

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Augusta Ramalhaes de Souza

**VISÃO DO USUÁRIO HIV/AIDS E DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
ESPECIALIZADOS – SAES DO ESTADO DE RONDÔNIA**

Taubaté – SP
2008

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Augusta Ramalhaes de Souza

**VISÃO DO USUÁRIO HIV/AIDS E DOS CIRURGIÕES
DENTISTAS EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
ESPECIALIZADOS- SAES DO ESTADO DE RONDÔNIA**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Odontologia do Departamento
de Odontologia da Universidade de Taubaté.
Área de Concentração: Biologia Odontológica
Orientador: Prof. Dr Jose Roberto Cortelli

Taubaté – SP
2008

MARIA AUGUSTA RAMALHAES DE SOUZA

**VISÃO DO USUÁRIO HIV/AIDS E DOS CIRURGIÕES DENTISTAS EM RELAÇÃO
AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
ESPECIALIZADOS- SAES DO ESTADO DE RONDÔNIA**

Dissertação apresentada para obtenção
do Título de Mestre pelo Programa de
Pós-Graduação em Odontologia do
Departamento de Odontologia da
Universidade de Taubaté.
Área de Concentração: Biologia
Odontológica

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

RESUMO

O conhecimento sobre a epidemia de AIDS e a organização dos serviços de saúde de atendimento aos pacientes HIV/AIDS no estado é indispensável para a realização de atividades de planejamento de ações que possam oferecer uma melhor assistência a esses pacientes. O estudo realizou um diagnóstico da assistência odontológica ao usuário HIV/AIDS prestado através das Equipes do Serviço Ambulatorial Especializado - SAE, tendo como foco a percepção do usuário e a do Cirurgião Dentista (CD) na qualidade dessa assistência. Trata-se de um estudo qualitativo que no primeiro momento descreve o fluxo de atendimento do SAE; o serviço de referência e contra referência e, no segundo momento aplicação de dois questionários, um voltado para o usuário e outro para o CD; o questionário destinado ao usuário foi aplicado pelos coordenadores dos SAES. Os dados foram agrupados em categorias que se relacionam entre si, buscando avaliar: opiniões, atitudes, preferências e comportamento do usuário e CD em relação ao serviço prestado e o oferecido, e a descrição de citações diretas do usuário e CD sobre suas vivências. Participaram da pesquisa 174 usuários pertencentes aos SAES de Porto Velho, Vilhena, Cacoal e Ji-Paraná, todos pacientes HIV/AIDS em registro ativo, ambos os sexos, adultos, e 13 CD. A maioria dos usuários mostrou satisfação com o atendimento realizado pelos CD de seus municípios, percebe-se a falta de conhecimento dos CD no atendimento a pacientes HIV/AIDS. O preconceito, o medo e a discriminação são fatores comuns entre pacientes e CD. Através das informações obtidas podemos destacar os seguintes pontos: É primordial a participação integral do CD nas equipes do SAE; Estabelecer novas estratégias de Capacitação para os CD; A Pactuação de medicamento no âmbito do SUS deve incluir lista de medicamento utilizados pelos CD no atendimento a pacientes HIV/AIDS; Ampliar o conhecimento da infecção HIV, incluindo atualização para os pacientes sobre saúde bucal e biossegurança.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Paciente HIV/AIDS, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The knowledge about the AIDS epidemic and the organization of health services for HIV/AIDS patients in the state is essential to carry out planning activities of actions that might offer a better assistance for those patients. The study carried out a diagnosis of odontological assistance to HIV/AIDS user provided by the teams of Specialized Outpatient Service, focusing the users and dentists perception of the quality of such assistance. This is a qualitative study that in the first moment describes the flow of the attendance at the Specialized Outpatient Service; the reference and counter reference service and, in a second moment, the application of two questionnaires, one to the users and other to the dentists; the questionnaires to users were applied by the coordinators of the Specialized Outpatient Service. Data were gathered into categories that mix to each other, in order to evaluate: opinions, attitudes, preferences and behavior of users and dentists in relation to the service provided and offered and the quotations of users and dentists about their experiences; 174 users of Specialized Outpatient Services from Porto Velho, Vilhena, Cacoal and Ji-Paraná took part into this research, all them were HIV/AIDS patients in active registration, of both sexes, adults, and 13 dentists. Most of the users demonstrated satisfaction about the attendance carried out by dentists in their municipalities. We could notice the lack of knowledge by the dentists about the attendance to HIV/AIDS patients. Prejudice, fear and discrimination are common factors between patients and dentists. From the informations collected we are able to point out the following aspects as essential: The participation of dentists in teams of Specialized Outpatient Services; Defining new strategies for training the dentists; The agreement about medicines into the Unique Health System must include the list of medicines used by dentists on the attendance of HIV/AIDS; Extending the knowledge about the HIV infection, including getting up to date for patients about oral health and biosafety.

Keywords: Oral health. HIV/AIDS patients. Health services

Dedico este trabalho às histórias de Amor, Dor, Lágrimas, Perdas, Medo, Sofrimento, Preconceito e Fé que vivenciei ao longo desses 15 anos em que trabalho na prevenção da AIDS. Ganhei muitos amigos e perdi outros tantos para essa doença; mas aprendi muito. Aprendi que o apoio da família é essencial nesse momento; que os amigos que ficam são realmente os verdadeiros amigos; que as mães são seres iluminados, superam a dor da alma, para proporcionar alento aos seus rebentos; que o Amor desconhece a definição de gênero, então acreditem: O pecado da diversidade sexual só existe na mente dos que semeiam preconceito e a AIDS não é o fim. Mas nós nunca mais seremos os mesmos.

Ao meu filho Caio Ramalhaes, aos meus pais Benvinda Ramalhaes e Aureliano de Souza (in memoriam) e aos meus irmãos: Léo, Francisco, Márcia e Vilma pelo incentivo e apoio prestado ao longo dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Roberto Cortelli, pelo apoio e paciência;

À minha amiga e Sanitarista, Rute Bessa, pela colaboração na análise estatística dos resultados;

À Coordenação Estadual e as Coordenações Municipais de DST/AIDS do estado de Rondônia, que apoiaram a realização da pesquisa;

Aos participantes da pesquisa que possibilitaram a coleta das informações;

À Faculdade São Lucas, que através da iniciativa de nossa Diretora Geral pode possibilitar a realização do mestrado em nossa instituição;

À minha amiga e comadre Clélia Oliveira (Neca) pelo apoio nas correções metodológicas, e lógico que não poderia esquecer do Wandes e Juliano meus amigos muito amados;

Às minhas companheiras de trabalho Tatiana Vieira, Lucicreide Santos e Vera Nenevê, por terem desempenhado minhas funções com extrema competência, nos momentos das minhas ausências.

E finalizando agradecer aos meus companheiros do Grupo TUCUXI (Núcleo de Promoção da Livre orientação Sexual) pessoas das quais eu me orgulho muito e que talvez não saibam o quanto o trabalho que desenvolvem é importante na redução da epidemia de AIDS em nosso Estado. Aos TUKIS: Kary, Alan, Denise, Adê, Alexandre, Mônica, Quirina e os queridos: Marvin e Clerdes, amo vocês!

É Importante ver, com os dois olhos, os dois lados para mudar uma única realidade, a que temos.

(Betinho)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ASPECTOS GLOBAIS DA AIDS	14
2.2 A EPIDEMIA AIDS NO BRASIL	16
2.3 A EPIDEMIA AIDS EM RONDÔNIA	17
2.4 AS MANIFESTAÇÕES ORAIS DA AIDS	20
2.4.1 Infecções Fungícas	20
2.4.2 Histoplasmose	22
2.4.3 GUN	23
2.4.4 Gengivite Associada ao CIRURGIÕES DENTISTAS HIV ou Eritema Linear Marginal Gengival	23
2.4.5 Periondontite Ass. ao HIV ou Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)	24
2.4.6 Mycobacterium Avium Intracellulare	24
2.5 INFECÇÕES VIRAIS	25
2.5.1 Herpes Simples	25
2.5.2 Citomegalovírus	26
2.5.3 Papiloma Vírus Humano	26
2.5.4 Leucoplasia pilosa e Eptein Barr Vírus	27
2.6 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE NEOPLASIAS	28
2.6.1 Sarcoma de Kaposi	28
2.7 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE ORIGEM DESCONHECIDA	29
2.7.1 Estomatites Aftosas Recorrentes	29
2.7.2 Púrpuras	29
2.7.3 Lesões Bucais não classificadas	30
3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ROTINA	31
3.1 EXAME CLINICO	31
3.2 PROGNÓSTICO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ROTINA	32
3.3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO	33
3.4 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PERIODONTAL	34
3.5 TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34
3.6 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	35
3.7 PROCEDIMENTOS RESTAURADORES	35
4 NORMAS DE BIOSSEGURANÇA NA CLINICA ODONTOLÓGICA	37
5 PROPOSIÇÃO	38
6 MÉTODO	39
6.1 DELINEAMENTO	39
6.2 AVALIAÇÃO DOS DADOS	40
7 RESULTADOS	42
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES	42
7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: IDENTIFICAÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS	45
7.3 AVALIAÇÃO CD QUANTO DISPOSIÇÃO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES HIV/AIDS	46
7.4 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CD NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIV/AIDS	47
7.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE : VISÃO DO USUÁRIO	48
7.5.1 Utilização do serviço de Saúde Bucal Poá- Diagnóstico	49

	19	
7.5.2 Avaliação do Usuário Quanto as Normas de Biossegurança		51
7.5.3 Avaliação do usuário Quanto Aquisição Medicamento		54
7.5.4 Avaliação do usuário quanto o Acompanhamento dos Exames CD4/CD8		
Carga Viral pelo CD		54
8 DISCUSSÃO		58
9 CONCLUSÕES		62
REFERÊNCIAS		63
APÊNDICE A Modelo Termo Consentimento Livre Esclarecido		
APÊNDICE B Questionário Destinado aos Pacientes SAE		
APÊNDICE C Questionário para o Cirurgião dentista		

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui um fenômeno global, complexo, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende entre outros fatores determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. No Brasil, a propagação da infecção pelo HIV vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico, com tendência de pauperização da população infectada e aumento de casos em heterossexuais principalmente mulheres, crianças e jovens. Com o complexo desafio imposto por esta epidemia, o setor público tem sido obrigado a ampliar sua cobertura na área assistencial e preventiva, através de serviços que respondam com maior resolutividade a demanda constante por testagem, assistência ambulatorial e suporte psico-social. A principal característica da infecção pelo HIV é a diminuição progressiva da imunidade celular e o conseqüente aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas. A cavidade bucal encontra-se entre os diversos órgãos e sistemas que podem ser afetados, apresentando uma ampla variedade de manifestações, como a candidose, a leucoplasia pilosa, ulcerações da mucosa, eritema gengival linear, periodontite ulcerativa necrosante, sarcoma de Kaposi e linfoma não-Hodgkin, entre outras (PINDBORG, 1992; SCHIØDT; PINDBORG, 1987 SCULLY et al., 1991; THOMPSON et al.1992; WHO, 1993).

