectado com o vírus HIV em profissionais da área de saúde e contaminação pelo vírus HIV		
Estudo (Local)	População	resultados
Machado et al., 1992 (Brasil)	36 profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Empregado teste imunoenzimático por ocasião do acidente, 1, 2, 6 e 12 meses após a exposição. Não houve nenhuma soroconversão.
Gooch, et. al., 1995 (EUA)	19 profissionais da equipe odontológica: 10 dentistas, 3 higienistas e 6 atendentes participantes do Programa Nacional de Vigilância do U.S. Centers for Disease Control and Prevention.	12 profissionais (63%) fizeram exames de controle ate 6 meses após a exposição. Não foi encontrado nenhum resultado positivo.
Ippolito, et. Al. 1999 (Itália)	19860 exposições profissionais de jan. de 1994 a jun. de 1998. 77% exposição percutânea 2125 exposições a HIV.	Taxa de transmissão de 0,14%.
Roberts, et. al., 1999 (EUA)	39 trabalhadores de um hospital Universitário de Nova York.	Não foi observado soroconversão nos exames de controle.
Cleveland, et. al, 2002 (EUA)	208 profissionais: 175 Dentistas e os demais, pessoal auxiliar e acadêmicos de odontologia. 199 injúrias percutâneas.	24 (13%) dos pacientes fonte eram HIV+ e 30 (16%) não foram identificados. Não houve nenhuma soroconversão.
Santos, et. al., 2002 (Brasil)	Relato do primeiro caso de contaminação ocupacional por HIV no Brasil.	Confirmado como transmissão ocupacional em 27/04/96 através de Borrão Ocidental, registrado no SINAN como risco não identificado por não conter no sistema, nesta época, este tipo de notificação.
São Paulo, 2004 (SINABIO)	Foram notificados 5391 acidentes entre 1999 a 2003, dos quais foi conhecida a sorologia do paciente fonte em 2732 casos, sendo 353 HIV positivos. 85,4% acidentes pérfuro-cortante.	Até o presente momento não foi relatado contaminação por HIV.
Caixeta, et. Al., 2005 (Brasil)	223 profissionais de saúde de seis hospitais públicos de Brasília. 86,5% acidente pérfuro-cortante.	Não houve relato de contaminação por HIV.

Entre as principais doenças de reconhecida transmissão ocupacional na prática odontológica destacam-se a Hepatite B, como a de maior risco de contaminação, variando de 6 a 30%, a Hepatite C com taxas de risco de 1,8% (variando de 0 a 7%); e a AIDS que, segundo estudos prospectivos, coordenados pelo *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* em 1987,

com 1097 trabalhadores de saúde, apresentou taxa de soroconversão de 0,3% de probabilidade de contaminação em acidente perfurocortante e 0,09% em acidente de contato com mucosa. Resultados similares foram divulgados em 1999, pelo Centro de Vigilância de Doenças Transmissíveis - Londres, Inglaterra, definido em estudos prospectivos envolvendo profissionais de estabelecimentos de saúde, estimando uma probabilidade de transmissão do HIV após exposição percutânea, de 0,32% (22 em 6955) e de 0,03% (1 em 2910) para acidente mucocutâneo. O Ministério da Saúde do Brasil, 2000; em seu Manual de Condutas “*Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de AIDS*” afirma que a possibilidade de transmissão em acidente perfuro-cortante é de 0,05 a 0,1%. Diversos estudos efetuados após 1999 (Quadro 1) não relataram casos de soroconversão (ROBERTS, 1999; CLEYVERLAND, 2002; SANTOS, 2002; CAIXETA, 2005).

2.4 Normas de biossegurança na clínica odontológica

Apesar do baixo risco de transmissão ocupacional do HIV, o advento da AIDS produziu profundas mudanças no ambiente de trabalho e no comportamento dos profissionais de saúde visando a impedir a disseminação do vírus e a garantir a proteção aos pacientes e às equipes de saúde (BRASIL, 2000).

Nos anos 80, a partir do delineamento da transmissão do HIV associado à administração de hemoderivados e a prática de reutilização de seringas entre usuários de drogas, acirrou a discussão entre os profissionais de saúde sobre a transmissão ocupacional. Em 1984, com a contaminação em acidente perfurocortante de uma enfermeira na Inglaterra e, em 1987, com mais três casos notificados ao CDC de contaminação por contato cutâneo-mucoso, este órgão passou a recomendar a adoção de “precauções universais” com sangue e outros fluidos corpóreos passíveis de transmitir o vírus (GRECO, 1993).

No Brasil, o Ministério da Saúde estima em quase um milhão o número de indivíduos contaminados pelo HIV. Com base neste dado, é possível inferir que os Cirurgiões-Dentistas estejam prestando assistência a portadores do vírus, sabendo ou não. Por esta razão, as medidas de precaução devem ser adotadas universalmente para todos os pacientes, independentemente de seu estado sorológico, para que todos os indivíduos sejam tratados em condições biologicamente seguras (BRASIL, 2000; GRECO, 1993; DISCACCIATE e VILAÇA, 2001; CAVALCANTE, 2003; SASSI, 2004).

Baseado nestas medidas de precaução o Ministério da Saúde recomenda para o controle da infecção na prática odontológica quatro princípios básicos:

1 – Os profissionais devem adotar medidas para proteger sua saúde e de sua equipe através das imunizações, lavagem das mãos antes e após o atendimento, antes de calçar as luvas e após acidente que venha a rasgá-las. Deve evitar acidentes retirando as brocas imediatamente após o uso, evitar entortar ou reencapar agulhas, não colocar ou remover a lâmina de bisturi com as mãos, fazer lavagem dos instrumentos com atenção.

2 – Os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica através da utilização de barreiras protetoras como luvas, gorros, aventais e óculos de proteção.

3 – Os profissionais devem limitar a propagação de microorganismos preparando adequadamente o ambiente de trabalho: desinfetando superfícies e protegendo-as com filme de pvc ou alumínio, ou capas plásticas. No consultório odontológico estas superfícies incluem alças e interruptores do foco; tubo, alça e disparador do Raio x; filme radiográfico; pontas de alta e baixa rotação; seringa tríplice, haste da mesa auxiliar, ponta do fotopolimerizador; ponta da mangueira do sugador e pontas do aparelho de ultrassom.

4 – os profissionais devem tornar seguros o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies limpando e esterilizando adequadamente os instrumentais, desinfetando as

superfícies com hipoclorito de sódio a 1% ou álcool a 77% volume e protegendo-as com filme de pvc.

2.5 Cuidados após exposição ocupacional a fluidos biológicos infectado pelo HIV

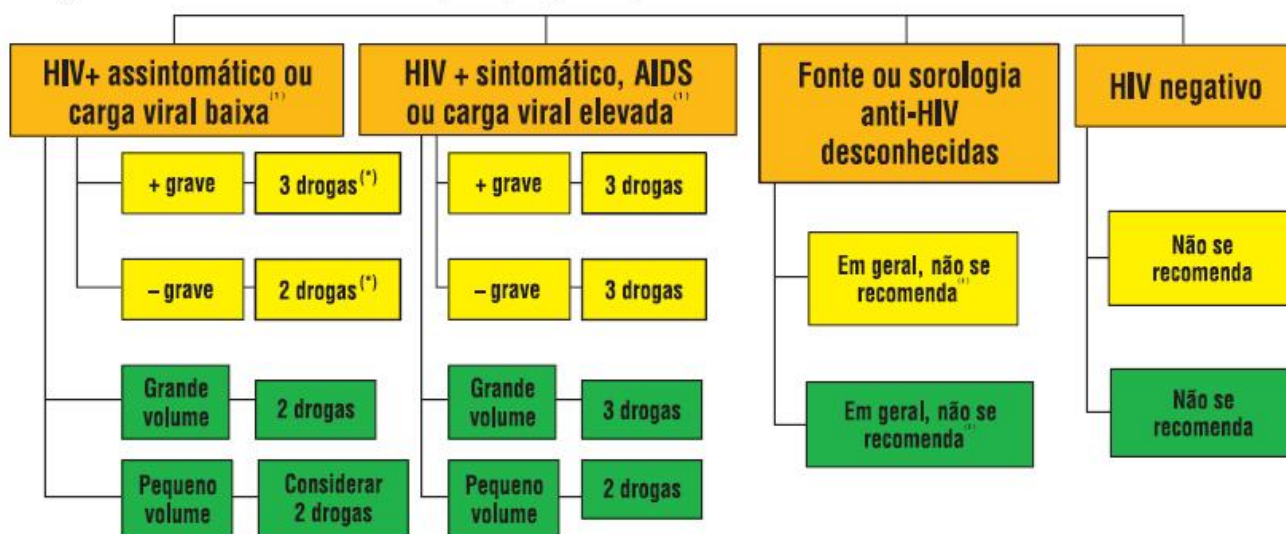
Há um consenso entre os pesquisadores de que é quase nula a possibilidade de contaminação com o HIV durante um procedimento odontológico (GOOTH, 1995; DISCACCIATE e VILAÇA, 2001; CLEYVERLAND, 2002). Na literatura mundial, não há casos comprovados de que um Cirurgião Dentista tenha se contaminado com o vírus HIV de um paciente soropositivo, ou tenha contaminado um paciente durante a prática clínica (GOOCH et al., 1995). Os cientistas atribuem este fato à utilização de barreiras protetoras pelos profissionais e a baixa quantidade de sangue envolvido nos acidentes com instrumentos odontológicos o que caracteriza os mesmos como acidentes de baixa gravidade. Existem alguns fatores que são indispensáveis para classificar a gravidade da exposição e as respectivas condutas a serem adotadas: situação sorológica do paciente deve ser checada de imediato, se HIV negativo, considera-se de baixíssima gravidade; sorologia desconhecida, considerar tipo de exposição e situação epidemiológica do local. Paciente HIV positivo, considerar estágio da doença: fase aguda ou estado avançado de AIDS torna o acidente mais grave.

Estudos têm demonstrado que a carga viral presente no paciente fonte deve ser maior ou igual a 1500 cópias/ml para tornar o acidente potencialmente grave (BRASIL, 2000; CDC, 2001; CLEVELAND, 2002; CAVALCANTE, 2003). Os acidentes perfurocortante são os mais comprometedores e sua gravidade será proporcional ao calibre do instrumento envolvido, capacidade de conduzir fluidos contaminados e profundidade da lesão. Os acidentes mucocutâneos são aqueles que envolvem contato direto com mucosa ou pele não íntegra e

apresenta baixo potencial de infecção (CDC, 2001; CLEVELAND, 2002; CAVALCANTE, 2003).

