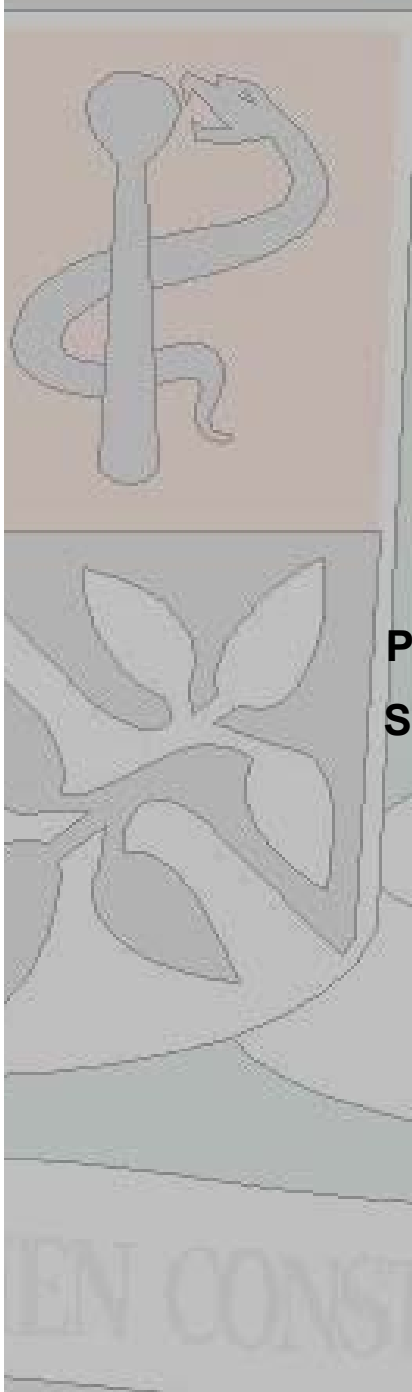




UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Mestrado em Odontologia

Logotipo da Faculdade de Odontologia, composto por um retângulo dividido em duas partes: a superior contém um caduceu (uma serpente enrolada em um bastão) e a inferior contém um ramo de árvore com folhas. Abaixo do retângulo, há uma faixa curva com o texto "EM CONSTRUÇÃO".

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO,
PERCEPÇÃO E CONDOTA DE PACIENTES DOS
SETORES PÚBLICO E PRIVADO SOBRE AIDS E
INFECÇÃO HIV**

**MARGARETH DE FATIMA GONÇALVES BESSA LEÃO
SALVADOR
2004**

MARGARETH DE FATIMA GONÇALVES BESSA LEÃO

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO,
PERCEPÇÃO E CONDUTA DE PACIENTES DOS
SETORES PÚBLICO E PRIVADO SOBRE AIDS E
INFECÇÃO HIV**

**Dissertação apresentada à
Universidade Federal da
Bahia em cumprimento às
exigências para obtenção
do título de Mestre em
Odontologia.
Área de concentração:
Clínicas Odontológicas.**

Orientador: Prof. Dr. Antônio Luiz Barbosa Pinheiro

FICHA CATALOGRÁFICA

BESSA, Margareth de Fátima Gonçalves Leão .

Avaliação do Nível de Informação Percepção e Conduta de Pacientes dos Setores Público e Privado Sobre AIDS e Infecção HIV. Margareth de Fátima Gonçalves Bessa Leão .Salvador, UFBA, Faculdade de Odontologia, 2004 .

136F

Dissertação: Mestrado em Odontologia (Clinicas Odontológicas)

1- AIDS/ Informação

3- Conduta

2- Percepção

4- Pacientes Odontológicos

I - Dissertação Mestrado – Faculdade de odontologia - UFBA

II - título

À meus filhos

Ana Livia,

Luiz Filipe e

Pedro Arthur

Agradecimentos,

Ao Prof. Dr. Antônio Luiz Barbosa Pinheiro, orientador desta pesquisa, pela grandeza de seus conhecimentos, pela sensatez e simplicidade com que os administra.

À Prof. Dr^a. Luciana Ramalho, coordenadora do Mestrado, pelas palavras cordiais de elogio e incentivo.

À todos os professores do Mestrado que através de um enfoque que engloba todas as sutilezas, riqueza e complexidade da vida, reforçaram em mim paradigmas que cultuam valores humanos, respeitando as várias tendências de pensamento, com discernimento e senso crítico.

Aos meus pais Walmir Colares Bessa e Anilda Gonçalves Bessa pelo estímulo e apoio incondicional.

À Waldir Nascimento Bessa (in memoriam) que sempre cultuou o saber, as letras e as artes.

Aos meus filhos que participaram, desta conquista, com espírito altruísta, apesar da pouca idade.

À Aureliano Leão pelo incentivo constante.

Aos colegas CDs que permitiram que seus pacientes participassem desta pesquisa.

Ao serviço Público Municipal de saúde na pessoa do Sr. Secretário Dr. Eduardo Avelino Pereira que autorizou a visita dos entrevistadores aos postos.

Aos pacientes, que concordaram em responder o questionário, instrumento desta pesquisa, e assim o fizeram.

O conhecimento é uma virtude universalmente obrigatória. Alguns nascem com o conhecimento desse dever. Outros o conhecem através da consciência evidenciada pelo estudo. E existem aqueles que adquirem esse conhecimento depois de um penoso sentimento de sua ignorância .

Ser amante do saber é estar próximo do conhecimento.

Confúcio , A Grande Ciência, 550 A.C

LISTAS FIGURAS

Figura 01	Box-plot representativo da distribuição dos pacientes segundo a idade nos setores público e privado	63
Figura 02	Distribuição percentual dos pacientes segundo a escolaridade nos setores público e privado	65
Figura 03	Proporção da utilização de Equipamento de proteção individual (EPI) pelos seus CDs segundo os pacientes dos setores público e privado.....	71
Figura 04	Percentual de classificação caso o CD for realizar atendimento sem luvas, nos setores público e privado	73
Figura 05	Distribuição percentual dos pacientes dos setores público e privado quanto a informação sobre AIDS	75
Figura 06	Crença dos pacientes dos setores público e privado quanto a possibilidade de transmissão da AIDS/HIV no consultório odontológico.....	76
Figura 07	Demonstração do percentual de pacientes dos setores público e privado quanto a informação sobre AIDS e transmissão do HIV em consultório odontológico.....	77
Figura 08	Atitude dos pacientes dos setores público e privado caso seus CDs atendessem pacientes AIDS/HIV	78
Figura 09	Atitude dos pacientes dos setores público e privado caso seus CDs fossem portadores de HIV.....	79
Figura 10	Conduta dos pacientes dos setores público e privado em comunicar caso descobrissem portador do HIV aos seus CDs.....	80

Figura 11	Conduta dos CDs segundo os pacientes dos setores público e privado caso este soubessem que eles eram portadores do HIV	81
Figura 12	Representação do percentual das respostas afirmativa frente ao HIV nos setores público e privado	82
Figura 13	Percentual de questionamento pelos CDs segundo os pacientes dos setores público e privados sobre AIDS ou se são portadores do HIV	83
Figura 14	Percentual de questionamento sobre saúde geral e AIDS/HIV na anamnese pelo CDs segundo os pacientes dos setores público e privado	84
Figura 15	Distribuição dos pacientes frente a testagem HIV, nos setores público e privado respectivamente	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes segundo o sexo dos setores público e privado	62
Tabela 2	Medidas descritivas da idade dos pacientes setores público e privado	62
Tabela 3	Distribuição percentual dos pacientes segundo a escolaridade nos setores público e privado	64
Tabela 4	Distribuição dos Pacientes com escolaridade (3º grau) segundo à área de conhecimento dos setores público e privado	65
Tabela 5	Distribuição dos pacientes segundo a freqüência ao CD nos setores público e privado	66
Tabela 6	Distribuição dos pacientes segundo o número de CD nos setores público e privado	67
Tabela 7	Distribuição dos pacientes segundo o uso de luvas pelos seus CDs nos setores público e privado.....	68
Tabela 8	Distribuição dos pacientes segundo o uso de máscara pelos seus CDs nos setores público e privado	68
Tabela 9	Distribuição dos pacientes segundo o uso de gorro pelos seus CDs nos setores público e privado.....	69
Tabela 10	Distribuição dos pacientes segundo o uso de óculos de proteção pelos seus CDs nos setores público e privado	70
Tabela 11	Distribuição dos pacientes segundo o uso de avental pelos seus CDs nos setores público e privado	70

Tabela 12	Classificação do atendimento do CD segundo a higiene pelos pacientes dos setores público e privado	72
Tabela 13	Percepção dos pacientes sobre o protocolo da Anamnese quanto a perguntas sobre sua saúde geral nos setores público e privado.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus
RNA	Ácido Ribonúcleico
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
RPC	Reação de Polimerase em Cadeia
NASBA	Nucleic Acid Sequence- Based Amplification
HBV	Hepatites B Virus
AZT	Zidovudina Nucleosídeo (Ani HIV)
ddl	Didanosina Nucleosídeo (Anti HIV)
ddC	Zalcitabina Nucleosídeo (Anti HIV)
3TC	Lamivudina Nucleosídeo (Anti HIV)
d4T	Estavudina Nucleosídeo (Anti HIV)
ABC	Abacavir Núcleoosídeo (Anti HIV)
AR	Anti- Retrovirais
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ADA	American Dental Association
CD	Cirurgião-Dentista
CDC	Center for Diseases Control
CFO	Conselho Federal de Odontologia
HTLV-III	Human T-Limphotropic Vírus Type III (Vírus Linfotrópico de células T Humans Tipo III)
MPU	Medidas de Prevenção Universal
OMS	Organização Mundial de Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis

RESUMO

O estudo objetiva avaliar o nível de informação, a percepção e conduta dos pacientes sobre AIDS, que freqüentam consultório odontológico do setor público de saúde e do setor privado, na cidade Montes Claros – Minas Gérias. Foram entrevistados 390 pacientes sendo 195 de cada setor. A AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença infecciosa viral, que atinge o sistema imunológico do paciente. É uma epidemia que requer informação sobre transmissão, biossegurança, prevenção e que se estende aos aspectos éticos e legais. Entre os aspectos que envolve a AIDS/HIV sobressaem os confrontos e limitações pessoais ao enfrentar esta realidade. Os resultados da pesquisa mostram que os pacientes percebem que seus CDS utilizam equipamentos de proteção individual (EPI), principalmente luvas e máscaras. A utilização do EPI completo, ainda não é uma constante. Evidência que os pacientes fazem questão do uso do (EPI) pelos seus CDs. A anamnese foi questionada e segundo relato dos entrevistados apenas 30,8% dos CDS perguntam com freqüência sobre sua saúde geral. E 75,9% dos pacientes responderam que seus CDS não os questionaram sobre um possível contato com HIV ou se é portador do mesmo. As respostas sugerem que os Cirurgiões-Dentistas devem colocar em prática seus conhecimentos científicos observando as recomendações universais de biossegurança e dos protocolos da anamnese. Quanto a avaliação da informação sobre AIDS/HIV, apesar de 72,5% (média dos dois setores), dos pacientes se declararem esclarecidos, em perguntas subseqüentes do questionário mostram desinformação quanto à transmissão do HIV. A atitude e conduta dos entrevistados frente a soropositividade para HIV evidenciam medo, preconceito, e insegurança dos pacientes de se caso portador se tornar confesso, e o receio de estarem com pessoas infectadas pelo vírus em um mesmo espaço físico, no caso consultório odontológico. A pesquisa mostra que os pacientes necessitam de mais informações e de reverem crenças e conceitos pessoais sobre AIDS/HIV. A avaliação percentual de pacientes que se submeteram ao teste para saber se são portadores do HIV, apresenta como resultado médio dos dois setores que 30% dos entrevistados foram testados.

Descritores: AIDS/HIV, Informação, Percepção, Conduta, Pacientes Odontológicos.

ABSTRACT

The purpose of this study is to assess the level of knowledge, perception and behavior of the patients who attend regularly the health public and private department, about AIDS in Montes Claros city- Minas Gerais . Three- hundred and ninety (390) patients had been interviewed, one- hundred and ninety-five from each department. AIDS, Acquired immunodeficiency syndrome is an infectious disease caused by a virus that reaches the patient immunological system It is an epidemic which requires knowledge about transmission, biosecurity, prevention and which extends through ethical and legal aspects. The AIDS/HIV approach stands out confrontations and personal limitations for dealing with this reality. The results of the research show that the patients realize that their dentists wear individual protection equipments (IPE), mainly gloves and masks. The wearing of the IPE it is not yet a constant .It becomes evident that the patients are adamant about the wearing of IPE from their dentists. According to the health questionnaire only 30.8 % of the patients interviewed told that their dentists frequently ask about their health in general . And 75.9% total that their dentists did not ask about a possible contact with HIV or if they have the virus. Their scientific knowledge according to the universal recommendation of biosecurity and the health questionnaire register. In relation to the knowledge evaluation of AIDS/HIV even though 72.5% (average among the two departments) of the patients declare themselves informed in following questions they showed that are not well. Informed about the HIV transmission, the attitude and the behavior of the interviewer dealing to HIV positive show fear, prejudice beliefs and insecurity in admit and suspicion in facing people who are infected by the virus, in the same place for instance the dentist's office. The research shows that patients need to extend their knowledge about AIDS/ HIV. The percentual evaluation of the patients that submit themselves to the test for coming to know if are HIV positive, points out, as an average result among the two departments , that 30% of the interviewer were tested.

Descriptors: AIDS/HIV ,Knowledge, perception, behavior odontological, patients .

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	14
2. RETROSPECTIVA DA LITERATURA	18
2.1. AIDS / HIV	18
2.1.1. Teste diagnóstico – teste rápido / acidentes ocupacionais.....	25
2.1.2. Forma de transmissão – transmissão ocupacional.....	31
2.1.3. Terapia retro viral	36
2.2. Odontologia – portadores de HIV.....	40
2.2.1. Biossegurança	44
2.2.2. Anamnese – exame clínico	47
2.3. Pacientes odontológicos HIV / AIDS: Conhecimento / crença, percepção e atitude	50
3. PROPOSIÇÃO	58
4. METODOLOGIA	59
4.1. Ética	59
4.2. Matéria e Método	59
4.3. Estatística	61
5. RESULTADOS	62
6. DISCUSSÃO	86

7. CONCLUSÃO	100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
9. ANEXOS.....	110

ANEXO A – Resolução 196/96

ANEXO B – Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres
Humanos

ANEXO C – Termo de Aprovação e Parecer Consubstanciado do
Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES – Universidade
Estadual de Montes Claros

ANEXO D - Consentimento para a realização da pesquisa na
Rede Pública de Saúde de Montes Claros

ANEXO E - Consentimento para a realização da pesquisa em
Consultórios Privados

ANEXO F – Termo de Consentimento Esclarecido

APÊNDICE 1– Questionário aplicado aos pacientes dos setores
público e privado

APÊNDICE 2- Dados sobre a cidade de Montes Claros – Minas Gerais

1- INTRODUÇÃO

A AIDS é hoje um grande desafio para o sistema de saúde. Tem como agente etiológico o Human Immunodeficiency Virus, HIV, pertencente à família dos retrovírus. A AIDS caracteriza-se por imunodepressão resultante da destruição dos linfócitos T4, ocasionando infecções por agentes oportunistas. É considerada atualmente uma doença crônica, pelo longo período de incubação e pelos avanços terapêuticos que permitem uma sobrevida maior aos pacientes. Mas o aspecto letal da síndrome, o crescimento acentuado de casos em todos segmentos da sociedade, a inexistência da cura, além da conotação estigmática que afeta seus portadores, são questões a serem equacionadas e que parecem estar distantes de uma solução satisfatória.

A AIDS representa uma das principais preocupações para a prática médica e odontológica, sendo considerada a doença mais significativa a afetar nossa sociedade nos últimos anos (DISCACCIATI e PORDEUS, 1999). Considerada uma doença fatal a AIDS representa a manifestação tardia e avançada do processo de infecção pelo HIV, com comportamento principalmente imunidade celular.

Na atualidade, reconhece-se a influência predominante de fatores humanos na disseminação da epidemia, requerendo intervenções direcionadas à adoção de comportamentos preventivos. O conhecimento sobre a AIDS, modo de transmissão e de prevenção, ressalta-se como determinantes de relevância para a adoção de conduta preventiva correta.

Deter as infecções nos consultório odontológico tem sido um dos grandes desafios para Cirurgiões-Dentistas, pesquisadores e imunologistas. Na maior parte das vezes, os microrganismos patógenos têm driblado as medidas de segurança adotada na atualidade, colocando em risco profissionais e pacientes. Por outro lado, a falta de cuidados de alguns Cirurgiões-Dentistas em relação a biossegurança tem propiciado a intensificação do ciclo de infecções cruzadas (FERREIRA, 1980).

Outro fator é a presença do preconceito que constitui um problema de ordem social de grande dimensão, no qual a sociedade reforça cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

A Organização Mundial de Saúde (1988), considera que os Cirurgiões-Dentistas têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas pelo HIV. Estes profissionais devem, portanto, possuir conhecimentos sobre o processo da doença, suas manifestações orais e modo de transmissão do HIV. Não obstante problema ético, que ainda persistem manifestados por condutas com abandono de pacientes e recusas de atendimento, provavelmente devido ao medo e preconceito relativo ao caráter da doença (MARUYAMA, RAMOS, 1996). De acordo com estudos anteriores realizados em diversos países, as principais barreiras apresentadas manifestadas pelos Cirurgiões-Dentistas no atendimento do paciente HIV positivo tem sido insegurança quanto ao risco pessoal de contágio pelo vírus (GERBERT, 1987; SOTE, 1992; MCCARTHY, MCDONALD, 1996), dúvidas quanto a eficácia das medidas de controle de infecção (HARDIE, 1992),

dificuldades em relação ao receio do pessoal auxiliar (MCCARTHY, MCDONALD, 1996; BRAY, CHAPAMAN, 1990) e receio de perder pacientes caso soubessem que eles tratam pacientes HIV positivos ou com AIDS.

Portanto, os obstáculos estruturais postos ao exercício dos direitos humanos e as perspectivas de sua superação são simultaneamente frutos de um paradigma social que deve ser reformulado, do qual somos todos partícipes.

Lidamos com um conjunto de reflexões e ações que se confundem com a busca permanente da humanidade por liberdade, justiça e dignidade, que deverá estar acima da própria epidemia.

O consultório odontológico é um local propício à propagação de infecções, sendo o risco significativo (GONÇALVES e PORDEUS, 1997). O uso de métodos de prevenção e os conhecimentos sobre infecção cruzada na clínica odontológica são imprescindíveis. A utilização do equipamento proteção individual completo (EPI) como máscaras, luvas, protetor ocular e facial, gorro, avental descartável e sapatilha são sistema de prevenção clínica que devem ser aplicados sempre e reduzem a praticamente zero o risco de contaminação (FERREIRA, 1998; NESI, 2000).

O conhecimento do Cirurgião-Dentista quando às normas de esterilização e desinfecção dos instrumentos e materiais, bem como das normas de proteção pessoal e do paciente, constituem componentes importantes na conduta correta para evitar o risco de transmissão do HIV. Os

Cirurgiões-Dentistas representam significativa parcela dos profissionais da área de saúde que, por circunstância da sua profissão, estão em contato com possíveis fontes de transmissão representadas, por sangue, secreções e instrumentais de trabalho.

A maioria das pesquisas envolvendo a AIDS no consultório odontológico se concentra em observar o conhecimento dos profissionais em relação ao controle de infecção, as normas de assepsia recomendadas por organizações oficiais, e as suas atitudes frente a pacientes soropositivos. Pouco se sabe sobre a visão dos pacientes com relação a problemática da AIDS, no consultório odontológico.

A proposta desta pesquisa foi tentar suprir e acrescentar informações sobre a avaliação do conhecimento, conduta e percepção dos pacientes frente a problemática da AIDS/HIV, através de um estudo comparativo entre os pacientes que freqüentam os setores público e privado. Para que haja mudanças, principalmente no paradigma social os aspectos informativos e educacionais, sobre a AIDS/HIV, devem ser abordados pelos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho, tanto no setor público como no setor privado.

Considerando ser o conhecimento um fator condicionador que antecede á postura individual do paciente, coube a esta pesquisa investigar até que ponto estes pacientes apresentam informações sobre a AIDS, no que diz

respeito a transmissão, prevenção, preconceito e comportamento como consumidores de serviços de saúde.

