

Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas

Assessment of technical, ethical and legal Knowledge of dentists on treatment of positive HIV children

Luciane Miranda GUERRA

Aluna de pós-graduação em Odontologia – área de concentração Cariologia – Faculdade de Odontologia de Piracicaba e Mestra em Odontologia Legal e deontologia – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Piracicaba – SP – Brasil

Antonio Carlos PEREIRA

Professor Titular de Odontologia Preventiva e Saúde Pública – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP - Piracicaba – SP – Brasil

Marcelo de Castro MENEGHIM

Professor Livre docente do Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Piracicaba – SP – Brasil

Eduardo HEBLING

Professor Associado do Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Piracicaba – SP – Brasil

RESUMO

O Cirurgião-Dentista, geralmente, é o primeiro profissional a se deparar com as manifestações bucais da AIDS em crianças. Este trabalho realizou uma pesquisa com 1040 Cirurgiões-Dentistas das redes pública e privada de assistência odontológica das cidades de Amparo e Campinas, através de questionário para a averiguação de conhecimento técnico e comportamento ético e legal do profissional no atendimento a estes pacientes. Para a análise estatística dos resultados foram usados os testes de Qui-Quadrado (χ^2), e Razão de Máxima Verossimilhança (G2) e adotado nível de significância de 5%. Os resultados mostraram-nos, entre outras coisas, que dentre aqueles que não se dispõem a atender crianças HIV soropositivas, a maioria (72,98%) não o faz porque não se sente capaz para tal atendimento. Assim, a atualização dos conhecimentos sobre o assunto e sobre as obrigações éticas e legais inerentes deve ser uma constante na prática clínica do cirurgião-dentista para que se possa verificar mudanças de comportamento desses profissionais.

UNITERMOS

SIDA; odontopediatria; odontologia legal.

INTRODUÇÃO

A AIDS Pediátrica é definida como a doença que ocorre em crianças com menos de 13 anos de idade. Acima de treze anos os pacientes são incluídos nas estatísticas de adultos por apresentarem padrões semelhantes¹⁰. A transmissão vertical do vírus da AIDS refere-se à transmissão que ocorre da mãe soropositiva para o feto durante a gestação, o parto ou como resultado do aleitamento materno e representa 85% dos casos pediátricos notificados nos Estados Unidos e ao redor do mundo. Os 15% restantes, expostos ao vírus, incluem crianças com hemofilia, desordens de coagulação, receptores de transfusões de sangue e outros riscos não identificados⁴.

O primeiro caso pediátrico da doença no Brasil ocorreu em 1983. Em 1990 houve 313 casos notificados e, dez anos após (somente na cidade de São Paulo) o número de crianças vivendo com AIDS era de 762. A via de transmissão mais freqüente é a vertical contribuindo com 84% do total. A segunda via mais freqüente de contaminação é através de agulhas contaminadas, usadas por usuários de drogas e, em seguida, a transmissão sexual⁸. Em dezembro de 2002 o número de casos de AIDS no Brasil em menores de 13 anos de idade, segundo o Ministério da Saúde, era de 8721¹.

A presença de lesões bucais é útil para a seleção de profilaxia antibiótica e da intervenção terapêutica. Daí a importância da atuação dos Cirurgiões-Dentistas no diagnóstico precoce destas lesões, favorecendo a correta terapia profilática e melhora da sobrevivência destas crianças⁴. As manifestações bucais da Aids são comuns em assintomáticos e quase sempre um primeiro sinal de progressão da doença. Por esta razão, são possíveis marcadores da doença¹².

O conhecimento sobre a etiologia do HIV e a patogenia da infecção por ele causada, a AIDS, permite que o seu diagnóstico seja feito precocemente. Com o advento de novas terapêuticas combinadas de anti-retrovirais as infecções oportunistas graves podem ser prevenidas, possibilitando aos portadores do vírus e pacientes uma vida mais saudável e mais longa².

Nos dias atuais, ao contrário do que ocorria no início da epidemia, identifica-se o sexo feminino numa curva ascendente de incidência da doença e, como consequência direta, o número de crianças afetadas começa a ocupar espaço na epidemiologia da infecção pelo HIV².

Considerando que as manifestações bucais são muito comuns e, na maior parte das vezes são os

primeiros sinais da doença, o Cirurgião-Dentista é, nesses casos, o primeiro a se deparar com o fato. Assim, cabe a este profissional o diagnóstico ou pelo menos a hipótese de diagnóstico que suscite o encaminhamento do paciente¹². Por esta razão, a omissão do profissional neste caso pode significar diminuição da sobrevivência do paciente, perda da chance de intervir prematuramente no problema e, conseqüentemente de garantir-lhe melhor qualidade de vida. Logo, o Cirurgião-Dentista deverá estar preparado pelo menos para o reconhecimento de lesões que possam levar a uma hipótese de diagnóstico de AIDS. Deve, para isso, saber identificar as diferenças básicas de incidência de lesões entre adultos e crianças.