A comunicação de acidente ocupacional (CAT) deve ser aberta junto ao serviço de medicina ocupacional, setor pessoal da empresa ou pelo sindicato da categoria e o protocolo de quimioprofilaxia anti-retroviral deve ser seguido conforme descrição do fluxograma 1 (CAVALCANTE, 2003).

Fluxograma 1 – Profilaxia anti-retroviral após exposição ocupacional³⁵



Fonte - CAVALCANTE, 2003

2.5.1 Cuidados locais

Os fluidos biológicos considerados de risco são o sangue, líquidos orgânicos contendo sangue, sêmen, secreção vaginal, líquidos sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico. Em acidente biológico com algum desses fluidos, o Ministério da Saúde recomenda lavagem rigorosa com água e sabão, uso de solução anti-séptica (PVP - iodo ou clorexidina) em acidente com instrumento perfurocortante. Em exposição de mucosa, lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica (BRASIL, 2000).

2.5.2 Terapia anti-retroviral

Estudo de caso controle efetuado pelo CDC em associação com a França e Reino Unido, entre 1988 e 1994, envolvendo profissionais de saúde que utilizaram AZT após acidente perfurocortante com sangue contaminado, verificou que a probabilidade de infecção diminuiu em 79% demonstrando a eficácia da terapia anti-retroviral (CDC, 1995).

No Brasil, a administração de quimioprofilaxia pós-exposição foi preconizada pelo Ministério da Saúde em 1999. O Programa Estadual de Aids do estado de São Paulo e o Instituto de Infectologia Emílio Ribas iniciaram, em 1999, um programa para o atendimento dos profissionais acidentados com material biológico. Em dezembro de 2001, a Coordenação Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde, com base em novos estudos conduzidos pelo CDC, publicou as "Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV – 2001" (BRASIL, 2001).

O profissional que venha a se expor acidentalmente a material biológico deve realizar o mais rápido possível o teste anti-HIV com a finalidade de verificar a sua condição sorológica. Da mesma forma deve proceder com o paciente fonte, para que, a partir deste resultado e

avaliação da gravidade do acidente, possa decidir pela administração da terapia anti-retroviral (ARV) mais adequada ao porte do acidente conforme fluxograma 1.

2.6 Recusa de atendimento ao portador de HIV

Com a grande preocupação dos profissionais de saúde com a possibilidade de contaminação acidental, o Cirurgião Dentista, como parte integrante do conjunto de trabalhadores da área de saúde, lidando diretamente com material orgânico passível de transmitir o HIV, enfrentou o problema basicamente de duas formas: incorporando hábitos de biossegurança em suas atividades diárias e evitando o atendimento a pacientes portadores do vírus e da doença (GERBERT, 1987).

Em virtude do aumento de casos de contaminação, da adoção de protocolos de biossegurança, da mudança no perfil de contaminação e do aprimoramento técnico-científico acerca do vírus e da doença, o Cirurgião Dentista passou a efetuar o atendimento a pacientes infectados com maior segurança. Porém, muitos estudos relatam que o medo de contrair a doença, a possibilidade de perder a clientela, o desconhecimento e o preconceito ainda levam muitos profissionais a resistirem em atender pacientes HIV positivos e portadores de AIDS, fato que tem motivado os pacientes a sonegarem intencionalmente a informação de serem portadores do HIV, após tentativas frustradas para obterem atendimento odontológico (JITORMISK, 1995; JITORMISK, 1997).

Segundo depoimento dos pacientes, os profissionais buscam uma série de “argumentos técnicos” como falta de conhecimento, consultório não preparado para esses casos e cobrança de preços exorbitantes, a fim de justificarem o seu despreparo humano para prestar um serviço para o qual ele está tecnicamente habilitado (RAMOS, 1998). Os principais motivos seriam o medo de se infectar com o HIV durante um procedimento odontológico e o medo de perder

seus pacientes, visto que muitos Cirurgiões Dentistas que atendiam adequadamente pacientes infectados com o HIV, se depararam com o medo ou o preconceito de seus clientes que passaram a evitar este profissional (GERBERT, 1989; WILSON et al., 1995; RAMOS, 1997; AYER et al., 1998).

Diversos autores como GERBERT (1987), TERBLANCHE e MERWE (1998), entre outros, apontam que a desinformação estaria levando os profissionais a recusarem o atendimento. Os percentuais encontrados nos diversos trabalhos descritos na literatura mostram que apesar de terem decorridos quase 25 anos desde o início da pandemia, com grandes avanços no tratamento e prognóstico da doença, o número de profissionais que se recusam a atender pacientes HIV positivos ainda é muito elevado (Quadro 2). GERBERT (1987) realizou um dos primeiros estudos avaliando atitudes dos CDs, constatando que 63% deles não gostariam de atender pacientes com AIDS. RAMOS e MARUYAMA (1997), utilizando-se de uma metodologia de análise qualitativa, no período de setembro a dezembro de 1995, quando foram entrevistados 18 pacientes HIV + na clínica de diagnóstico bucal do hospital Heliópolis e no Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE) da Faculdade de Odontologia da USP, encontrou os seguintes resultados: dos 18 pacientes entrevistados, nove não procuraram tratamento odontológico particular. Entre os outros nove pacientes, um não informou ao profissional que era portador do vírus. Dos oito pacientes que informaram, quatro obtiveram tratamento. Desses quatro atendidos, um era parente do dentista. Outro, após o tratamento, o profissional orientou a procurar um serviço especializado. Um terceiro acredita ter pago um valor bem acima do valor de mercado.

Os dados de recusa no atendimento observados na Jordânia (Quadro 2) estão fora dos padrões mundiais e constituem em um grande desafio para as autoridades sanitárias na busca de humanização do atendimento ao portador do HIV. Tal comportamento é atribuído ao

contexto sociocultural e religioso, com padrões rígidos de conduta moral (EL-MAAYTAH, 2005). Os comportamentos de alto risco não são reconhecidos oficialmente, e as conseqüências sociais para certos desvios de conduta são severas, inclusive com prisão e “matanças de honra.” O estigma de HIV e as discriminações são muito comuns, inclusive entre profissionais de área de saúde. Não há nenhum acesso sistemático de subpopulações vulneráveis (por exemplo, trabalhadoras do sexo feminino, usuários de droga injetáveis, e homens que têm sexo com homens) a serviços de controle da epidemia; e as organizações não governamentais (ONGs) estão pouco dispostas a trabalhar com eles. A Jordânia é um país com 5.4 milhões de habitantes, com 600 indivíduos vivendo com HIV, sendo 392 com diagnóstico de AIDS (U.S. Agency for International Development, 2005).

Os dados apresentados no quadro 2 mostram que os níveis de recusa apresentados na década passada não diferem de forma significativa das atuais; no entanto, SENNA, (2005) encontrou associação entre maior disposição para atender pacientes HIV positivos e a ocorrência de experiência prévia com estes pacientes.

2.7 Aspectos éticos e legais no atendimento ao portador do HIV/AIDS

A recusa no atendimento a indivíduos HIV soropositivos ou com AIDS não representa apenas ao exercício da liberdade-autonomia do profissional de saúde, está presente nesta questão um dilema moral, no qual a necessidade do outro impõe uma reflexão responsável pautada em princípios éticos e legais. Para tanto os quatro princípios da Bioética definidos por Beauchamp e Childress (1994) podem nortear os envolvidos em conflitos morais no sentido de propiciar um resultado de conduta que não traga prejuízos às partes: os princípios da beneficência e não-maleficência correspondem às obrigações hipocráticas de atuar sempre levando em conta o bem-estar do paciente. O princípio da autonomia leva em consideração o

respeito aos direitos do paciente, suas escolhas, privacidade, sugestões. O princípio da justiça está vinculado à distribuição de benefícios, a igualdade está no centro do conceito (ZACAN, 1999), porém sem deixar de observar o princípio da equidade, que significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças (GARRAFA, 1997)

Quadro 2 - Estudos sobre recusa do Cirurgião Dentista em atender pacientes contaminados pelo vírus HIV		
Estudo (Local)	População	resultados
Gerbert, 1987 (EUA)	541 Cirurgiões Dentistas da Califórnia.	63% não gostariam de atender pacientes Com AIDS.
Ayer et al., 1988 (EUA)	Cirurgiões Dentistas de Chicago.	32% não estavam dispostos a atender pacientes HIV+ enquanto 56% não atenderiam pacientes com AIDS.
Terblanche e Merwe, 1998. (África do Sul)	700 Cirurgiões Dentistas selecionados aleatoriamente.	50% recusariam atendimento.
Discacciate, 1997 (Brasil)	161 Cirurgiões Dentistas, sendo 68 da Clínica Odontológica da Polícia Militar e 93 da rede conveniada da PMMG, região metropolitana de Belo Horizonte	Encontrou percentual de resistência para atender pacientes com AIDS na ordem de 41,7%.
Vilaça, 1999 (Brasil)	82 Odontopediatras de Belo Horizonte.	51,2% recusariam atender crianças e adolescentes HIV+ e 30,6% não atenderiam estes pacientes com AIDS.
Bishop; Oh; Swee, 2000 (Singapura)	377 Cirurgiões Dentistas.	40% da amostra não se sentem dispostos a Atenderem pacientes portadores do HIV.
Senna, 2005 (Brasil)	345 Cirurgiões Dentistas trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (140 taxa de resposta).	45% apresentaram baixa disposição para atender pacientes portadores do vírus HIV.
Reis et al., 2005 (Nigéria)	1021 profissionais de Saúde em quatro estados da Nigéria.	48% recusariam atendimento ao portador de AIDS
El Maaytah, 2005 (Jordânia)	240 Cirurgiões Dentistas jordanianos	85% dos Cirurgiões Dentistas não estão dispostos a atender pacientes HIV+ .

O código de ética Odontológica em seu artigo 2º afirma 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.*” No seu art. 5º constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos: V - *Zelar pela saúde e pela dignidade do paciente.* No art. 7º - *Constitui infração ética: I – “Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”. VI – “Abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto.”* Desta forma, a Organização Mundial de Saúde considera, desde 1988, que os Cirurgiões Dentistas têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas com o HIV.