2 - RETROSPECTIVA DA LITERATURA

2.1 – AIDS/ HIV

A AIDS (*Adquired Immunodeficiency Syndrome*) é uma doença infecto-contagiosa de âmbito mundial que carrega o estigma de ser incurável e levar à morte (DELAÍ *et al.*, 1996). Desde o seu advento esta doença tem causado muita polêmica entre os Cirurgiões-Dentistas. A Organização Mundial de Saúde considera que estes profissionais têm a obrigação humana e profissional de atender e tratar as pessoas infectadas com o vírus da AIDS (NUNES. M. F. & FREIRE, M. C., 1999), embora alguns acreditem que o profissional da área de saúde tem o direito de atender ou não a um paciente (PINHEIRO, 2000). De acordo com alguns autores, os Cirurgiões-Dentistas poderão recusar a prestação de serviços odontológicos, a não ser em situações de urgência (PINHEIRO, 2000).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do gênero masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Posteriormente alguns casos ocorridos nos últimos anos da década dos 70, foram identificados como tendo sido AIDS. (PARK, 1997).

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando o diagnóstico foi feito em sete pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Nos últimos anos, vêm ocorrendo importantes mudanças no perfil epidemiológico da AIDS. A epidemia que, em sua primeira fase (1980 a 1986), caracterizava-se pela preponderância da transmissão em homens homo ou bissexuais, de escolaridade elevada, em sua segunda fase (1987 a 1991), passou a caracterizar-se pela transmissão sangüínea, especialmente na subcategoria de usuários de drogas injetáveis (UDI), dando início, nesta fase, a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia, ou seja, mais pessoas com baixa escolaridade e de pequenas cidades do interior estavam se infectando. Finalmente, em sua terceira fase (1992 até os dias atuais), um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância a introdução de casos do sexo feminino (feminização da epidemia). Temos, portanto, a exposição heterossexual atualmente representando a principal subcategoria de exposição em crescimento (em 1991, eram 21%, e em 1996/97 passam a 55%) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

A Epidemia de AIDS no Brasil está num processo de estabilização, embora em patamares elevados, tendo atingindo, em 2003, 18,2 casos por 100 mil homens. Esta estabilização é observada apenas entre os homens. Entretanto observa-se ainda o crescimento da epidemia em mulheres; já que a maior taxa de inviolência foi observada em 2003: 14,0 casos por 100 mil mulheres. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

A subnotificação, casos identificados pelos profissionais de saúde e não notificação ao serviço local de saúde pública, é alta o que impede o conhecimento da magnitude da epidemia e, conseqüentemente, compromete o planejamento das ações assistenciais e preventivas necessárias. (OLIVEIRA et al, 2004). Vários fatores contribuem para a subnotificação de casos, tais como o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre quais doenças devem ser notificadas e quando, como e para onde remeter a informação; crença de que outro profissional já notificou o caso. No caso específico da AIDS pode-se acrescentar o fato de o paciente ou familiares solicitarem o médico que mantenha sigilo do diagnóstico. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001).

A AIDS é uma infecção que pode ser caracterizada por um período inicial, muitas vezes assintomático, e logo depois se temos a fase soroc conversão, também chamada *AIDS Related Complex* (ARC), seguido de uma fase de incubação (assintomática) que pode durar vários anos, podendo acabar a qualquer momento com o surgimento de infecções oportunistas (fase sintomática), desenvolvendo a síndrome da imunodeficiência adquirida. Embora clinicamente saudável, o paciente poderá transmitir o vírus, desde o momento de sua infecção até o seu óbito. Esta doença tem tido grande influência nas práticas de cuidados a saúde onde a adoção de precauções universais de controle de infecção (CI) tem sido a evidência mais visível dessa mudança (HARDIE, 1992; HELD FILHO; ALCANTARA, 1996; PINHEIRO, 1998).

Como tem sido demonstrado, o HIV não tem a capacidade de se reproduzir por si próprio. Para superar tal limitação, ele age como um autêntico parasita, invadindo e aproveitando a essência energética de células do sistema imunológico normal do ser humano, no caso, os linfócitos como células CD4. Pode-se dizer que o HIV, tanto do tipo 1 como do tipo 2, utiliza essas células como verdadeiras fábricas de reprodução viral. Estima-se que a cada dia são reproduzidas ou criadas mais de um bilhão de novas partículas virais no portador do HIV/AIDS. (PARK, 1997).

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro. (WALDRON, 1995)

A infecção pelo HIV começa com a ligação da proteína do envelope viral, GP 120, ao receptor CD4 da célula. Após essa ligação, ocorre o processo de fusão do envelope viral com a membrana celular, envolvendo a participação de outras proteínas virais e receptores de células. Assim, o material genético viral pode entrar na célula. Uma vez no interior da célula, o genoma RNA do vírus é transformado, pela ação da transcriptase reversa, numa cópia de DNA. Temos assim uma cópia do genoma viral RNA que se transformado em DNA, que se liga ao cromossomo hospedeiro, através de enzima integrase, sendo a seguir transcrito em RNA, que será traduzido em precursores. Esse, por meio de

enzima protease. formam partículas virais maduras, que saem desta célula infectando outras. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

Atualmente, existe uma grande preocupação com a AIDS em todos os países do mundo. O principal motivo desta preocupação é que a AIDS deixou de ser apenas um problema de saúde, para ser um problema social. A AIDS não ataca apenas as pessoas que fazem parte de certos grupos, ou seja, ela não ataca somente hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis e indivíduos que recebem transfusão de sangue. Hoje, sabe-se que qualquer um está sujeito a contrair o vírus e, por esse motivo, precisamos nos proteger e proteger as pessoas que nos cercam. O vírus da AIDS não tem preferência por este ou aquele grupo: pode infectar qualquer um, independente do gênero, da raça, da religião, da profissão ou da opção ou contingência sexual. A AIDS passou de uma epidemia para uma pandemia, ou seja, uma epidemia alastrada por todo o mundo. Como o tempo de incubação do vírus é muito longo, o HIV encontra condições mais favoráveis para sua propagação e se torna de mais difícil controle epidemiológico. (HOOG 1998).

Dentro deste contexto de propagação da epidemia, a AIDS está atingindo muito rapidamente os heterossexuais, as mulheres e os adolescentes, assim como as pessoas mais pobres, de menor nível de instrução e com maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde. A AIDS é, e vai continuar sendo, cada vez mais, uma epidemia de Terceiro Mundo, de países pobres. Hoje, atinge em cheio a África, a Ásia e a América Latina, regiões com falta de recursos para investir na prevenção, no tratamento e na

pesquisa da AIDS. A propagação da AIDS está relacionada também com o uso e, conseqüentemente, o tráfico de drogas. Sabe-se muito bem como essa questão é grave e de difícil solução em todos os países do mundo; mas precisa ser enfrentada senão com a lei, pelo menos com informação e educação. Na medida em que a infecção pelo vírus da AIDS pode ocasionar a morte de uma parte dos indivíduos infectados, as pessoas que a contraem passam a conviver com graves problemas psicológicos: angústia, depressão, medo, revolta. (BRASIL, Ministério da Saúde Coordenação Nacional de DST / AIDS, 2002).

O HIV-1 foi isolado em 1983 de pacientes com AIDS, pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou Vírus Associado À Linfadenopatia) e HTLV-III (*human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo II) respectivamente nos dois países. Em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano a Organização Mundial de Saúde recomendou o termo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos. (PARK, 1997)

O HIV é bastante hábil no meio externo, sendo inativado por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de Sódio, 1% Glutaraldeído 2%). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até, no máximo, um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias à

temperatura ambiente ou até 11 dias a 37°C (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Durante o ciclo vital do HIV na célula humana ocorre 1 ligação de glicoproteínas vitais (gp120) ao receptor específico da superfície celular (principalmente CD4); 2 fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira; 3 liberação do “core” do vírus para o citoplasma da célula hospedeira; 4 transcrição do RNA viral em DNA complementar, dependente da enzima transcriptase reversa; transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou permanecer em forma circular isoladamente; o provírus é reativado e produz RNA mensageiro viral indo então para o citoplasma da célula; proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades por meio das enzimas proteases; as proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira; o *vírion* recém-formado é liberado para o meio circulante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluido extracelular ou infectar novas células. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

A interferência em qualquer um destes passos do ciclo vital do vírus impediria a multiplicação e/ ou a liberação de novos vírus. Atualmente estão disponíveis comercialmente drogas que interferem em duas fases deste ciclo: a fase 4 (inibidores da transcriptase reversa) e a fase 7 (inibidores da protease) (RATNER, 1999).

2.1.1 – Testes diagnósticos – teste rápido/ acidente ocupacional

Estima-se que no Brasil haja mais de cinco milhões de portadores do HIV sabendo ou não, (JITOMIRSKI, 1999). Desses, aproximadamente um milhão já fizeram o teste, enquanto os demais ainda não sabem da infecção e podem estar disseminando o vírus.

O Ministério da Saúde disponibiliza o teste gratuito em 231 Centros de Testes e Aconselhamento espalhados pelo país onde o resultado é fornecido ao próprio requerente, com total sigilo e acompanhamento psicológico, em caso de positivo. Os testes são realizados gratuitamente em hospitais públicos e postos de saúde.

Estima-se que 20% dos brasileiros já tenham feito o teste do HIV, sendo que a maior parte dos casos ocorreu em momentos como doação de sangue e exame de pré-natal. Em 2001, foram testadas aproximadamente 1,8 milhão de pessoas, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Até outubro de 2002, estima-se que 1,7 milhão foram testadas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

As estratégias de incentivo à testagem HIV na população, com disponibilidade gratuita de testes na rede pública de saúde, têm mostrado resultados positivos, alcançando cobertura de 28% na população brasileira. O percentual é maior entre as mulheres na faixa etária 25 a 39 anos por realizarem o teste no acompanhamento da gestação, no atendimento pré-natal. (SZWARCOWALD et al 2004).

Os anticorpos contra o HIV aparecem principalmente no soro ou plasma de indivíduos infectados, em média, 3 a 12 semanas após a infecção. Em crianças com até 18 meses, o resultado dos testes sorológicos é de difícil interpretação. Frequentemente os anticorpos detectados contra o vírus são decorrentes da transferência passiva de anticorpos maternos. Nesses casos, os testes imunológicos não permitem a caracterização da infecção.

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos basicamente em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos, testes de detecção de antígenos, técnicas de cultura viral e testes de amplificação do genoma do vírus. As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Essas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas, sendo de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não o próprio vírus diretamente. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus ou suas partículas e são utilizadas em situações específicas, tais como: esclarecimento de exames sorológicos indeterminados ou duvidosos, acompanhamento laboratorial de pacientes, mensuração da carga viral para controle de tratamento, etc.

Janela imunológica é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica), varia de seis a doze semanas (um mês e meio a três meses) após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2,1 meses. Os testes utilizados

apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 5,8 meses após a transmissão.

Soroconversão é a posituação da sorologia para o HIV. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Esta recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nesta fase observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis pela imunidade, particularmente os linfonodos. (BRASIL,Ministério da Saúde, 2000).

O ELISA (teste imunoenzimático): utiliza antígenos virais recombinantes ou peptídeos sintéticos adsorvidos à superfície de cavidades de placas de microtitulação, ou pérolas. A seguir, adiciona-se o soro do paciente. Se o soro possuir anticorpos específicos, estes serão fixados aos antígenos. A visualização da reação pode ser feita após a adição de um substrato específico para a enzima, associado a um cromógeno, com o aparecimento de cor resultante da ação da enzima. Essa técnica vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade.

A imunofluorescência indireta: é um teste utilizado na etapa de confirmação sorológica que utiliza lâminas de vidro como fase sólida e, como antígeno, células de origem linfocitária, infectadas, portadoras de antígenos

virais. que podem ser detectados em sua superfície. A presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência.

O *Western-blot*: inicialmente é feita a separação das proteínas virais por eletroforese, seguida da transferência dos antígenos para uma membrana que, depois, é bloqueada com proteínas que são adsorvidas por sítios não ocupados pelos antígenos e colocada em contato com o soro que se deseja pesquisar. As reações antígeno-anticorpo são detectadas por meio da reação com antiimunoglobulina humana, conjugada com um radioisótopo ou uma enzima. A revelação é feita por auto-radiografia ou por substrato cromogênico. Este teste é considerado “padrão ouro” para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade e comparativamente aos demais testes, um elevado custo.

Os testes rápidos e testes simples: dispensam em geral a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Sua aplicação é voltada para locais de testagem de um número reduzido de amostras e em inquéritos epidemiológicos. Apresentam sensibilidade comparável à dos testes de ELISA. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos.

Em 1998 foi introduzido, no Hospital Universitário de Ribeirão Preto, o teste rápido anti-HIV para avaliação do paciente fonte nos acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado (AMPC), em profissionais da saúde (PS), com posterior confirmação através do ensaio

imunoenzimático (ELISA), com intuito de racionalizar o uso de medicação profilática contra o HIV-1 (MACHADO, 2001).

O teste rápido para HIV-1 tem boa correlação com o ELISA, diminui os gastos com terapia anti-retroviral, diminui a exposição a efeitos colaterais indesejáveis e diminui o estresse do Profissional de Saúde em se imaginar contaminado até o resultado final pelo ELISA. Por tudo isso sugere-se a implantação do seu uso nos Programas de Acidente com Material Potencialmente Contaminado (MACHADO et al; 2001).

A técnica de cultura viral: utiliza de células mononucleares de sangue periférico para isolamento do HIV: foram inicialmente utilizadas para caracterizar o HIV como agente causador da AIDS. Atualmente esse teste tem sua utilidade restrita a ensaios clínicos de pesquisa.

Testes de detecção de antígeno VIRAL (Pesquisa de Antígeno p24) este teste quantifica a concentração da proteína do core viral, p24, presente no plasma ou no sobrenadante de cultura de tecido. Embora esta proteína esteja presente no plasma de pacientes em todos os estágios da infecção pelo HIV, sua maior prevalência ocorre antes da soroconversão e nas fases mais avançadas da doença; o teste é feito utilizando-se a técnica de ELISA (imunoenzimático). Atualmente esse teste tem sua utilidade em pesquisa e, quando não se dispõe do PCR (reação de polimerase em cadeia), pode ser usado para a detecção de infecção perinatal.

Testes de amplificação do genoma do vírus (carga viral): Faz-se à análise quantitativa direta da carga viral por meio de técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucléicos, tais como a reação de polimerase em cadeia (PCR) quantitativa, amplificação de DNA em cadeia ramificada (*branched-chain* DNA ou bDNA) e amplificação seqüencial de ácidos nucléicos (*nucleic acid* sequence-based amplification ou NASBA). Embora ambas as técnicas sejam distintas, elas apresentam alta sensibilidade, permitindo o acompanhamento da resposta terapêutica anti-retroviral. Além disso, valores elevados de partículas virais (em cópias de RNA/ml) detectados nessas técnicas parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independente da contagem de células T CD4+. Sugere-se sua monitorização a cada 3-4 meses. Em caso de início ou mudança de terapia anti-retroviral, alguns autores recomendam uma dosagem da carga viral após um a dois meses de tratamento, para avaliação da resposta ao esquema terapêutico utilizado.

A contagem de células TCD4+ em sangue periférico tem implicações prognósticas na evolução da infecção pelo HIV pois é a medida de imunocompetência celular; é útil no acompanhamento de pacientes infectados pelo HIV. Até o momento, não existe nenhum valor específico de CD4+ ou carga viral considerado como ideal para iniciar o tratamento anti-retroviral para todos os pacientes, já que a taxa de progressão para doença pode apresentar uma grande variação individual. As decisões terapêuticas devem ser individualizadas de acordo com o grau de risco de progressão indicado pelos parâmetros laboratoriais. Assim, baseando-se nos estudos disponíveis até agora, o tratamento anti-retroviral no Brasil tem sido indicado apenas para

pacientes com contagem de células TCD4+ e/ou com carga viral, sendo que a composição do esquema terapêutico vai depender da estabilidade e magnitude dos parâmetros clínicos e laboratoriais utilizados. Como os valores elevados de carga viral parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independentemente da contagem de células TCD4+, é recomendado que os dois exames sejam realizados simultaneamente, no sentido de melhor balizar as indicações de início e modificação do esquema terapêutico em uso. As variações dos resultados da carga viral são geralmente expressas em logaritmo, devido a sua variação. Reduções, aumentos ou oscilações entre dois resultados de exame de carga viral menores do que 0,5 log₁₀ (três vezes em relação ao valor anterior) não são consideradas significativas do ponto de vista clínico (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

2.1.2 – Formas de transmissão/ transmissão ocupacional

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sangüínea (em receptores de sangue ou hemoderivados não testados e em usuários de drogas injetáveis ou UDI) e perinatal (transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno). Além destas formas, mais freqüentes, pode ocorrer também a transmissão ocasionada por acidentes de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV.

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV. Estima-se que o risco médio de contrair o HIV após uma exposição percutânea a sangue contaminado seja de aproximadamente 0,3. Nos casos de exposição de mucosas, esse risco é de aproximadamente 0,1%. Os fatores de risco já identificados como favorecedores deste tipo de contaminação são: a profundidade e extensão do ferimento, a presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento, o procedimento que resultou na exposição envolver agulha colocada diretamente na veia ou artéria de paciente portador de HIV e, finalmente, o paciente, fonte da infecção ter evidência de imunodeficiência avançada (sinais clínicos da doença, carga viral elevada, CD4 baixo).

O fato do HIV ter sido isolado de fluidos corporais, tais como a saliva, não significa necessariamente que esses fluidos sejam potenciais vias de transmissão do vírus, ao contrário do HBV. Contudo, a preocupação com a transmissão através da saliva permanece inquietante, especialmente para profissionais da Odontologia, que estão em constante contato com a mesma (VERRUSIO, 1989). Alguns autores, como SCHNETLER (1991), sustentam essa possibilidade. Porém, a maioria dos autores como HOOG *et al.*; (1985), FULTZ (1986), CONTE Jr. (1986), WALL (1987), SCULLY (1988) e LEONG (1992) a descartam. Pesquisas indicam que o HIV é raramente observado na saliva e, quando presente, aparece como partícula viral extracelular em pequena quantidade (HOOG *et al.*, 1985; BRASIL, 1989).

Embora alguns tipos de exposição acidental, como o contato de sangue ou secreções com mucosas ou pele íntegra, teoricamente possam ser responsáveis pela infecção, os riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, por meio de instrumental perfuro-cortante.

Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde no cuidado desse tipo de paciente, uso de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.) bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos, podem também influir no risco de transmissão do HIV. O meio mais eficiente de reduzir-se tanto a transmissão profissional-paciente quanto a paciente-profissional, baseia-se na utilização sistemática das normas de biossegurança, na determinação dos fatores de risco associados e na sua eliminação, e na implantação de novas tecnologias da instrumentação usadas na rotina de procedimentos invasivos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

Evidências científicas demonstram que alguns componentes salivares têm uma certa capacidade para inativar o HIV e, por isso, a saliva não deve ser considerada como via de transmissão da infecção (FULTZ, 1986; COTTONE *et al.*, 1991 b; LEONG, 1992). Isso confirma os resultados de estudos epidemiológicos que mostram ser a infecção por contato casual praticamente inexistente, mesmo entre familiares expostos à saliva de pessoas infectadas (CDC, 1985 a; BRASIL, 1989).

Para GRASSI *et al.* (1994), é necessário que uma quantidade significativa de fluidos orgânicos infectados pelo HIV penetre na corrente sanguínea, para que ocorra uma soroconversão.

O crescente número de indivíduos HIV infectados em todo o mundo também promoveu uma série de mudança na prática odontológica. Órgãos internacionais reconhecidos mundialmente, como a *American Dental Association* (ADA), já vinham recomendando medidas para controle de infecção cruzada nos atendimentos odontológicos. A AIDS alertou as comunidades de saúde para o real perigo da transmissão ocupacional de doença infecciosas, iniciando-se um forte movimento para adoção de medidas preventivas tanto para profissionais quanto para pacientes (MC CAULEY, 1998).

O fato de o profissional saber que um paciente está infectado pelo HIV, ou que tem comportamento de risco para a infecção, deve encoraja-lo a ser mais cuidadoso, porém sem excessos. Na verdade, os profissionais de saúde devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados, sendo que os procedimentos de biossegurança devem ser adotados com rotina em todo e qualquer atendimento, indiscriminadamente (CENTERS FOR DISEASES CONTROL, 1998).

Apesar de baixo risco de contaminação, vários estudos vêm relatando medo e ansiedade entre Cirurgiões-Dentistas frente a pacientes infectados pelo HIV, fazendo com que alguns preceitos éticos sejam violados o comportamento

de alguns Cirurgiões-Dentistas frente à epidemia da AIDS tem sido criticado pela sociedade em detrimento da imagem da Odontologia (GERBERT *et al*, 1998).