A Candidose e a leucoplasia pilosa são as infecções mais estudadas, sendo suas presenças associadas ao avanço da infecção pelo HIV (ITIN et al., 1993; KOLOKOTRONIS et al, 1994; PALMER et al., 1996).Entretanto, pouco enfoque tem

sido dado à questão da atenção à saúde bucal dos portadores do HIV/AIDS. A promoção e manutenção da saúde bucal para pacientes HIV+ (HIV positivos) são fundamentais porque com o sistema imunológico comprometido, as infecções na cavidade bucal tornam-se mais freqüentes e refratárias ao tratamento. As condições bucais também podem ser agravadas pela redução do fluxo salivar e alteração na composição salivar provocada por medicamentos. Além disso, diferentes lesões envolvendo cabeça e pescoço estão associadas à infecção pelo HIV e algumas manifestações bucais são consideradas os primeiros sinais e sintomas da doença (LINDHE, 1997; PINTO, 2000).

Devido a esses aspectos a prevenção da saúde bucal dos pacientes HIV/AIDS deve ser ainda mais rigorosa. Os motivos são diversos. O primeiro é que existe uma maior possibilidade de infecções que geram, com freqüência, situações extremamente dolorosas, dificultando, ou mesmo impedindo, a alimentação oral, tão necessária para a manutenção da nutrição e saúde geral do paciente. Além disso, estas infecções podem ser de difícil tratamento, seja por microorganismos mais potentes, seja por imunidade baixa. Uma infecção gengival pode ser resistente ao tratamento convencional, daí a maior importância da higiene bucal rigorosa. Uma infecção provocada por cárie tende a ser mais agressiva. Outro aspecto relevante é que nas cavitações provocadas pela cárie dental atuam como nichos onde mais microorganismos se instalam, facilitando a instalação de outras doenças. Quando o Cirurgião dentista acompanha a história médica do paciente, e este retorna com regularidade, torna-se muito mais fácil realizar um bom trabalho de prevenção. (RAITZ, 1997).

A Coordenação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, desde sua inauguração em 1985, vêm estabelecendo

diretrizes para o enfrentamento da epidemia no país. A implantação de Serviços Ambulatoriais Especializados no atendimento aos pacientes HIV e AIDS (SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO) é uma das estratégias adotadas há dez anos e que cumprem papel importante na assistência a esses pacientes uma vez que é composto por uma equipe interdisciplinar onde no mínimo devem atuar: médico infectologista, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, psicólogo e dentista.

O primeiro SAE do estado de Rondônia foi implantado em 1999, atualmente como podemos observar no mapa da Figura 1 existem sete SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO, que foram implantados de acordo com as normas da regionalização Estadual e respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, dessa forma está implantado nos seguintes municípios: Vilhena, Ji-Paraná, Cacoal, Rolim de Moura, Pimenta Bueno, ressaltando que no município de Porto Velho funcionam dois ambulatórios: um sob a responsabilidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO e outro na responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.



Figura 1 – Mapa de Rondônia, segundo localização de Serviços do SAE
 Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA

Este estudo realizou um diagnóstico da assistência odontológica ao usuário HIV/AIDS prestado através dos Serviços do SAE, tendo como foco a percepção do usuário e a do profissional odontólogo na qualidade dessa assistência. Para isto considerou dados epidemiológicos, as peculiaridades da AIDS, a organização da rede assistencial dos municípios, e o perfil dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde onde os serviços estão instalados ou para onde os pacientes são referenciados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GLOBAIS DA AIDS

Apesar do início da epidemia datar dos anos 1980, estudos retrospectivos identificaram, na Europa, em 1958, o primeiro caso de AIDS documentado e confirmado em 1990 pela técnica da reação da cadeia da polimerase (PCR). Em 1968 os Estados Unidos apresentava o seu primeiro caso (OSMOND, 1994).

Os fatos epidemiológicos iniciais levaram a crença de que se tratava de uma doença que atingia exclusivamente alguns grupos. Pesquisas epidemiológicas posteriores concluíram que o HIV não refletia preferência por populações, mas apresentava padrões geográficos diferentes de propagação em decorrência das diferenças sócio-econômico-culturais de cada país (DARROW, 1998; OAKLEY; OSMOND, 1994).

Em dezembro de 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) relatava 611.589 casos de AIDS no mundo. A África contava com 209.805, as Américas respondiam por 313.083 (sendo o Brasil o segundo país mais afetado com 31.364 casos, antecedido apenas pelos Estados Unidos da América com 242.146), a Europa com 81.091 e o restante distribuía-se entre os países do pacífico oeste e do mediterrâneo leste (OSMOND, 1994). Ainda em 1992 estimava-se que cerca de oito milhões de pessoas teriam sido infectadas pelo HIV e que até o final do século esse número subiria para 18 milhões (GILMORE,1992). Mas as expectativas foram superadas e em 1998, aproximadamente trinta milhões de pessoas estavam vivendo

com HIV/AIDS em todo o mundo, sendo que cinco milhões foram infectadas nesse mesmo ano (NATHANSON; AUERBACH, 1998).

Mudanças no curso da epidemia foram sentidas através dos anos relativos ao sexo, categoria de exposição e nível sócio-econômico. Nos países industrializados, inicialmente, existia um predomínio de homens infectados pelo HIV, como resultado da transmissão pelo contato sexual entre homens que faziam sexo com homens (HSH) ou pelo uso de drogas injetáveis. A incidência de HSH vem diminuindo com o passar dos anos, assim como a diferença entre o número de homens e mulheres infectados, contrapondo-se ao aumento da transmissão por contato heterossexual.

O aumento dessa categoria de exposição nos países industrializados fez com que a AIDS seja hoje uma das principais causas de morte entre homens jovens e mulheres. Evidências também sugerem uma estabilização da epidemia nos países desenvolvidos (que inicialmente, apresentavam altos índices de progressão da infecção) e um crescimento desproporcional nos países em desenvolvimento, demonstrando a tendência de aumento da progressão da doença entre os países economicamente desfavorecidos segundo a United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2000).

A epidemia continua se expandindo ao ponto de ser hoje a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas, ultrapassando a tuberculose e a malária, e a quarta causa de morte no mundo (UNAIDS, 2000). Embora o uso de drogas injetáveis seja a forma prevalente de contágio em alguns locais da Europa, norte da África, no Meio-Oeste e algumas regiões do sudoeste da Ásia, 75% das infecções no mundo têm sido adquiridas, atualmente, através de contato sexual, na maioria, heterossexual (BUVÉ, ROGERS, 1998; DARROW; OAKLEY, 1998; SCULLY, 1997).

Ainda que em alguns países a taxa de mortalidade da doença apresente um decréscimo, em decorrência da efetividade das novas terapias anti-retrovirais instituídas (BUVÉ; ROGERS, 1998; DOMINGO et al., 1998), a taxa de infecção pelo HIV continua crescendo em alguns grupos populacionais, como entre as mulheres e as minorias raciais e étnicas (AUERBACH; NATHANSON 1999; UNAIDS, 2000). Esse fato evidencia a predominância da doença por grupos social e economicamente desfavorecidos (DEL et al., 1998; KLEVENS et al; 1999; OAKLEY; DARROW, 1998).

2.2 A EPIDEMIA AIDS NO BRASIL

A AIDS é uma doença de notificação compulsória no Brasil, mas não são notificados os casos de pacientes infectados pelo HIV que não estejam em AIDS. O Ministério da Saúde tem aumentado seus esforços para que essa população de infectados seja melhor identificada. Nesse sentido, a nova definição de casos de AIDS inclui parâmetros laboratoriais que permitem que se defina um paciente como tendo AIDS antes da ocorrência de infecções oportunistas. Quanto à implementação da notificação de soropositivos, está sendo iniciada uma experiência nacional de notificação de gestantes nesta situação, sendo recomendado que toda gestante faça o teste anti-HIV durante o pré-natal (DUROVNI, 2000).

No Brasil o primeiro relato de AIDS data de 1980 no estado de São Paulo, que até hoje exibe, ao lado do Rio de Janeiro, o maior número de casos notificados de AIDS. Até 03 de junho de 2000, 190.949 casos haviam sido notificados, sendo

que as regiões sul e sudeste apresentavam a maior concentração. Atualmente, 59% dos municípios registram pelo menos um caso de AIDS e a epidemia apresenta um padrão geográfico de distribuição diferente no país. País mais populoso da América Latina, o Brasil conta com 620.000 pessoas vivendo com o HIV (vírus da AIDS), mas a taxa de infecção (prevalência) se estabilizou em cerca de 0,5% da população adulta desde 2000.

2.3 A EPIDEMIA AIDS EM RONDÔNIA

O primeiro caso de AIDS notificado em Rondônia foi em 1987, em um momento em que não havia muitas informações sobre a doença e a Secretaria Estadual de Saúde não possuía profissionais qualificados para exercer a coordenação do programa. Atualmente temos notificados 1312 casos, sendo que 59% dos casos notificados residem no município de Porto Velho, capital do Estado.

A taxa de mortalidade, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional (2005), foi de 3,3/100 mil hab, a epidemia se estendeu de uma forma que hoje temos o registro de casos em 47 municípios conforme demonstrado na figura; a categoria de exposição mais freqüente é a sexual. O aumento de casos em mulheres tem exigido a implantação de novas estratégias, com o intuito de minimizar essa situação. Do ponto de vista da vigilância epidemiológica existem inúmeras falhas na informação sobre as infecções bucais desses pacientes; no Sistema de informação Agravos notificáveis-SINANW, constam apenas o registro de candidose bucal em 544 pacientes do total de 1294 notificados desde 1987, vale ressaltar que

os pacientes HIV não são notificados (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA, 2007).

Como o primeiro SAE foi inaugurado na Capital Porto Velho, a maioria dos pacientes do interior do Estado mesmo após a inauguração dos ambulatórios em seus municípios optou por permanecer em acompanhamento no serviço onde já haviam iniciado o tratamento, onde um dos fatores dessa escolha foi o medo de ser identificado como portador de HIV/AIDS em seus municípios; fato que podemos observar no Tabela 1, onde a concentração de pacientes está na capital Porto Velho.

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes HIV/AIDS em acompanhamento no serviço ambulatorial especializado de Rondônia/2007

Municípios	Número de Pacientes HIV/AIDS
	Registro Ativos
Porto Velho	850
Ji-Paraná	136
Rolim de Moura	20
Pimenta Bueno	24
Cacoal	53
Vilhena	100

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007

No ano de 2005, seguindo a política de incentivo do Programa Nacional de DST/AIDS, em relação à Saúde Bucal dos pacientes HIV/AIDS foram capacitados cinco odontólogos para serem monitores no estado de Rondônia, que ficaram responsáveis pela capacitação de multiplicadores no estado, desses treinandos um pertencia ao quadro funcional da Secretaria Estadual de Saúde, dois da

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO e dois da Secretaria Municipal Saúde de Vilhena, dentre esses apenas a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO conseguiu realizar uma capacitação para multiplicadores, onde foram treinados 49 odontólogos da rede municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO, 2007). A epidemia de AIDS tem avançado no estado fato que podemos observar na Figura 2, o que torna o conhecimento sobre a epidemia e a organização dos serviços de saúde em cada região uma estratégia indispensável para a realização de atividades de planejamento de ações que possam oferecer uma melhor assistência a esses pacientes.