A discriminação do paciente soropositivo para HIV é considerada crime conforme declara a Constituição Federal no seu capítulo I, Art. 5º, inciso XLI (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1998) e condenável por diversos dispositivos legais emanados dos Ministérios e das Secretarias do Trabalho, Saúde e Educação, bem como dos diversos tratados internacionais assinados pelo Brasil que complementam a legislação nacional, especificamente o decreto lei 678/1992, que promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica (GOMES, 2005).

Fortalecendo estes dispositivos de proteção contra práticas discriminatórias, está tramitando, em fase final de apreciação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei originado no Senado de nº 00051/03, da senadora Serys Slhessarenko (PT-MT), que define crimes resultantes de discriminação ao portador do vírus HIV e ao doente de AIDS (BRASIL, Senado Federal, 2006). O projeto prevê detenção de 1 a 4 anos e multa para quem recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno o portador de HIV em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado. Na mesma pena incorre quem negar emprego ou trabalho, exonerar ou demitir de cargo ou

emprego, segregar no ambiente de trabalho ou escolar, recusar ou retardar atendimento de saúde e divulgar a condição de portador do HIV ou de doente de Aids com o intuito de ofender-lhe a dignidade (BRASIL, Senado Federal, 2006).

A experiência bem sucedida do Canadá com relação ao atendimento ao paciente portador do HIV partiu de uma ação governamental no sentido de evitar atitudes discriminatórias dos pacientes contaminados. No início dos anos 90 o Governo canadense promoveu atualização técnica de seus profissionais com algumas autoridades internacionais de saúde e colocou todo arsenal de informações para o esclarecimento de dúvidas sobre HIV/AIDS. No fim da capacitação, o Estado determinou que os Cirurgiões Dentistas atendessem aos pacientes soropositivos no serviço público e quem não se sentisse à vontade para atendê-los, seria convidado a deixar o cargo. Em pouco tempo percebeu-se que os profissionais haviam absorvido as orientações e os pacientes eram atendidos sem resistências (ANDRADE, 2002).

A partir de 1998, em muitos centros da Europa, EUA e Brasil, as causas de óbito do paciente portador de AIDS deixaram de ser as infecções oportunistas, consequência da imunodepressão e passaram a ser as mesmas causas relatadas em indivíduos da mesma faixa etária, porém, sem estarem infectados pelo vírus. Na década de 90, a AIDS passa a assumir características de doença crônica, semelhante em alguma medida, ao câncer e as doenças cardíacas, implicando longos períodos de tratamento e a necessidade de suporte social e institucional. A imagem de doença emergencial e fatalmente letal não se adequa mais a esta situação (ROCHA, 1999). Como as perspectivas indicam que os pacientes soropositivos conviverão por muitos anos com a infecção, avaliações rotineiras empregadas no acompanhamento de indivíduos soronegativos, como exames de controle cardiovascular, preventivo ginecológico, preventivo do câncer de próstata, acompanhamento odontológico, etc. devem fazer parte da rotina dos indivíduos portadores de infecção por HIV, que devem

encontrar profissionais de saúde, técnico, psicológica e eticamente preparados para atendê-los (RACHID, 2003). Confirmando esta tendência, ANDRADE (2002) relata que as necessidades dos pacientes freqüentadores do CRT-DST/AIDS de São Paulo, antes predominantemente, por estomatologia, hoje realiza grande parte de seu atendimento voltado para os procedimentos de estética, endodontia, odontopediatria e cirurgia bucomaxilofacial.

2.8 A construção da representação social da AIDS

A Representação Social é definida como uma forma de conhecimento do senso comum. Ela está diretamente relacionada com a maneira como as pessoas interpretam ou traduzem os conhecimentos veiculados socialmente (CARDOSO, 2004). O senso comum é o conhecimento espontâneo resultante das experiências levadas a efeito pelo homem ao enfrentar os problemas da existência e nasce diante da tentativa do indivíduo em resolver os problemas da vida diária. Não há como desprezar esta forma de conhecimento tão universal, visto que até o cientista mais rigoroso, quando está fora do campo de sua especialidade, é também um homem comum e usa o conhecimento espontâneo no cotidiano de sua vida (ARANHA, 1996).

A representação social é estabelecida através do universo simbólico que ordena a história, localiza todos os acontecimentos coletivos numa unidade coerente que inclui o passado, o presente e o futuro. Com relação ao passado, estabelece uma “memória” que é compartilhada por todos os indivíduos socializados na coletividade. Em relação ao futuro, estabelece um quadro de referência comum para a projeção das ações individuais (BERGER, 2002). Uma função legitimadora estratégica dos universos simbólicos para a biografia individual é a. A experiência da morte dos outros, e conseqüentemente, a antecipação de sua própria morte,

estabelece também a mais aterrorizante ameaça as realidades asseguradas da vida cotidiana (BERGER, 2002).

Neste sentido, JODELET (1998), afirma que as representações sociais são captadas através dos processos de ancoragem e objetivação. Na ancoragem, a representação vai buscar a matriz (universo simbólico) onde se inserir, que é o sistema de pensamento social preexistente que dá sentido às representações. No caso da AIDS, as representações sociais são ancoradas no modelo contagionista de doença, presente no imaginário da cultura Ocidental. Práticas sanitaristas na Idade Média, ligadas à “lepra” e à “peste” estiveram ancoradas na idéia de contágio e associavam o adoecimento à idéia de contato com o doente.

Na objetivação é concretizado em imagens aquilo que é abstrato e distante. A transformação dos fluidos corporais como sangue e esperma em algo perigoso, a identificação nos grupos de homossexuais como responsáveis pela epidemia, a responsabilização do outro como portador do mal, a idéia de que contágio é algo perigoso e de que todo contato constitui risco, fizeram o medo permanecer, e estas são forças de uma realidade construída que ainda hoje impelem atitudes de discriminação contra os portadores do vírus HIV (PAULILO, 2005). Assim, o padrão dos problemas éticos relativo à AIDS, numa primeira fase, ligou-se às práticas discriminatórias das companhias de seguro, de empregadores, de profissionais de saúde, da violação ao direito à educação, do emprego, à assistência médica, à liberdade de ir e vir, e pela violação dos direitos básicos de cidadania dos detentos, homossexuais, usuário de drogas e trabalhadores do sexo (ROCHA, 1999).

Fato marcante para a consolidação deste contexto foi que, antes da AIDS aparecer nas fileiras da saúde, ela estréia como uma doença da mídia, que reproduz todos os estereótipos possíveis acerca desta nova doença: contagiosa, incurável, mortal; doença marcadamente de

homossexuais masculinos, com viagens freqüentes ao exterior, morando nos grandes centros urbanos (ROCHA, 1999). A imprensa inundou a sociedade de imagens e reportagens retratando o quadro contagioso e mortífero da doença com chamadas aterrorizantes, solidificando o imaginário simbólico do modelo contagionista: “A peste do século XX está instalada no Brasil” (Isto É, 1985). Os pacientes só se permitiam fotografar ou filmar utilizando pseudônimos e sem mostrarem o rosto. Em 1987, o Jornal do Brasil publica matéria intitulada “diário da peste” na qual é detalhado o cotidiano dos portadores de AIDS dos hospitais Gaffrée e Guinle, no Rio de Janeiro. A revista Veja mostra foto do cantor Cazuza na capa com a chamada “vítima de AIDS agoniza em praça pública”; matéria que levou a um questionamento da imprensa quanto aos limites éticos no tratamento do tema. Os portadores de AIDS quando apareciam, invariavelmente, apresentavam aspecto triste, abatido, cadavérico. Morrem Marquito, Betinho, Henfil, Cazuza, Lauro Corona, Sandra Bréa e outros inúmeros anônimos. O quadro simbólico era de perda, dor e morte.

Para consolidar este imaginário social, as campanhas publicitárias de prevenção à AIDS, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde traziam um enfoque estigmatizante e amedrontador: “Amor não mata” e “Não morra de AIDS” (1989); AIDS mata, use camisinha; “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar” acompanhada de um alvo nas genitálias masculina e feminina, indicando o perigo das relações sexuais (PARKER, 1999). Somente a partir do início dos anos 90, as campanhas começam a adquirir um contorno mais humanístico, voltadas para a valorização da vida, da dignidade e da auto-estima. As organizações não governamentais como o grupo Atobá, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), entre outros, tiveram papel de destaque nesta mudança de paradigma, não somente na reorientação das campanhas educativas como também nas relações da sociedade com os portadores de HIV (ROCHA, 1999).

2.9 A formação profissional do cirurgião dentista em tempos de AIDS

O relatório final da 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL em 2004 aponta que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde e com o controle social. A formação dos trabalhadores da Saúde Bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais nesta área. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das Associações de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. A causa principal deste quadro é que o modelo formador do país está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população (3ª CNSB, 2004).

Ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar esse quadro, o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira. A pós-graduação em saúde bucal dá ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da Odontologia no país. A pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, em quase todos os casos, tende a especializar mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico (3ª CNSB, 2004).

Fundamentando este contexto, o relatório síntese do Exame Nacional de Cursos constata que, um quarto dos cursos de Odontologia apresenta necessidade de aprimoramento do projeto pedagógico e integração de disciplinas, mostrando ainda que o discurso preventivo convive com uma prática controversa. O modelo de ensino continua claramente conservador e elitista, dando ênfase à especialização precoce (CARVALHO, 2002), embora o SUS constitua um

significativo mercado de trabalho, principalmente com a inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família, este fato ainda não tem sido suficiente para produzir o impacto esperado no ensino de graduação (MORITA, 2004). Outro aspecto que merece reflexão por interferir na tomada de decisão profissional é o nível de formação moral dos futuros Cirurgiões Dentistas. Estudo conduzido por FREITAS e Col. em 2005 avaliando o desenvolvimento moral em formandos de um curso de Odontologia a partir de uma avaliação construtivista, constatou que 66% dos formandos encontravam-se nos 1º e 2º estágios (de 5), correspondendo ao desenvolvimento moral de crianças nas faixas etárias de 7 a 11 anos.

Neste sentido as Diretrizes Curriculares Nacionais assumem um papel estratégico no aperfeiçoamento do ensino superior para produzir um rompimento no modelo centrado no trabalho individual e individualista do profissional, formado com uma precária visão humanística e moral. Buscando normatizar ações que assegurem uma formação profissional integralizada, o Art. 5º da resolução CNE/CES nº 1300/01, de 06/11/2001 (BRASIL, Diário Oficial da União, 2002) estabelece que a formação do Cirurgião Dentista deve ter por objetivo dotar o profissional de princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional, para que este atue em todos os níveis de atenção à saúde, comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o. O Cirurgião Dentista deve atuar multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinarmente, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; reconhecendo a saúde como direito de condições dignas à vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Dessa forma o CD. deve exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social; promovendo a saúde bucal; prevenindo doenças e distúrbios bucais; aplicando conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca mais adequada de soluções

para os problemas clínicos no interesse do indivíduo e da comunidade e, entre outras ações, participar de educação continuada relativo à saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional.