O risco estimado de infecção pelo HIV, decorrentes de acidentes de trabalho envolvendo contato com sangue e fluidos orgânicos é de 0,5 % em média, variando conforme o tipo de exposição: percutânea (pérfuro-cortantes) ou em pele e mucosas íntegras.

Embora o forte apelo da mídia com relação a AIDS, em termos de transmissibilidade, o HIV, se comparado ao vírus da Hepatite B, é um vírus muito lábil que é inativado a 56,4° C. Assim .o vírus da Hepatite B funcionaria como referência ou seja, quando sua inativação é alcançada, todos os outros microorganismos também o foram. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

De há muito tempo sabemos que os profissionais da Odontologia tem em seu trabalho riscos de contrair doenças infecto-contagiosas que além do ônus para sua saúde e produtividade, pode transmiti-las para seus pacientes ou mesmo familiares (GONÇALVES, 1997).

Devido às suas características de transmissibilidade, a AIDS acabou provocando uma verdadeira revolução na área de saúde, através de mudança repentinas nos procedimentos de controle de infecção que anos de educação não haviam até então conseguido (COTTONE, 1991). No entanto, vários estudos concluíram que a infecção por HIV é um problema menor para a equipe odontológica do que a infecção pelo vírus da Hepatite B (HBV)

(SAMARANAYAKE, 1995). Pesquisas têm confirmando que o HIV tem baixíssima infectividade, sendo facilmente destruído (GRASSI, 1994). Desde que medidas universais de precaução sejam aplicadas, o risco de infecção pelo HIV durante um atendimento odontológicos é praticamente zero.

Em recente pesquisa, a OMS, demonstrou que o risco da infecção dos profissionais de saúde está em 0% e 0,76%, ou seja de 30 a 100 vezes menor do que o risco de infecção com o vírus da Hepatite B (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

2.1.3 – Terapia Retro-Viral

A terapia anti-HIV é uma área complexa, sujeita a constantes mudanças. As recomendações deverão ser revistas periodicamente com o objetivo de incorporar novos conhecimentos gerados pelos ensaios clínicos. Pelo exposto, torna-se difícil atualizar-se com a rapidez que o tema exige a fim de promover o manejo adequado dos indivíduos infectados pelo HIV ou com AIDS. Sendo assim, definir o momento do início da terapia anti-retroviral, qual a melhor combinação a ser instituída, deve ser atribuição de infectologistas ou clínicos com experiência no manejo desses pacientes. Os médicos que acompanham o paciente, devem contribuir para que seja estabelecido o diagnóstico inicial, encaminhando-o, quando necessário, a um serviço especializado; seja feita a profilaxia das infecções oportunistas, quando necessário; o paciente compareça periodicamente ao serviço especializado; a adesão ao tratamento seja satisfatória; e o paciente passe a adotar práticas preventivas evitando sua

reinfeção e a transmissão do vírus para outras pessoas. (GONÇALVES, 1997).

Existem até o momento duas classes de drogas liberadas para o tratamento anti-HIV: Inibidores da transcriptase reversa são drogas que inibem a replicação do HIV bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa que age convertendo o RNA viral em DNA. Atualmente estão disponíveis: Nucleosídeos: Zidovudina (AZT), Didanosina (ddI), Zalcitabina (ddC), Lamivudina (3TC), Estavudina(d4T), Abacavir e Adefovir. Não-Nucleosídeos: Nevirapina, Delavirdina e Favirenz. Inibidores da protease estas drogas agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease que é fundamental para a clivagem das cadeias protéicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV. Atualmente estão disponíveis: Indinavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir e Amprenavir. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

Terapia combinada é o tratamento anti-retroviral com associação de duas ou mais drogas da mesma classe farmacológica (ex.: dois análogos nucleosídeos), ou de classes diferentes (ex.: dois análogos nucleosídeos e um inibidor de protease). Estudos multicêntricos demonstraram aumento na atividade anti-retroviral (elevação de linfócitos T-CD4+ e redução nos títulos plasmáticos de RNA-HIV) quando da associação de drogas, particularmente redução da replicação viral por potencializar efeito terapêutico ou por sinergismo de ação em sítios diferentes do ciclo de replicação viral. Outros

estudos evidenciaram redução na emergência de cepas multirresistentes quando da utilização da terapêutica combinada.

No que se refere à pauperização da epidemia da AIDS, cabe observar que o acesso diferenciado aos AR (anti-retrovirais), por razões que detalharemos a seguir, faz com que proporcionalmente mais casos de AIDS (caso partíssemos de um número hipoteticamente equivalente de novas infecções entre segmentos com maior e menor acesso aos AR) sejam notificados entre as camadas desfavorecidas, uma vez que a infecção pelo HIV progride para a AIDS mais rapidamente entre elas. Ou seja, é possível incorrer em erro ao afirmar que existe um processo, em curso, de pauperização da epidemia pelo HIV com base exclusivamente no fato de haver aumento do número de novos casos de AIDS entre estratos sociais mais pobres (enfim, é possível estar em curso um processo de disjunção temporal das "duas epidemias": a de HIV e a de AIDS – HIV- progride AIDS nas camadas mais pobres). (ROSENSTOCK, 1996).

Na verdade, a questão do acesso desigual aos AR de alta potência aprofunda tendências anteriores de acesso diferenciado ao tratamento anti-retroviral de menor eficácia, porém mais barato e de monitoramento mais simples, e de sobremortalidade das camadas mais pobres, ainda que tendo garantido acesso igualitário às melhores práticas terapêuticas então disponíveis, como no sistema de saúde canadense (HOGG *et al*, 1994).

Atualmente poderíamos, compreender as dificuldades de acesso aos AR de alta potência sob duas perspectivas:

A falta de acesso global, em um país ou região, determinada pelos altos custos da terapia e/ou não priorização desta medida no âmbito das políticas públicas. Inclui-se, neste caso, a esmagadora maioria das nações, segundo uma perversa lei de maior acesso em regiões com epidemias de AIDS de menor magnitude e maior PIB *per capita* (com a honrosa exceção do Brasil, país com epidemia de grande magnitude e PIB *per capita* médio) (HOGG *et al.*, 1998); E a falta de acesso de determinados segmentos populacionais ao tratamento, ainda que este esteja disponível à população como um todo. Inclui-se neste caso o acesso problemático ao tratamento, mesmo em um sistema de saúde com grande cobertura; como exemplo pode-se citar o Canadá (STRATHDEE *et al.*, 1998).

A terapia anti-retroviral (AR) de alta potência e, em escala algo menor, a profilaxia para doenças oportunistas, como a pneumocistose, vêm determinando profunda reformulação na clínica e na epidemiologia da infecção pelo HIV/AIDS. Iniciadas basicamente nos países desenvolvidos, em momentos cada vez mais precoces da infecção pelo HIV, têm aumentado substancialmente o intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento da síndrome clínica (AIDS). Estas terapias tornaram o registro exclusivo dos casos de AIDS um indicador bastante menos preciso e substancialmente mais defasado no tempo da dinâmica da disseminação do HIV em dada comunidade (WEIDLE *ET AL.*, 1999).

Além disso, tais terapias vêm tendo impacto profundo sobre a história natural da infecção pelo HIV alterando a natureza e a frequência das doenças oportunistas e aumentando substancialmente a sobrevivência das pessoas com AIDS.

Pesquisa realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, encomendada pelo Programa Nacional de DST/Aids, revela que 73% dos pacientes brasileiros em tratamento anti-retroviral seguem corretamente as prescrições médicas. Este foi o primeiro estudo que avaliou, em escala nacional, a adesão do paciente ao tratamento da AIDS em países pobres. O Brasil foi o primeiro país do Terceiro Mundo a adotar a política de distribuição gratuita e universal de medicação antiretroviral. Os resultados da pesquisa brasileira foram divulgados em reunião técnica do Banco Mundial, em Washington (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

2.2 Odontologia – Portadores HIV

O advento da AIDS, sem dúvida, mostrou a fragilidade da profissão e serviu de alerta para as condições precárias de trabalho a que muitos profissionais ainda estão submetidos.

O Cirurgião-Dentista tem sido levado a repensar sobre outros aspectos da Odontologia, que com a evolução técnica da profissão, foram colocados num plano de menor importância: realização de um exame adequado de tecidos moles e duros da cavidade bucal; realização de etapas adequadas de controle de infecções no consultório odontológico; humanização do

atendimento, e preparação para atender a todos os pacientes independentemente do seu estado de infecção. Estes aspectos têm sido um grande desafio a ser vencido pela maioria dos Cirurgiões-Dentistas, e suas respostas a estes desafios podem representar ou contribuir para uma mudança do perfil desses profissionais (FERREIRA *et al*, 1998).

A abundante retórica que fez com que a AIDS se construísse como "fenômeno social" freqüentemente atribuía o principal papel à própria natureza dos grupos mais atingidos e aos mecanismos de transmissão. A determinação de "grupos de risco" veio associada à idéia de maldição, um castigo divino, que levou a homossexualidade a ser o único conteúdo explicativo da doença, de uma maneira singularmente paradoxal (HERZLICH, PIERRET, 1992).

Atualmente, os profissionais da área da saúde têm tido grande preocupação com as chamadas doenças ocupacionais infecciosas e com medidas capazes de protegê-los e sua equipe e, indiretamente, seus familiares contra estas doenças. Destas medidas, as grandes barreiras físicas, como o uso de luvas, são de grande importância pois as mãos são consideradas fontes primárias de infecção cruzada principalmente quando há solução de continuidade na pele. (OLIVEIRA; MELO 2001).

Os CDS estão constantemente expostos à infecção, uma vez que entram em contato com sangue e secreções orais. Estes profissionais atendem em média 2000 a 15000 pacientes/ano, sendo que muitos profissionais não utilizam luvas nestes atendimentos (SCHWIMMER *et al*, 1994).

A Odontologia, através do tempo, vem-se transformando, de um caráter puramente artesanal, empírico, para um conceito atualizado técnico-científico-humanista. Dentro dessa nova visão, a profissão tem passado por estágios distintos, regidas por necessidades temporais e geográficas. E impondo-se com o merecido respeito que se deve conceder às profissões que servem à Saúde Pública. (CATTONE, 1998).

Em consonância com o processo de globalização do conhecimento e agilização dos meios para a sua difusão, a Odontologia se depara com a necessidade de se lançar nesta corrente. Ainda sob esse contexto, o (CD) tem a obrigação de estar atualizado e integrado às equipes multidisciplinares.

Outrossim, imbuída das necessidades temporais, a Odontologia contemporânea se depara com o aumento global na incidência de doenças infecto- contagiosas das mais variadas etiologias, entre elas a AIDS. O que lhe impôs a necessidade de discutir e adotar mecanismos de proteção, tanto para o profissional e sua equipe, quanto para o seu paciente. Essas medidas são denominadas de Medidas de Prevenção- Padrão. (PINHEIRO, 1998).

O Cirurgião-Dentista e sua equipe estão expostos, igualmente, a essa grande variedade de agentes infecciosos. O uso de procedimentos efetivos de controle de infecção e as precauções-padrão no consultório odontológico e laboratórios relacionados, previnem a infecção cruzada, extensiva aos CD, equipe e pacientes. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

O atendimento a indivíduos HIV soropositivos ou com AIDS, mais do que uma realidade no contexto atual da prática odontológica é um imperativo ético. Sem dúvida, as questões trazidas pela AIDS impõem novas obrigações profissionais e desafios éticos. Basicamente, todas as questões éticas e envolvidas no atendimento a pacientes com HIV ou AIDS estão, de alguma forma, relacionadas à discriminação sofrida pelos mesmos. Muitos estudos relatam a dificuldade dos pacientes com HIV ou AIDS em conseguir atendimento odontológico quando revelam seu estado de soropositividade ao profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença. Segundo relato de indivíduos infectados, a recusa de atendimento por parte de Cirurgiões-Dentistas é mascarada por argumentos técnicos ou outro tipo de esquiva. Muitos profissionais criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento ou encaminham o paciente a outro profissional sem motivo justificável. O orçamento com valores aviltantes é outro recurso utilizado para inviabilizar o atendimento (CERRI, 1998).

Sabe-se que, do ponto de vista ético e legal, a recusa de tratamento ou o encaminhamento a outros profissionais por discriminação são consideradas condutas antiéticas (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO, 1992). Tais condutas podem parecer uma boa alternativa, mas são ilógicas, pois a maioria dos indivíduos HIV soropositivo não é identificada clinicamente (SAMARANAYAKE *et al.*, 1995).

Por mais alto que seja o nível de capacitação técnica de um profissional, a prática de atitudes discriminatórias tornará este conhecimento nulo. As

saídas para a problemática, que hoje representa o atendimento a pacientes contaminados, passa, necessariamente, pela análise crítica de nossa postura frente a estes pacientes. É extremamente importante investir-se numa formação do profissional CD, desde a graduação, pois, apesar de não sermos “obrigados” a atender todos os pacientes, somos obrigados a identificar ou a diagnosticar a doença através de suas manifestações orais. Há duas condições particularmente perigosas para o CD: 1º) desconhecimento, por parte do paciente, da doença; 2º) o conhecimento do paciente da sua condição e a sua recusa em informar ao CD, temendo discriminação (PINHEIRO, 1998).

Um grande número de profissionais da Odontologia mostram-se pouco informados a respeito do manejo e da transmissão da doença HIV-AIDS, levando a orientações e atitudes equivocadas, e em alguns casos o não-atendimento ao paciente portador do vírus. O avanço do conhecimento mostrou-se que a infecção pelo HIV não precisa ser manejada necessariamente em serviço especializado, o qual deve ser preservado para casos mais graves e complicados. Na verdade a expansão da AIDS e a sobrecarga dos serviços de odontologia de referência indicam, claramente, a necessidade de expandir os ensinamentos desses serviços especializados ao clínico geral para o atendimento de rotina em seus consultórios ou serviços. A maioria dos pacientes pode ser atendidos em seu local de origem, bastando que o profissional esteja informado e preparado tecnicamente (ELIAS, 1997).

França *et al*, 2002 concluíam em estudo que a AIDS, na odontologia gera preocupação tanto em profissionais quanto em pacientes, porém em

intensidade diferentes. A reação do paciente é menos significativa em relação à expectativa do CD. A revelação da soropositividade para HIV gera dilema para o profissional, que preocupa-se quanto ao retorno do paciente.

2.2.1– Biossegurança – EPI

Tão importante quanto o aprimoramento técnico da Odontologia, é a conscientização dos riscos no que se refere à falta de controle de infecção (FERREIRA, 1995; FAIZIBAI OFF; KIGNEL, 2000).

O CDC (Centers for Disease Control) editou, em 21 de agosto de 1987, um guia para prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da AIDS, em ambientes de cuidados de saúde. Recomendava o uso do equipamento para proteção individual (EPI), além de esterilização de todo o instrumental e desinfecção de superfícies entre as consultas. Chamava a atenção para os cuidados que deveriam ser tomados com instrumentos perfuro-cortantes e com o manejo do lixo clínico .

No Brasil, o Ministério da Saúde editou um manual com normas técnicas para controle de doenças infecciosas na prática odontológica, entre elas a AIDS BRASIL,1989). Anos mais tarde, foi lançado um novo manual ilustrado, trazendo as medidas de precaução universal (MPU) preconizadas para proteção da equipe de saúde, a conduta a ser seguida frente aos acidentes de trabalho e os cuidados necessários na esterilização e desinfecção de

instrumental, equipamentos superfícies. O termo universal reflete o princípio de que todo indivíduo deve ser tratado como potencialmente infectado por todos os microrganismos (BRASIL, Ministério da Saúde, 1994).

A prevenção da transmissão de patógenos e o controle da infecção cruzada são aspectos críticos e procedentes na prática da odontologia, o cumprimento das recomendações para o controle da infecção cruzada e o atendimento apropriado aos pacientes devem ser assegurados.

Os índices insatisfatórios encontrados em pesquisas recentes, quanto ao controle e prevenção da infecção, inclusive para ações específicas de limpeza, desinfecção e esterilização, sugerem mudanças urgentes a serem feitas nas rotinas de controle da infecção cruzada nos consultórios, bem como no comportamento da equipe odontológica, pois as atuais condições e práticas ainda estão aquém das necessárias e desejáveis. Pode-se afirmar ainda, que melhores condições estão sujeitas a um conhecimento mais profundo dos riscos, medidas e ações para o controle da infecção cruzada (CAMPOS, 1997).

Numa revista de literatura feita por Nunes e Freire (1999), foi observado que as principais preocupações entre os Cirurgiões-Dentistas quando se fala em atendimento a pacientes HIV positivo é a possibilidade de se contaminar durante o atendimento; dúvidas quanto a eficiência das medidas de controle de infecção; dificuldades com relação ao receio do pessoal auxiliar e o medo de perder pacientes que fiquem sabendo que eles tratam pacientes soropositivos para o HIV. (DISCACCIATI, PORDEUS, 1997).

Embora muitos Cirurgiões-Dentistas ainda se sintam inseguros em atender a pacientes HIV positivo, pesquisas mostram que estes têm aumentado a atenção em relação ao controle de infecção e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), pois afinal de contas não se pode saber se determinado paciente é ou não soropositivo para o HIV.

Portanto, observa-se que o grande impacto gerado pela epidemia do HIV/AIDS não tinha razão de ser. Porém, proporcionou um grande benefício para a Odontologia, através da reavaliação dos sistemas de controle de infecção antes utilizados. Sem esse estímulo, a Odontologia poderia ter continuado seu caminho tradicional por anos, até que o aumento do número de casos de Hepatite B entre os CD apontasse a necessidade de mudanças (WALL, 1987; COTTONE *et al.*, 1991).

É dever do Cirurgião-Dentista zelar pela saúde de seus pacientes bem como assisti-los em suas necessidades não sendo ético negar-lhe atendimento. O Código de Ética do CFO (1991) diz em seu Art. 2º: “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”.

Entretanto, deve o profissional resguardar sua integridade e de sua equipe observando para todos os pacientes, indistintamente, normas de proteção e biossegurança, afinal todo o paciente pode ser portador de doenças infecto-contagiosas.

As normas universais de biossegurança, que na verdade é uma filosofia de trabalho, “onde se utilizam medidas de controle de infecção como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de microorganismos nos serviços da saúde”. As precauções universais incluem: O uso de barreiras e equipamentos de proteção individual: luvas, máscaras, óculos, aventais e gorros. A prevenção de exposição a sangue e a fluidos orgânicos, com especial ênfase à prevenção de acidentes perfuro-cortantes, bem como à lavagem das mãos. O manejo adequado dos acidentes de trabalho que envolvam a exposição a sangue e fluidos orgânicos. O manejo adequado de procedimentos de descontaminação e do destino de dejetos e resíduos nos serviços de saúde.

2.2.2 – Anamnese – exame clínico

Uma história detalhada permite ao clínico informações indicativas do comportamento de risco para infecção pelo HIV. Com base nestas informações, o profissional poderá em conjunto com seu paciente, antever mudanças específicas que minimizem o risco de uma re-infecção e/ ou transmissão para outras pessoas. Muitas condições comuns de pele, incluindo-se eczema, dermatite seborréia, psoríase, verrugas comuns, molusco contagioso e infecção pelo vírus herpes simples, podem apresentar-se de forma exacerbada ou atípica quando em co-infecção pelo HIV (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

O Cirurgião-Dentista tem um papel importante no diagnóstico das manifestações bucais destas doenças, bem como o de proporcionar a estes pacientes melhor qualidade de vida no que tange a saúde bucal.

Além disso, o CD, como profissional de saúde, deve saber reconhecer lesões da mucosa bucal relacionadas à infecção pelo HIV pois, com o desenvolvimento da infecção, inúmeras alterações bucais são consideradas marcadores ou sinais precoces de AIDS. Essas alterações podem anteceder as manifestações sistêmicas e seguramente ocorrerão, em algum momento, em todos os pacientes acometidos (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998).

Conclui-se com isso que é muito importante o diagnóstico precoce da AIDS e o encaminhamento dos pacientes a centros médicos especializados, pois apesar da falta de terapia definitiva para as doenças subseqüentes à infecção pelo HIV, muitas infecções agudas e complicações relacionadas a ela podem ser tratadas (GERBERT, 1987; COTTONE *et al*, 1991; LIFSON, 1995).

