

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 fluidos 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 até 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 perfuro-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 perfuro-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

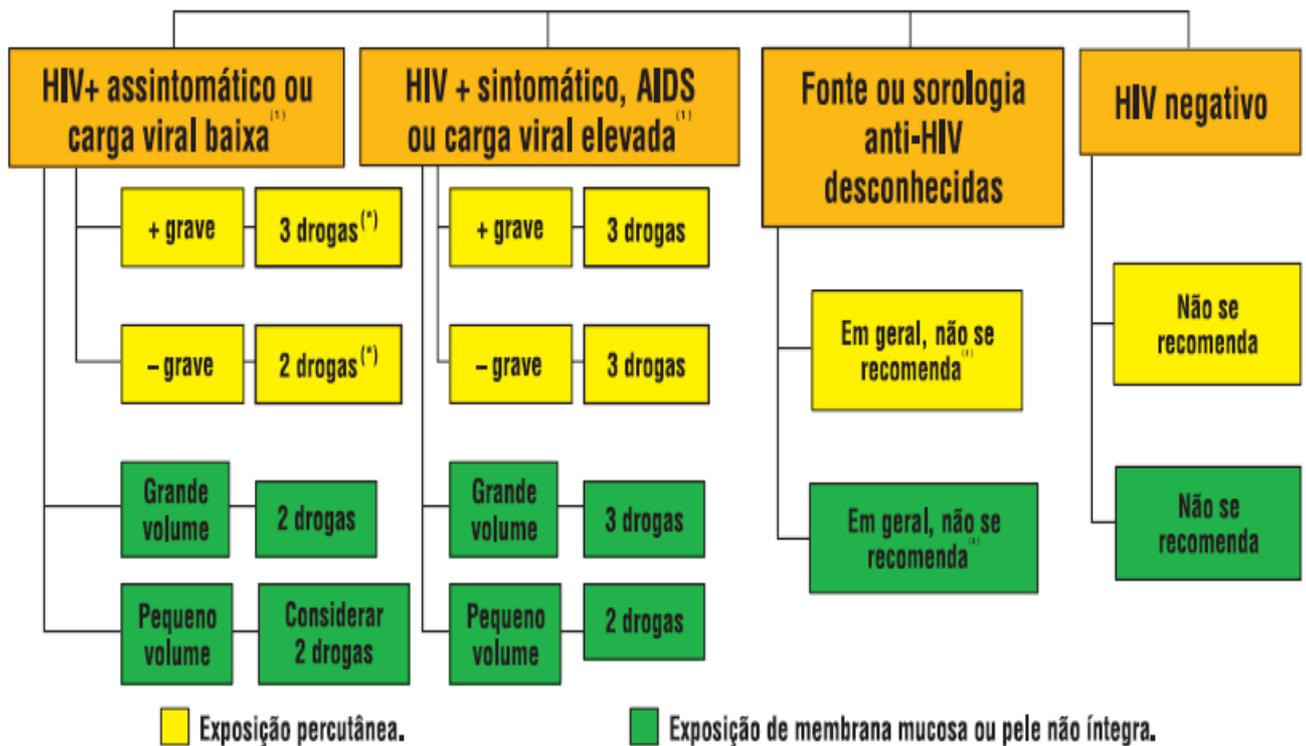
Há um consenso entre os pesquisadores de que é quase nula a possibilidade de contaminação com o HIV durante um procedimento odontológico (GOOTH, 1995; DISCACCIATE e VILAÇA, 2001; CLEYVERLAND, 2002). Na literatura mundial, não há casos comprovados de que um Cirurgião Dentista tenha se contaminado com 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