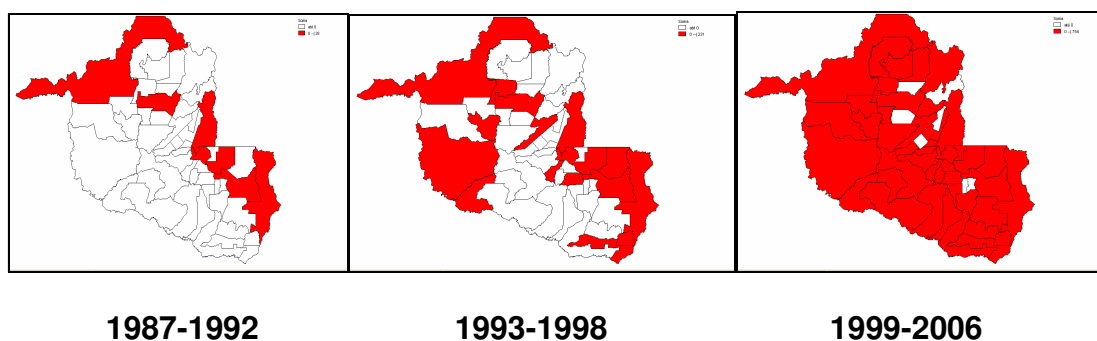


Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS Rondônia, 1987-2006

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA (2007)

2.4 AS MANIFESTAÇÕES ORAIS DA AIDS

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional e DST/AIDS elaborou em 1994 um manual de orientação aos Cirurgiões dentista (atualizado em 2000), onde destacava as principais infecções relacionadas a infecção pelo HIV/AIDS e as condutas frente ao atendimento desses pacientes. Esse manual servirá como parâmetro ao longo da pesquisa visando acompanhar o trabalho dos cirurgiões dentista nos atendimentos do Serviço Ambulatorial Especializado, conforme descrito abaixo.

2.4.1 Infecções Fúngicas (Candidose)

A candidose é uma infecção Fúngica produzida pelo *Candida albicans* que vive nas mucosas e só causa doença quando existem condições que favoreçam o seu crescimento. É a mais comum das infecções fúngicas que afetam a boca; podem desenvolver-se em qualquer superfície da mucosa e em pacientes infectados pelo HIV, normalmente, apresentam a lesão no palato duro e palato mole.

No primeiro caso de doença notificado que, posteriormente, foi diagnosticado como AIDS, a candidose foi descrita como uma das características da doença em quatro em cada cinco pacientes. A candidose é também encontrada nos aspectos clínicos de quase todos os pacientes que participam dos antigos grupos de risco:

hemofílicos, pacientes que são submetidos à transfusões sanguíneas, usuários de drogas. A candidose bucal pode ser o primeiro sinal ou sintoma de infecção pelo HIV.

Observam-se três formas clínicas predominantes de candidose em pessoas HIV+:

1. Candidose Eritematosa: apresenta-se sob a forma de manchas ou áreas eritematosas avermelhadas. Ocorre com maior frequência no palato e dorso da língua, podendo ocorrer como pequenos pontos avermelhados na mucosa jugal. É uma forma bem típica de pacientes infectados pelo HIV.
2. Pseudomembranosa: infecção resultante da proliferação da *Candida albicans*, é vulgarmente conhecida como "sapinho". É mais comum em crianças, caracteriza-se pela presença de placas esbranquiçadas ou amareladas distribuídas em qualquer parte da boca, principalmente nas mucosas jugal, palatina e lingual. A retirada é fácil por meio de raspagem e deixa áreas eritematosas e hemorrágicas. Em pacientes HIV+, pode ser um aviso da progressão da doença, podendo ser complicado pela xerostomia nos pacientes terminais.
3. Queilite Angular: apresentam-se como fissuras radiais nas comissuras labiais. Estão frequentemente associadas à eritema a placas esbranquiçadas. A *Candida albicans* é um importante fator etiológico desta manifestação, podendo também estar presente o *Staphylococcus aureus*.

Tratamento: Geralmente é efetivo, pelo menos nos casos em que paciente não se encontra nos estágios finais de infecção pelo HIV; é fundamental a identificação e

eliminação do fator predisponente. O maior problema é que são infecções crônicas que requerem tratamentos crônicos e repetidos.

A terapêutica exige o uso de antifúngicos tópicos e sistêmicos e a incorporação de bochechos com substâncias alcalinas. A Nistatina aplicada topicamente ou o Ketoconazole de uso sistêmico, ou a anfotericina são medicamentos utilizados, podendo em casos de resistência usar também o Fluconazol.

Uma boa higienização bucal é importante para o sucesso do tratamento.

2.4.2 Histoplasmose

A histoplasmose é uma micose profunda causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* e que às vezes manifesta-se na cavidade oral. As manifestações orais são variadas e incluem ulcerações dolorosas, nódulos ou processos vegetativos. As lesões são mais comuns na orofaringe, mucosa jugal, língua e palato e o aspecto clínico é semelhante ao do carcinoma espinocélula. Há alguns anos, tornou-se evidente que lesões gengivais e periodontais incomuns, com frequência não esperada, estavam afligindo pacientes afetados pelo HIV. O envolvimento das estruturas periodontais, cria uma oportunidade precoce de detecção daqueles indivíduos que desconhecem o seu estado de infecção pelo HIV.

2.4.3 Gun

A GUN (Gengivite Ulcerativa Necrosante) é uma infecção bacteriana rápida e progressiva, causada por um complexo de fuso-espiroquetas dos quais, o mais associado à lesão é o *Treponema vicentii*. Que causa massiva destruição aos tecidos orais.

A infecção inicia nas papilas gengivais espalhando-se lateralmente à gengiva marginal. A rápida perda dos tecidos resulta na retração gengival sem a concomitante formação de bolsa periodontal. As lesões afetam mais comumente a gengiva anterior de pacientes portadores do vírus HIV.

2.4.4 Gengivite Associada ao HIV (HIV-G) ou Eritema Linear Marginal Gengival

Esta patologia caracteriza-se pela presença de um eritema que afeta a gengiva livre, inserida e mucosa alveolar, não desaparece completamente após terapia de controle da placa bacteriana. A importância do correto diagnóstico deve-se a duas razões: Primeiro que esta lesão pode representar um dos primeiros sinais de infecção pelo HIV, depois porque a gengivite associada ao HIV pode evoluir para uma periodontite associada ao HIV resultando numa perda de tecidos do periodonto de proteção e inserção.

2.4.5 *Periodontite Associada ao HIV (HIV-P) ou Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)*

A periodontite é caracterizada pela rápida, irregular e generalizada destruição do periodonto de inserção e osso alveolar. Possuem as características gengivais da gengivite associada ao HIV, acrescida de severa sintomatologia dolorosa, sangramento gengival espontâneo, necrose de tecido mole, e rápida destruição do ligamento periodontal. A rápida progressão da necrose no tecido mole pode levar à exposição da crista alveolar ou septo interdentário, com o subsequente seqüestro ósseo. Embora se consiga o controle do quadro infeccioso e inflamatório, há perda óssea progressiva até a perda dos elementos dentários. Também não responde à terapêutica.

A doença periodontal pode ser uma das primeiras apresentações clínicas de infecção por HIV. Pacientes que apresentam doença periodontal agressiva devem ser investigados por possível infecção por HIV.

2.4.6 *Mycobacterium Avium Intracellulare*

Em pacientes com AIDS, infecção por *Mycobacterium avium intracellulare* é relativamente comum. É caracterizada por febre, perda de peso e debilidade e, clinicamente a resposta tecidual pode incluir abscessos circundados por lesões

granulomatosas. As lesões localizam-se principalmente no palato e têm bordas firmes e/ou centro necrótico estendendo-se até o osso.

2.5 INFECÇÕES VIRAIS

O vírus da AIDS por si só, não é capaz de causar quaisquer infecções virais na boca. No entanto, a imunossupressão induzida por ele favorece a instalação de uma variedade de infecções virais que afetam a região bucal e circunjacências e podem ser transmitidas, através do contato próximo, principalmente a pessoas com alteração imunológica.

2.5.1 *Herpes Simples*

A infecção intra-oral aparece na forma clássica de úlceras irregulares e rasas que destroem o herpes podendo ser desencadeada pelos raios solares, infecções respiratórias, trauma, menstruação, stress emocional e imunodepressão. Esta última é comum em pacientes portadores do vírus HIV.

As lesões mais freqüentes são causadas pelo HSV-1 e HSV-2, afetam lábios e são encontradas em 10 a 15% dos pacientes soropositivos, nos quais, geralmente recidivam com maior freqüência, são maiores e muitas vezes aparecem como

múltiplas lesões persistentes, respondendo muito mal ao tratamento: o ciclo dura em média um mês, enquanto nos pacientes normais demora no máximo sete dias. A evolução da doença é bastante diferente em portadores do HIV e na população em geral.

As lesões como vesículas que se rompem formando úlceras irregulares, múltiplas e rasas, podendo ou não estar associadas com eritemas.

O diagnóstico é confirmado pela citologia esfoliativa, cultura de célula ou esfregaços reativos com anticorpos multiclonais HSV específicos. O tratamento é feito com substâncias que interferem na duplicação viral, Aciclovir.

2.5.2 Citomegalovírus

Os anticorpos para esse vírus quando encontrados em portadores HIV causa retinite, leucopenia, ulcerações gastrintestinais e pneumonia. Lesões na mucosa bucal causadas por ele causadas só foram documentadas uma única vez, mas sabe-se que atua como co-fator para outras lesões na boca, inflamação das glândulas salivares maiores, que leva à xerostomia. O tratamento é feito com Ganciclovir.

2.5.3 Papiloma Vírus Humano

Existem inúmeros tipos de papiloma vírus humano. As lesões causadas pelo Papiloma vírus apresentam-se em forma de verrugas que podem ocorrer em qualquer superfície da mucosa. Sua presença constitui um forte indício de contaminação pelo HIV. O diagnóstico é feito baseado na história, aspecto clínico e na biópsia. O papel do HPV em outras lesões orais (leucoplasias e carcinoma) vem sendo investigado.

Em crianças, a infecção pode ser transmitida do dedo para a cavidade oral e, nos adultos, a transmissão sexual é comum. O HPV não é um risco infeccioso na Odontologia, até onde se sabe. O tratamento é feito com cirurgia.

2.5.4 Leucoplasia Pilosa e Epstein-Barr Vírus

A leucoplasia pilosa é considerada um sinal precoce da presença do vírus HIV. O quadro da leucoplasia pilosa pode ocorrer em qualquer área da mucosa bucal e em sua grande maioria ocorrem em adultos homens e se caracteriza por placas esbranquiçadas, bem delimitadas, geralmente planas, de dimensões variáveis, não infiltradas. As lesões aparecem nas bordas laterais da língua e estão em associação com o vírus *Epstein-Barr*. A causa da HL é desconhecida e pode ocorrer em todo o grupo de indivíduos com HIV, sendo indicativa do desenvolvimento da AIDS em três anos.

Geralmente não requer tratamento, a menos que afete a gustação ou a aparência estética. Nesses casos é feita aplicação tópica de Podofilina a 25% com muito cuidado para evitar a necrose.

2.6 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE NEOPLASIAS

Pacientes imunocomprometidos correm um grande risco de desenvolver neoplasias malignas. Logo, é previsível que indivíduos HIV positivos sejam atingidos por doenças malignas em maior grau do que a população em geral.

2.6.1 Sarcoma de Kaposi

A doença maligna mais freqüentemente encontrada em pacientes aidéticos é o sarcoma de Kaposi (15% dos portadores do HIV). Consiste em uma proliferação neoplásica de células endoteliais e fibroblastos, pois está relacionado ao fator celular de crescimento que estimula a proliferação de vasos sangüíneos, linfáticos e do tecido conjuntivo fibroso.

Está presente no palato com maior freqüência e apresenta-se com coloração avermelhada, azulada ou de nódulos roxos. No estágio mais avançado, as lesões tornam-se elevadas e nodulares, podendo se ulcerar com a progressão, causando dor e sangramento interferindo na fonação, alimentação e higiene devido às características dolorosas e hemorrágicas.