Um bom exame oral com atenção especial ao palato, faringe, mucosa bucal, língua, assoalho da boca e gengiva, em busca principalmente de infecções por cândida, leucoplasia pilosa, lesões herpéticas, sarcoma de Kaposi e uma enfermidade periodontal de rápida progressão, similar a gengivite ulcerativa necrosante aguda, deve ser realizado. Manifestações bucais nas infecções pelo HIV, são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes, antecedendo as manifestações sistêmicas. Este fato aponta para o importante papel do Cirurgião-Dentista com

profissional de saúde. As alterações consideradas marcadoras da doença apresentam-se exacerbadas e recorrentes em consequência da imunodepressão desencadeada pelo HIV (MOLINARI, 1994).

Os Cirurgiões-Dentistas devem estar atentos às possíveis manifestações bucais da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), já que estas são as lesões mais precoces da manifestação da doença. A gengivite e a periodontite associada à infecção pelo HIV exibem características clínicas especiais e necessitam de tratamento específicos (LEMOS *et al*, 2000).

Em relação à AIDS há dois aspectos importantes a se considerar: a cavidade bucal é um local onde o Cirurgião-Dentista, tem contato com a boca do paciente, e, pelo quadro apresentado, pode suspeitar se o mesmo está ou não doente; avaliando um conjunto de dados e sinais próprio, é possível suspeitar sobre a doença. Dentro desta perspectiva, talvez os CDs, tenham muito mais possibilidade de diagnosticar a AIDS, do que profissionais de outras áreas médicas (CERRI, 1998).

Uma vez identificado um indivíduo soropositivo, em virtude da estigmatização e das implicações médicas e sociais, é recomendável que haja a confirmação dos testes em função dos falsos positivos que podem ocorrer. Confirmada a soropositividade, deve o profissional notificar à coordenação estadual do programa de AIDS, encaminhando o paciente para serviços de referência e atendimento clínico. O Cirurgião-Dentista não deve recusar atendimento aos pacientes portadores do HIV, sendo que muitas vezes já o faz sem saber pois

até o próprio paciente desconhece sua situação. Assim, todo o paciente deve ser encarado como potencialmente portador de doenças infecto-contagiosas e usados de rotina os procedimentos e normas de biossegurança profissional/paciente a fim de resguardar a integridade dos envolvidos no atendimento e evitar infecção cruzada no consultório odontológico.(BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

O risco pode estar presente mesmo que o paciente pareça saudável devido à fase prodrômica da doença; infecção em estágio sub-clínico; pacientes portadores do HIV assintomáticos; pacientes que não revelam sua condição de HIV⁺. Um exame clínico adequado onde uma anamnese bem conduzida além de correto e sistemático exame físico avaliando extra e intra-bucalmente o paciente, podem trazer importantes subsídios tanto ao diagnóstico como identificação de fatores de risco ao desenvolvimento da AIDS (ZANETTINI, 1998).

O HIV e a AIDS impõem uma mudança radical na vida de seus portadores. A doença evolui, de certa forma, diferente em cada indivíduo, nos levando a obter algumas respostas para a doença, não mais no vírus, mas sim nas características de cada paciente. Por ser uma patologia de caráter estigmatizante, onde os comportamentos dos indivíduos são questionados, suas crenças são fatores que interferem no comportamento do portador e a sua atitude diante da doença. (BASTOS, SZWARCOWALD, 2000).

2.3 – Pacientes odontológicos HIV / AIDS: Conhecimento / crença, percepção e atitude.

Na tentativa de negar sua própria condição de portador de AIDS, o paciente procura inicialmente tratamentos alternativos. O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem. Tentando negar o diagnóstico, o paciente procura alternativas em diversas clínicas para solucionar problemas sintomáticos (VIETTA *et al*, 1999).

É importante lembrar que diante da fatalidade da doença é importante tratar estes pacientes o mais precocemente possível, mas é igualmente importante que estas pessoas tenham apoio psicológico de todos que as cercam e que a sociedade cumpra seu papel integrando o indivíduo sem qualquer discriminação pela sua condição (ZANETTINI, 1998).

A AIDS vem preocupando não só aquelas pessoas diretamente afetadas por ela, mas todas as camadas da sociedade. Desde o aparecimento dos primeiros casos, iniciou-se um discurso no qual se exprimia o sentimento de uma ameaça extrema, de um risco global. A doença era encarada como uma epidemia capaz de dizimar populações cada vez maiores.

Juntamente com a disseminação da epidemia, nascia o “fenômeno social da AIDS”, que remete à maneira pela qual a mídia identificou e classificou os acontecimentos referentes à doença. Frente à inicial falta de informações concretas sobre seus aspectos básicos, a mídia se refere à

doença através de conotações extremamente negativas, e isso pode explicar, em parte, a construção desse fenômeno social. Outro fator que contribuiu para o desencadeamento do discurso sobre a AIDS foi que, entre as pessoas inicialmente atingidas, se encontrava grande número de intelectuais, artistas e membros de grupos sociais próximos da mídia, o que por vezes trazia uma repercussão muito grande.

O crescente número de indivíduos HIV infectados em todo o mundo também promoveu uma série de mudanças na prática odontológica. Órgãos internacionais reconhecidos mundialmente, como a *American Dental Association* (ADA), já vinham recomendando medidas para controle de infecção cruzada nos atendimentos odontológicos. Porém, foi a emergência da AIDS, no início da década de 80, que alertou as comunidades de saúde para o real perigo da transmissão ocupacional de doenças infecciosas, iniciando-se um forte movimento para a adoção de um programa para controle de infecção cruzada nos serviços de saúde, visando reduzir os riscos tanto para profissionais quanto para pacientes.

Ao longo dos anos, estudos vêm relatando maior adequação, por parte dos profissionais, em relação ao uso do equipamento para proteção individual (EPI). As taxas de utilização de luvas variaram de 23% até 98,9%. No Brasil, os trabalhos trazem diferentes prevalências, dependendo da época em que foram observadas: 4,8%, 69,2%, 76,8%, 78,9%. (DISCACCIATTI, 1999).

Observa-se claramente, através dos estudos, maior adequação por parte dos profissionais para o emprego dos artigos do EPI, com uma tendência a considerar todos os pacientes como potencialmente infectados. Essa adequação se reflete também na disposição dos Cirurgiões-Dentistas (CD) para atender indivíduos HIV soropositivos. Desde os primeiros estudos sobre o assunto, observa-se um aumento gradual no índice de disposição.

Por outro lado, a AIDS trouxe também uma grande preocupação para o paciente que frequenta o consultório odontológico, principalmente após a ampla divulgação na mídia do caso Flórida, em que um CD infectado transmitiu o HIV para cinco de seus pacientes (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 1991).

Vários estudos passaram, então, a avaliar a percepção dos pacientes em relação aos riscos que a epidemia do HIV/AIDS representa na prática odontológica e suas atitudes frente a profissionais que atendem pacientes com AIDS ou que estejam infectados pelo HIV. No Brasil, poucos são os trabalhos que abordam esse assunto. (DISCACCIATTI, 1999).

Foi observado que 30% dos americanos contactados por telefone concordavam que existe possibilidade de se contrair uma infecção pelo HIV durante um tratamento odontológico. Dentre os pacientes que acreditavam que seu CD tratava pacientes com AIDS, 56% afirmaram que continuariam tratando com ele. No entanto, a reação foi mais negativa quando perguntados se continuariam seu tratamento com um CD se soubessem que era portador de

infecção pelo HIV: 65% afirmaram que abandonariam o tratamento e apenas 23% continuariam tratando. Os resultados do estudo indicaram uma ampla aceitação por parte dos pacientes em relação às medidas de controle de infecção adotadas (GERBERT *et al*, 1989).

As perspectivas de CD, pacientes e indivíduos infectados pelo HIV em relação à prática odontológica na era da AIDS foram avaliadas através de um levantamento feito por telefone com 1.207 pessoas, sendo que um quarto dos pacientes acreditava na possibilidade de transmissão do HIV durante um atendimento odontológico e apenas 6% não acreditavam ser possível tal transmissão. (GERBERT, 1987)

Um levantamento foi realizado por meio de um questionário aplicado a 301 pacientes em Glasgow, Escócia, concluí-se que dois em cada três entrevistados acreditavam ser improvável a transmissão da AIDS na prática odontológica. A metade dos pacientes, porém, não estava disposta a visitar um CD se ele tratasse pacientes com AIDS (SAMARANAYAKE; McDONALD, 1990).

Foram entrevistaram 739 indivíduos em Maryland, por telefone, com o propósito de avaliar o conhecimento e a percepção deles sobre a possibilidade de transmissão do HIV durante um tratamento odontológico. Indivíduos que demonstraram maior conhecimento expressaram menor preocupação. Entre os respondentes, 24,6% achavam que havia possibilidade de se infectar caso tratassem com um CD HIV soropositivo, 56,8% achavam improvável, 8,4%

achavam que tal possibilidade era definitivamente impossível de acontecer e 10,3% não tinham certeza. Muitos respondentes relataram que deixariam o tratamento caso descobrissem que seu CD atendia outros pacientes com AIDS ou estivesse infectado pelo HIV (GRACE *et al*, 1994).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, encontraram que 74,8% dos entrevistados na capital, e 88,5%, na região metropolitana, acreditavam na possível transmissão do HIV durante um atendimento odontológico (BASTOS *et a*, 1997).

O modelo de crenças em saúde é utilizado para melhor compreender os fatores que influenciam na percepção das pessoas para se poder planejar efetivamente os cuidados para manutenção ou reobtenção da saúde. Considera-se crenças em saúde de uma pessoa, o futuro de suas idéias, condições e atitudes sobre saúde e doenças. Segundo o autor, a saúde pode ter como bases informações e desinformações, sendo comum numa dada comunidade ou família, mitos, realidades vividas ou falsas concepções. O modelo de crença em saúde revela a relação entre o que as pessoas acreditam e como elas agem. Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente (ROSENSTOCK, 1996).

Sabe-se que do ponto de vista ético e legal, atitudes são discriminatórias constituindo-se em infrações éticas, previstas também nos foros cível e criminal. Embora tais condutas possam parecer uma boa alternativa para aquele profissional inseguro, são ilógicas, pois a maioria dos indivíduos HIV

soropositivos não apresentam sinais da infecção: tais pacientes têm potencial para transmitir o vírus, mesmo não apresentando sinais clínicos. Além disso, o medo de reações negativas por parte do Cirurgião-Dentista tem levado muitos indivíduos a omitirem sua condição de portadores do HIV (DISCACCIATI, 2001).

Muitos indivíduos infectados tiveram tratamento negado após revelarem sua condição sorológica ao profissional. O principal motivo alegado foi o alto custo operacional de trabalho em pacientes portadores de HIV ou AIDS. Observou-se também que muitos pacientes passaram a não revelar seu estado sorológico, a fim de obter tratamento indiscriminado (SOUZA *et al*, 1997).

Como os pacientes ainda se mostram muito preocupados com a possibilidade de contrair o HIV no consultório odontológico, ensiná-los sobre as formas corretas de minimizar os riscos de infecção cruzada parece ser uma boa conduta a ser incorporada na prática diária (DISCACCIATI, 1999).

De forma tranqüila e racional, o Cirurgião-Dentista deve conversar e educar seus pacientes. De forma a contribuir para o combate à “epidemia de medo” que acompanha a AIDS. Além disso, esse processo educativo evidenciaria a importância da adoção de barreiras de proteção, pois os pacientes têm observado e aprovado essa conduta, o bom relacionamento entre as partes é fator importante para que o Cirurgião-Dentista esteja preparado para o atendimento de pacientes portadores de HIV ou AIDS (FERREIRA, 1998).

Vinte anos depois de descoberta, a AIDS supera no Brasil a fase mais crítica e, aos poucos, começa a ser controlada. O quadro trágico da doença, contudo, incentivou a ciência para uma grande evolução não só no diagnóstico, mas também na incorporação de métodos em biologia molecular e de investigação genética. Os esforços se concentram em prestar atendimento aos casos novos, apresentar casuísticas e relatar as infecções oportunistas. A AIDS exige muito dinheiro, pesquisas e planos estratégicos. Os países que não fizerem este investimento serão dizimados. Afinal, a doença acomete adultos em fase produtiva, trazendo impactos à economia e a expectativa de vida. O governo que não tiver este entendimento, poderá pagar um tributo maior do que o mundo já paga. (GADERNAL, 2002).

3. PROPOSIÇÃO

OBJETIVOS GERAIS:

- Este trabalho teve como objetivo verificar o nível de conhecimento de pacientes no que diz respeito aos riscos de contaminação pelo HIV em consultórios odontológicos, bem como se estas pessoas percebem a importância do controle de infecção nas consultas como os Cirurgiões-Dentistas. Pretende também comparar este conhecimento entre pessoas que freqüentam consultórios públicos e pessoas que freqüentam consultórios privados, além de relacionar também com o nível de escolaridade dos indivíduos que participaram da pesquisa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar através das respostas se os Cirurgiões-Dentistas estão fazendo uso dos equipamentos de proteção individual (EPI);
- Verificar através das respostas dos pacientes os CDs seguem os protocolos da anamnese questionando-os sobre sua saúde geral e sobre possível contato com HIV⁺;
- Atitudes e conduta dos pacientes frente HIV⁺;
- Verificar se a população tem se preocupado em fazer o teste para saber se tem AIDS/HIV⁺.

4. METODOLOGIA

4.1- ÉTICA

Todos os passos desta pesquisa foram realizados de acordo com os critérios éticos exigidos pelo Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, resolução CNS 196/96 (Anexo A) para pesquisa envolvendo seres humanos, foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes/MG (Anexos B e C). O paciente ao ser convidado a responder o questionário, recebeu esclarecimento sobre a pesquisa, confidencialidade, participação voluntária e sanada as dúvidas assinaram o termo de consentimento esclarecido, permitindo, a utilização dos resultados em trabalho científicos (Anexo F).

4.2 - Material e Método

- Estudo epidemiológico ou populacional, descritivo e transversal onde foram aplicados questionários, com 22 perguntas objetivas (Apêndice 1) a trezentas e noventa pessoas de ambos os gêneros, com faixa etária compreendida entre 18 e 60 anos. Cento e noventa e cinco delas foram pacientes de consultórios privados (Anexo E) e cento e noventa e cinco de postos públicos de saúde (Anexo D) na cidade de Montes Claros/MG (Apêndice 7).
- A seleção da amostra deu-se da seguinte forma:

1. No setor público foram incluídos os 15 postos existentes na cidade de Montes Claros/MG, onde são efetuados tratamentos odontológicos, em cada um destes postos foram entrevistados 13 pacientes que totalizaram 195 participantes.
 2. No setor privado de saúde foram relacionados os consultórios e clínicas particulares, sendo que Montes Claros – MG, possui 458 CDs em 268 locais de trabalho. A amostra foi randomizada, no Excel, ou seja foi por aleatorização. Esta amostra constou de 15 consultórios ou clínicas particulares e em cada local foram entrevistados 13 pacientes totalizando 195 participantes.
- Foram incluídos no estudo os pacientes que concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento e preencheram todo o questionário.
 - Como critérios de exclusão foram excluídos os que não assinaram o termo ou não terminaram o preenchimento do questionário.
 - O Estudo foi desenvolvido em duas etapas:

Etapa 1 — Aplicação do questionário em postos públicos de saúde e em clínicas particulares da cidade de Montes Claros/MG.

O questionário não foi identificado com o nome dos respondentes. O questionário continha questões objetivas de múltipla escolha. Foram abordados

temas como transmissão, prevenção, uso de equipamento de proteção individual (EPI), preconceito, anamnese, O entrevistador se manteve disponível para orientar a respeito do preenchimento do questionário. O questionário foi lido para o paciente evitando o viés de interpretação. A amostragem foi definida estatisticamente representativa para uma cidade do porte de Montes Claros /MG.

4.3 - Estatística

Etapa 2 - Com os questionários em mãos construí-se um banco de dados utilizando os recursos do programa SPSS Versão 11, com o qual foi feito os cálculos estatísticos percentuais e o *Chi-square test*. Estes dados foram transferidos ao *Excel* para a elaboração de Figuras e tabelas com os resultados obtidos. Foram analisadas isoladamente as respostas dos setores públicos e privado e agrupadas de acordo com as semelhanças, atribuído código e numeradas. Foram analisados isoladamente, para verificar a freqüência das respostas. Os objetivos específicos da pesquisa foram levantados em dados percentuais e tabulados. Depois foram confrontados os setores público e privado para verificar em quais os aspectos eles se convergem e divergem nas respostas ao questionário do tema proposto pela pesquisa.

5- RESULTADOS

Foram entrevistados 390 pacientes de ambos os sexos sendo que 195 eram pacientes que utilizavam serviços odontológicos da rede pública de saúde e 195 pacientes que utilizavam serviços odontológicos do setor privado (Tab. 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo o gênero dos setores público e privado (BESSA, 2004)

Pacientes			Público	Privado	Total
Gênero	Masculino	n	93	90	183
		%	47,7%	46,2%	46,9%
	Feminino	n	102	105	207
		%	52,3%	53,8%	53,1%
Total	n	195	195	390	
	%	100%	100%	100%	

N = número de pacientes

% = valor percentual dos pacientes

A idade dos pacientes variou de 18 anos a 60 anos tendo com média 31,65 no setor público e 30,69 no setor privado (Tab. 2, Fig 1).

Tabela 2 - Medidas descritivas da idade dos pacientes setor público e privado (BESSA, 2004)

Medidas descritivas	N	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Idade	195	18	60	31,65%	10,67

Medidas descritivas	N	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Idade	195	18	60	30,69%	10,68

n = número de pacientes

% = média percentual da idade dos pacientes

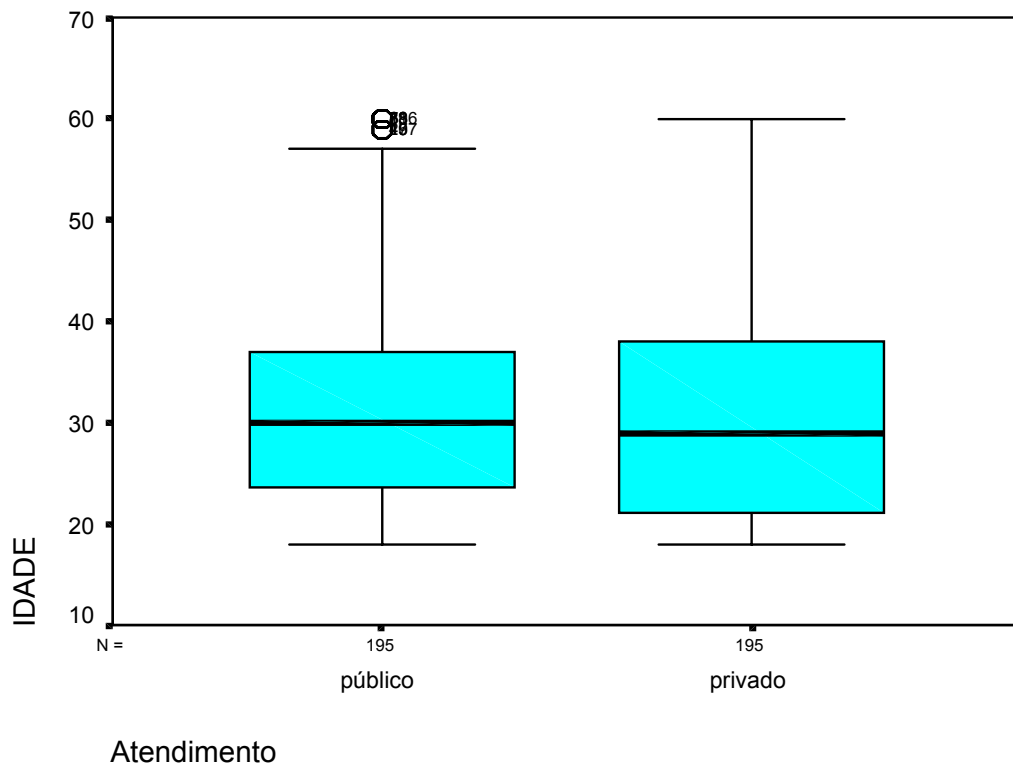


Figura 1 - Box-plot representativo da distribuição dos pacientes segundo a idade nos setores público e privado (BESSA, 2004)

A escolaridade também foi questionada nesta pesquisa e foram encontrados os seguintes valores: na Rede pública de saúde 39,5% dos entrevistados tinha o 1º grau completo ou incompleto; 53,4% dos pacientes tinham 2º grau completo ou incompleto e apenas 7,2% do total dos pacientes tinham 3º grau completo ou incompleto (Tab 3). Na rede privada 2% dos pacientes tinham 1º grau completo ou incompleto e 50,7% tinham 2º grau completo ou incompleto e 47,2% dos pacientes tinham 3º grau completo ou incompleto. Nota-se que houve grande diferença de escolaridade no 1º grau 39,5 e 2% nos setores públicos e privados respectivamente, e no 3º grau 7,2% dos pacientes da rede pública de saúde tinham esta escolaridade e 47,2% no

setor privado. O 2º grau apresentou como escolaridade equivalentes no setor público e privado com 53,4% e 50,7% respectivamente (Fig. 2). A escolaridade entre os dois setores, público e privado, mostrou uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 126,366$ valor $p = ,000$).