3 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho se propõe a analisar o comportamento atual dos Cirurgiões Dentistas no município de Salvador quanto a sua atitude frente ao atendimento de pacientes HIV positivos. Propõe-se também a analisar conhecimento destes profissionais acerca da probabilidade de contaminação acidental, bem como os cuidados a serem adotados em caso de exposição ocupacional a material biológico infectado com o vírus HIV.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Este trabalho consiste num estudo observacional do tipo transversal envolvendo Cirurgiões Dentistas que atendiam no município de Salvador, no estado da Bahia em 2005.

4.2 População

A população de referência foi composta por todos os Cirurgiões Dentistas estabelecidos na cidade de Salvador, inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CROBA) em 2004, constando um total de 3.133 profissionais inscritos.

A listagem na qual consta o nome completo dos Cirurgiões Dentistas, número de registro, endereço residencial ou comercial e telefones(s) foi solicitado ao CROBA, através de ofício emitido pelo colegiado do curso de mestrado em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

Por não estarem em pleno exercício da profissão ou já terem abandonado a atividade clínica foram excluídos todos os profissionais remidos, num total de 140, o que veio a reduzir o universo de 3.133 para 2.993. A partir destas exclusões, os CDs. remanescentes na listagem

foram numerados de 1 a 2.993 para a correta identificação do profissional selecionado na amostragem.

4.3 Amostra

Para a realização do cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como parâmetros nível de significância de 5%, e poder de 90%. A prevalência esperada de resposta negativa para a variável principal foi de 61%, conforme resultado do estudo piloto realizado com 30 profissionais escolhidos aleatoriamente em diversas localidades de Salvador. Como resultado foi obtido o cálculo do tamanho da amostra igual a 230 profissionais que foram calculados e selecionados pelo programa EPIINFO 6.04.

A amostra foi obtida de tal modo que todos os indivíduos da população tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados, caracterizando desta forma uma amostra aleatória simples (CALLEGARI, 2003).

A partir da constatação de que a listagem de profissionais do Conselho Regional de Odontologia da Bahia encontrava-se desatualizada, tanto no que se refere aos endereços quanto aos telefones, o que também foi verificado por SILVA, 2003, optou-se por estabelecer que o profissional que não fosse localizado ou que, por algum motivo, não estivesse exercendo a atividade clínica, poderia ser substituído até duas vezes. Inicialmente pelo nome imediatamente superior, caso não se obtivesse sucesso na seleção principal, e pelo imediatamente inferior, caso a primeira tenha sido frustrada. Nos casos onde o programa selecionou dois ou mais nomes em seqüência, a substituição seguiu o mesmo padrão anterior: primeira pelos dois ou mais nomes superiores e segunda pelos dois ou mais nomes inferiores.

A adoção de tal estratégia implicou a não inclusão dos percentuais de recusa e de não resposta sobre o tamanho da amostra.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado um questionário auto-aplicável contendo sete questões de fácil leitura e entendimento, conforme constatado em pré-teste realizado com 30 profissionais. Segundo MARCONI e LAKATOS (1990), este tipo de instrumento proporciona maior grau de liberdade ao sujeito da pesquisa e não influência da presença do entrevistador, além de possibilitar excelentes percentuais de retorno quando entregue e recolhido pelo pesquisador.

Foram destinados à caracterização do profissional os seguintes dados: sócio-demográficos – sexo, idade, renda e situação conjugal, e profissionais – Tempo de formado, titulação, vínculo ocupacional e principal área de atuação clínica.

As questões de 1 a 4 (numeradas) visaram avaliar a disposição do Cirurgião Dentista em atender pacientes portadores do Vírus HIV. A questão 5 foi elaborada para saber o motivo do não atendimento e as questões 6 e 7 destinaram-se a verificar o grau de conhecimento do profissional acerca da probabilidade de contaminação, e qual conduta a adotar em caso de acidente ocupacional com instrumento pérfuro-cortante com sangue contaminado com o vírus. Utilizando este instrumento foi realizado o pré-teste, após o qual foram efetuados os ajustes pertinentes no sentido de melhorar a sua compreensão.

4.5 Coleta de dados

Após a identificação dos profissionais a partir da listagem, foram iniciados os contatos telefônicos para agendamento de horário para aplicação do questionário. Três acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal da Bahia foram selecionados para auxiliar no processo de coleta. Cada colaborador ficou responsável pela aplicação de 58 questionários e o pesquisador por 56.

Com o intuito de possibilitar maior grau de confidencialidade ao sujeito da pesquisa, confeccionaram-se urnas em acrílico com dimensões de 23cm x 19cm x 8cm para depósito dos questionários imediatamente após a resposta.

4.6 Análise dos dados

Após a estruturação e limpeza da base de dados, foram realizados os procedimentos para a obtenção das estatísticas descritivas, definidas como medidas numéricas que descrevem aspectos particulares de um conjunto de dados (Kleinbaum et al., 1987). Deste modo, foram obtidas as frequências simples das variáveis categóricas e medidas de tendência central das variáveis contínuas.

Seguindo-se à análise descritiva, foram observadas também as frequências das respostas dos profissionais de acordo com as covariáveis de interesse, analisando-se as diferenças entre as categorias através do teste do Qui – quadrado, com um nível de significância de 5% com o objetivo de proceder a uma análise exploratória de possíveis fatores que pudessem estar associados com o comportamento referido dos cirurgiões-dentistas em relação ao atendimento do paciente HIV positivo.

4.7 Aspectos éticos

Conforme estabelece os Princípios Básicos da Declaração de Helsinque, 1964 revista em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000, as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédicas Envolvendo Seres Humanos e a resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi conduzida de forma a preservar o direito do indivíduo sujeito da pesquisa, tendo o cuidado de respeitar a sua privacidade e também minimizar o impacto do estudo sobre sua integridade. Cada indivíduo foi informado de maneira adequada sobre os objetivos, métodos e benefícios da pesquisa, bem como, dispuseram de total liberdade para retirar o seu consentimento de participação a qualquer época.

Considerando ainda que os envolvidos na pesquisa são profissionais liberais em pleno gozo de suas atividades laborativas e que foram selecionados de forma aleatória, fica evidente a ausência de qualquer relação de vulnerabilidade social ou para com o pesquisador. O protocolo de pesquisa foi encaminhado juntamente com seus anexos, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia no dia 15/04/2005. O relator considerou o projeto justificado e aprovável, tendo recebido parecer de aprovação final durante a plenária do dia 29/06/2005. O termo de consentimento livre e esclarecido foi considerado ético e esclarecedor.

Os dados foram encaminhados para o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em 29/06/2005 com parecer número 80/2005, devidamente registrado no CEP/MCO/UFBA.

5 RESULTADOS

Concluída a coleta dos dados, observou-se que 146 questionários (60,83%) foram aplicados em profissionais do sorteio original, 45 questionários (18,75%) nos profissionais da 1ª substituição, 20 questionários (8,34%) nos profissionais da 2ª substituição e 29 (12,08%) foram aplicados em substituições subseqüentes, impostas pelas dificuldades no processo de localização dos profissionais. Durante a limpeza do banco de dados, verificou-se que 1 pesquisado não respondeu às questões referente ao perfil sócio-demográfico e profissional e 3 não atuavam na clínica odontológica sendo eliminados da população de estudo, ficando a amostra composta por 226 profissionais.

Observou-se que o número de profissionais do sexo feminino correspondeu a 140 (61,9%), representando a maioria dos profissionais da amostra. Com relação à situação conjugal, 68,6% apresentavam relacionamento estável e 2,7% não responderam à questão. No tocante à variável idade, o profissional mais jovem apresentava-se com 23 anos e o de maior idade possuía 70, com média de 38,5 anos, mediana igual a 37 e desvio padrão igual a 10,39. Dos 226 profissionais, 42 (18,6%) declararam renda até 2.000,00 (dois mil reais), 63 (27,9%) recebiam de 2.001,00 a 4.000,00, 48 indivíduos (21,2%) possuíam rendimentos de 4.001,00 a 6.000,00 e 24 (10,6%) tinham renda superior a 6.000,00. Não responderam a esta questão 49 participantes da pesquisa correspondendo a 21,7% da amostra (TABELA 1).

A variável tempo de formado foi categorizada de recém formado até 10 anos (41,2%), acima de 10 até 20 anos (30,1%) e acima de 20 anos (28,35%). Verificou-se que, em relação à

titulação, 108 participantes (47,8%) possuíam apenas a graduação, 94 (41,6%) apresentavam título de Especialista e 23 (10,2%) de Mestres ou Doutores.

A maioria obtinha seus rendimentos trabalhando na clínica privada (62,4%), apenas 8,4% possuíam vínculo exclusivo com o setor público e 28,8% exerciam suas atividades em ambos. Quanto à principal área de atuação clínica, constatou-se que 42,9% da amostra exerciam atividade como Clínico Geral; Prótese (12,8%) e Ortodontia (12,8%) foram as atividades que apresentaram o maior contingente de especialistas. Atuavam em Cirurgia 8,4% dos profissionais, em Endodontia 7,5%, Odontopediatria 6,2%; Periodontia 5,8%, como Implantodontistas 2,7% e 0,4% eram Radiologistas (TABELA 1).

Conforme descrito na tabela 2, observou-se um elevado número de profissionais que acreditavam estar atendendo pacientes soropositivos sem saber (86,7%). Em relação ao atendimento de pacientes para realização de procedimentos não cruentos, encontrou-se uma baixa resistência por parte dos Cirurgiões Dentistas, constatando-se que 92,9% da amostra atenderiam pacientes HIV+ nestas circunstâncias. No entanto, os resultados apresentados sugerem que, para a realização de procedimentos cruentos, um elevado número de profissionais (41,2%) referiram que não atenderiam pacientes sabidamente contaminados pelo vírus HIV. Todavia, há que se observar que do total desses profissionais 4,5% não executariam procedimentos cruentos, independentemente do estado sorológico do paciente, desta forma procedeu-se ao ajuste do percentual de recusa encontrando-se 36,7% (TABELA2). Questionados quanto à possibilidade de trabalhar em um centro de referência para atendimento de pacientes portadores do vírus HIV, 41,2% não se mostraram sensíveis para exercerem suas atividades em ambiente de trabalho com tal especificidade (TABELA 2).