Seu diagnóstico é obtido através da biópsia do tecido. O tratamento é baseado no grau da doença. No entanto, o trabalho integrado de um dermatologista, oncologista e dentista é muito importante para um manejo adequado ao Sarcoma de Kaposi.

2.7 MANIFESTAÇÕES ORAIS DE ORIGENS DESCONHECIDAS

2.7.1 Estomatites Aftosas Recorrentes

É uma manifestação de alteração auto-imune que ocorrem em 20% a 40% da população geral. Em indivíduos portadores do HIV, parece haver um aumento do aparecimento de estomatites aftosas recorrentes e estas são mais agressivas, maiores e múltiplas que persistem por longos períodos e geralmente são dolorosas.

O diagnóstico diferencial é feito por causa do tamanho, insensibilidade e duração da afta maior, carcinoma e doença granulomatosas relacionada com infecção microbiana. Assim, a biópsia é indicada em alguns casos.

O tratamento é diretamente contra os linfócitos associados à lesão. Por isso, para ser eficiente, requer o uso de corticosteróides.

- Úlcera Necrosante Progressiva é caracterizada por lesões maiores que as observadas na estomatite aftosa recorrente.

2.7.2 Púrpuras

Em pacientes portadores do vírus HIV há ocorrência de púrpuras que são manchas de coloração vermelha - arroxeadas, vistas freqüentemente na junção

palato duro e palato mole. É importante salientar que essas manchas não desaparecem sob pressão.

2.7.3 Lesões Bucais não Classificadas

É muito comum que os pacientes infectados pelo HIV procurem atendimento por causa de sinais e sintomas que não permitem um diagnóstico claro ou indiquem um agente etiológico. Muitas vezes, os testes laboratoriais e até mesmo a biópsia não fornecem dados para a classificação da lesão. O tratamento nesses casos é paliativo e empírico, sendo necessário o constante acompanhamento do paciente.

3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ROTINA

O manual de atendimento odontológico do Ministério da Saúde para tratamento odontológico de rotina do portador de HIV ou doente de AIDS (BRASIL, 2000) preconiza que:

O paciente que já possua um diagnóstico e que esteja sendo acompanhado pelo médico deve respeitar a seguinte seqüência de procedimentos:

Antes do tratamento do paciente:

- 1 Perguntar como está se sentindo;
- 2 Revisar a história médica;
- 3 Postergar procedimentos invasivos quando houver uma queixa médica não esclarecida; e
- 4 Fazer todas as anotações necessárias e planejar o procedimento antecipadamente evitando qualquer manipulação do prontuário até o final do tratamento.

3.1 EXAME CLÍNICO

1. O exame extra-bucal tem o objetivo de detectar qualquer anomalia facial (aumentos de volume, crescimentos tumorais), exame da pele, lábios, palpação de cadeias linfáticas, músculos mastigatórios e testes neurológicos;
2. O exame intra-bucal tem por objetivo a detecção de áreas anormais ou patológicas. O exame dos tecidos moles deve ser completo e sistemático, de tal

forma que todas as paredes da boca sejam examinadas. Esse exame deve incluir a mucosa labial, a mucosa jugal, os palatos duro e mole, a língua, o assoalho da boca e a orofaringe. Qualquer anotação no prontuário deve ser feita pelo (a) auxiliar, para se evitar a contaminação do mesmo;

3. Todos os achados devem ser anotados e analisados. Todas as vezes em que lesões dos tecidos moles forem detectadas, elas deverão ser avaliadas com prioridade, a menos que haja algum problema odontológico de emergência necessitando atenção imediata. Podem-se utilizar técnicas diagnósticas básicas como coloração pelo azul de toluidina, citologia exfoliativa, biópsia, cultura, testes laboratoriais e radiografias;

4. Com a informação obtida, o dentista deverá desenvolver um diagnóstico e um plano de tratamento. O paciente deverá, sempre receber a informação sobre os problemas bucais e as indicações de tratamento. Decisões sobre o tratamento deverão ser feitas de comum acordo entre o paciente e a equipe de saúde;

5. Após a resolução de lesões e condições dos tecidos moles, o tratamento odontológico de rotina poderá ser iniciado.

3.2 PROGNÓSTICO DO CASO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ROTINA

O plano de tratamento odontológico para indivíduos infectados com o HIV e pacientes de AIDS deve considerar, sempre, a saúde geral do indivíduo, o prognóstico do caso. Quando do desenvolvimento do plano de tratamento odontológico, é importante considerar que a atual disponibilidade de terapêutica anti-

retroviral, a sofisticação das técnicas de diagnóstico e o progresso na prevenção e no tratamento de doenças oportunistas permitem o diagnóstico prematuro do HIV.

Desse modo, o que vai determinar o tipo de tratamento a ser instituído será a disposição do paciente em cumpri-lo. Isto é, acudir a consultas longas ou curtas, e cuidar-se protegendo a sua saúde física e mental. De modo geral, o tratamento seguirá a mesma seqüência: alívio da dor; restauração da forma e da função; e atendimento das necessidades estéticas.

3.3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO

Instituir métodos de higiene bucal para todos os pacientes: devemos ter em mente que vários dos problemas encontrados na cavidade bucal de portadores de HIV e pacientes de AIDS ocorrem devido ao seu estado de imunodeficiência. A impossibilidade de controle pode tornar os problemas bucais crônicos. Sendo assim, a prevenção é um fator importante para a manutenção da saúde bucal dos pacientes. A manutenção de boa higiene bucal é importante na redução do potencial de risco de complicações.

Diminuição da secreção salivar - secundária a alterações de glândulas salivares - ou da utilização de medicamentos pode aumentar o risco para cárie e doença periodontal. Apresenta-se a seguinte sugestão de protocolo:

1. Controle a cada três meses;
2. Enxágües diários; e

3. Suplementação de flúor em aplicações tópicas, enxágües ou creme dental, particularmente para pacientes com xerostomia e aumento de incidência de cárie.

3.4 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PERIODONTAL

Pode ser feito da mesma forma que para o indivíduo imunocompetente. Embora raspagem, curetagem e aplainamento da raiz possam causar bacteremia, efeitos sistêmicos como febre e calafrios, estes não foram observados após o tratamento periodontal de portadores de HIV. Enxágües com solução antibacteriana antes do tratamento e sua manutenção por dois a três dias após o mesmo, parecem reduzir o risco de complicações sistêmicas.

3.5 TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Não tem sido associado ao aumento de incidência de sintomatologia pós-operatória. Entretanto, se essa ocorrer, é suave e pode ser controlada com medicação antiinflamatória e antibiótica, dependendo da sua natureza. Instrumentação meticulosa do canal radicular, respeitando os limites do forame apical, pode reduzir ainda mais a sintomatologia pós-operatória.

3.6 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Uma preocupação constante quando da manipulação cirúrgica de tecidos em portadores do HIV e doentes com AIDS diz respeito à habilidade de reparação tecidual. De acordo com vários estudos, parece não existir diminuição da capacidade de reparação ou aumento significativo da ocorrência de alveolite. Procedimentos cirúrgicos devem ser realizados tentando-se minimizar a possibilidade de contaminação dos tecidos por agentes patogênicos. Raspagem e polimento coronário e radicular, antes do tratamento cirúrgico, pode auxiliar nesse sentido. Antes da realização de procedimentos cirúrgicos extensos, deve-se avaliar o paciente quanto à presença de tendência a sangramento, anemia e leucopenia, por meio da leitura do prontuário ou consulta médica.

Testes laboratoriais auxiliares incluem:

- 1 Contagem de plaquetas;
- 2 Tempo de protrombina (PT);
- 3 Tempo parcial de tromboplastina (PTT);
- 4 Taxa de hemoglobina; e
- 5 Hemograma completo com contagem diferencial.

3.7 PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

Devem ser executados de acordo com as técnicas usuais. Opções de tratamento devem ser discutidas com o paciente, incluindo vantagens e

desvantagens de cada procedimento. Todos os procedimentos podem ser executados, incluindo:

1. Restauração com amálgama de prata;
2. Restauração com resina composta;
3. Restauração com ionômero de vidro; e
4. Coroas e outros aparelhos protéticos.

Nas consultas de retorno, a história do paciente deve ser revista. É avaliada a utilização de medicamentos e procedimentos de higiene oral. Não deverá ser negado nenhum tipo de assistência odontológica ao portador do HIV ou paciente de AIDS. Pessoas soropositivas e usuárias de drogas devem receber uma atenção igual à que merecem outros pacientes, no sentido da sua adesão ao tratamento. No que se refere à assistência odontológica, deverá haver um esforço do cirurgião-dentista em estimular as medidas de higiene bucal necessárias. Caso haja resistência ao tratamento odontológico, o alívio de uma possível dor deve ter prioridade.

4 NORMAS DE BIOSSEGURANÇA NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Entre as reconhecidas doenças de transmissão ocupacional na prática odontológica destacam-se a Hepatite B como a de maior risco de contaminação; o Herpes como o de maior freqüência e a AIDS que, apesar do pequeno risco ocupacional, é a que mais amedronta e mobiliza os profissionais para a adoção de medidas universais de biossegurança (BRASIL, 1994). A desinformação tem levado os profissionais de saúde a adotarem condutas inadequadas quando se deparam com portadores HIV/AIDS, o que os leva a assumir posturas anti-éticas, e até a recusa em atender os pacientes (KELLY et al,1987). Estima-se que no Brasil tenha mais de cinco milhões de portadores do vírus HIV; baseado nesses dados pode –se concluir que os cirurgiões dentistas estão prestando atendimento a pacientes portadores do vírus desconhecendo sua sorologia, essa é uma das razões para que as medidas de biossegurança sejam adotadas universalmente para todos os pacientes. Segundo Tommasi (1989), se as medidas de proteção forem adotadas corretamente o risco de contaminação é praticamente nulo.

O Cirurgião dentista como integrante da equipe interdisciplinar no atendimento de pacientes HIV/AIDS deve estar apto para reconhecer alterações locais e sistêmicas de seus pacientes, bem como participar ativamente junto a equipe na adoção de condutas que visem melhorar a qualidade de vida desses pacientes. É de responsabilidade do Cirurgião dentista a orientação da equipe e a manutenção do controle de infecções na prática odontológica. A padronização das Normas de biossegurança visa garantir segurança aos pacientes e à equipe. As

recomendações devem ser seguidas rotineiramente, no cuidado de todos os pacientes.

5 PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi realizar um diagnóstico de atenção à saúde bucal dos pacientes HIV/AIDS cadastrados no Serviço Ambulatorial Especializado do Estado de Rondônia na perspectiva do usuário e dos cirurgiões dentistas que integram o serviço.

6 MÉTODO

Este estudo foi previamente submetido e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Lucas - Porto Velho - RO sob número de protocolo AP/CEP/132/07 (Anexo A). Os participantes foram informados sobre o objetivo deste estudo, e aqueles que concordaram em participar do mesmo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 196/96.