Tabela 3 - Distribuição percentual dos pacientes segundo a escolaridade nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Escolaridade		Público	Privado	Total
1º grau incompleto	N	60	3	63
	%	30,8%	1,5%	16,2%
1º grau completo	N	17	1	18
	%	8,7%	,5%	4,6%
2º grau incompleto	N	36	42	78
	%	18,5%	21,5%	20%
2º grau completo	N	68	57	125
	%	34,9%	29,2%	32,1%
3º grau incompleto	N	10	40	50
	%	5,1%	20,5%	12,8%
3º grau completo	N	4	52	56
	%	2,1%	26,7%	14,4%
Total	N	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 126,366$ (valor $p = ,000$) valores estatisticamente diferentes

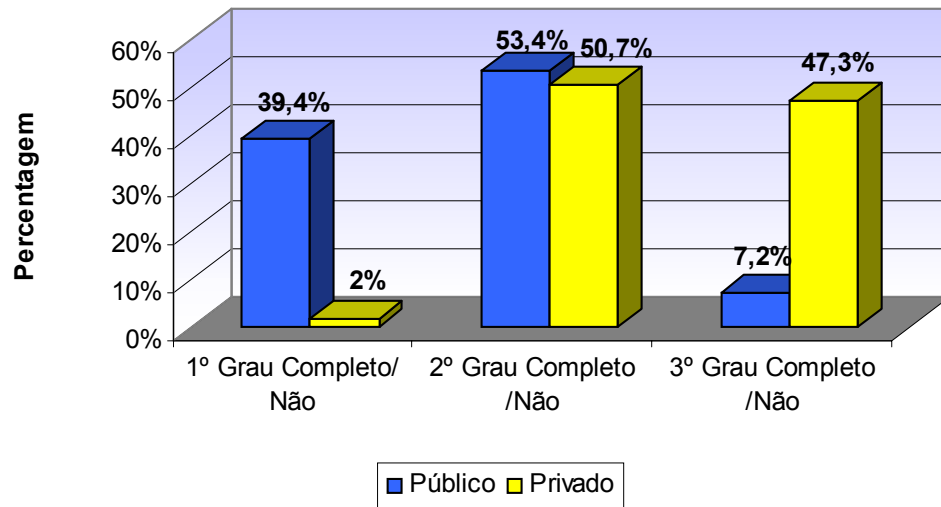


Figura 2 - Distribuição do percentual dos pacientes dos setores público e privado quanto à escolaridade (BESSA, 2004)

Nota-se que o serviço público é freqüentado por pacientes com menos escolaridade que os pacientes do setor privado. Sendo que os pacientes de ambos os setores público e privado que possuem ou estão cursando o 3º grau estão distribuídos por área de conhecimento, ciências humanas, exatas, biológicas e outras (astronomia, geociências, desenho industrial).

Tabela 4 - Distribuição dos Pacientes com escolaridade (3º grau) segundo à área de conhecimento dos setores público e privado (BESSA, 2004)

Área de Conhecimento	Freqüência	Percentual
Ciências Humanas	39	36,8
Ciências Exatas	17	16
Ciências Biológicas	41	38,7
Outros	9	8,5
Total	106	100

Foi verificado também qual a freqüência que o paciente utiliza o serviço odontológico. E quantos CDs estes pacientes já freqüentaram. A freqüência que o paciente utiliza o serviço odontológico foi estatisticamente diferente entre os dois grupos, públicos e privado (χ^2 57,833 valor $p= 0,000$) . Notou-se maior diferença nas opções, duas vezes por ano e apenas quanto acha que necessita. Sendo 12,8% e 33,3% na 1ª opção acima citado, nos setores público e privado, e de 44,6% e 12,8% quanto acha que necessita, nos setores público e privado respectivamente (Tab. 5).

A distribuição dos pacientes dos dois grupos, públicos e privado quanto ao número de CDs freqüentado por estes pacientes não apresentou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 2,87$ valor $p= ,411$), os resultados encontrados mostram aproximados (Tab. 6).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes segundo a freqüência ao CD nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Freqüência ao CD		Público	Privado	Total
4 vezes ao ano	n	20	28	48
	%	10,3%	14,4%	12,3%
2 vezes ao ano	n	25	65	90
	%	12,8%	33,3%	23,1%
1 vez ao ano	n	52	71	123
	%	26,7%	36,4%	31,5%
1 vez a cada 2 ano	n	11	6	17
	%	5,6%	3,1%	4,4%
Apenas quando acha necessita	n	87	25	122
	%	44,6%	12,8%	28,7%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 57,838$ (valor $p = ,000$) valores estatisticamente diferentes

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo o número de CD nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Nº de CD freqüentado		Público	Privado	Total
Apenas 1	N	19	11	30
	%	9,7%	5,6%	7,7%
Dois	N	54	63	117
	%	27,7%	32,3%	30%
Três	N	46	44	90
	%	23,6%	22,6%	23,1%
Quatro ou mais	N	76	77	153
	%	39,%	39,5%	39,2%
Total	N	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 2,877$ (valor p = 0,411) valores estatisticamente semelhantes

Quanto à utilização de equipamentos de proteção individual EPI, observou-se que o uso de luvas sempre no atendimento no setor público foi de 83% e no setor privado 96,9%, relatado pelos pacientes, às vezes 8,2% a 2,6%, nunca 3,1% e a% e não sei / não percebi 5,6% e 0,5% nos setores público e privado respectivamente. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos público e privado (χ^2 22,172 valor p=0,000) (Tab.7).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de luvas pelos seus CDs nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Uso de luvas pelos CDs		Público	Privado	Total
Sempre	n	162	189	351
	%	83,1%	96,9%	90%
Às vezes	n	16	5	21
	%	8,2%	2,6%	5,4%
Nunca	n	6		6
	%	3,1%		1,5%
Não sei / Não percebi	n	11	1	12
	%	5,6%	,5%	3,1%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 22,172$ (valor p = ,000) valores estatisticamente diferentes

A máscara segundo os pacientes são utilizadas sempre no setor público em 76,4% e no setor privado 90,3%, às vezes 14,4% e 7,7%, nunca 6,2% e 0,5%, não sei / não percebi 3,1% e 1,5%, no setor público e privado respectivamente. Houve uma diferença estatisticamente significativa mostrada através do Chi-square test ($\chi^2 = 16,481$ valor p=0,001) (Tab. 8).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de máscara pelos seus CDs nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Uso de máscaras pelos CDs		Público	Privado	Total
Sempre	n	149	176	325
	%	76,4%	90,3%	83,3%
Às vezes	n	28	15	43
	%	14,4%	7,7%	11%
Nunca	n	12	1	13
	%	6,2%	,5%	3,3%
Não sei / Não percebi	n	6	3	9
	%	3,1%	1,5%	2,3%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 16,481$ (valor $p = 0,001$) valores estatisticamente significantes

O gorro sempre é utilizado em cerca de 39,5% no setor público e 40,5% no setor privado, segundo os pacientes. Foi relatado seu uso, às vezes em 17,9% e 23,6%, nunca em 30,8% e 30,3%, e não sei / não percebi 11,8% e 5,6%, nos setores público e privado respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos ($\chi^2 = 5,763$ valor $p = ,124$) (Tab. 9) .

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de gorro pelos seus CDs nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Uso de gorro pelos CDs		Público	Privado	Total
Sempre	n	77	79	156
	%	39,5%	40,5%	40%
Às vezes	n	35	46	81
	%	17,9%	23,6%	20,8%
Nunca	n	60	59	119
	%	30,8%	30,3%	30,5%
Não sei / Não percebi	n	23	11	34
	%	11,8%	5,6%	8,7%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 5,763$ (valor $p = 0,124$) valores estatisticamente semelhante

Os óculos de proteção é utilizado sempre por cerca de 42,6% dos CD do setor público e de 34,4% do setor privado, segundo os paciente entrevistados, foi relatado seu uso, às vezes em 22,6% e 45,6%, nunca em 23,1% e 14,9, não sei / não percebi em 11,8% e 5,1%, nos setores público e privado respectivamente. Quanto as respostas sobre o óculos de proteção pelos seus CDs houve uma diferença significativa ($\chi^2 = 25,513$ valor $p = ,000$) (Tab. 10).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de óculos de proteção pelos seus CDs nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Uso de óculos de proteção pelos CDs		Público	Privado	Total
Sempre	n	83	67	150
	%	42,6%	34,4%	38,5%
Às vezes	n	44	89	133
	%	22,6%	45,6%	34,1%
Nunca	n	45	29	74
	%	23,1%	14,9%	19%
Não sei / Não percebi	n	23	10	33
	%	11,8%	5,1%	8,5%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 25,513$ (valor p = ,000) valores estatisticamente significantes

A utilização do avental, sempre pelos CDs, segundo os pacientes foi de 76,9% no setor público e 80,5% no setor privado, às vezes em 11,3% e 11,8%, nunca em 6,7% e 4,6%, não sei / não percebi em 5,1% e 3,1%, nos setores público e privado respectivamente, não houve uma diferença significativa ($\chi^2 = 1,909$ valor p= 0,591) (Tab. 11).

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes segundo o uso de avental pelos seus CDs nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Uso de avental pelos CDs		Público	Privado	Total
Sempre	N	150	157	307
	%	76,9%	80,5%	78,7%
Às vezes	N	22	23	45
	%	11,3%	11,8%	11,5%
Nunca	N	13	9	22
	%	6,7%	4,6%	5,6%
Não sei / Não percebi	N	10	6	16
	%	5,1%	3,1%	4,1%

Total	N	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 1,909$ (valor p = 0,591) valor estatisticamente semelhante

A utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos CDs segundo os entrevistados Luvras: 83% no setor público e 97% no setor privado. Máscara: 76% no setor público e 90% no setor privado. Óculos de proteção: 43% no setor público e 34% no setor privado. Gorro: 39% nos setor público e 41% no setor privado. Avental: 77% no setor público e 41% no setor privado. Observou-se que tanto os pacientes do setor público como do setor privado souberam relatar sobre a utilização dos EPIs. (Fig. 3).

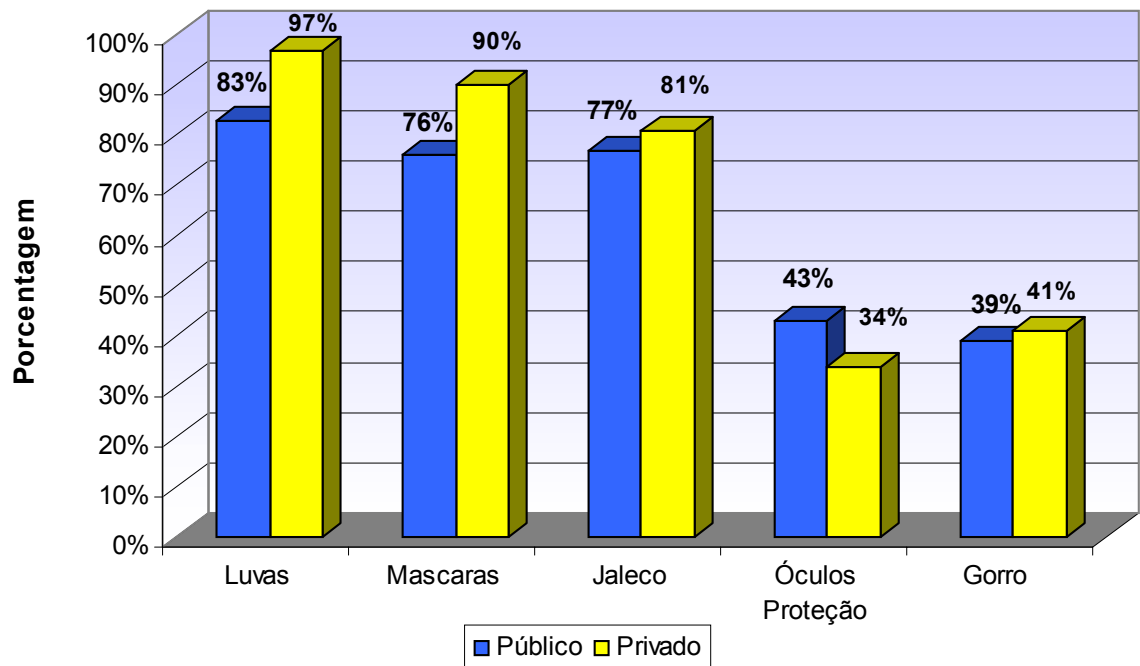


Figura 3 - Proporção da utilização de Equipamento de proteção individual (EPI) pelos seus CDs segundo os pacientes dos setores público e privado (BESSA, 2004)

A higiene foi também classificada pelos pacientes e o maior valor percentual caracterizou o atendimento recebido por estes pacientes como muito bom 42,6% e 56,4%, e bom 43,1% e 39,0% no setor público e privado respectivamente. Foi classificado como regular 10,3% e 4,6% nos setores público e privado respectivamente. Como ruim e péssimo foi classificado por 2,1% e 2,1% no setor público . Não houve esta classificação de ruim e péssimo no setor privado. A classificação do atendimento dada a seus CDs, pelos pacientes, mostrou uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 16,350$ valor $p=,003$) (Tab. 12)

Tabela 12 - Classificação do atendimento do CD segundo a higiene pelos pacientes dos setores público e privado (BESSA, 2004)

Higiene dos CDs segundo os pacientes		Público	Privado	Total
Muito bom	n	83	110	193
	%	42,6%	56,4%	49,5%
Bom	n	84	76	160
	%	43,1%	39%	41%
Regular	n	20	9	29
	%	10,3%	4,6%	7,4%
Ruim	n	4		4
	%	2,1%		1%
Péssimo	n	4		4
	%	2,1%		1%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 16,350$ (valor $p = ,003$) valores estatisticamente significantes

Para verificar atitudes e condutas do paciente quanto ao uso de EPI foi questionado que se seu CDs for realizar tratamento sem luvas com ele reagiria. A conduta do paciente foi relatada da seguinte maneira: permite, incomoda-se e não retorna a ele 13,3% e 16,4%, não permite e pede que ele coloque a luva

60,0% e 72%, não se incomoda e continua a freqüentar 26,7% e 10,8%, nos setores público e privado respectivamente. A comparação dos dois setores pelo *Chi-square test* mostrou uma diferença significativa ($\chi^2= 16,198$ valor $p= ,000$). Nota-se pelas respostas que os pacientes do setor privado são mais exigentes quando ao uso de EPI, e que fazem mais questão do uso destes pelos profissionais que os atendem (Fig. 4).

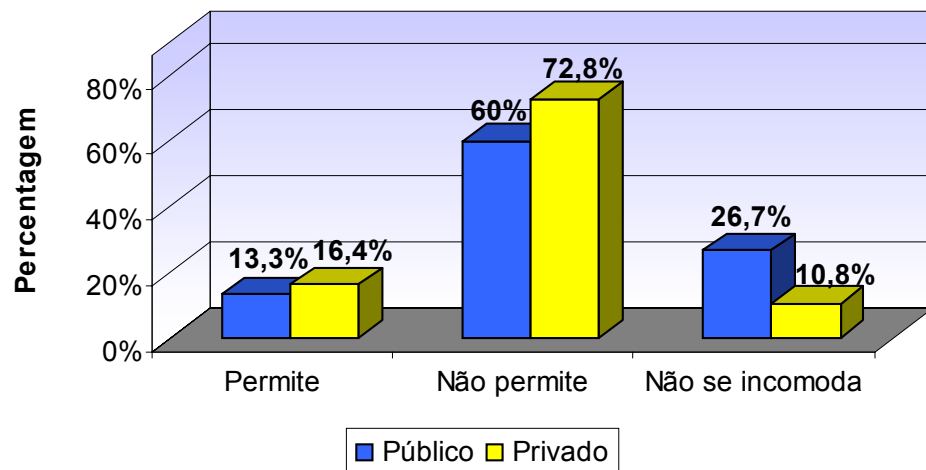


Figura 4 – Atitudes dos pacientes caso seu CD fosse realizar atendimentos sem luvas, nos setores público e privado (BESSA, 2004)

A questão da anamnese também foi levantada nesta pesquisa, nota-se que uma média de apenas 30,8% dos entrevistados, respondeu que seu CDs faz pergunta sobre sua saúde geral. No resultado da pesquisa, verificou-se os percentuais dos pacientes que responderam foram sim 27,2% e 34,4%, que de vez em quando de 13,3% e 26,2%, que nunca de 53,3% e 29,7%, e que não

lembra 6,2% e 9,7%, dos setores público e privado respectivamente. Houve uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 24,393$ valor $p= 0,000$)

Tabela 13 - Percepção dos pacientes sobre o protocolo da Anamnese quanto a perguntas sobre sua saúde geral nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Anamnese – Saúde geral		Público	Privado	Total
Sim, sempre	n	53	67	120
	%	27,2%	34,4%	30,8%
Sim, de vez em quando	n	26	51	77
	%	13,3%	26,2%	19,7%
Nunca	n	104	58	162
	%	53,3%	29,7%	41,5%
Não lembro	n	12	19	31
	%	6,2%	9,7%	7,9%
Total	n	195	195	390
	%	100%	100%	100%

n = número de pacientes

% = valor percentual de pacientes

$\chi^2 = 24,478$ (valor $p = ,000$) valores estatisticamente diferentes

O conhecimento sobre AIDS, se o paciente está bem informado sobre a doença AIDS/HIV, também foi questionada. Responderam que sim 63,1% e 81,5% dos pacientes do setor público e privado respectivamente. Disseram que não 9,7% e 0,5%, que mais ou menos 27,2% e 17,9%, dos pacientes do setor público e privado respectivamente houve grande diferença nas respostas, estatisticamente significativa ($\chi^2= 24,478$ valor $p= 0,000$). Os resultados mostraram que os pacientes do setor privado pensam estarem mais informados sobre AIDS que os pacientes do setor público (Fig. 5).

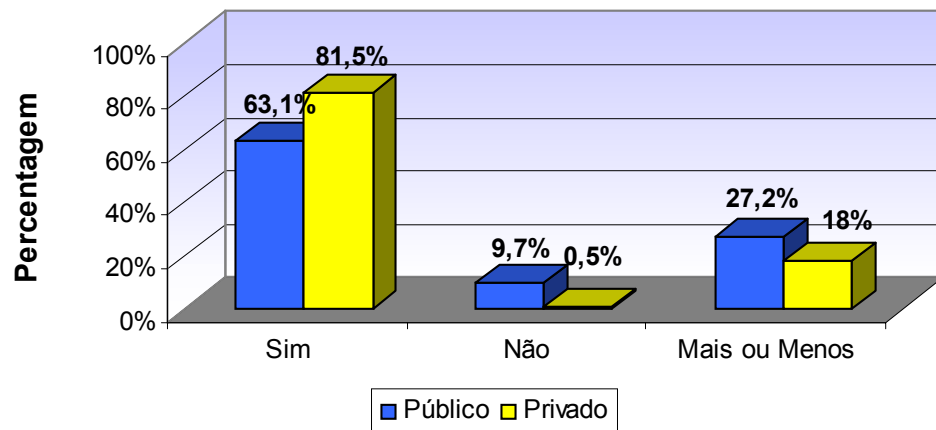


Figura 5 - Distribuição percentual dos pacientes dos setores público e privado quanto a informação sobre AIDS (BESSA , 2004)

Sobre a transmissão do HIV, durante o tratamento odontológico, quase totalidade dos pacientes entrevistados acreditam na possibilidade de transmissão. Os dois setores tanto público quanto privado mostravam com a mesma crença. Sendo que 87,2% do público e 93,8% do privado responderam positivamente. Do restante dos entrevistados 4,6% e 1,0% disseram que não, que não pode ser transmitida em consultório odontológico, não sei 8,2% e 5,1%. Houve uma diferença significativa entre as respostas dos dois setores ($\chi^2= 6,318$ valor $p= ,042$).