Entre aqueles que referiram o não atendimento a pacientes HIV positivos (n=93), o principal motivo apontado pelos Cirurgiões Dentistas para justificarem a recusa foi o medo de

contaminação, constatando-se que 59,13% dos profissionais se mostram temerosos em contrair a infecção. Correspondeu a 16,12% o percentual de que afirmaram ter receio de que a atitude de atenderem pacientes contaminados com HIV pudesse determinar a evasão da clientela.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico e profissional dos Cirurgiões Dentistas da Região Metropolitana de Salvador– BA, 2005. (n=226)

Variáveis	N	%
Sexo (n=224)		
Masculino	84	37,2
Feminino	140	61,9
Situação conjugal * (n=220)		
Solteiro	65	28,8
Relação estável	155	68,6
Renda (n=177)		
Até 2.000,00	42	18,6
Mais de 2.000,00 a 4.000,00	63	27,9
Mais de 4.000,00 a 6.000,00	48	21,2
Acima de 6.001,00	24	10,6
Tempo de formado (n=225)		
Até 10 anos	93	41,2
Acima de 10 até 20 anos	68	30,1
Acima de 20 anos	64	28,3
Titulação (n=225)		
Graduação	108	47,8
Especialização	94	41,6
Mestrado ou Doutorado	23	10,2
Vínculo ocupacional (n=225)		
Público	19	8,4
Privado	141	62,4
Ambos	65	28,8
Principal área de atuação clínica (n=225)		
Clínica geral	97	42,9
Ortodontia	29	12,8
Prótese	29	12,8
Cirurgia	19	8,4
Endodontia	17	7,5
Odontopediatria	14	6,2
Periodontia	13	5,8
Implantodontia	6	2,7
Radiologia	1	0,4

*1Solteiro: sem companheiro (a) fixo, viúvo (a), desquitado (a). Relação estável: casado (a), companheiro (a) fixo(a).

*2 Não respostas: sexo = 2, sit. Conjugal = 6, renda = 49, demais variáveis = 1.

Declararam outros motivos, 50,53% da amostra, predominando entre estes o fato do profissional não executar procedimentos cruentos em nenhuma circunstância.

Tabela 2 – Atitude do Cirurgião Dentista frente ao atendimento de pacientes HIV positivos da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005. (n = 226)

Variável	n	%
Profissionais que achavam terem atendido pacientes HIV positivos sem o saber.		
Sim	196	86,7
Não	30	13,3
Atenderiam a pacientes HIV positivos para procedimentos não cruentos*		
Sim	210	92,9
Não	15	6,6
Atenderiam a pacientes HIV positivos para procedimentos cruentos*		
Sim	132	58,4
Não	93	41,2
Trabalhariam em centro de referência para atendimento de pacientes HIV positivos*		
Sim	132	58,4
Não	93	41,2

* Não resposta = 1

Os entrevistados apresentaram outras razões para justificar a atitude: *tal atendimento exige técnica, psicologia, etc. que acredito não possuir; não ter tempo para total dedicação; desajuste físico e psicológico; não está muito preparado para isso; acho que minha vida é muito importante, não sou rico, teria de criar um ambiente propício para tal atendimento; para tal atendimento seria necessária a aplicação das técnicas de barreiras protetoras; não*

ficaria à vontade; não devemos misturar os pacientes; não tenho interesse em trabalhar com paciente com alto risco de infecção; trabalhar tensa o tempo todo. Não declararam o motivo 11,83 %. (TABELA 3)

Com relação ao conhecimento sobre a probabilidade de contaminação após acidente com instrumento perfurocortante contendo sangue contaminado pelo HIV, verificou-se que 46,9% dos profissionais afirmaram não saber, 43% responderam incorretamente a questão e apenas 8,8% responderam corretamente. Quando foi verificada a conduta a ser adotada após um acidente ocupacional com instrumento perfurocortante, constatou-se que apenas 18 Cirurgiões Dentistas revelaram ter bom conhecimento quanto aos cuidados a serem adotados: 18 profissionais responderam sim para as três opções corretas e nenhuma errada, correspondendo ao percentual de 8% da amostra. Observa-se também que uma parcela significativa 40,3% não respondeu a nenhuma questão correta.

Tabela 3 – Motivos pelos quais os Cirurgiões Dentistas da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005 não atenderiam pacientes HIV positivos. (n = 93)

Resposta*	n	%
Receio de contaminação	55	59,13
Receio de perder a clientela	15	16,12
Outros	47	50,53
Não declarou	11	11,83

*Era facultado ao profissional assinalar mais de uma alternativa.

Ao analisar a predisposição do Cirurgião Dentista para atender pacientes HIV positivos por sexo, descrito na tabela 4, uma pequena diferença no comportamento das mulheres foi

verificada em relação aos homens, indicando que elas são mais resistentes ao atendimento, porém, não foi evidenciada significância estatística.

Quando considera a situação conjugal dos Cirurgiões Dentistas, constatou-se que a proporção de resistência ao atendimento é menor entre os profissionais com uma relação estável, porém observou-se que esta não é uma diferença estatisticamente significativa.

Ao considerar a variável renda, em todas as categorias, a proporção de recusa foi menor do que a predisposição para atender, porém, essas diferenças não foram estatisticamente significantes (TABELA 4).

Com relação ao tempo de exercício da profissão, a faixa acima de 10 até 20 anos foi a que apresentou o maior percentual de recusa com 44,60%, e os profissionais formados até 10 anos o menor com 35,60%, contudo não foi encontrada significância estatística nas diferenças entre as proporções.

Ao analisar a atitude do profissional levando-se em conta à titulação, observou-se que o maior percentual de recusa esteve presente entre mestres e doutores (45,46%) quando comparado a especialistas e graduados 36,66% e 38,23%, respectivamente. Essas diferenças, entretanto, não foram estatisticamente significantes.

Foi verificado que, em relação à principal área de atuação clínica, os protesistas e os ortodontistas foram os que apresentaram os maiores percentuais de recusa ao atendimento a pacientes HIV+ com respectivamente 64,29% e 68,00%; sendo os menores resultados encontrados entre os Implantodontistas e Cirurgiões Bucomaxilofaciais com 0,00% e 11,11%. Os Odontopediatras apresentaram um resultado de 42,86%, Endodontistas 18,75% e Periodontistas 15,38%. Não foi possível testar a significância estatística das diferenças entre as especialidades, em virtude do baixo n de algumas categorias.

Com relação ao vínculo ocupacional, observou-se que, em todas as situações, a proporção de indivíduos que referiram a recusa em atender pacientes HIV+ foi menor do que os dispostos a prestar atendimento, entretanto, foi verificada significância estatística no teste aplicado, indicando que os profissionais que atendem no serviço privado apresentam maior resistência ao atendimento.

Tabela 4. Atitude do Cirurgião Dentista frente ao atendimento ao paciente portador do vírus HIV considerando o perfil sócio-demográfico e profissional dos profissionais da Região Metropolitana de Salvador – BA, 2005. (n=216)

Variável	Atenderiam		Não atenderiam		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo*					
Masculino	55	70,50	23	29,50	0,182
Feminino	77	56,60	59	43,40	
Situação conjugal*					
Solteiro	37	60,65	24	39,35	0,84
Relação estável	92	61,74	57	38,25	
Tempo de formado*					
Até 10 anos	58	64,40	32	35,60	0,59
Acima de 10 até 20 anos	36	55,40	29	44,60	
Acima de 20 anos	37	62,72	22	37,28	
Titulação*					
Graduação	63	61,76	39	38,23	0,77
Especialização	57	63,33	33	36,66	
Mestrado ou Doutorado	12	54,54	10	45,46	
Vínculo ocupacional*					
Público	12	66,70	6	33,30	0,046
Privado	79	59,40	54	40,60	
Ambos	41	65,07	22	34,92	
Renda*					
Até 2.000,00	23	58,97	16	41,03	0,72
Mais de 2.000,00 a 4.000,00	29	50,00	29	50,00	
Mais de 4.000,00 a 6.000,00	30	63,83	17	36,17	
Acima de 6.001,00	14	60,87	9	39,13	

*Não resposta: sexo = 2; situação conjugal = 6; tempo de formado, titulação e vínculo ocupacional = 2; renda = 45.

Verificou-se com relação à variável conhecimento sobre probabilidade de contaminação com instrumento perfurocortante que, nas três categorias, as proporções de profissionais que não se mostraram dispostos em atender pacientes HIV positivos foi menor do que aquelas que tiveram uma atitude favorável, contudo, as diferenças de proporção não foram estatisticamente significantes. (TABELA 5).

Tabela 5 – Atitude do Cirurgião Dentista considerando a variável conhecimento sobre probabilidade de contaminação com instrumento perfuro-cortante e a predisposição para o atendimento a pacientes HIV positivos da Região Metropolitana de Salvador BA, 2005. (n =216)

Conhecimento sobre contaminação ocupacional	Atendimento a paciente HIV +				p-valor
	Sim	%	Não	%	
Abaixo de 0,5	12	60,00	8	40,00	
Acima de 0,5	55	61,11	35	38,89	0,98
Não sei	63	61,76	39	38,24	

*não resposta = 4

Todavia, levando-se em consideração o conhecimento quanto aos procedimentos a serem adotados em casos de acidente com material biológico sabidamente contaminado com o vírus HIV, percebe-se que há significância estatística, indicando que a proporção de profissionais que apresentam resistência em atender pacientes portadores do HIV é maior entre aqueles que conhecem os procedimentos básicos em caso de acidente que possa levar a uma contaminação (TABELA 6).