6.1 DELINEAMENTO

Foram incluídos neste estudo pacientes HIV/AIDS de ambos os gêneros, independente de faixa etária, que estivessem em acompanhamento clínico nos Serviços ambulatoriais especializados Estaduais: Porto Velho, Ji-Paraná, Vilhena, Rolim de Moura e Pimenta Bueno. A pesquisa descreve o fluxo de atendimento de cada serviço de SAE. Baseando-se no protocolo de atendimento, verificou-se a existência de protocolos para os serviços de referências e as contra referências dos profissionais de odontologia dos municípios no atendimento de pacientes HIV/AIDS, bem como identificou-se qual dos profissionais que integram a equipe do Serviço de Atendimento Especializado é responsável pelo encaminhamento das referências/contra-referências e atualização das informações dos serviços prestados. Aplicou-se em seguida dois questionários, um voltado para o usuário do

Serviço Ambulatorial especializado (SAE) com o objetivo de identificar a percepção do usuário frente ao serviço que lhe é oferecido no Sistema Único de Saúde, sendo que a distribuição dos questionários foi a seguinte: Serviço de Atendimento Especializado Porto Velho: cem, Ji-Paraná: cinqüenta; Rolim de Moura: trinta; Pimenta Bueno: trinta; Cacoal: sessenta; Vilhena: oitenta; no total foram distribuídos trezentos e cinqüenta questionários, onde esta foi baseada no número de pacientes em registro ativo de cada serviço. Sob a ótica qualitativa, segundo Minayo (1992), a amostra ideal é aquela que possibilita a apreensão da totalidade do problema a ser investigado. Assim, o seu desenho passa mais pela necessidade de se contemplar as diferentes dimensões do objeto de estudo do que pela definição numérica. O outro questionário foi direcionado aos cirurgiões dentistas identificados pelo fluxo de atendimento de referência e contra-referência de cada município com o intuito de avaliar o conhecimento desses profissionais em relação ao acompanhamento dos pacientes HIV/AIDS, o número da amostra foi de 13 profissionais conforme informado pelos coordenadores do SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO.

O instrumento de investigação consistiu em questionários semi-estruturados, que foram aplicados aos pacientes HIV/AIDS através dos coordenadores de todos os SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS, que foram capacitados pelo pesquisador, visando dessa forma assegurar o sigilo de cada paciente; os questionários dos cirurgiões dentistas foram enviados a cada profissional através de uma parceria entre a Coordenação Estadual de DST/AIDS da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA e o pesquisador.

6.2 AVALIAÇÃO DOS DADOS

A totalidade dos dados foi transformada em unidades menores e em seguida reagrupada em categorias que se relacionem entre si:

1. Quantas pessoas desta população (usuários e CIRURGIÕES DENTISTAS) compartilharam uma característica ou um grupo de características.
2. Avaliação (usuários e CIRURGIÕES DENTISTAS): opiniões, atitudes, preferências e comportamentos em relação tanto ao serviço prestado quanto ao oferecido.
3. Descrição de citações diretas dos usuários e cirurgião dentista sobre suas vivências.
4. Após análise qualitativa foram apresentadas hipóteses para possíveis modificações tanto para o atendimento quanto para a estrutura dos serviços ambulatoriais especializados.

7 RESULTADOS

Responderam ao questionário 174 pacientes, representando os SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO de: Porto Velho, Ji-Paraná, Vilhena e Cacoal, totalizando 60% dos questionários entregues a esses municípios; o SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO de Rolim de Moura e Pimenta Bueno não devolveram os questionários. Em relação à aplicação dos questionários dos cirurgiões dentistas obtivemos respostas de todos os SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO, totalizando 13 CIRURGIÕES DENTISTAS, ressaltando que apenas o SAE de Porto Velho possui CIRURGIÕES DENTISTAS atuando no próprio SAE, os demais pacientes quando necessitam de atendimento odontológico são encaminhados ao Serviço de Saúde Bucal do município quando solicitam ou apresentam alguma infecção bucal que necessite de avaliação do profissional dentista , e quem realiza o encaminhamento geralmente é o médico ou enfermeiro da equipe ou os pacientes procuram diretamente, sem conhecimento da equipe do SAE, não existe uma referência e contra-referência em relação ao encaminhamento de pacientes conforme relatado pelos coordenadores. Para melhor compreensão das informações contidas nos questionários os dados foram analisados segundo a ordem da temática estudada.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS: identificação dos pacientes

Dos 174 pacientes analisados observamos que na amostra pesquisada houve prevalência do sexo masculino (54,6 %), faixa etária predominante entre 32 e quarenta anos representando 27,01 % da amostra , sendo a menor idade de 16 anos e a maior de 72 anos de idade; conforme podemos observar na Figura 3:

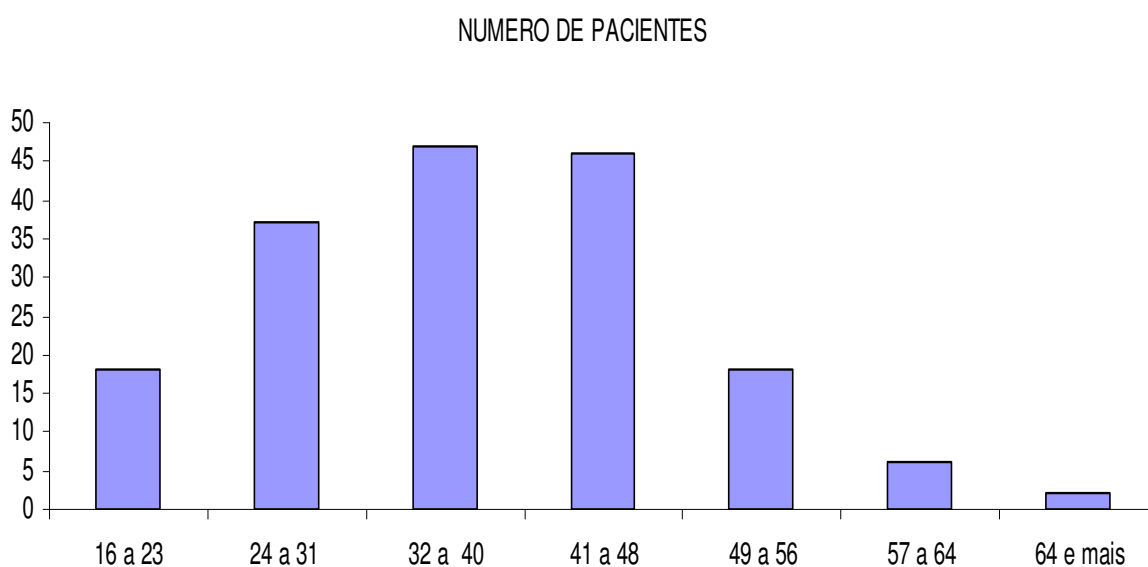


Figura 3 – Distribuição dos pacientes, segundo faixa etária

A renda mensal familiar predominante é de um salário mínimo (63,79 %), não havendo diferença significativa entre os sexos, conforme Figura 4:

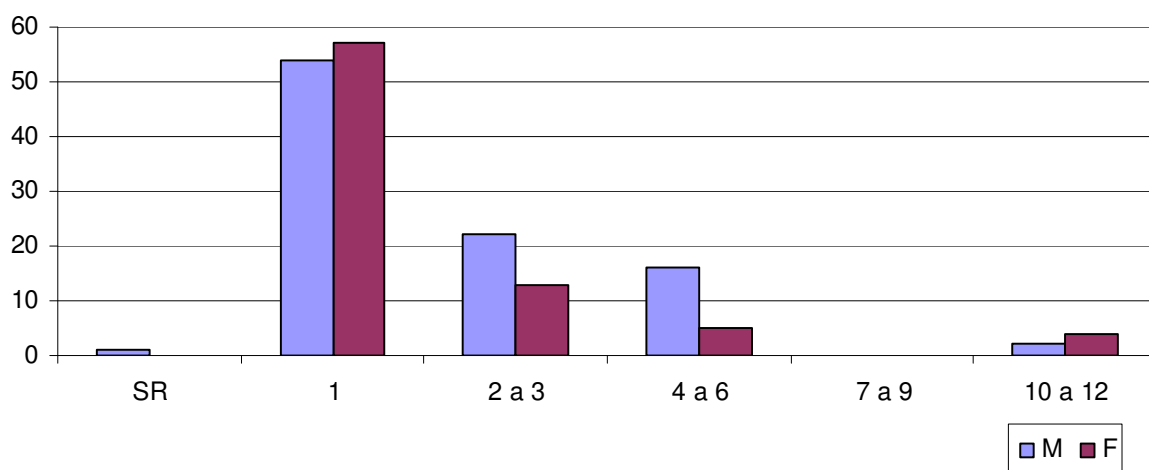


Figura 4 - Distribuição de renda, segundo gênero

Em relação ao tempo de escolaridade optamos distribuir as informações em anos de estudo, onde: (30,45 %) tem o ensino fundamental incompleto, ressaltando que (17,81%) são analfabetos. Quanto ao tempo de conhecimento da condição de soropositividade (62,64%) dos pacientes tem conhecimento de sua sorologia entre um e cinco anos, sendo que (23,56%) tem conhecimento dessa condição entre seis e dez anos, conforme podemos observar na Figura 5.

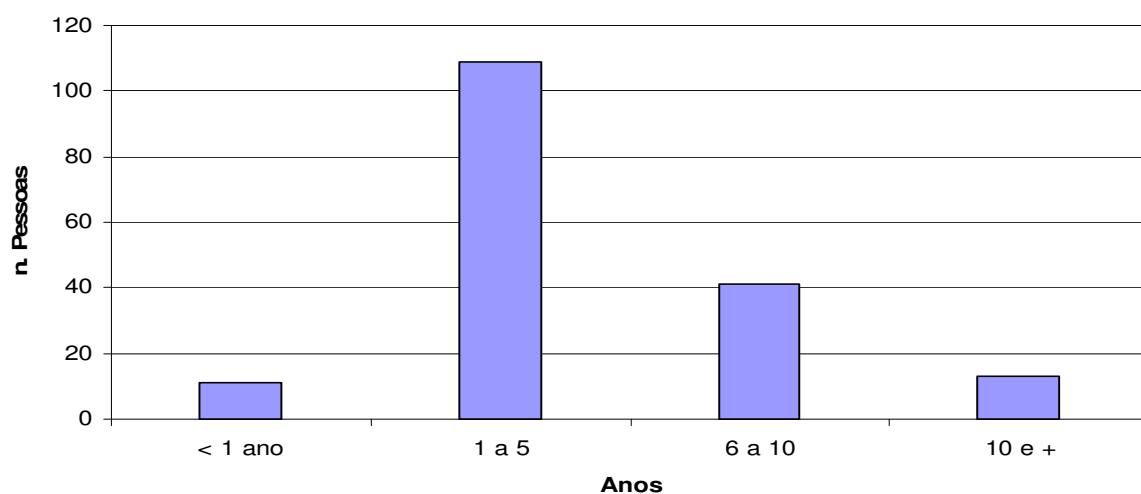


Figura 5 - Distribuição dos pacientes, segundo tempo de diagnóstico

Quanto as visitas periódicas ao cirurgião dentista, antes do conhecimento de sua sorologia, observamos que (72,28%) declararam que ficavam mais de um ano sem ir ao dentista, (14,94%) até um ano e apenas (8,04%) realizavam visita periódicas ao cirurgião dentista a cada seis meses. Em relação a essa visita após o diagnóstico (56,32%) declararam que foram ao cirurgião dentista, e (43,68%) ainda não foram.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: IDENTIFICAÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS

Os Cirurgiões dentistas que participaram da pesquisa tem entre 27 e 55 anos com média de (12,08) entre a maior e menor idade. Na Tabela 2, podemos observar as principais variáveis entre os CIRURGIÕES pesquisados.