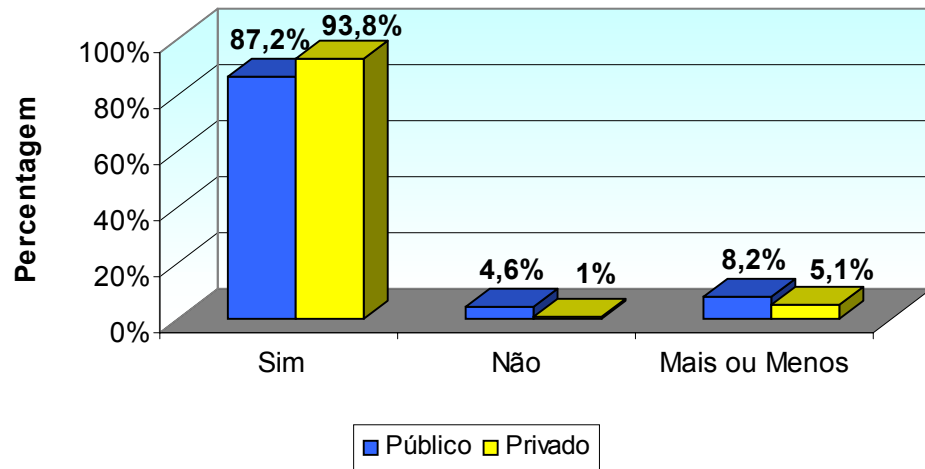


Figura 6 - Crença dos pacientes dos setores público e privado quanto a possibilidade de transmissão da AIDS/HIV no consultório odontológico (BESSA, 2004).

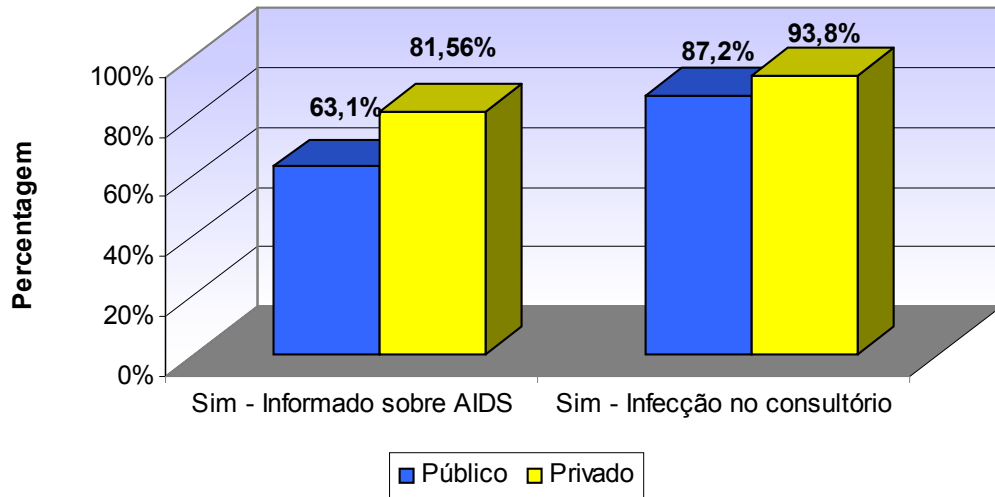


Figura 7 - Demonstração do percentual de pacientes dos setores público e privado quanto a informação sobre AIDS e transmissão do HIV em consultório odontológico (BESSA, 2004)

Para verificar e avaliar a percepção e a conduta dos pacientes quanto ao risco de infectar pelo HIV durante o procedimento odontológico, eles foram questionados se soubesse que seu CD atende paciente portador de HIV, e, se soubesse que seu CD era portador de HIV, o que fariam? Na primeira questão levantada se soubesse que seu CD atende pacientes portadores de HIV, foram encontrados os seguintes dados: continuariam freqüentando 46,2% e 52,8%, deixaria de ir àquele CD 53,8% e 47,2% nos setores público e privado respectivamente. Houve uma semelhança entre as respostas dos dois setores público e privado respectivamente (Fig. 8). Na segunda questão levantada se

soubesse que seu CD é portador do HIV, o que fariam? Os pacientes responderam que continuaria com o CD em 41% e 43,6%, e que mudaria de CD 59% e 56,4%, nos setores público e privado respectivamente o que pode-se dizer que as respostas foram equivalentes (Fig. 9).

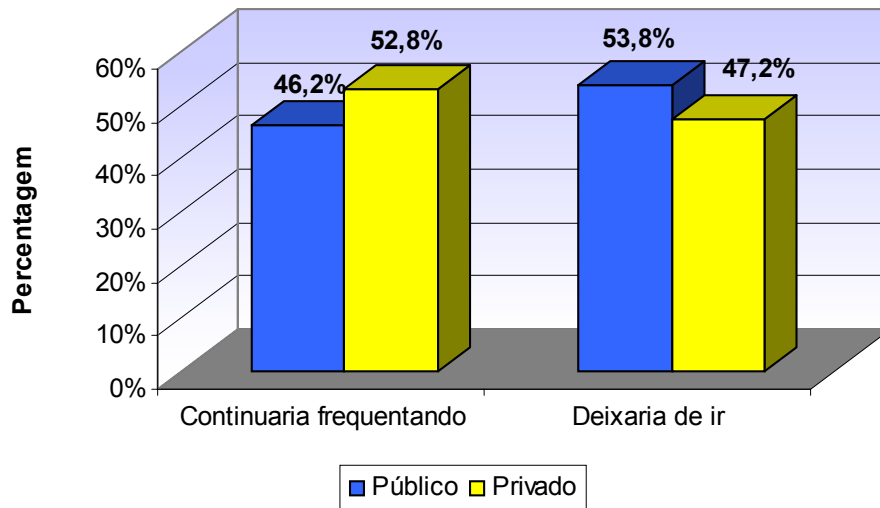


Figura 8 - Atitude dos pacientes dos setores público e privado caso seus CDs atendessem pacientes AIDS/HIV (BESSA, 2004)

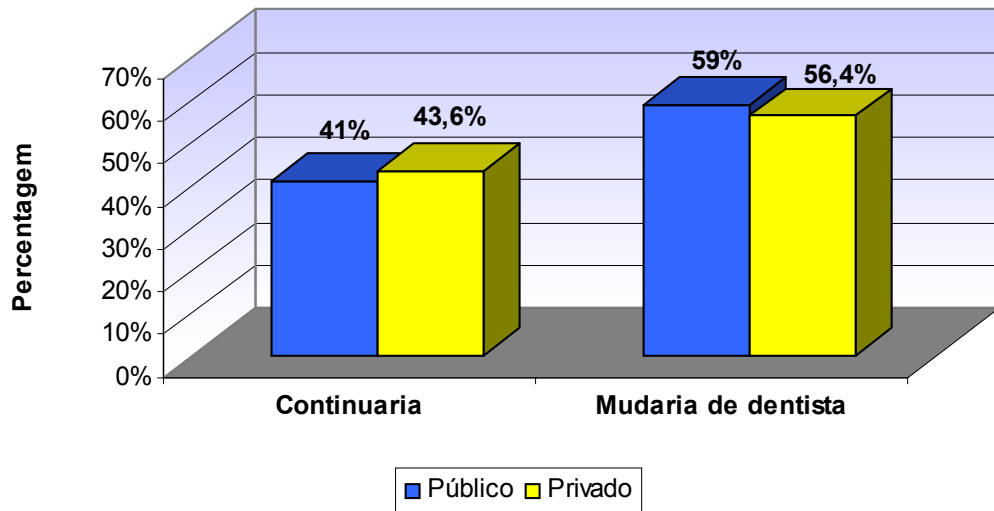


Figura 9 - Atitude dos pacientes dos setores público e privado caso seus CDs fossem portadores de HIV (BESSA, 2004)

Para avaliar o estigma que cerca o portador de HIV, e que conotação o paciente dá a doença foi questionada se soubesse que fosse portador diria a seu CD e como o seu CD agiria ao saber que ele era soropositivo para HIV. Responderam que sim, contaria ao seu CD 58,5% e 61,%, que não contaria 26,7 % e 18,5%, que não sabiam 14,9% e 20,5%, dos pacientes entrevistados dos setores público e privado respectivamente. Houve semelhança nas respostas dos dois setores público e privado ($\chi^2= 4,770$ e valor $p= ,092$) (Fig. 10). Quanto questionados sobre como o paciente acha que seu CD agiria ao saber que ele era portador do HIV as respostas foram que o continuaria atendendo com sempre atendeu 14,4% e 20%, que atenderia mais com cuidados especiais 36,4% e 34,4%, que deixaria de atende-lo 17,9% e 16,4%, que o encaminharia para um centro especializado 31,3% e 29,2% dos pacientes

entrevistados do setor público e privado respectivamente ($\chi^2= 2,192$ valor $p=,534$), os resultados dos dois setores foram muito semelhantes (Fig. 11).

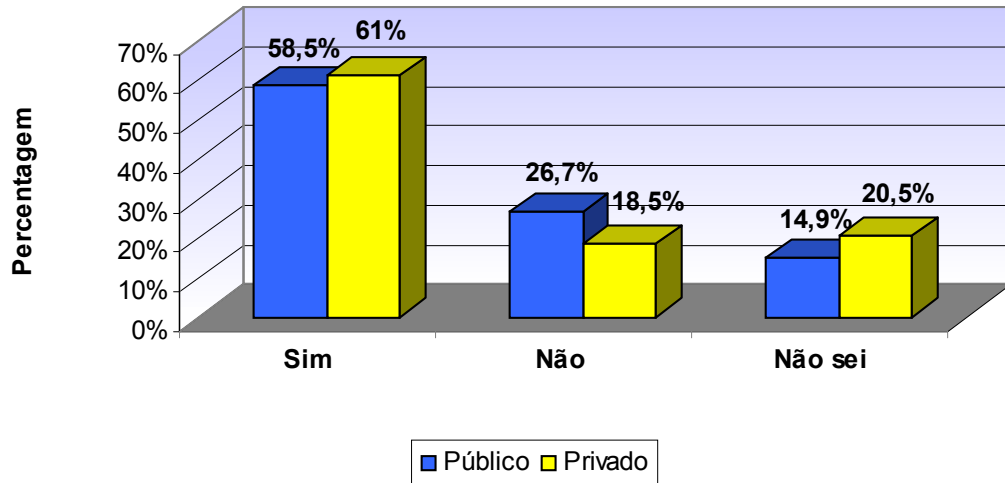


Figura 10 - Conduta dos pacientes dos setores público e privado em comunicar caso descobrissem portador do HIV aos seus CDs (BESSA, 2004)

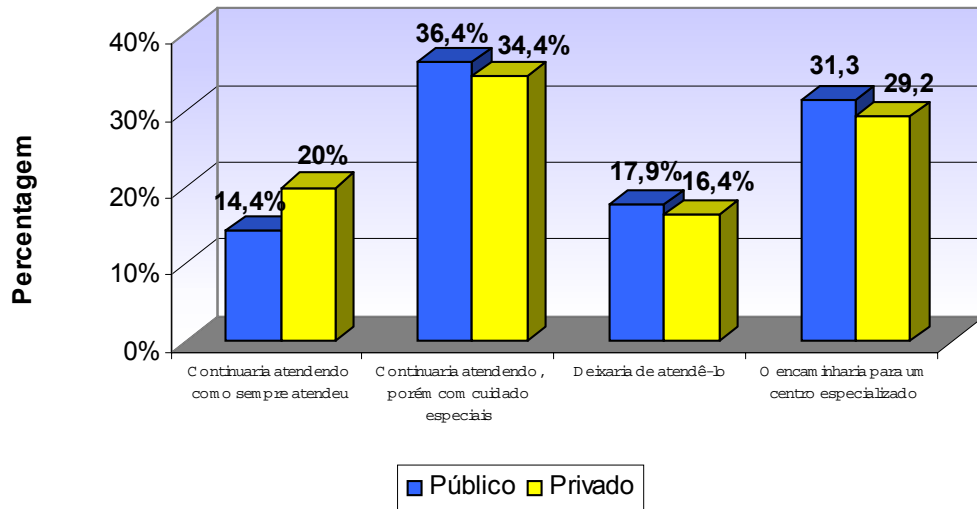


Figura 11 - Conduta dos CD segundo os pacientes dos setores público e privado caso este soubessem que eles eram portadores do HIV (BESSA, 2004)

As respostas afirmativas frente ao HIV questionadas aos pacientes tiveram os seguintes resultados: 1- Continuar freqüentando 46,2% e 52,8%, 2- Continuar com o CD 41% e 43,6%, 3-Contaria ao CD 58,5% e 61%, 4- Atenderia como sempre 14,4% e 20%, nos setores publico e privados respectivamente (Fig.12).

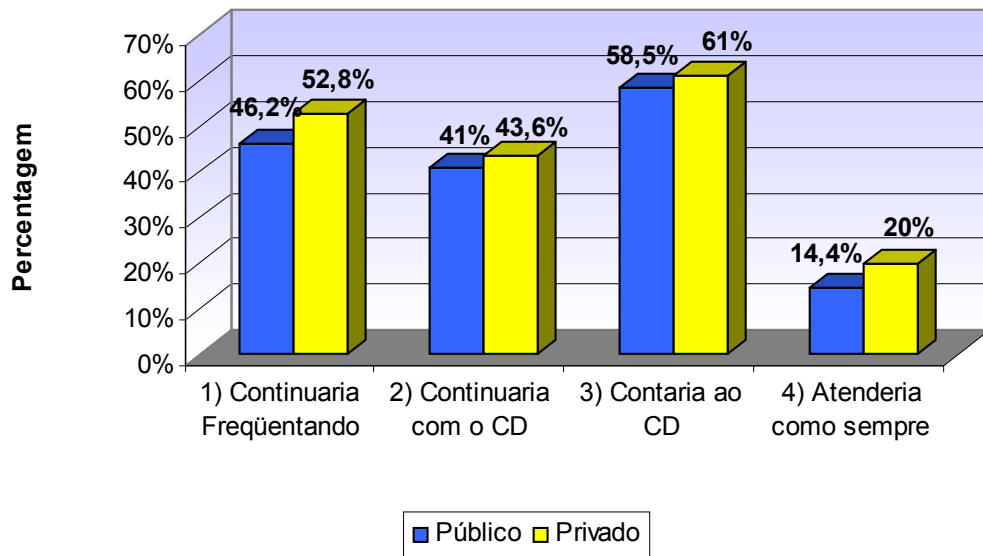


Figura 12 - Representação do percentual das respostas afirmativas frente ao HIV nos setores público e privado (BESSA, 2004)

Para verificar se a AIDS/ HIV, está sendo abordada pelos Cirurgiões-Dentistas dentro do protocolo da anamnese, foi questionado se alguma vez um CD lhe perguntou sobre um possível contato com o vírus da imunodeficiência humana, ou se é portador de HIV. No setor público 80,5% e no setor privado 71,3% disseram que não. Responderam que sim 12,8% e 22,1% nos setores público e privado respectivamente. E não me lembro foi respondido em 6,7% no setor público e 6,7% no setor privado. Valores estatisticamente semelhantes (Fig. 13).

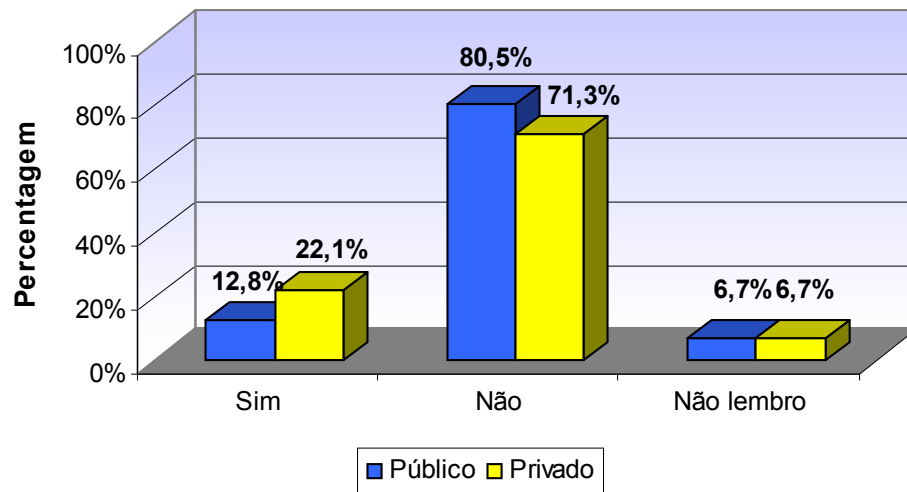


Figura 13 - Percentual de questionamento pelos CDs segundo os pacientes dos setores público e privados sobre AIDS ou se são portadores do HIV (BESSA, 2004)

Segundo as informações dadas pelos pacientes notou-se que os profissionais do setor privado se preocupam mais com a anamnese que os profissionais da rede pública de saúde (Fig. 14).

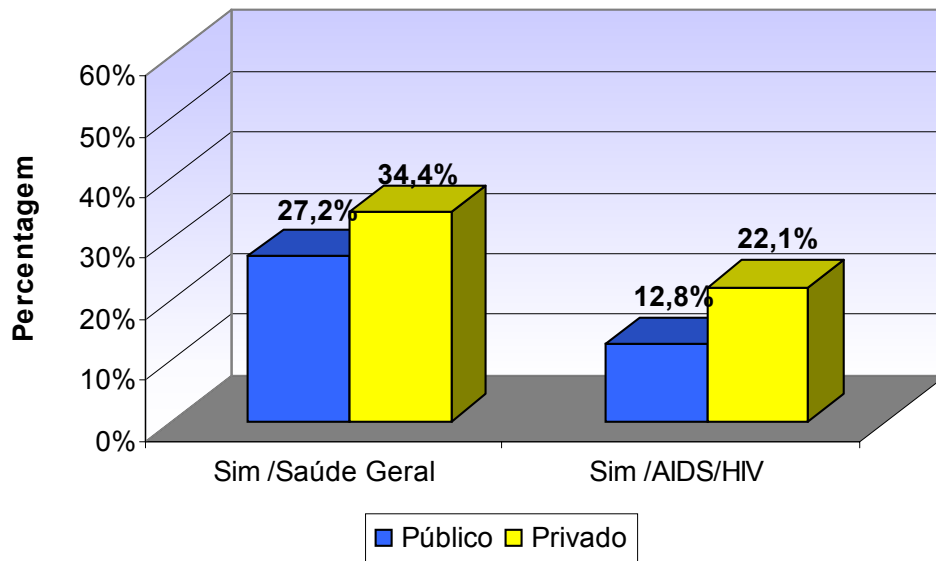


Figura 14 - Percentual de questionamento sobre saúde geral e AIDS/HIV na anamnese pelo CD's segundo os pacientes dos setores público e privado. (BESSA, 2004)

Para observar a preocupação do paciente em saber se é portador do HIV, os pacientes foram questionados se já fizeram o teste para saber se são soropositivo para HIV, foi perguntado aos pacientes se já fizeram o teste para HIV. Os valores estatísticos se mostraram semelhantes $\chi^2=2,463$ (valor $p=0,292$). A média percentual da testagem para HIV, nos pacientes entrevistado foi de 30% (Fig. 15).

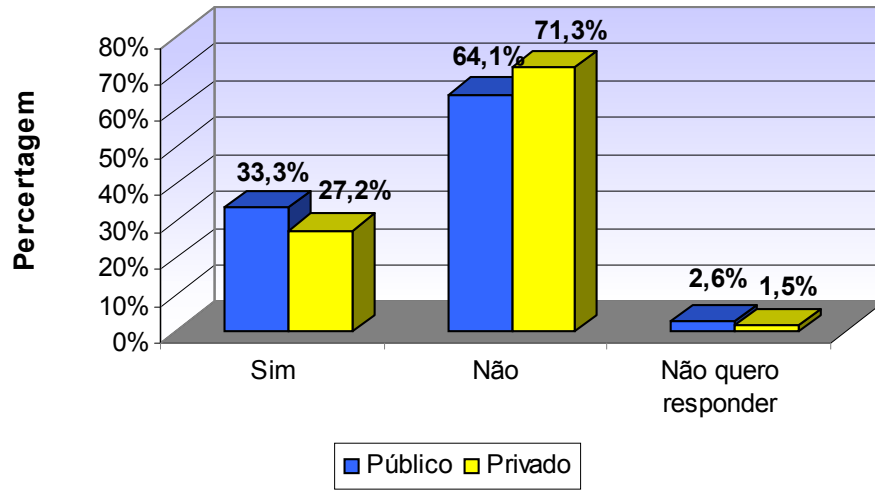


Figura 15 – Distribuição dos pacientes frente a testagem HIV, nos setores público e privado respectivamente (BESSA, 2004)

6- DISCUSSÃO

No presente estudo a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), pelos Cirurgiões-Dentistas relatados pelos pacientes foi:

Luvas: 83% no setor público e 97% no setor privado. Máscara: 76% no setor público e 90% no setor privado. Óculos de proteção: 43% no setor público e 34% no setor privado. Gorro: 39% nos setor público e 41% no setor privado. Avental: 77% no setor público e 41% no setor privado. Observou-se que tanto os pacientes do setor público como do setor privado souberam relatar sobre utilização dos EPIs.