Tabela 6 – Atitude do Cirurgião Dentista considerando a variável conduta após acidente perfurocortante com material biológico infectado e a predisposição para o atendimento a pacientes HIV positivos da Região Metropolitana de Salvador BA, 2005. (n = 216)

Bom conhecimento em relação a conduta adotada	Atendimento a paciente HIV +				p-valor
	Sim	%	Não	%	
Sim	5	27,77	13	72,23	0,002
Não	129	65,15	69	34,85	

6 DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo que a idade média dos Cirurgiões Dentistas que compuseram a amostra foi de 38,5 anos, com mediana igual a 37 e desvio padrão de 10,39. Em sua maioria eram do sexo feminino (61,9%); e 68,6% referiram ter relacionamento estável quanto à situação conjugal. Neste estudo, a maioria dos profissionais obtinha seus rendimentos trabalhando na clínica privada (62,4%), apenas 8,4% possuíam vínculo exclusivo com o setor público e 28,8% exerciam suas atividades em ambos, com quase metade da população (49,1%), possuindo renda entre 2.001,00 a 6.000,00. Os achados revelam também que 21,7% dos participantes da pesquisa não relataram os rendimentos, o que pode ser atribuído à insegurança do profissional no processo de coleta dos questionários, visto que, em muitos casos, os Cirurgiões Dentistas solicitaram que os mesmos fossem recolhidos em um outro momento. Com exceção aos resultados de não resposta sobre a variável renda, resultados similares foram encontrados por NUNES (1999), CABRAL (2004) e pelo INBRAPE, (2002) em pesquisa encomendada pelas entidades nacionais de Odontologia.

A variável tempo de formado foi categorizada tomando-se por parâmetro: recém formado até 10 anos (41,2%), acima de 10 até 20 anos (30,1%) e acima de 20 anos (28,35%). Este corte no tempo possibilita uma boa avaliação das mudanças de comportamentos e atitudes estabelecendo-se um paralelo com o desenvolvimento da AIDS no Brasil, tomando-se por base a década pré HIV e diagnóstico inicial, do isolamento do HIV e expansão da doença e da humanização nas relações com os portadores do vírus.

Os resultados também indicaram que 86,7% dos profissionais acreditam estar atendendo pacientes contaminados com o vírus HIV sem o seu conhecimento e que 92,0% atenderiam os pacientes soropositivos para HIV em caso de realização de procedimentos não cruentos. Entretanto, quando questionados sobre a possibilidade de atender pacientes soropositivos para execução de procedimentos cruentos, 41,2% responderam que não atenderiam. Destes profissionais, 4,5% afirmaram que não efetuariam procedimentos cruentos, independentemente do estado sorológico do paciente, reduzindo o percentual de recusa, nestes casos, para 36,7%. GERBERT (1987) encontrou percentual de recusa na ordem de 63%, TERBLANCHE e MERWE (1998) e VILAÇA (1999) encontraram respectivamente 50% e 51,2%. SENNA (2005), RODRIGUES et al. (2005) e MAAYTAH (2005) encontraram 45%, 32% e 85%. Este último considerado atípico por se tratar de país muçulmano onde os aspectos da cultura religiosa produzem forte rejeição às pessoas com comportamento que fuja aos padrões morais adotados naquele país.

Verifica-se que os percentuais de recusa ao atendimento a pacientes HIV +, observados neste trabalho, juntamente com os achados de RODRIGUES et al. (2005), são inferiores aos encontrados na literatura em anos anteriores, podendo indicar uma tendência de queda na atualidade. Todavia, ainda são números desconfortáveis do ponto de vista bioético, ilegítimos do ponto de vista científico e podem ser considerados como fator de risco epidemiológico, visto que o Cirurgião Dentista estará deixando de exercer seus deveres na promoção e proteção da saúde, o que vem a aumentar a vulnerabilidade destes pacientes aos problemas de saúde bucal. Alguns autores justificaram a discriminação no atendimento ao paciente HIV positivo, sob um argumento baseado em um princípio ético *lato sensu*, que defende que *nenhum profissional pode ser obrigado a se autoprejudicar, visto que, só é ético o que é justo*. ABRAMOWICZ (1991) apud RAMOS (1994), declara que, na clínica particular, o profissional, do ponto de vista legal, poderá recusar a prestação de serviços odontológicos,

ressalvadas as situações de urgência. ROSSINI, et. al., (1998), conclui que o Cirurgião Dentista não é obrigado a atender qualquer paciente, salvo em situações de urgência. Todavia, apresentam posição contrária os preceitos da OMS, publicados desde 1988 (apud RAMOS, 1994), o Código de Ética Odontológica, nos seus Art. 2º, 5º e 7º, a Constituição Federal capítulo I, Art. 5º, inciso XLI; e a maioria dos autores (GERBERT (1987), FELTRIN et al. (1997), RAMOS (1997); TERBLANCHE e MERWE (1998), VILAÇA (1999), DISCACCIATI, (2001), SENNA (2005).

Vale destacar que, segundo JITORMISK, (1997) e RAMOS (1998) algumas atitudes foram observadas nos pacientes em virtude de terem o seu atendimento negado: sentimento de humilhação, raiva e principalmente a omissão do seu estado sorológico aos Cirurgiões Dentistas com o objetivo de garantir o seu atendimento.

Foi verificado que os principais motivos apontados pelos profissionais para recusarem prestar atendimento foram o receio de contaminar-se (59,13%) e o receio de que, se atendessem pacientes HIV+, e este fato chegasse ao conhecimento de sua clientela poderia provocar a sua evasão (16,12%). Diversos autores observaram a mesma tendência nos resultados, (AYER et al., 1988; GERBERT, 1989; WILSON et al., 1995; REIS, 2005). Outros motivos foram citados, entre os quais se destacaram necessidade de ambiente adequado, aplicação de normas especiais de bioproteção, despreparo psicológico e trabalhar sob tensão. Nos dois primeiros itens, fica evidente que tal argumentação não tem amparo científico, visto que todo paciente, independentemente de seu estado de saúde, deve ser atendido em ambiente seguro, seguindo-se todas as normas de biossegurança preconizadas pelo Ministério da Saúde e largamente difundidas na literatura (BRASIL, 2000; GRECO, 1993; DISCACCIATE e VILAÇA, 2001; CAVALCANTE, 2003; SASSI, 2004). Quanto a trabalhar sob tensão e ao despreparo psicológico, entende-se que os Cirurgiões Dentistas que fizeram tais afirmativas podem estar

sob o domínio do medo, sentimento que, biologicamente, prepara o indivíduo para a autodefesa, podendo a fuga ser a solução mais conveniente. BENETTON (2002) afirma que o psiquismo humano tem a capacidade de se mobilizar para proteger a consciência dos elementos inconscientes que possam perturbá-la, são as defesas. Neste caso específico, a fantasia do profissional consiste em crer que não atender o paciente portador do vírus HIV o protege da contaminação, porém, os estudos têm demonstrado claramente que são os comportamentos de risco os verdadeiros responsáveis pela disseminação da AIDS, inclusive, entre Cirurgiões Dentistas, que, somente no estado de São Paulo, até 2001, contabilizavam-se 132 notificações; nenhuma por acidente de trabalho (ALVES, 2001).

Outro fato relevante é que 11,83% dos indivíduos não apontaram o motivo pelo qual não atenderiam pacientes HIV+. Com base no que foi exposto na revisão de literatura, tal atitude pode representar um processo de transição, revelado por uma situação de dúvida, de insegurança, o que permite supor a existência de um conflito entre a situação até então estabelecida e a nova conduta imposta na atualidade.

Com relação ao conhecimento sobre a probabilidade de contaminação em acidente perfurocortante, os achados sugerem que apenas 8,8% da população tinham noção da magnitude do risco de se contaminarem em acidente ocupacional envolvendo sangue infectado. Este fato, porém, não influenciou a decisão do Cirurgião Dentista em prestar atendimento ao paciente portador do vírus HIV. VILAÇA (1999), não encontrou significância estatística nesta questão. Quando considerado o conhecimento destes profissionais quanto aos procedimentos primários a serem adotados em casos de acidente com material biológico sabidamente contaminado com o vírus HIV, percebe-se que somente 8% conheciam as condutas corretas citadas pelo questionário. O teste Qui-quadrado indicou que há indícios de que a proporção de profissionais que apresentaram resistência ao atendimento de pacientes

portadores do HIV é menor entre aqueles que desconhecem os procedimentos básicos em caso de acidente que possa levar a uma contaminação. Tais resultados sugerem fortemente a precariedade do conhecimento dos Cirurgiões Dentistas na população em estudo acerca de situações envolvendo acidente perfurocortante e HIV/AIDS, inclusive se estiver sob a influência do acerto ao acaso. Os resultados apontam também que, paradoxalmente, o conhecimento sobre os cuidados a serem adotados após estes acidentes não influenciaram positivamente na decisão de atender os pacientes soropositivos para HIV.

Os achados deste estudo demonstraram ainda que as variáveis sexo, idade, situação conjugal, tempo de formado, titulação e renda não influenciaram na decisão do Cirurgião Dentista para o atendimento de pacientes HIV+, entretanto, observou-se que os profissionais que atendiam no serviço privado apresentaram maior resistência ao atendimento. Tal comportamento pode ser resultante da autonomia do profissional em decidir quem atender no estabelecimento de sua propriedade, além da perspectiva mercantilista da profissão, verificada neste estudo pelo receio de evasão da clientela e em outros estudos que verificaram a cobrança de preços mais elevados dos que os praticados no mercado, como forma de inviabilizar o tratamento ou tirar proveito da situação (FERREIRA, 1998; DISCACCIATI e LACERDA, 2001).

O fato dos achados relacionados ao tempo de formado e titulação não terem influenciado favoravelmente ao atendimento dos pacientes HIV +, sugerem que as Instituições de Ensino Superior, responsáveis pela formação do Cirurgião Dentista, não têm se mostrado efetivos na construção do saber na perspectiva ética, de forma a buscar a desconstrução de um imaginário social que desempenha papel destacado na promoção de atitude discriminatória que não deveria estar presente no cotidiano do profissional de saúde. Estes profissionais têm a obrigação social, técnica e ética de prestar atendimento e de estarem conscientes acerca dos riscos de contaminação envolvidos no processo de atendimento ao indivíduo portador de

qualquer enfermidade infecto-contagiosa. É provável que parte dos docentes responsáveis pela formação profissional compartilhem com os alunos de um universo simbólico que perpetue uma realidade de senso comum. RODRIGUES, SOBRINHO e SILVA (2005), em estudo realizado com 100 Cirurgiões Dentistas, com tempo de formação profissional variando de 1 a 35 anos, na cidade de Natal-RN, concluíram que, contrariando o esperado, não se observou um desempenho mais favorável por parte dos profissionais com menos tempo de formado, supondo-se um maior acesso às informações, discussões e conhecimentos atualizados sobre o tema. HOYOS et al. 1993, apud DISCACCIATI, (1999) afirmaram que o atendimento de pacientes HIV + ainda é “tabu” em muitas escolas de Odontologia e que a desculpa mais freqüentemente relatada para o não atendimento é a falta de infra-estrutura, contrariando orientações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da literatura mundial, que sustentam não serem necessários equipamentos de biossegurança extras aos já preconizados (BRASIL, 2000; GRECO, 1993; DISCACCIATE e VILAÇA, 2001; CAVALCANTE, 2003; SASSI, 2004).

