

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 Slhessarenko, 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.