O uso dos equipamentos de proteção individual entre os Cirurgiões-Dentistas neste estudo foi mais freqüente do que o relatado em outros estudos realizados em diferentes países. De acordo com GERBERT (1997), 80% e 70% dos CDs californianos pesquisados usavam luvas e máscaras, respectivamente. No Sul da Índia, 90% usavam luvas, 80%, máscaras, e 52% óculos (NAIR *et al.* , 1995). Percentuais ainda menores foram verificar em Budapeste, onde apenas 62% usavam luvas (SIMON, TANNER, 1994), e em uma Região da Itália, onde somente 24,4% usavam luvas, máscaras e óculos (ANGELILLO *et al*, 1994).

ROSA *et al*, (1995), em estudo realizado com 181 profissionais em clínicas públicas 42,5% e e privadas 57,5%, na cidade de João Pessoa-PB, observaram que 6,1% usavam luvas; 1,1% óculos; 7,7% máscaras; 56,4%

luvas e máscaras; 19,3% óculos e máscaras e 7,2% não utilizavam nenhum EPI, 19,3% usavam simultaneamente luvas, máscaras e óculos protetor.

Para Nesi (2000) o EPI completo é constituído do uso de bata descartável ou corretamente reprocessável; gorro ou turbante; luvas (látex) descartáveis; máscaras (com barreira de proteção); protetor ocular ou facial e sapatilhas.

Os resultados encontrados por ROSA *et al*, (2001), demonstraram que 95,8% usavam luvas; 94,9% máscaras; 27,1% gorro; 80,5% óculos e 72,9% avental. Quanto ao uso do EPI completo, com exceção das sapatilhas, nesta pesquisa observou-se a utilização em 21,1% dos profissionais concordantes com PASSOS *et al*, (2001) quanto observaram que 26,3% dos entrevistados utilizam EPI completo. A utilização do EPI completo e correto é de importância pois interrompem as rotas de contaminação.

O presente estudo mostra que os pacientes dos setores público e privado percebem que seus CDs usam EPI, principalmente luvas e máscaras. A utilização do EPI completo não é uma constante e evidencia que os pacientes fazem questão do uso destes pelos seus CDs (Fig. 3).

Nesta pesquisa a higiene do atendimento foi classificada pelo paciente 85,7% como muito bom e no setor público de saúde e 95,4% no setor privado. Quanto a exigência do paciente ao uso de EPI, esta pesquisa mostrou que 60% dos pacientes do setor público de saúde não permite que o CD realize

procedimentos sem luvas e pede que ele coloque a luva; 72,8% dos pacientes do setor privado de saúde teria a mesma atitude.

DISCACCIATTI, (1997) demonstrou uma forte correlação do uso do EPIs com a classificação, em termos de higiene, conferida pelo paciente ao tratamento recebido, indicando a atenção e importância que o usuário tem dado a esse aspecto. Os resultados demonstram que, à medida que o CD utilizou mais EPI durante o tratamento, seu atendimento recebeu melhor classificação em relação às condições de higiene.

A AIDS representa uma das principais preocupações para a prática médica e odontológica, sendo considerada a doença mais significativa a afetar nossa sociedade nos últimos anos (DISCACCIATI e PORDEUS, 1999). Entre os odontólogos de uma maneira geral, tem crescido muito a preocupação com o tratamento de indivíduos portadores do vírus da “Síndrome da Imunodeficiência Deficiência Adquirida” (KOZIEL *et al*, 1992; DISCACCIATI e PORDEUS, 1997). Portanto, todos os profissionais são chamados, hoje, a adequar sua postura profissional a realidade da AIDS (SILVA e RAMOS, 1994). O consultório odontológico continuará apresentando risco de contaminação enquanto a prevenção não for considerada prioritária e fundamental por todos os envolvidos, inclusive pacientes (FERREIRA, 1995; FERREIRA, 1998).

A escolaridade dos pacientes foi questionada nesta pesquisa e foi observado que os pacientes do setor público tem nível de escolaridade inferior a do paciente da rede privada. Não foi encontrado na literatura estudo

comparativo entre escolaridade de pacientes odontológicos dos setores público e privado.

Observa-se que apesar da escolaridade os dois setores serem bastante diferente os pacientes se mostram preocupados com a possibilidade de contrair o HIV no consultório odontológico. Esta preocupação de contaminar-se com HIV se mostrou menor no setor público. Evidencia-se a necessidade de educar estes pacientes de forma constante para eliminar o medo que esta epidemia provoca na população. Esta educação deve girar em torno das possibilidades de transmissão e mostrar a importância da adoção de barreiras de proteção, uma vez que foi observado nesta pesquisa que os pacientes têm percebido o uso do EPI e fazem questão do uso deste pelos profissionais da odontologia. As normas universais de biossegurança deve ser uma constante na rotina dos profissionais.

Nota-se que o nível de escolaridade inferior fez com que os pacientes do setor público se declarassem menos esclarecidos sobre AIDS/HIV. E o nível de escolaridade superior, dos entrevistados do setor privado, este estudo, mostrou que estes pacientes acreditam em maior percentual 93,8% na transmissão do HIV em consultório odontológico.

O conhecimento dos pacientes dos setores público e privado foi questionado, os pacientes do setor privado são mais informados sobre AIDS/HIV. Quando perguntado a possibilidade de transmissão do HIV em consultório odontológico, ambos os setores público e privado mostram com a

mesma crença, respondendo afirmativamente, acreditar na transmissão. Nota-se que o nível de escolaridade inferior fez com que os pacientes do setor público se declarassem menos esclarecidos sobre AIDS/HIV. E o nível de escolaridade superior, dos entrevistado do setor privado, este estudo, mostrou que este paciente acreditam em maior percentual 93,8% na transmissão do HIV em consultório odontológico.

DISCASIATTI, (1999), Observou-se que a grande maioria 88,4% dos entrevistados acredita que o HIV possa ser transmitido durante um atendimento odontológico. No presente estudo foi encontrado uma média de 90,5% do entrevistados acreditam na possibilidade de contraírem o HIV no consultório odontológico. No presente estudo foi encontrado uma média de 90,5% do entrevistados acreditam na possibilidade de contraírem o HIV no consultório odontológico.

Sobre as atitudes dos pacientes em relação à AIDS, não se pode esperar uma mudança rápida, muito em função do que a epidemia representa para a sociedade. Desde o aparecimento dos primeiros casos, a população vem recebendo informações desencontradas por parte da mídia, o que acaba por influenciar negativamente em sua atitudes. O “fenômeno social da AIDS” é uma face da doença que também deve ser combatida, principalmente pelos profissionais de saúde. Os CD podem contribuir praticando um controle de infecção apropriado e tranquilizando seus pacientes no sentido de que sintam o consultório com um local seguro. O público precisa perceber que, adotam as medidas de precaução universal, o CD pode atender normalmente pessoas

infectadas pelo HIV, sem risco de ocorrer infecção cruzada de paciente para paciente (DISCACCIATTI, 1999).

SPOSTO *et al* , (2003) em recente pesquisa mostrou também que os estudantes pensam que sabem bastante sobre a infecção HIV, já que a maioria (74,5%) considerou o questionário de média dificuldade, mas os índices de erros foram altos. Assim, os estudantes de graduação necessitam de uma maior amplitude do conhecimento sobre a infecção HIV, envolvendo também a atualização contínua dos aspectos informativos.

A importância dada pelos pacientes ao uso barreiras de proteção é encorajadora com uma aparente aceitação pública do papel do CD em educar pacientes sobre AIDS. Os pacientes ainda se mostram preocupados em contrair o HIV no consultório odontológico e necessitam de maiores informações sobre formas de transmissão e controle da doença. GERBERT *et al*, (1989).

Segundo dados do AIDS INSTITUTE (1998), a transmissão ocupacional do HIV para “profissionais da saúde”, incluindo os CDs e pessoal auxiliar, é rara. O risco de transmissão do HIV através de acidentes de trabalho envolvendo agulhas ou instrumentos cortantes com sangue contaminado é aproximadamente 0,3% ou uma a 250-300 exposição. De acordo com LIMA *et al*, (1996), e FAUCI, (1994), mesmo sendo um risco pequeno, medidas universais de biossegurança deve se observadas com todo os pacientes durante todos os procedimentos odontológicos, considerando-se a

possibilidade de qualquer indivíduo ser portador do HIV. O sangue, a saliva e o líquido gengival de todos os pacientes odontológicos devem ser considerados infectados.

Evidências confirmam que o HIV tem baixíssima infectividade e é facilmente eliminado. O risco de contrair o HIV após exposição ocupacional é muito pequeno, e caso as medidas de precaução universais forem adotadas, o risco é praticamente zero (DISCACCIATI e PORDEUS, 1999). (ROSA et, at, 2001) em pesquisa constatou que 43,7% dos profissionais concordam que o HIV tem baixa infectividade.

Ocorrendo acidente com exposição do paciente ao sangue do profissional portador, faz sentido que se ofereça ao paciente profilaxia com antiretrovirais, já que sua eficácia já foi demonstrada nos acidentes ocupacionais, e caso o profissional sofra acidente a mesma conduta e recomendada.

Este estudo mostrou que o protocolos da anamnese não e seguido com deveriam pelos CDs, segundo os pacientes entrevistados do setores público e privado, foi questionado aos pacientes se seus CDs fazem perguntas sobre saúde geral e foi relatado pelos pacientes que freqüentam o serviço público de saúde que 27,2% dos seus CDs questionam sobre saúde geral e que 32,4% no setor privado. Segundo as informações dadas pelos pacientes notou-se que os profissionais do setor privado se preocupam mais com a anamnese que os profissionais da rede pública de saúde.

A anamnese é uma etapa indispensável quando se tem como objetivo fazer um bom diagnóstico. Daí a necessidade de se fazer um levantamento sobre saúde do paciente. Nos dias atuais torna-se indispensável questionar sobre a saúde geral do paciente, para que se previna complicações para os pacientes e para os profissionais, das mais variadas ordens.

E a grande maioria dos pacientes não foram questionados pelos seus CDs sobre um possível contato com HIV. Devendo ressaltar que anamnese é de fundamental importância para um diagnóstico bem feito. É através da anamnese que se tem primeiro contato com as particularidades do paciente. E devemos pensar que para o paciente é bem mais fácil responder o que se pergunta, do que ele próprio ter a iniciativa de revelar. A confissão de doença de um modo geral fragiliza psicologicamente o paciente e se tratando de HIV/AIDS, é mais difícil para o paciente abordar o assunto devido a conotação negativa da doença.

A expansão da epidemia do HIV/AIDS exige que todos os profissionais e serviços de saúde estejam familiarizados com a doença. Por esta razão, o conhecimento dos sinais e sintomas associados a AIDS é fundamental para um correto diagnóstico (ELIAS, 1997).

As manifestações bucais observadas pelo HIV podem ser classificadas de acordo com a origem em fúngica, bacteriana, viral e carcinogena. Dentre as mais comuns, podem-se relatar a candidíase pseudomembranosa, queilite

angular, lesões ulceradas, herpes simples, leucoplasia pilosa, úlceras atípicas e Sarcoma de Kaposi (ELIAS *et al*, 1997; GUANDALINI *et al*, 1999).

A tendência atual não tem sido considerar exclusivamente os grupos de risco para a AIDS, mas sim todo os segmentos da sociedade, o que inclui profissionais da área de saúde, como os CD, médico e enfermeiros pelo contato freqüente com sangue.

Portanto, na prática odontológica é necessário que todos os pacientes sejam considerados potencialmente infectados pelo HIV da perspectiva de prevenção da infecção cruzada (FELTRIN *et al*, 1997).

Os resultados desta pesquisa reforça a necessidade do CD fazer a anamnese detalhada dos seus pacientes, usando da própria anamnese para possível esclarecimento dos pacientes a dúvidas sobre sua saúde geral e especificamente sobre HIV/AIDS. A anamnese deve ser uma constante aliada do CD para evitar surpresas e situações desagradáveis.

Durante a anamnese o CD pode desempenhar um importante papel na desmistificação de alguns aspectos dessa epidemia. De forma tranqüila e racional, o CD deve conversar e educar seus pacientes sobre formas de prevenção e controle da infecção pelo HIV em consultórios odontológicos, dando assim uma importante contribuição para combater a epidemia do medo que tem acompanhado a AIDS.

Para avaliar o conhecimento, a conduta e o estigma que cerca o portador do HIV, a conotação que o paciente dá a doença foram questionados, 1) se soubesse que seu CD atende paciente com AIDS, o que faria; 2) se soubesse que seu CD é portador do HIV o que faria; 3) se descobrisse que seu CD é portador do HIV; 4) se seu CD soubesse que você é portador do HIV, como ele agiria, Figs 8,9,10,11, respectivamente.

Os resultados encontrados nos dois setores público e privado foram estatisticamente semelhantes. Mostra que apesar dos pacientes dos setores público e privado serem freqüentados por pessoas com nível de escolaridade diferentes as crenças, o medo da infecção, a falta de preparo psicológico, causada pela própria representação social que a epidemia representa, afeta todos os pacientes tanto do setor público quanto privado.

DISCACCIATI *et al.* (1999), realizaram estudos sobre AIDS e controle de infecção cruzada na Odontologia e a percepção e atitudes do pacientes quanto ao risco de contrair HIV; concluíram que 88,4% acreditam que possa haver transmissão durante o tratamento e que parte da sua clientela declarou que não continuaria o tratamento se seu CD atendesse paciente HIV soropositivo, 42,9% e outra parte declarou que não se trataria com CD HIV soropositivo 45%.

FRANÇA (2002), em recente pesquisa, das cem pessoas entrevistadas na condição de paciente de um suposto CD HIV positivo, 15% recusariam receber o tratamento imediatamente após a revelação do profissional, 20%

iniciariam o tratamento, mas não retornariam, e 65% fariam o tratamento indiferentemente se o profissional fosse ou não portador do vírus HIV.

Baseando-se nos diversos trabalhos que apontam o medo de perder pacientes regulares como um dos principais motivos para o não atendimento de indivíduos com AIDS, SAMARANAYAKE; McDONALD (1990) consideram que tais preocupações, por parte dos CD, ainda são justificáveis, visto que quase metade dos pacientes não se mostram dispostos a visitar um profissional se este tratar indivíduos infectados. Isso foi também evidenciado nesse estudo, uma vez que 53,3% dos usuários não se mostraram dispostos.

KOZIEL *et al* (1992), relata que os profissionais na área odontológica tem rejeitado pacientes suspeitos se serem portadores do vírus. O principais motivos que levam os CDs a não mostrarem disposição para atender pacientes em risco ou com AIDS são: medo de se infectar, conhecimento insuficiente sobre HIV, falta de condição de biossegurança e falta de condições psicológicas (DISCACCIATI e PORDEUS, 1999).

Gerbert *et al*, (1989), encontraram um achado positivo que foi o fato de muitos pacientes estarem dispostos a conversar com seus CD sobre AIDS. Isso sugere um importante papel para a profissão em educar e aconselhar o público leigo. Portanto, mostrar e ensinar aos pacientes as corretas formas de se prevenir infecção cruzada parece ser uma boa forma de modificar o conceito de que CD que atendem indivíduos com AIDS perdem outros pacientes.

Estudos epidemiológicos tem demonstrado que a AIDS tem aumentado progressivamente no Brasil e no Mundo. Um grande número de profissionais da Odontologia mostram-se pouco informados a respeito do manejo e da transmissão da doença AIDS, levando a orientações e atitudes equivocadas, em alguns casos o não atendimento ao paciente portador do vírus, necessitando-se de uma maior divulgação entre os profissionais de informações sobre a infecção pelo HIV / AIDS (ROSA *et al*, 2001).

Gerbert, (1987), McCartan, Sanarabarake, (1991) Aizawa *et al*, (1996). Concluíram que, apesar de reconhecerem o papel do CD como profissional de saúde no atendimento ao paciente infectado pelo vírus HIV, uma grande parcela ainda sente-se insegura quanto aos procedimentos a serem adotados na clínica.

No outro ponto do triângulo formado pelos aspectos que envolvem a Odontologia e pacientes infectados pelo HIV, encontra-se o preconceito, o medo de atender a pacientes infectados e relutância dos profissionais em usar medidas de proteção que servem para minimizar os riscos de contaminação. Este é o paradoxo inexplicável da epidemia, que vai de encontro aos princípios humanitários, que são, inclusive, jurados no momento de graduação destes profissionais (FERREIRA, 1997).

Outros estudos têm avaliado a opinião de pacientes infectados pelo HIV. Lopes *et al*. (1999) entrevistaram 222 pacientes HIV soropositivos em quatro grandes centros de atendimentos médico-odontológico e de apoio a essa

população. As entrevistas foram conduzidas a fim de avaliar as experiências odontológicas desses pacientes antes e depois da infecção. Entre os entrevistados que revelaram sua soropositividade ao Cirurgião-Dentista (54%), a maioria (55%) teve tratamento negado, sendo que 33% mais de uma vez. Dentre os pacientes que tiveram tratamento negado, o sentimento predominante foi o de humilhação (56%). Outros se sentiram revoltados (25%) e alguns disseram já estar acostumados (19%). Um dado interessante foi que não se observou mudanças estatisticamente significativa no uso do equipamento para proteção individual (EPI) quando o paciente continuou sendo atendido pelo mesmo profissional, após a revelação do diagnóstico de soropositividade. Os autores observaram também que, após se tornarem infectados, muitos pacientes não procuram atendimento odontológico ou não revelam seu estado sorológico ao Cirurgião-Dentista, por medo de terem tratamento negado. Outros recorreram a centros especializados pelo mesmo motivo (DISCACCIATI, 1998).

No presente estudo nota-se que quase 60% por cento dos pacientes contaria ao seu CD sobre sua soropositividade para HIV. Mas deste paciente, apenas 17,2% acham que o seu CD continuaria atendendo com sempre o atendeu. Estes dados mostra uma incerteza dos pacientes quanto ao comportamento do profissional que o presta serviço odontológico.

França *et al*, (2002), conclui-se que: a AIDS, na Odontologia, gera preocupação tanto em profissionais quanto em pacientes, porém em intensidades diferentes. A reação do paciente é menos significativa em relação

à expectativa do Cirurgião-Dentista. A relação de sua condição de soropositividade pelo HIV gera um dilema para o profissional entre contar ou não ao paciente. O profissional preocupa-se quanto ao retorno do paciente ao consultório. A desinformação é o fator gerador da insegurança dos profissionais.

Para observar a preocupação dos pacientes em saber se são portadores do HIV, estes foram questionados se já fizeram o teste para saber se são soropositivo para HIV. Os resultados mostrados são semelhantes no setores público e privado tendo como média 30% dos pacientes entrevistados fizeram teste para HIV.

Estima-se que 20% dos brasileiros já tenham feito o teste do HIV, sendo que a maior parte dos casos ocorreu em momentos como doação de sangue e exame de pré-natal (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003).

A realização de teste para o HIV não é aconselhável para toda a população (teste em massa) pois não há risco de contaminação nos contactos puramente sociais, profissionais ou familiares. O profissional da odontologia deve seguir as recomendações das normas universais de biossegurança os protocolos da anamnese e de correto exame clínico; ter conhecimento da manifestações orais da AIDS/HIV para que possa diagnosticar sinais e sintomas da doença. Estando diante de situações que justifique o teste HIV deve aconselha-lo ao paciente, o qual será etapa decisiva para o processo de diagnóstico.

Estudos que mostram a preocupação dos pacientes em submeterem ao teste sorológico para HIV, indexados a estudos que avaliam questões da AIDS/HIV vinculadas a Odontologia, não foi encontrado na literatura. O questionamento sobre a realização do teste tem como objetivo não só a detecção do HIV pelo paciente, mas propiciar discussão sobre prevenção primária ou secundária, despertando no paciente uma consciência crítica tornando-o capaz de optar e gerir sua história ciente dos seus direitos e deveres.

7- CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, pode-se concluir que:

7.1 - Escolaridade: mostra que a escolaridade dos pacientes que freqüentam o setor público de saúde é diferente dos pacientes que freqüentam o setor privado. O nível de escolaridade é maior no setor privado. Informação sobre AIDS e transmissão do HIV: o resultado mostra que os pacientes do setor privado têm informação sobre AIDS/HIV em maior percentual que os pacientes do setor público, entretanto este pacientes (do setor privado) declaram acreditar que a AIDS/HIV possa ser transmitida no consultório odontológico em maior percentual que o setor público de saúde, mostrando que apesar de ser maior a escolaridade, pensam que sabem bastante sobre a infecção HIV.