Tabela 2- Distribuição das variáveis dos cirurgiões dentista respondentes

VARIÁVEL	RESPONDENTES	%
SEXO		
Masculino	07	53.84
Feminino	06	46.15
Graduação em Instituição:		
Pública	07	53.84
Privada	06	46.15
Tempo de Formação		
4 a 5 anos	05	38.46

5 a 10 anos	03	23.07
+ de 10 anos	05	8.46
Especialização		
Sim	04	30.76
Não	09	69.23
Vínculo Institucional		
Público	06	46.15
Privado	01	7.69
Ambos	06	46.15
Tem Capacitação em HIV/AIDS		
Sim	05	38.46
Não	08	61.53

Em relação às infecções bucais relacionadas ao vírus HIV, foi perguntado aos cirurgiões dentistas quais as principais manifestações poderia reconhecer em um paciente para vir a suspeitar que o mesmo fosse portador do vírus HIV através da anamnese e obtivemos os seguintes dados: a candidose oral foi a mais citada (seis vezes), seguida de gengivite (quatro vezes) e aftas (duas vezes). Outras manifestações bucais como: Leucoplasia pilosa, periodontite e Herpes simples foram citadas uma única vez, ressaltando que três cirurgiões dentista não responderam a questão.

7.3 AVALIAÇÃO CIRURGIÕES DENTISTAS QUANTO A DISPOSIÇÃO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM HIV/AIDS

Com relação à disposição para atendimento de pacientes HIV/AIDS (72.73%) dos cirurgiões dentista afirmam que se sentem a vontade para atender os pacientes, e entre os (27.27%) que não se sentem a vontade para atender, caracterizaram essa atitude devido ao medo de contrair o vírus HIV em acidente de trabalho, e ao desconhecimento técnico/científico para atendê-los adequadamente; dois cirurgiões dentista referem não se sentirem a vontade para atender usuários de drogas, homossexuais e profissionais de sexo (grupos relacionados a situações de risco para HIV), a seguir transcrevemos a fala desses profissionais ao justificarem essa atitude :

Cirurgião dentista I – “Estou formado há dez anos, nunca fiz um curso de atualização nesta área; a partir do momento que conhecer todos os tipos de procedimento para evitar contaminação me sentirei à vontade para atender...”

Cirurgião dentista II- “Não sinto segurança por saber que fazem parte do grupo de risco e não saber se seguem condutas preventivas adequadas...”

Cirurgião dentista III – “Preocupação omissão do paciente em ser HIV; paciente deveria passar por exame prévio de HIV e outros...”

7.4 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CIRURGIÕES DENTISTAS NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE HIV/AIDS

A solicitação de exames laboratoriais de pacientes HIV/AIDS é importante no acompanhamento da evolução da infecção, nesse sentido o acompanhamento dos exames de CD4/CD8 e carga viral sugerem implicações prognósticas na evolução da infecção e devem ser solicitados a cada três meses e antes da realização de procedimentos cirúrgicos extensos deve-se avaliar o paciente quanto a presença tendência a sangramentos, anemia, leucopenia.

Dos cirurgiões respondentes (54.54%) afirmaram não saber quais exames seriam importantes no acompanhamento clínico da evolução da doença, (27,27%) responderam hemograma, (18,18%) responderam corretamente (contagem de plaquetas, taxa de hemoglobina, hemograma completo com contagem diferencial, Carga viral e CD4/CD8), e faziam parte do grupo que recebeu treinamento em HIV/AIDS, quanto ao conhecimento do Manual de condutas de Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de Aids (BRASIL, 2000), 81,81% declararam não conhecer; em relação à conduta frente a acidente com material perfuro-cortante (63,63%) declararam não saber qual seria a conduta, e entre os (36,36%) que declaram conhecer, destacamos as seguintes falas:

Cirurgião dentista III- “Coquetel de medicamento ou injeção...”

Cirurgião dentista II- “se for simples, limpar bem e passar álcool, ou dependendo, comprimir o local com compressa...”

Cirurgião dentista X- “Avaliar risco de o paciente estar contaminado, tipo exposição, iniciar a profilaxia ate 12 h / fazer sorologia anti-hiv...”

Entre as falas transcritas só o paciente identificado como CIRURGIÃO DENTISTA X recebeu treinamento para atender pacientes HIV/AIDS.

7.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VISÃO DO USUÁRIO

7.5.1 Utilização do Serviço Saúde Bucal Pós-Diagnóstico

Do total de pacientes entrevistados (56,32%) afirmam ter feito pelo menos uma visita ao dentista após o diagnóstico, desses (56,12%) não informaram seu estado sorológico, e entre os que não informaram (12,24%) omitiram seu estado sorológico para HIV, mas com medo dos cirurgiões dentista não tomarem as devidas precauções declararam ser portadores de Hepatite B, em relação aos sentimentos envolvidos no fator omissão da sorologia (60%) declaram medo do preconceito, (26,63%) acham desnecessário informar, (3,63%) fazem tratamento com cirurgiões dentista do serviço de atendimento especializado não vêem necessidade de falar e (12,72%) não responderam, transcrevemos a seguir a fala de alguns pacientes sobre seus motivos para não revelar a sua soropositividade:

Paciente 123: “Medo de não ser atendida.”

Paciente 153: “Para que não ficasse como o outro CIRURGIÕES DENTISTA ; com medo”.

Paciente 91: “Não me senti seguro...”.

Paciente 95: “Medo dele não fazer, falei que tinha hepatite...”

Paciente 72 “Por que não sou louco...”

Paciente 24: “Porque sofro com a discriminação e o preconceito...”

Paciente 18: “É um assunto particular, só pertence a mim...”

Paciente 4: “ Eu tenho prótese total , não é preciso falar...”

Destacamos ainda as falas dos pacientes que revelaram sua sorologia para o cirurgião dentista e a reação dos mesmos:

Paciente 9: “Normal, apenas perguntou se eu estava me cuidando...”

Paciente 20: “Porque acho que é meu dever falar...”

Paciente 35: “Porque ele tem que saber o que você tem...”

Paciente 36: “Ficou assustado...”

Paciente 75: “A reação do dentista foi sempre me atender depressa e sempre dizia que eu não tinha dente pra arrumar e me manda voltar com seis meses depois, e me atende por último...”

Paciente 78: “Colocou dois pares de luvas, deixou para me atender por último...”

Paciente 82: “No particular, sofri discriminação, ficaram me empurrando mais pra frente, dizendo que devia procurar outro dentista, até mesmo dizendo que estava viajando, sempre que eu agendava, ele estava viajando...”

Paciente 83: “Ficou espantado, transtornado...”

Paciente 153: “Ficou com medo, mas fez; mudei dentista e para o outro eu não falei...”

Paciente 3: “ O dentista era do serviço de atendimento especializado, já sabia...”

Em relação ao serviço (57,14%) utilizam os serviços SUS (Sistema Único de Saúde) e (38,77%) o serviço privado e uma pequena parcela (4%) ambos.

Ao avaliarem o serviço de saúde bucal do seu município (39,08%) consideraram a estrutura física boa, (37,93%) considera o atendimento da equipe bom, e (37,93%) considerou a qualidade do tratamento odontológico recebido bom, como podemos observar na Tabela 3; (48,27%) dos pesquisados não avaliaram o serviço; quanto a localização dos serviços (75,28%) consideram o acesso fácil.

Tabela 3 - Avaliação do Usuário acerca do Serviço Saúde Bucal de seu Município.

Classificação	Estrutura Física		Atendimento equipe		Qualidade Tratamento	
	N	%	N	%	N	%
Ótimo	20	11.49	32	18.34	24	13.79
Bom	68	39.08	66	37.93	66	37.93
Ruim	22	12.64	21	12.0	31	17.81
Regular	38	21.83	28	16.09	22	12.64
Não Respondeu	26	14.94	27	15.51	31	17.81

7.5.2 Avaliação do usuário quanto as Normas de Biossegurança

Em resposta a possibilidade de se contrair o vírus HIV em procedimentos realizados no consultório odontológico (78,73%) responderam que sim e o meio de transmissão mais citado (46,71%) seria o contato com sangue, seguido de (12,40%) que destaca a possibilidade da transmissão se o material não for devidamente esterilizado e dentre os que acham que sim, destacam-se alguns comentários:

Paciente 91 – “Sim, falta de cuidado com o material sujo...”

Paciente 97 – “Sim, sangue nas coisas...”

Paciente 53 – “Sim, se o paciente não informar para o dentista...”

Paciente 45 – “Sim, porque o material pode não ser esterilizado.”

Paciente 40 – “Sim, às vezes não limpam o material direito, pode passar o vírus.”

Paciente 29- “Sim, por os aparelhos não ser descartável...”

Paciente 18- “Sim, ao extrair o dente sai sangue e na limpeza...”

Paciente 17- “Sim, porque às vezes tem mau dentista...”

Paciente 15- “Sim, porque qualquer descuido por parte da pessoa responsável pela esterilização é fatal...”

Paciente 83 – “Sim, porque todo paciente com HIV corre o risco de contaminar as outras pessoas com a extração de um dente, na obturação, porque ocorre sangramento.”

Entre os pacientes que disseram não ser possível a transmissão (27,02%) alegam essa impossibilidade devido aos cuidados adotados pelos Profissionais; (16,21%), acreditam que todos os profissionais adotam medidas de biossegurança como podemos verificar diante de algumas falas:

Paciente 82 – “Porque quando o dentista é profissional ele toma os devidos cuidados...”

Paciente 78 – “Não, porque ele coloca dois pares de luva...”

Paciente 71 – “Não, porque o vírus HIV é contraído por meio de relações sexuais...”

Paciente 36 – “Não, porque era particular, tinha todos os cuidados...”

Paciente 33 – “Não, olha eu não posso informar direito sobre essa resposta, porque não tenho muito conhecimento sobre HIV...”

Paciente 24 – Não, são muito cuidadosos além de cuidar da gente, protege eles mesmo.”

Paciente 23 – “Não, porque eu sou atendida a ultima, e ele usa os equipamentos necessários.”

Em relação à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), os pacientes referem que (89,65%) de seus cirurgiões dentista fazem uso de EPI;

(41,02%) referem que o equipamento que mais identificaram foi: luva, máscara e avental, e o EPI citado por todos os pacientes: luva, conforme demonstrado na Tabela 4. Ao compararmos os que citaram uso de EPI completo, com a informação do estado sorológico do paciente, verificamos que todos os cirurgiões dentista que usaram equipamento completo tinham conhecimento da sorologia do paciente.

Tabela 4 - Demonstrativo de EPI utilizado pelos CIRURGIÕES DENTISTAS, durante atendimento aos pacientes, segundo informação do usuário

Artigos de EPI	Nº.	%
Só Luva	5	3.20
Luva/Avental	17	10.89
Luva /Mascara Facial	8	5.12
Luva/Mascara Facial / Avental	66	42.30
Luva/Mascara Facial /Protetor ocular	8	5.12
Luva/Mascara facial /Avental/Gorro	10	6.41
Luva/Mascara Facial /Protetor ocular/Avental	22	14.10
EPI Completo	20	12.82

7.5.3 Avaliação do Usuário quanto Aquisição medicamento

Em relação à aquisição de medicamento para tratamento odontológico, (49,42%) disseram que tomariam o medicamento se fosse fornecido através da Farmácia do SAE, (18,38%) primeiro buscariam o medicamento no SAE, caso não tivesse comprariam, (16,66%) comprariam o medicamento, (14,94%) alegam que não tomariam o medicamento se não tivesse no SAE e/ou não tivessem dinheiro para comprar.