Por considerar estas distorções, entre outras, o relatório final da 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL em 2004 aponta que o sistema de ensino superior está, de maneira geral, desvinculado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira. Neste contexto, o Art. 5º da resolução CNE/CES nº 1300/01, de 06/11/2001, estabelece que a formação do Cirurgião Dentista deve fomentar uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinarmente, baseada na convicção científica, de cidadania e de ética. Uma atuação que reconheça a saúde como direito de condições dignas à vida e que garanta a integralidade da assistência, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade. A resolução estabelece ainda a necessidade dos estágios curriculares, e neste sentido, as parcerias das Faculdades de Odontologia com os Centros de referência em atendimento a portadores de HIV/AIDS como opção de estágio curricular obrigatório, serão

de importância inestimável para uma nova atitude. SENNA, (2005) encontrou associação entre maior disposição para atender pacientes HIV positivos e ter tido experiência prévia com estes pacientes.

Quando verificada a associação entre a variável recusa no atendimento a pacientes portadores do HIV e a principal área de atuação clínica, observa-se que os Ortodontistas, Protesistas e Odontopediatras apresentaram os maiores percentuais de recusa, apesar de não efetuarem procedimentos na presença de sangramento com frequência, por sua vez os Implantodontistas, Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais e Periodontistas apresentaram os menores percentuais de recusa. Tais resultados são sugestivos de que, nas especialidades que demandam a execução de procedimentos cruentos, prevaleça uma abordagem mais criteriosa sobre os cuidados a serem adotados no atendimento do paciente HIV+. Com relação à recusa por parte dos Odontopediatras, VILAÇA (1999) encontrou resultados superiores aos deste trabalho.

Portanto, se não existe associação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais deste estudo com a disposição em atender pacientes HIV+, então qual seria a força motriz para que o Cirurgião Dentista venha a recusar o atendimento aos pacientes HIV positivos? Pode-se supor, segundo dados revistos na literatura, que tal atitude pode ser explicada com base na teoria das representações sociais, que, segundo MOSCOVICI (1978), apud CARDOSO (2004), é definida como o conhecimento do senso comum e tem a sua gênese através da conversação, propaganda/mídia e outros meios de comunicação baseados na linguagem, que resulta no processo pelo qual um objeto ganha sentido num determinado contexto histórico e social. Segundo JODELET (1998), no caso da AIDS, este conhecimento estaria ancorado no modelo contagioso de doença, ligada a práticas sanitárias da Idade Média para o controle da “lepra” e da “peste” em que, a idéia de contágio associava o adoecimento ao contato com o doente. O universo simbólico das pessoas, entre os quais, profissionais de saúde, ficou

povoado de conceitos como: doença incurável, contagiosa, mortífera, discriminação por parte das companhias de seguro, de empregadores, de profissionais de saúde, de escolas, violação dos direitos básicos de cidadania dos detentos, crianças, homossexuais e usuário de drogas (ROCHA, 1999). Tal contexto, foi se modificando a partir da segunda metade da década de 80, porém, os dados indicam que a atitude dos Cirurgiões Dentistas, apesar das alterações observadas, não vem se modificando no mesmo ritmo.

Portanto, com base nos pressupostos da representação social o que define as escolhas sobre as diferentes formas de pensar e agir são o contexto, as normas e as finalidades. Tais situações permitem às pessoas lançarem mão de um ou outro saber dependendo das circunstâncias particulares em que se encontram e dos interesses particulares que sustentam em um dado espaço e tempo (JOVCHELOVITCH, 2004). A autora faz a afirmação com base na definição de “polifasia cognitiva” proposta por MOSCOVICI, (1978) apud (JOVCHELOVITCH, 2004) que consiste da coexistência de uma diversidade de formas de pensamento, produzindo diferentes representações sociais, inclusive contraditórias, funcionando segundo diferentes lógicas no mesmo indivíduo.

Esperar mudança de atitude baseando-se apenas na dimensão racional das ações humanas, não é suficiente para a efetividade da transformação, é preciso considerar as elaborações simbólicas em torno da AIDS. As condições necessárias e indispensáveis para efetivação de mudanças estão estabelecidas: base social e conceitual de aceitabilidade para a construção de uma nova realidade, dentro de novos paradigmas histórico-sociais e de bioproteção, normas coerentes com este contexto e finalidade definida no princípio hipocrático da beneficência.

Por fim, deve-se destacar que algumas limitações próprias desta abordagem exploratória, através de questionários auto-aplicáveis eram esperadas: dificuldade de localização dos profissionais devido à desatualização do cadastro do CRO-BA, dificuldade de aplicação dos

questionários em virtude do tempo quase sempre exíguo do profissional, com solicitações para que deixasse o questionário para ser recolhido em outro momento.

Outro limite importante imposto por este tipo de abordagem refere-se à impossibilidade de análise da veracidade das respostas do profissional, visto que o complexo de significações da epidemia de AIDS seria melhor percebido através de complementação analítica da linguagem oral e corporal, mediante abordagens qualitativas.

7 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos propostos, na metodologia empregada e nos resultados alcançados por este estudo, chega-se às seguintes conclusões:

1 - O percentual de profissionais que referiram recusar o atendimento de pacientes HIV +

Para realização de procedimentos cruentos foi de 36,7%.

2 – Apenas 8,8% dos Cirurgiões Dentistas demonstraram conhecer a magnitude do risco

de contaminação após acidente com instrumento perfurocortante.

3 – Apenas 8% da amostra demonstraram possuir bom conhecimento sobre a conduta a ser

adotada após acidente ocupacional com instrumento perfurocortante.

4 - Não houve associação entre as variáveis sexo, situação conjugal, tempo de formado,

titulação ou renda com a decisão de atender pacientes HIV+.

5 – Na variável vínculo ocupacional verificou-se que a proporção de profissionais que

recusaram atender pacientes HIV+ foi maior na categoria de indivíduos que trabalham na clínica privada.

6 – Os profissionais com menor grau de conhecimento acerca das condutas a serem

adotadas após acidente com instrumento perfurocortante tiveram maior predisposição em atender pacientes HIV +.

RECOMENDAÇÕES

1 - Com a tendência de crescimento da epidemia nos extratos mais pobres da população, que possuem baixo acesso aos serviços de saúde privada, existirá uma demanda crescente desta camada social pelos serviços públicos em Odontologia. Desse modo o estado deve buscar a capacitação de suas unidades de atendimento para além dos centros de referência, visto que, as barreiras de biossegurança são suficientes para promover a proteção, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais.

2 - No processo de transformação da atitude do Cirurgião Dentista, as Faculdades de Odontologia possuem papel estratégico como espaço crítico, produtor e disseminador de ciência, para a formação de profissionais comprometidos com a humanização e a ética. Torna-se indispensável ampliar as discussões entre as disciplinas responsáveis pelo atendimento ambulatorial com o propósito de disseminar conteúdo específico, objetivando comprometer os professores com o processo de mudança. As parcerias entre Faculdades de Odontologia e os Centros de Referência para atendimento de pacientes com AIDS ocupam papel importante na desconstrução do medo.

3 - Os Cirurgiões Dentistas precisam buscar a inserção em equipes multiprofissionais envolvendo outros trabalhadores de saúde, psicólogos, assistentes sociais, etc., com o objetivo de apoiar os infectados e enfermos de AIDS, para que possam ajudá-los a viver com padrões aceitáveis de qualidade de vida.

4 - As entidades representativas da classe odontológica possuem a responsabilidade ética de continuar divulgando informações que sejam promotoras de transformação, convidando os profissionais a assumirem suas responsabilidades técnicas, sob pena de incorrerem em infração ética e constitucional.

5 - Considerando que as ações de cunho normativo fazem parte do processo de reelaboração das representações sociais, torna-se importante a aprovação do Projeto de Lei originado no Senado de nº 00051/03 da senadora Serys Shessarenko, que define crimes resultantes de discriminação ao portador do vírus HIV e ao doente de AIDS. Prevê detenção, de 1 a 4 anos, e multa para quem recusar ou retardar atendimento de saúde e divulgar a condição de portador do HIV ou de doente de Aids com o intuito de ofender-lhe a dignidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. G. R. O cirurgião dentista e outros profissionais de saúde portadores de HIV/AIDS: considerações bioéticas e psicológicas. 2001. Dissertação de mestrado, Deontologia e Odontologia Legal - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANDRADE, M. Sem barreiras. Revista da ABO Nacional, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 6-7, fev.-mar. 2002.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. Filosofando: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1996.

AYER, W.; MORETTI, R. J.; DERENFINKO, A. Dentists attitudes and experience regarding the treatment of HIV infected patients. Journal of Dental Research, Washington, v. 67, p. 256, mar. 1988.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Coordenação Estadual de DST/AIDS. Boletim epidemiológico de DST e AIDS. Bahia, 2005.

BARBOSA, R. H. S. Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde à gestante HIV+. 2001. Tese de doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BERGER, L. G. Luckmann. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes, 2002.

BISHOP, G. D.; OH, H. M. L.; SWEE, H. Y. Attitudes and beliefs of Singapore care professionals concerning HIV/AIDS. Singapore Med. Journal, v. 41, n. 2, p. 55-63, feb. 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 1300/01, de 06/11/2001. publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: manual de prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Projeto de Lei n. 00051/2003. Define crimes resultantes da discriminação ao portador do HIV e ao doente de AIDS. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: jan. 2006.

CABRAL, E. D. Influência da raça do paciente na decisão dos cirurgiões dentistas em extrair ou conservar um dente extensamente cariado: um estudo na cidade do Recife. 2004. Tese de doutorado - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife.

CAIXETA, R. B.; BRANCO, A. B. Acidente de trabalho com material biológico em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, mai.-jun. 2005.

CALLEGARI, J. S. M. Bioestatística, princípios e aplicações. Porto Alegre. Artmed, 2006.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2004.

CAVALCANTE, N. J. F.; MONTEIRO, A. L. C.; BARBIERI, D. D. Atualidades em DST/AIDS: biossegurança. 2.ed. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2003.