7.2 – Uso de equipamento de Proteção Individual (EPI): O EPI esta sendo mais utilizado pelos CDs e seu uso se mostrou efetivo tanto no setor público quanto no setor privado. E que os pacientes os percebem e a grande maioria faz questão do seu uso pelos profissionais. O uso do EPI completo não é uma constante.

7.3 - Anamnese: segundo as respostas dos pacientes, o estudo mostrou que os Cirurgiões-Dentistas não seguem os protocolos da anamnese como deveriam. A anamnese deve ser uma constante aliada do CD para evitar surpresas e situações desagradáveis. Os pacientes evidenciaram falhas no diz respeito ao questionamento sobre sua saúde geral, e a pergunta objetiva sobre possível contato com o vírus HIV, segundo a maioria dos entrevistados não faz parte da

anamnese. Os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade do CD fazer anamnese detalhada dos seus pacientes, usando da própria anamnese para possível esclarecimento dos pacientes à dúvidas sobre sua saúde geral e especificamente sobre HIV/AIDS.

7.4 - Atitudes e conduta dos pacientes frente HIV positivo: Pacientes dos dois setores público e privado evidenciaram atitudes de rejeição em relação à profissionais que atendem pacientes com AIDS, à profissionais HIV soropositivo, evidenciou dúvidas dos pacientes se contaria ao seu CD caso ele fossem HIV soropositivo; e mostram incerteza quanto ao tipo de tratamento que receberiam caso o seu CD viesse a saber que eram HIV positivo. O medo e a incerteza apresentados à partir da possibilidade de estar diante HIV/AIDS, são agravados por interpretações subjetivas derivadas de um conceito socialmente deturpado sobre a doença.

7.5 - Preocupação dos pacientes em fazer teste HIV: os resultados apontam que maior número de pacientes do setor público de saúde fizeram o teste HIV, que no setor privado. O profissional da odontologia através de uma anamnese e exame clínico bem feitos tem condições de diagnosticar sinais e sintomas da AIDS. Estando diante de situação que justifique o teste HIV, o aconselhamento deste constitui uma etapa decisiva para o processo de diagnóstico.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIZAWA, F , YONEMITSU, M . et al . A survey on infection control practitioners. Nippon koshu Eisei Zasshi, Tokyo, v. 43,n.5, p.364-373, May 1996. Abstract.

ALCÂNTRA, E. **Enfim, a esperança**. São Paulo: Veja, jun/1996. v.29., n.28., p.88-96.

ALMEIDA. E.R. **Paciente especial: HIV-AIDS**; *Rer. Bras. Odontol*; 1997, 54(4): págs 208-10.

ALVAREZ LEITE, M.E. Caracterização de conduta dos Cirurgiões-Dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada epidemiológica **[dissertação]**. Belo Horizonte. **Instituto de Ciências Biológicas da UFMG**; 1996.

ANGELILLO, I. F , VILLARI, P . et al . Dentists and AIDS : a survey of knowledge, attitudes , and behavior in Italy . *Journal of public Health dentistry*, Chicago, V. 54 , n. 3, p. 145-152, 1994.

AYER, W.A; MORETTI, R. J., DEREFINCO, A. Dentist's attitudes and experience regarding the treatment of HIV – infected patients . *Journal of Dental Research*, Washington, v. 67, p. 256, Mar .1988.

BASTOS, G.K; SOUZA, I.P. **et al. AIDS e controle de infecção, conhecimento e atitudes dos pacientes**. São Paulo: *Rev. ABO*, fev-mar 1997. v.5, n.1., p.39-41.

BASTOS, I. F.; SZWARCOWALD, C. L.; AIDS a pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**. V.16, supl1, Rio de Janeiro, 2000.

BARR, C.E. **Control de infection del HIV en la asistencia dental**. *RAOA*, jul sep 1990. v.78., n.3., p.181, 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adesão ao Tratamento da AIDS no Brasil é de 73%**. Coordenação Nacional DST e AIDS, Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano XVIII, n.1., jan jun 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Campanha para incentivar o teste HIV (fique sabendo)**. Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS. Manual de condutas**. Coordenação Nacional DST e AIDS, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecção pelo HIV**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico**. Brasília, 2001. 19p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Diretrizes Técnicas** para elaboração e Implementação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho/Coordenação Nacional. DST/AIDS. Brasília, 2000.

BRITO, A.M; CASTILHO, E.A; SZWARCOWALD, C.L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil; uma epidemia multifacetada**. Uberaba: Rev. Soc. Bras. Méd. Trop., mar-abr 2001. v.34., n.2.

CAMPOS, M.A. Infecção cruzada pelo HIV com ênfase em riscos ocupacionais . Manografia apresentada para obtenção de título de especialista em medicina preventista e social , área de concentração em saúde do trabalhador . FM-UFMG, Belo Horizonte.1996.

CAMPOS, M.A; KAKEHASI. F; MAGALHÃES, C. et al. Homophobia and ethical issues concerning AIDS care among medical students in Belo Horizonte, Brazil. In Abstracts da XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-12/jul/96.

CAMPOS, M.A. O trabalhador da saúde portador de HIV : lições para Biossegurança e ética . revista da medica Brasileira, V.45n2 São Paulo, 1999.

CAMPOS H, MARCENES, V.S. et al. Procedimentos utilizados no controle de infecção em consultório odontológico de Belo Horizonte .Arquivo do Centro de Estudo de Odontologia , Belo Horizonte , v. 25/26, n. 1/2 , p. 46-52, jan/dez. 1988/1989.

CENTERS FOR DISEASE Control (CDC) . Recommendations for prevention of HIV transmission in Health – care settings.MMWR 1987; 36 (suppl 2s): 3s – 18s.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL – CDC. Recommendations for preventing transmission of infection with human T-Lynphotropic Virus type-III/ Lynphadenopathy- associated Virus in the workplace. Morbidity and Mortality Weekly Report, Atlanta, v.34., n.4., p.681-685, nov 1995.

CENTER FOR DISEASE CONTROL – CDC; **TRANSMISSION OF HIV INFECTION DURING A INVASIVE DENTAL PROCEDURE.** Florida: Morbidity and Mortality Weekly Report, jan 1991. v.40., n.2., p.21-27, 33.

CERRI, A. **Atendimento Odontológico a Paciente com AIDS.** APCD Jornal. Jun 1998. p.11-12.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - CFO. **Código de ética odontológica.** Rio de Janeiro: CFO, 1992. P. 9, art. 2.

CONTE, JR, J.E. **Infection With Human imunodeficiency Virus in the Hospital.** Phifadelfia: Annals of Internal Medicine, nov/1986.

COTTONE J.A, MOLINARI J.A. Hepatitis, HIV infection and AIDS: some issues for the practitioner. Internacional Dental Journal, Bristal, v.39., n.2., p.103-107., june 1989.

COTTONE, J.A; TEREZHALMY, G.T; MOLINARI, J.A. Pratical infection control in dentistry . Philadelphia: Lea e Febiger, 1991. p.71-79.

DELAI, K. R. *et al*; Aspectos éticos e Legais do Atendimento a Paciente HIV Positivo, **JBC**. V.2., n.8., 1999.

DISCACCIATI, J.A.C. Disposição de Cirurgiões-Dentistas para atender indivíduos em risco pelo HIV ou com AIDS. [**dissertação**]. Belo Horizonte: **Faculdade da Universidade Federal de Minas Gerais**; 1997.

DISCACCIATTI, J.A.C; NEVES, A.D; PORDEUS, I.A. **AIDS and Cross – Infection Control in the dental practice: patients perception and atitudes.** São Paulo: Rev. Odontal Univ, jan/mar 1999. v.13., n.1., p.75-82.

DISCACCIATTI, J.A.C; NEVES, A.D; PORDEUS, I.A. **AIDS e Controle de Infecção Cruzada na Prática Odontológica: percepção e Atitude dos Pacientes**. São Paulo: Rev. Odontol Univ, jan/mar 1999. v.13., n.1., p.75-82.

DISCACCIATTI, J.A.C; VILAÇA E. L. **Atendimento Odontológico ao portadores do HIV: medo, preconceito e ética profissional**. Washington: Rev. Panam. Salud Pública, abr 2001. v.9., n.4.

ELIAS, R.A. **Paciente especial: HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: RBO, 1997. v.54., n.4., p.208-210.

FATINATO, V; SHINUZU, M.T; ALMEIDA, N.Q. **Esterilização e Desinfecção em Odontologia: AIDS e Hepatite**. São Paulo: Rev. Bras. Odontologia, set-out 1992. v.49., n.5., p.8, 31.

FERREIRA, R.A. **Barrando o invisível**. Revista da APCD, nov dez 1995. v.49., n.6., p.417-427.

FERREIRA, S.M.S. **Conhecimento, atitude e procedimento dos estudantes de Odontologia da U.F.R.J, em relação à SIDA/AIDS, hepatite B e normas de controle de infecções**. Faculdade de Odontologia da UFRJ – Dissertação Mestrado, 1999. p.223.

FERREIRA, S.M.S; SILVA JUNIOR, A; ALBUQUERQUER, E.B. **Assistência Odontológica a Pacientes Portadores de HIV**. Caderno de Saúde Bucal – Faculdade de Odontologia UFRJ. Cedros: 1999.

FERREIRA, V.L.F. **AIDS e Vida: um Estudo Clínico-psicanalítico com pacientes HIV**. São Paulo: Lemos, 1994.

FRANÇA B.H.S; PEREIRA A.C.P; BARBOSA A.P.M; MARQUES, F.R; **Reação do paciente X expectativa do Cirurgião-Dentista quanto este é o portador do HIV**. JBC j. bras. clin. Odont. Integr; v.6., n.33., 200-203, maio-jun. 2002.

FUTLZ, P.N. **Componentes of Saliva Inactivate Human Immunodeficiency Virus**. London: The Lancet, nov. 1986. v.2., n.8517., p.1215.

GADERNAL, I.; **AIDS 20 Anos Depois**. **Jornal da Unicamp**, n. 196. 3/Nov. 2002. GONÇALVES, O. M.: Controle de Infecção Cruzada na Prática Odontológica, **Revista do CROMOG**. v.3, n.1, p. 17-22 Jan/Jun, 1997.

GALLO, R.C; SALAHUD, S.L, et al. **Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from pacientes with AIDS and at risk for AIDS**. Waslington: Sciece, 1984. v.224., n.4648., p.500-5003.

GERBERT, B. AIDS and infection control in dental practice: dentists' attitudes, knowledge, and behavior. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 114, n. 3, p. 311-314, Mar. 1987.

GERBERT, B. The impact of AIDS on dental practice: update 1989. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 53, n. 9, p. 529-530, Sept. 1989.

GERBERT, B., BADNER, V. et al. Perceived personal risk: impact on dentists' infection control behaviors. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 67, p. 256, 1988.

GERBERT, B., MAGUIRE, B. et al. Changing dentists' knowledge, attitudes, and behaviors relating to AIDS: a controlled educational intervention. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 116, n. 6, p. 851-854, June 1988.

GONÇALVES, P.M.J. **Controle de Infecção Cruzada na Prática Odontológica**. Minas Gerais: Revista do CROMG, jan/jun 1997. v.3., n.1., p.17-22.

GOTTLIEB, M. S., SCHROFF, R. et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. **The New England Journal of Medicine**, Waltam, v. 305, n. 24, p. 1425-1430. Dec.

GRACE, E.G; COHEN, L.A; WARD, M.A. **Patients still not informed about AIDS transmission**. Dent Abst, 1994. v.39., n.4., p.164.

GRASSI, M., ABB, J., HÄMMERLE, C. **AIDS em Odontologia**. Traduzido por Renate Müller Hellmeister. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p.97.

GUANDALINI, S.L; MELO, N.S.F.O; SANTOS, E.C.P. **Biossegurança em Odontologia**. Curitiba: Odontex, 1999. p.150.

HARDIE, J. Problems associated with providing dental care to patients with HIV-infected and AIDS patients. **Oral Surg Ery Medine Oral Pathol**. Vancouver, v 7.3, 231-5, Feb. 1992 HELD FILHO, A; ALCÂNTARA, A. O Cirurgião-Dentista frente à AIDS. São Paulo: Pancast, 1996. p.541-565.

HERZLICH, C; PIERRET, J. **Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses**. Physis: Revista saúde coletiva, 1992. v.2., n.1., p.7-35.

HOGG, R.S; WEBER, A.E; CRAIB; ANIS, A.H; O'SHAUGHNESSY, J.S; MONTANER, J.S. SCHECHTER, M.T. One world, one hope: The cost of providing antiretroviral therapy to all nations. *AIDS*. v.12., p.2203-2209, 1998.

JACOBSON, J. A., STOCKING, C., GRAMELSPACHER, G. Dental care experience of HIV- infected men in Chicago. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 119, n. 5, p. 605-608, Nov. 1989.

JITOMIRKI F; **AIDS e odontologia**. Brasília; SESI; 1999.

JITOMIRKI, F; JACOMEL, J. *Você atende pacientes com AIDS em seu consultório?*. Rio de Janeiro: Rev. Conselho Regional de Odontologia, jul 1997. n.8., p.8,9.

LIFSON, A.R. **Oral lesions and the epidemiology of HIV**. IN: GREENSPAN, J.S; Greenspan D. Oral manifestations of HIV Infection. Chicago: Quintessence Book, 1995. v.3, p.38-41.

LEONG, M.L. **HIV Transmission via blood and saliva splashes to the face**. London: British Dental Journal, 1992. v.172., n.3.

LOPES, V.S; PORDEUS I.A. **Sentimentos e Atitudes de Indivíduos HIV Positivos Frente ao Profissional de Odontologia**. VII Semana de Iniciação Científica da UFMG. Outubro. 1998.

MACHADO, A.A; MARTINEZ, R; HAKAL, A. **Vantagens do teste rápido para HIV-1 em acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado em profissionais da saúde**. São Paulo: Rev. Inst. Méd. Trop., 2001. v.43., n.4., p.199-201.

MANN, J. **et al. AIDS no mundo**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.

McCARTHY, G. M., HAIJI, F. S., MACKIE, I. D. F. HIV-infected patients and dental care: nondisclosure of HIV status and rejection for treatment. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, St. Louis, v. 80, n. 6, p. 655-659, Dec. 1995.

McCAULEY, K. R., GERBERT, B. J. et al. Hazards of occupational transmission and strategies for prevention of infectious disease in dental education. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 52, n. 9, p. 530-534, Sept. 1988.

MELO, N.S.F.O; SNHA, F. **Prevalência de Perfurações em Luvas de Procedimentos e Luvas Cirúrgicas.** Pesq. Bras. Odontoped. Clim. Integr, jan-abr 2002. v.2., n.1., p.1120-1124.

MOLINARI, J. A. Practical infection control for the 1990s: applying science to government regulations. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 125, n. 9, p. 1189-1197, Sept. 1994.

NUNES, M. F; FREIRE, M. C. AIDS e Odontologia; Conhecimento e Atitudes dos Cirurgiões-Dentistas, **Ver. ROBRAC**, dez 1999. v. 8, n. 26, 1999.

OLIVEIRA, C.S; MELO, N.S.F.O. **Avaliação da eficiência do teste utilizado para verificação de perfuração em luvas de uso em odontologia.** São Paulo: J. Assoc. Odont., nov-dez 2001. v.4., n.28., p.55-59.

OLIVEIRA, M.T.C. et al. **A subnotificação de casos de AIDS em municípios Brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura – recaptura.** Brasília: Boletim Epidemiológico, 2004. ano VXIII, n.1., p.5-9.

PASSOS M. R. L.; Fatores que Interferem na Prevenção da AIDS. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 11, n. 3, p. 3-19, 2000.

PELTRIN E.E; NAVARRO C.M. SPOSTO M.R; **Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à AIDS e à infecção pelo HIV.** São Paulo: Rev. Odontol, UNESP; JUL. DEZ. 1997. v26., n.2., p.287, 95.

PINHEIRO, A.L.B. **Somos preconceituosos?** APCD Jornal, jun 1998. p.11-12.

PINHEIRO, A. L. B.; Onde Está a Nossa Responsabilidade? RBM, v. 57, n 3, Set/Dez, 1999.

_____. **Atenções Odontológicas a Pacientes com AIDS ou HIV positivo,** Recife: Universitária, 1988. 134p.

ROSA, M.R.D; ALBUQUERQUE, S.S.L; VIANA JÚNIOR; et al. **Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas sobre AIDS e Infecção pelo HIV.** São Paulo: Rev. Bras. Ciências Saúde, jan 2001. v.5, n.1., p.39-46.

ROSA, M.R.D; DINIZ, J.G; JARDIM, M.C.AM. **AIDS Manifestações Clínicas e medidas preventivas em Odontologia.**São Paulo: CCS, jun-set 1985. v.7., n.3., p.43-56.

ROSA, M.R.D; ALBUQUERQUE, S.S.L; VIANA JÚNIOR, A.A; *et al.* **Comportamento dos Cirurgiões-Dentista em relação à utilização do equipamento de proteção (EPI) no controle de infecções.** Rer. bras. cienc. saúde; jan. 2001. v.5., n.1., p.39-46.

ROSENBERG, P. S., 1995. Scope of the AIDS epidemic in the United States, **Science**, v.270., p.1372-1375, 1995.

ROSENSTOCK, I.M. **Why People use health services.** Milbank Mem Fund., 1996. v.94., p.94-122.

ROSENSTOCK, I.M. **Historical of the health belief model.** Health Educ. Monog, 1974.

SAMARANAYAKE, L.P; SCHEUTZ, F; COTTONE, J.A. Pacientes de alto risco e profissionais de saúde que pertencem aos grupos de alto risco . Em: SAMARANAYAKE LP , SCHEUTZ F,COTTONE JA, eds. Controle da infecção para a equipe odontológica . Santos: 2a ed, 1995. p.114, 23.

SCHWIMMER, A.; MASSOUMI, M.; BARR, C. E. Efficacy of double gloving to prevent inner glove perforation during out double patient oral surgical procedures. **J. Am Dent Assoc**, v. 125, n. 2, p 196-198. Feb. 1994.

SCULLY C. AIDS and dentistry : a report of a state of the art meeting .Br Dent J .1988.

SENNA M.I.B, Alvarez M.E, Kalil D.M.C. Saúde bucal em um grupo de pacientes HIV positivo [resumo]. **Arq Cent Est Curs Odont** . 1997; 33(supl); 156.

SERRA, M. C. & MIRANDA, A. F.; Documentação Odontológica e Atendimento de Pacientes HIV⁺: Que Atitudes estão Sendo Tomadas?. **Rer. do CROMOG**, v. 5, n.3, Set/Dez, 1999.

SOUZA, R. N.; VIETTA, E. P.; Compreendendo o Portador de HIV/AIDS. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 11, n. 6, p 10-16, 1999.

SPOSTO M.R; SANTOS S.G; NAVARRO C.M; *et al*; **Avaliação do conhecimento sobre a infecção HIV de estudante de odontologia antes e após palestra informativa.** J. appl. Oral sci; v.11., n.2., p.125-132, Apr.-Jun. 2003.

SZWARCWALD. C.L; BARBOSA JÚNIOR, A.; PASCUM, A.R; SOUZA JÚNIOR, P.R. *Pesquisa de conhecimento, atividade e prática na população Brasileira de 15 a 54 anos.* Brasília: Boletim Epidemiológico AIDS/DTS, 2004. ano XVIII, n.1.

TONIOLO, F. C. *et al.*; Estudo Psicossocial em Pacientes da Baixada Santista (Santos e Adjacências), Infectados pelo HIV, em Relação ao Trabalho Odontológico: **Rer. Odontológica UNICID**, v. 7, n. 2, p. 101-107, Jul/Dez, 1995.

VERRUSIO, A.C; NEIDLE, E.A; NASH, K.D. *et al.* **The dentist and infections diseases: a national survey of attitudes and behavior.** S. Am. Dent. Assoc., may 1989. v.118., n.s., p.553-562.

WALL, C. **The impact of AIDS on the general practitioner of dentistry.** Int. Dent. J, 1989. v.37, m.2., p.98-107.

WEIDLE, P.J; HOLMBERG, S.D; DECOCK, K.M. changes in HIV and AIDS epidemiology from new generation antiretroviral therapy. AIDS. 13 (Sup. A): p.61-68, 1999.

ZANETTINI, I; ZANETTINI, U.M. **AIDS Odontologia.** Ulbra, 1998.

ANEXOS E APÊNDICES