7.5.4 Avaliação do Usuário quanto à importância de acompanhamento dos exames de CD4/CD8 e Carga Viral pelo cirurgião dentista

Quanto à importância do cirurgião dentista saber a evolução da infecção através do acompanhamento dos exames de CDE4/CD8 e carga viral (55,17%) relatam que não acham importante que o cirurgião dentista tenha acesso ao resultado desses exames e entre as respostas dadas para justificar essa resposta transcrevemos algumas falas:

Paciente 18- “É problema meu, não vou sair contando pra ninguém, não interessa o dentista saber de nada...” (paciente há cinco anos no serviço).

Paciente 3- “Acho que não, a profissão dele é dentista, não infectologista” (paciente há um ano no serviço).

Paciente 111- “Não, medo de falar...” (paciente há dois anos no serviço).

Paciente 78- “Não porque isso só eu e meu medico deve saber...” (paciente há nove anos no serviço).

Paciente 73- ”Não, porque só o medico da equipe do SAE deve saber...” (paciente há quatro anos no serviço).

Paciente 72- “Não porque a discriminação é muito grande e, se o dentista tomar todos os procedimentos necessários não há risco de contágio para ninguém...”(paciente há quatro anos no serviço).

Paciente 83- “Não porque só interessa ao paciente e ao medico que faz o seu tratamento, dentista não é especialista no assunto...” (paciente há dois anos e meio no serviço).

Paciente 75- “Não porque ele não é medico, e tem que tratar as pessoas tudo igual...” (paciente há dois anos no serviço).

Em relação aos (44,82%) que acham importante o cirurgião dentista acompanhar os resultados desses exames, destacamos as seguintes fala:

Paciente 34- “Sim, é necessário o dentista saber para proteger o outro paciente...”

(paciente no serviço há três anos)

Paciente 26- “Sim, para ele se proteger contra possível contaminação...” (paciente há oito anos no serviço).

Paciente 81- “Sim, porque fica mais fácil para ele proteger ele próprio e os outros pacientes do seu consultório” (paciente no serviço há três anos).

Paciente 91- “Sim, para saber se pode tirar meus dentes e me dá antibióticos...”

(paciente no serviço há doze anos).

Paciente 55- “Sim, para ele saber se posso realizar o tratamento...” (paciente no serviço há seis anos).

Paciente 60- “Sim, para que ele receite os medicamentos se houver necessidade de tratamento...” (paciente no serviço há dois anos).

Uma última questão a ser levantada foi que sugestão eles teriam a solicitar em relação ao atendimento odontológico de seu município (54,02%) dos pesquisados solicitaram que o cirurgião dentista atuasse como membro das equipes do SAE, (20,68%) não responderam, e (5,74%) solicitaram capacitação para os CIRURGIÕES DENTISTAS no atendimento a pacientes HIV/AIDS. Após analisar todas as categorias entre pacientes e cirurgiões dentista foi possível caracterizar alguns fatores comuns entre eles, através de uma análise interpretativa da pesquisadora, ficando caracterizado a falta de conhecimento sobre a doença pelo usuário e pelo cirurgiões dentista, e quando analisado as questões referentes a não revelação do diagnóstico, ficou muito claro o medo da rejeição associado ao preconceito que nasce da desinformação sobre a doença, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Fatores comuns entre Usuários HIV/AIDS e cirurgião dentista

Fatores Comuns	Usuário HIV/AIDS	CIRURGIÕES DENTISTA
Capacitação Profissional	"Minha sugestão é que realizem mais treinamentos para capacitar os dentista"	– "Estou formado há dez anos, nunca fiz um curso de atualização nesta área, a partir do momento que conhecer todos os tipos de procedimento para evitar contaminação me sentirei a vontade para atender..."
Medo/Preconceito	"Medo dele não fazer, falei que tinha hepatite..."	"Preocupação, omissão do paciente em ser HIV, paciente deveria passar por exame prévio de HIV e outros..."
Desinformação: Relacionado à doença (exame CIRURGIÕES DENTISTA4/CIRURGIÕES DENTISTA8 e carga viral).	"É problema meu, não vou sair contando pra ninguém, não interessa o dentista saber de nada..." (paciente há cinco anos no serviço).	Dos cirurgiões respondentes (54.54%) afirmaram não saber quais exames seriam importantes no acompanhamento clínico da evolução da doença
Pontos Positivos	Nenhum paciente informou recusa por parte do CIRURGIÕES DENTISTA	Todos CIRURGIÕES DENTISTA apesar da falta de capacitação , apresentam disposição para o atendimento aos pacientes .

8 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil epidemiológico dos 174 pacientes que participaram da pesquisa verificamos que (54,6%) são do sexo masculino, (30,45%) tem o ensino fundamental incompleto e (17,81%) são analfabetos, com renda mensal de um salário mínimo (63,79%). Esse perfil é característico da epidemia no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Ribeiro (2000), os grupos gerados das desigualdades sociais têm as piores condições de saúde bucal e baixas taxas de utilização de serviços odontológicos, dado coincidente em nossa pesquisa onde 72,28% dos pesquisados, há mais de um ano não procuravam o serviço de Saúde Bucal e após a descoberta da sorologia 43,68% não tinham ido ao dentista, apesar de terem o conhecimento do diagnóstico a mais de um ano. Como as manifestações bucais são as primeiras manifestações da doença (LEMOS et al, 2000), a visita periódica ao cirurgião dentista é fundamental para o diagnóstico precoce.

A falta de cirurgiões dentistas no SAE dos municípios do interior é um complicador, pois dificulta a relação cirurgião dentista/Paciente, podemos observar que o fato se traduz na omissão da sorologia por parte do paciente (56,6%), uma vez que não se sentem seguros para estabelecer esse vínculo; que é agravado pelo medo de ser discriminado e assim não ser atendido. A desinformação sobre a doença, por parte dos pacientes e cirurgião dentista, fica bastante caracterizada quando através da fala dos mesmos percebeu-se que não sabem a importância do conhecimento da evolução da doença através do acompanhamento dos exames

CD4/CD8 e carga viral; 55,17% dos pacientes acham que o cirurgião dentista não deve saber o resultado dos exames e 54,54% dos cirurgiões dentista não sabem relatar quais exames seriam importantes, nesse aspecto a capacitação para os cirurgião dentista é uma necessidade urgente do serviço, lembrando que 61,53% desses profissionais que estão atendendo os pacientes nunca receberam nenhuma capacitação em HIV/AIDS, atendem porque trabalham em serviços do Sistema Único de Saúde. Para assegurarmos a qualidade da assistência dos serviços de Saúde Bucal, é necessário propiciar a integração do cirurgião dentista das equipes do SAE, buscando estabelecer dessa forma o vínculo paciente/cirurgião dentista, para que o paciente se sinta acolhido e passe a entender que cuidar de sua saúde bucal faz parte do controle de infecções oportunistas.

Quando questionados sobre a possibilidade de transmissão do vírus HIV em procedimentos no consultório de odontologia 78,73% dos pacientes responderam que sim, e associam essa possibilidade devido ao contato com sangue.

A utilização de EPI por parte do cirurgião dentista na visão do usuário tem o uso de luva como equipamento mais citado, e o uso de EPI Completo só foram observados entre os cirurgiões dentista de pacientes que se declararam HIV/AIDS, fato que não foi evidenciado entre os cirurgiões dentista de pacientes que declararam ter Hepatite B. De acordo com algumas pesquisas os meios de transmissão da Hepatite B são praticamente os mesmos do HIV e dados epidemiológicos comprovam que a Hepatite B em sido transmitida com maior freqüência em consultórios odontológicos que o HIV, devido ao seu alto grau de contágio (MAUPOMÉ, 1993).

A avaliação do serviço de saúde bucal dos municípios na visão dos pacientes foi considerado bom 37,08% em relação ao atendimento pela equipe, 37,93% relatam que a qualidade do tratamento oferecido é bom, bem como o acesso ao serviço.

Ao avaliarem o meio de aquisição de medicamento caso fosse prescrito pelo cirurgião dentista, 49,42% buscariam o medicamento na farmácia do SAE, fato justificável ao levarmos em consideração a renda familiar desses pacientes e uma informação que deve ser levada em consideração pelas coordenações Estadual e Municipal dos programas de DST/AIDS durante as pactuações de medicamento para os pacientes.

Ao analisarmos fatores comuns entre pacientes e cirurgião dentista, conseguimos identificar a desinformação que existe por parte de ambos em relação à doença, vias de transmissão e medidas de biossegurança, mas o lado positivo da situação é que apesar dessa desinformação os cirurgiões dentista não se recusaram a atender nenhum paciente.

O medo e o preconceito vivenciado pelos pacientes ao longo dessa epidemia continua sendo a principal barreira para o acesso a uma assistência de qualidade. O preconceito impede os pacientes de se manifestarem livremente com medo de serem identificados e discriminados principalmente em municípios pequenos onde todos se relacionam socialmente, e esse foi a principal justificativa dada pelos serviço ambulatorial especializado de Rolim de Moura e Pimenta Bueno, que não conseguiram que seus pacientes integrassem a pesquisa. Lembrando que a questão não é apenas proporcionar conhecimento técnico/científico aos nossos

profissionais, mas buscar mecanismos que possibilitem uma mudança comportamental dos nossos profissionais, Costa e Mello Filho (1987) salienta que, apesar da luta dos movimentos sociais e parte da comunidade para acabar com o preconceito social contra os portadores de HIV/AIDS, ainda há pessoas que continuam a rejeitá-los.

Esse estudo expressa a opinião de uma pequena amostra de usuários do Serviço especializado para pacientes HIV/AIDS e dos cirurgiões dentista que atendem esses pacientes, talvez seus resultados não devam ser interpretados para a população como um todo. Outros estudos devem ser conduzidos, incluindo outros aspectos da questão, para realmente se determinar à extensão do problema; mas podemos nos apropriar de informações aqui encontradas para melhor conduzir a estruturação dos serviços ambulatoriais especializados com um olhar diferenciado, que não busque pactuar qualidade teórica, mas que veja na humanização do serviço a resposta para suprir as necessidades do usuário e dos profissionais que integram os serviços.

9 CONCLUSÕES

A partir dos resultados do presente estudo pode-se concluir que:

- É primordial a participação integral do cirurgião dentista nas equipes do SAE,
- A Coordenação Estadual DST/AIDS deve estabelecer novas estratégias de Capacitação para os cirurgiões dentista; uma vez que ele deve estar apto para reconhecer as infecções bucais em pacientes HIV/AIDS, sendo ainda responsável pela manutenção das normas biossegurança
- A Pactuação de medicamento no âmbito do SUS deve incluir lista de medicamento utilizados pelos cirurgiões dentistas no atendimento a pacientes HIV/AIDS;
- É necessário difundir informações sobre a infecção HIV entre usuários e profissionais que compõem as equipes dos serviços ambulatoriais especializados, incluindo atualização para os pacientes sobre saúde bucal;
- Revisão das grades curriculares na formação do cirurgião dentista, visando integração dos ambulatórios SAE e o ensino prático, levando o acadêmico a refletir sobre sua participação na prevenção e diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Hepatite, AIDS herpes na prática odontológica. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico, abr/dez 2004. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 18 fev, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de artigos e superfícies em estabelecimento de Saúde. 2. ed. Brasília - DF 1994. 50 p.

BUVE, A.; ROGERS, M. F. Epidemiology. AIDS, v. 12, p. 553-554, 1998. //Suplemento A.