CARVALHO, A. C. P.; CARVALHO, D. R. Desempenho de graduandos de Odontologia no Exame Nacional de Cursos. Rev. da ABENO, São Paulo, v 2 n. 1, jan/dez, 2002

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Case control study HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood. MMRW, Washington, v. 44, n. 50, p. 929-933, 22 dez.1995.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Epidemiologic notes and reports update: transmission of infection during invasive dental procedures - Florida. MMWR, Washington, v. 40, n. 23, p. 377-381, 14 jun.1991.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Update U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HVC and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMRW, Washington, v. 50, n. 11, p. 1-42, jun, 2001.

CFO. Perfil profissional do Cirurgião Dentista, 2002.
www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_cd/pdf

CLEVELAND, J. L.; GOOCH, B. F.; BELTRAMI, E. M.; CARDO, D. Use of HIV postexposure prophylaxis by dental health care personnel: an overview and updated recommendations. *J. Am. Dental Association*, Washington, v. 133, n. 12, p. 1619-1626, dec. 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (3ª). Relatório. Brasília, DF, 2004. Relatório. Impresso.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológico: resolução CFO-42/2003 de 20 de maio 2003. Rio de Janeiro: CFO, 2003.

DALTON, L. P. R.; SILVA, M. Aspectos éticos do atendimento odontológico a pacientes HIV+. *Revista da APCD*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 75-77, mai.-jun. 1994.

DISCACCIATI, J. A. C.; PORDEUS, A. Você está disposto a tratar pacientes com AIDS? *Revista do CROMG*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 31-36, jan.-jun. 1997.

DISCACCIATI, J. A. C.; VILAÇA, E. L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 9, n. 4, abr. 2001.

EL-MAAYTAH, M. *et al.* Willingness of dentists in Jordan to treat HIV-infected patients. *Oral Diseases*, Jordan, v. 11, n. 5, p. 318, sept. 2005.

EVANS, B.G.; ABITEBOUL, D. Riepilogo della infezione da HIV contratte in ambiente lavorativo descritte nei rapporti pubblicate entro Dicembre 1997. *Euro Surveill*, Londra, v. 4, n. 3, p. 29-32, 1999.

FREITAS, S. F. T.; KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F. Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma visão construtivista. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Simpósio: a ética da alocação de recursos em saúde. *Bioética*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1977.

GERBERT, B. AIDS and infection control in dental practice: dentists attitudes, knowledge, and behavior. *J. American Dental Association*, Chicago, v. 114, n. 3, mar. 1987.

GERBERT, B. *et al.* Dental care experience of HIV positive patients. *Journal of American Dental Association*, Chicago, v. 119, n. 5, p. 601-603, nov. 1989.

GOMES, L. F. (Org.). Código penal, Código de Processo Penal, Constituição Federal. 7.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GOOCH, B. F. *et al.* Percutaneous exposures to HIV-infected blood, among dental workers enrolled in the CDC needlestick study. *J. American Dental Association*, Chicago, v. 126, sept. 1995.

GRECO, D. B.; NEVES, M. C. Simpósio AIDS e bioética. Bioética, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1993.

HARDY Jr, W. D. In: VILAÇA, E. L. O que falta aos odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS: conhecimentos ou sentimentos. 1999. 154p. Dissertação de mestrado - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Isto É, 13.03.1985; “AIDS segunda onda de pânico”.

IPPOLITO, G.; PURO, V.; PETRONILLO, N.; DE CARLI, G. Sorveglianza delle esposizioni professionali a patogeni a trasmissione ematico negli operatori sanitari: il programma nazionale italiano. Euro Surveill, Londra, v. 4, n. 3, p. 33-36, 1999.

JITORMISK, F.; TOMAMASI, A. F.; GREIN. Programa de controle da AIDS no Paraná: aspectos odontológicos. Odontólogo Moderno, Curitiba, v. 12, n. 7, p.46-49, jul. 1995.

JODELET, D; MADEIRA, M. C. AIDS e representações sociais: a busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

JITORMIRSK, F.; JACOMEL, J. Você atende pacientes com AIDS em seu consultório? Revista do Conselho Regional do Paraná, Curitiba, v. 8, p. 8-9, jul. 1997.

Jornal do Brasil, 29.03.1987; “Diário da peste”.

JOVCHELOJOVITCH, S. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. Psicologia e Sociedade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, mai.-ago. 2004.

KLEINBAUM, D. G. Logistic regression: a self learning text. New York: Springer, 1992.

MACHADO, A. A. et al. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais de saúde. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 26, n 1, jan. 1992.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MONTEIRO, A. L. Acidente de trabalho e doença ocupacional: conceito, processos de conhecimento e de execução e suas questões polêmicas. São Paulo: Saraiva, 1998.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças no curso de odontologia e interação com o SUS. Rev. da ABENO, São Paulo, v 4(1), dez. 2004.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. AIDS e odontologia: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas. Robrac, v. 8, n. 26, p. 7-10, 1999.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. Saúde, desenvolvimento e política: resposta frente à AIDS no Brasil. 1.ed. São Paulo: 34, 1999.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. AIDS, drogas, riscos e significados: uma construção sócio-cultural. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan.-mar. 2005.

RACHID, M; SCHEHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 7.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 230p.

RAMOS, D. L. P.; MARUYAMA, N. T. Aspectos éticos do atendimento odontológico de pacientes HIV positivos. In: SILVA, M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: Medisi, 1997, p. 59-72.

RAMOS, D. L. P. Entre a cruz e a espada. Rev. ABO nacional, São Paulo, v 6, n 2, abril/maio, 1998.

REIS, C. *et al.* Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. Public Library of Science, v. 2, ago 2005.

ROBERTS, R. B.; LINCOFF, A. S.; FRANKEL, R. E. Occupational exposure to HIV in an urban university hospital setting. Braz. J. infection disease. Salvador, v. 3, n. 2, p. 50-62, ape. 1999.

ROCHA, F. M. G. Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória. 1999. Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

RODRIGUES, M. P.; SOBRINHO, M. D.; SILVA, E. M. Os cirurgiões dentistas e as representações sociais da AIDS. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

SANTOS, N. J. S. *et al.*; A AIDS no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Revista Brasileira de Epidemiologia; São Paulo, v. 5, n. 3, dez., 2002.

SASSI, S. J. G. Acidente com material biológico: o que há em prevenção. Boletim Epidemiológico, C.R.T. – DST/AIDS, SES-SP, ano 2, n.1, jan, 2004.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-fev. 2005.

SILVA, R. A. Durabilidade e eficiência das próteses fixas e removíveis: aspectos legais. 2003. 137p. Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo, São Paulo.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico, C.R.T. – DST/AIDS, ano II- n° 1, jan. 2004.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

TERBLANCHE, J.; MERWE, D. Meningsopname onder tandartse in die R.S.A., Journal Dent. Assoc. Afr. South, Johannesburg, v. 43, n. 9, jul. 1988.

UNAIDS. AIDS epidemic update report, out. 2004.
www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004.

UNAIDS. AIDS epidemic update report, out. 2004.
www.unaids.org/wad2005/EPIupdate2005.

U.S. Agency for International Development. Health profile HIV/AIDS: Jordan, 2005.
[www.usaid.gov/our_work/global_haelth/aids/countries/jordan](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/countries/jordan).

VARANDAS, E. T. *et al.* Pesquisas em seres humanos: normalização para apresentação de protocolos. Recife, ed. UPE, 1998.

Veja, 26.04.1989. “Uma vítima de AIDS agoniza em praça pública”.

VILAÇA, E. L. O que falta aos odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS: conhecimentos ou sentimentos. 1999. 154p. Dissertação de mestrado - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

WILSON, N. H. F. *et al.* Factors associated with dentist's willingness to treat highrisk patients. British Dental Journal, Local, v. 178, n. 4, p. 145-148, feb. 1995.

ZACAN, L. F. Dilemas morais nas políticas públicas de saúde no caso da AIDS: uma aproximação a partir da bioética. 1999. Dissertação de mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Caro colega:

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “PROPENSÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA EM ATENDER PACIENTES HIV+” com o objetivo de compreendermos em profundidade a perspectiva do C. D. no que se refere à predisponibilidade em prestarmos atendimento a pacientes HIV positivos.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração no preenchimento do questionário em anexo.

O seu questionário será depositado dentro de uma urna lacrada, juntamente com outros, e só será retirado após a coleta de todos os dados, de modo que não será possível sua identificação.

Os resultados serão utilizados apenas na produção de conhecimento científico e você possui livre arbítrio para se recusar a participar deste trabalho.

Eu aceito participar da referida pesquisa.

Salvador,..... de 2005

.....
Assinatura do participante

PESQUISADOR: Robert Silva de Matos
R. Sen. Teotônio Vilela, 110; ed. Cidadela Center II; sala 105
Brotas – Salvador – Ba CEP. 40279-435
Tel. (71) 358 – 0396

ORIENTADORES: Profa. Dra. Maria Isabel Vianna
Faculdade de Odontologia – UFBA
R. Araújo Pinho, S/N - Canela

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

Sexo : () M () F	Idade :	Situação conjugal: () solteiro () relação estável
Tempo de formado: () até 10 anos () acima de 10 até 20 anos () acima de 20 anos		
Titulação: () graduado () especialização () mestrado ou doutorado		
Vínculo ocupacional: () público () privado () ambos		
Principal área de atuação clínica:		
Renda líquida mensal (em média):		

1 – Você acha que atende ou já atendeu paciente HIV positivo sem saber que este era portador do vírus?

() SIM () NÃO

2 – Você atenderia paciente HIV positivo para procedimentos não cruentos em seu consultório?

SIM NÃO

3- Você atenderia paciente HIV positivo para procedimentos cruentos em seu consultório?

SIM NÃO

4 – Você trabalharia num centro odontológico de referência para atendimento de pacientes portadores de DST/AIDS?

SIM NÃO

5 – Caso tenha respondido não às questões 2, 3 ou 4 o que a leva a tal atitude?

Receio de contaminação

Receio de este ato chegar ao conhecimento de sua clientela e vir a perdê-la?

Outros. Citar -

6 – Se você se acidentasse com um instrumento perfurocortante contendo sangue infectado com HIV qual a probabilidade de se contaminar?

não sei () de 10 a 15% de 5 a 10%
de 1 a 5% de 0,5 a 1% abaixo de 0,5%

7 – Se você se acidentasse com um instrumento perfurocortante contendo sangue infectado com HIV saberia quais as medidas a serem adotadas?

() não sei () uso de soluções anti-séptica. () lavagem com água e sabão.
() Dois meses de quimioprofilaxia expandida. () sempre quimioprofilaxia básica.
() imediato exame sorológico para HIV.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)