COSTA, L. M.; MELLO FILHO, J. de. Assistência Psicológica ao paciente com AIDS. **Inform. Psiq.**, v. 6, n. 2, p. 41- 46, 1987.

DEL, A. M. O. et al. Disease progression and survival in Hiv-1 – infected Africans in London AIDS, v.12, n.10, p.1203-1209, Oct.1998.

DOMING, P. et al. The impact of new antiretroviral regimens on Hiv-associated hospital admissions and deaths-AIDS. Barcelona, v. 12, n. 5, p. 529-530, Mar.1998.

DOMINGO, P; et al. Herpes Zoster as an immune reconstitution disease after initiation of combination antiretroviral therapy in patients with HIV type-1 infection. **Am J. Med**, Barcelona, v. 20, 110, p. 605, 606.2001.

DUROVNI, B. Notificação de soropositivo. //Disponível em:< <http://hopkins-aids.edu/forum/view>>, Acesso em: 26 jan, 2007.

GILMORE, N. HIV disease: present status and future directions. **Oral surg. Oral Med. Oral Pathol.**, Quebec, v.73, n.2, p.236-243, Feb. 1992.

ITIN, P. H. et al. Oral Manifestations in HIV infected patients: diagnoses and management. **J Am. Acad. Dermatol.** Switzerland, v. 29, pt. 1, p. 749-760, Nov. 1993.

KELLY, J. A. et al. Stigmatization of AIDS patients by physicians. **Am. J. Public Health**, Mississippi, v. 77, n, p. 789-791, Jul 1987.

KLEVENS, R.M. et al. Trends in AIDS among Hispanics in the United states, 1991-1996; **J. AM. Public Health**, Atlanta, v.89, n.7., p1101-1103, July 1999.

KOLOKOTRONIS, A. et al. Immunologia Status in pacientes infected with HIV with **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol**, Greece. Jul; 78(1): 41-6. 1994.

LEMOS, C. B. et al. Diagnóstico das lesões periodontais Associadas à Infecção pelo vírus HIV. Parte 1: Considerações sobre sinais e sintomas. **UFES Rev. Odontol.**, v. 2, n 1, p. 28-36, jan./jun. 2000.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MAUPOMÉ-CARVANTES, G.; BORGES –YÁÑEZ, S. A. Actitudes y costumbres para el control de infección por VIH y hepatitis B en estudiantes de odontología. **Salud Publica**, México, v. 35, p. 642-50, 1993.

MINAYO, M. C. S., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

NATHANSON, N; AUERBACH, J. D. Confronting the HIV pandemic. **Science**, USA, v .284, n .4, p.1619, June 1999.

OAKLEY, A.; Darrow, W. W. Social Science Research Unit, Institute of Education, London, UK. social, **cultural and aspects AIDS**, v.12, p. 5189-5190, suplemento A, 1998.

OSMOND, D. H. Epidemiology and transmission. In: COHEN. .T; SANDE, M. A.; VOLBERDING. **The Aids Knowledge base: a textbook on HIV disease from the University of California, San Francisco, and the san Francisco General Hospital**. 2. ed. New York: Little Brown, 1994.

PALMER, G. D. et al. A etiological factors for oral manifestations of HIV. **Oral Dis**; v. 2, n. 3, p. 193-197, Mar. 1996.

PINDBORG, J. J. Oral manifestations of the HIV- infection: Classification problems. **J Dent. Assoc. S Afr**; Suid-Afrika v. 47, p. 224-226, May 1992

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

RAITZ, R. AIDS na Odontologia. Disponível em:
<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=333>. Acesso: 26 jan. 2007.

RIBEIRO, A. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal em crianças HIV +. Rio de Janeiro, 2000. 186f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PORTO VELHO. Relatório Técnico. Porto Velho RO, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA. Relatório Técnico. Porto Velho RO, 2007.

SCULLY, C. et al. Oral manifestations of HIV infection and their management. I. More common lesions. **Oral Surg**. Saint Louis, v. 71, n. 2, p. 158 - 166, Sept. 1991.

SCULLY, C. The global endemic: The development and emerging implications. **Oral Dis**. London, v. 3, suplemento 1, p. 51-56, May 1997.

SCHIODT, M.; PINDBORG, J. J. AIDS and oral cavity. Epidemiology and clinical oral manifestations of immune deficiency virus infection: a review. **Int. J. Oral Maxillofac surg**, Denmark. v.16, n.1, p. 1-14, Feb. 1987.

THOMPSON, S. H. CHARLES, G. A. D. B. Correlation of oral disease With the Walter Reed Staging Scheme for HIV 1- seropositive patients. **Oral Surg.; Oral Med Oral ;Pathol**. Honolulu, v. 73, n .3, p. 289-292, May 1992.

TOMMASI, A. F, **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-2000. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/agencias_unaids.php.> Acesso em: 26 Jan 2007.

WHO, World Helth Organization, 1993. disponível em <http://www.who.int/crs/en/>. Acesso em: 26 de Jan 2007.

APÊNDICE A- Modelo Termo de Livre Consentimento Livre Esclarecido

Através de sua participação voluntária, serão fornecidas informações que serão utilizadas no presente estudo, por meio de questionários direcionados a pacientes do Serviço Ambulatorial Especializado HIV /AIDS (SAE) e outro questionário que será aplicado aos cirurgiões dentistas que atendem na referência e contra referência, com o objetivo de realizar um diagnóstico do serviço de atenção à saúde bucal desses serviços. Os questionários são constituídos de perguntas abertas e fechadas e específicas para cada público como, por exemplo, o acolhimento do paciente ao chegar a clínica odontológica e até a qualidade do atendimento recebido na percepção do usuário. Será garantido livre acesso, em qualquer etapa do estudo; é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Suas informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

É garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa e é compromisso do pesquisador de utilizar os dados coletados somente para essa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa que li ou que foram lidas para mim, ficaram claras quais os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de obrigatoriedade. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante

Data: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente e/ou deste Cirurgiões dentista para a participação nesse estudo.

Assinatura Responsável pelo estudo

Data: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS PACIENTES SAE

1- Idade: _____

2 - SEXO: FEM () MASC ()

3- Raça: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

4- Grau de Escolaridade (em anos de estudos concluídos):

Nenhum () De 1 a 3 () De 4 a 7 () De 8 a 11 () De 12 e mais ()

5- Sua Renda Familiar é de:

a- 1 salário mínimo () b- 2 a 3 () c- 4 a 6 ()

d- 7 a 9 () e- 10 a 12 () f- Mais de 13 ()

6- Município de Residência: _____ 7 - Zona: Urbana () Rural ()

8- Há quanto tempo foi diagnosticado como Soropositivo: _____

9- Com que periodicidade você visitava o dentista antes do diagnóstico?

a- A cada 3 meses () b- A cada 6 meses ()

c- Até um ano () d- Mais de 1 ano ()

10- Fez algum tratamento odontológico após o diagnóstico? SIM () Não ()

11- Se sim, onde? Serviço Público-SUS () Particular ()

12- Informou ao dentista que era Soropositivo? Sim () Não ()

13- Se não por quê?

14- Se sim, qual foi a reação do dentista?

15- Se o dentista recusou o tratamento qual foi a justificativa?

16- Se foi atendido que tipo de tratamento realizou?

17- O que acha do serviço de odontologia do seu município quanto a:

a- Estrutura- física : Ótimo () Bom () Ruim () Regular ()

b- Equipe que o recebe no consultório : Ótimo () Bom () Ruim () Regular ()

c- Ao tratamento odontológico que recebe: Ótimo () Bom () Ruim () Regular ()

d- O local é de fácil acesso: Sim () Não ()

18- Você acha possível alguém contrair o vírus HIV em um procedimento realizado no consultório do dentista? SIM () NÃO () Porque?

19- - Você já observou se seu dentista utiliza algum equipamento para proteger você e ele mesmo? Sim () Não ()

20 Se sim, qual desses:

a- Luva () b- Mascara () c- Óculos () d- Avental () e- Gorro () f- Outro ()

21- Se houver necessidade de aquisição de medicamento para o seu tratamento odontológico você vai consegui-lo:

a- Na farmácia SAE ()

b- Farmácia Particular()

c- Não realiza o Tratamento por falta do medicamento na farmácia do SAE e não ter dinheiro para comprá-lo ()

22- Você acha importante o seu dentista saber o resultado dos seus exames de CIRURGIÕES DENTISTA4, CIRURGIÕES DENTISTA8 e carga viral? SIM () NÃO () Porque?

23- Que sugestão você daria para melhorar o atendimento odontológico dos pacientes HIV/AIDS em seu município?

APÊNDICE- C QUESTIONÁRIO PARA O CIRURGIÃO DENTISTA

1- Idade: _____ 2- Sexo: Mas () FEM ()

3- Formação: _____ 4 - Especialista: Sim () Não ()

5- Se sim, qual área : _____

6- Formação acadêmica em Instituição: Pública () Privada ()

7- Tempo de Formação: _____

8- Atualmente atua no:

Serviço Público () Serviço Privado () Ambos ()

9- Já realizou alguma capacitação ou atualização relacionada à atenção ao paciente HIV/AIDS no serviço odontológico? Sim () Não ()

10- Se sim, onde? _____

11- Quantos pacientes você já atendeu que se declararam HIV/AIDS:

Nenhum () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 10 () mais de 10 ()

12- Se sim, qual foi sua conduta:

Atendeu o paciente () Encaminhou a outro profissional ()

13- Relacione as principais manifestações bucais que você pode reconhecer em um paciente e suspeitar que ele seja HIV/AIDS através da anamnese?

14- Você se sente a vontade para atender pacientes HIV/AIDS?

Sim () Não ()

15- Se não, sua resposta esta associada a:

a- Medo de contrair o vírus HIV em acidente de trabalho durante o atendimento

()

b- Não ter conhecimento técnico - científico suficiente para atendê-lo adequadamente ()

c- Desconhecer as normas Padrão de biossegurança para atendimento em consultório odontológico()

16- Você se sente à vontade para atender:

b- Pacientes usuários de drogas : Sim () Não ()

c- Pacientes homossexuais(travestis, transexuais): Sim () Não ()

d- Profissionais do sexo : Sim () Não ()

17- Se alguma de suas respostas na pergunta anterior foi NÃO, Justifique?

18- Caso atenda ou venha a atender pacientes HIV/AIDS, quais exames laboratoriais você consideraria importantes para melhor acompanhar a evolução clínica do paciente e realizar um tratamento odontológico adequado?

19- Você conhece o Manual de procedimentos odontológicos do Ministério da Saúde, que estabelece as rotinas para atendimento de pacientes HIV/AIDS?

Sim () NÃO ()

20- Você sabe como proceder em caso de acidente de trabalho com material perfuro-cortante em seu consultório? Sim () NÃO (). Se sim, qual seria essa conduta?

Autorizo cópia total ou parcial dessa obra apenas para fins de estudo e pesquisa sendo expressamente vetado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização do autor.

Maria Augusta Ramalhaes de Souza

Taubaté, julho de 2008.

Souza , Maria Augusta Ramalhaes

Visão do Usuário HIV/AIDS e dos Cirurgiões Dentistas em relação aos Serviços de Saúde Bucal nos Serviços Ambulatoriais Especializados – SAES do Estado de Rondônia.

73f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Taubaté
Departamento de Odontologia, 2008.

Orientação: Prof. Dr. Jose Roberto Cortelli

1- Saúde Bucal, 2-Paciente HIV/AIDS, 3-Serviços de Saúde
Título.