As principais manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV por ordem decrescente de freqüência: Candidíase, Gengivite, Hipertrofia de parótidas, Úlceras aftosas, Estomatite herpética e Abscessos dentários. Afirmar ainda que manifestações raras incluem: Leucoplasia oral pilosa, Neoplasias malignas e Ulcerações relacionadas à Citomegalovirose, Varicela zoster e ao vírus coxsackie¹⁷.

A alta incidência de cárie em crianças HIV soropositivas brasileiras é explicada pela alta concentração de sacarose nos medicamentos antiretrovirais e pela xerostomia causada pelos mesmos. Outro fator também deve ser levado em consideração: mães tentam compensar a carência afetiva destas crianças dando-lhes doces, balas, aumentando, assim, o consumo de sacarose⁵.

Com base no exposto, o presente trabalho pretende detectar as principais deficiências de conhecimento e de comportamento do Cirurgião – Dentista frente ao tratamento da criança HIV soropositiva e avaliar se há diferença de incidência das mesmas entre os profissionais que atuam na rede pública de assistência e os que atuam apenas na rede particular. Além disso objetiva verificar as possíveis causas de recusa e de abandono de tratamento pelo profissional e se há influência das condições de biossegurança na decisão do profissional em atender ou não o paciente.

MATERIAL E MÉTODO

Área da Pesquisa

Os questionários foram aplicados a um universo de 1734 Cirurgiões – Dentistas das redes pública e privada de assistência odontológica das cidades de Amparo e Campinas, Estado de São Paulo.

Seleção da amostra e elaboração do questionário

Foram escolhidos, por sorteio ao acaso, 60% dos Cirurgiões-Dentistas pertencentes à rede pública e 60% dos pertencentes à rede particular de assistência odontológica. Assim, de 1734 profissionais foram sorteados 1040 (n = 1040).

Os profissionais selecionados receberam um envelope contendo:

-O questionário; o termo de consentimento livre e esclarecido e carta explicando os objetivos e a fundamentação do trabalho, com orientação ao entrevistado para respondê-lo segundo sua atuação na rede pública ou segundo atuação na rede privada.

Para os cirurgiões-dentistas da rede particular os envelopes com o conteúdo foram enviados por correio e continham em seu interior, além do mencionado acima, envelope para a resposta vazia, selado e sem identificação do entrevistado. Para os da rede pública, os envelopes foram entregues pelo coordenador do departamento odontológico de cada prefeitura, alheio à pesquisa. O retorno seguiu o trâmite inverso.

Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas- Unicamp.

Para elaboração do questionário foi realizado um estudo piloto com 10 profissionais que não faziam parte da amostra selecionada. Após o teste, o questionário teve como apresentação final: *grupo de variáveis classificatórias* (série categórica): gênero, tempo de exercício profissional, rede de assistência em que atua (pública ou particular exclusivamente ou ambas) e participação (ou não) em treinamentos de biosegurança; *grupo de questões que denotam conhecimento técnico, ético e legal sobre o assunto* (1 a 3; 10 a 15; 19 a 22 e 24); *grupo de questões que definem o comportamento dos entrevistados no atendimento à criança HIV soropositiva* (4 a 9; 16 a 18 e 23). (condições de trabalho, fator emocional do profissional no atendimento, postura ética diante da questão).

Análise Estatística

A análise dos dados foi feita através do sistema SAS – versão 8.02 (SAS INSTITUTE INC., 1999). As respostas “não sei” foram somadas às respostas “não” ou “errado” pois os dados obtidos não interferiam nos resultados. Foram construídas tabelas de

contingência para cada uma das respostas individualmente e, nestas aplicado o teste de Qui-quadrado (χ^2) e tabelas bidimensionais para avaliar-se a associação entre respostas, para as quais foi calculado ou teste χ^2 ou a Razão de Máxima Verossimilhança (G2). Foi adotado o nível de significância de 5% de erro para rejeição da hipótese nula.

RESULTADOS

Perfil da amostra

Dos 1040 questionários distribuídos retornaram 222 válidos (21,34%). Houve predominância de pessoas com atuação concomitante em ambas as redes (pública e privada - 46,82%). Dos entrevistados, 62,56% já passaram por treinamento na área de biossegurança. Em relação às questões que denotam conhecimento técnico, ético e legal envolvidas com o tratamento odontológico de crianças HIV soropositivas, os resultados obtidos estão demonstrados na Tabela 1

O assunto *sigilo* também foi abordado na questão nº 21 que inquiriu: “Em qual das situações a quebra de sigilo *não* se justifica?”: 44,50% dos entrevistados responderam que a quebra do sigilo *não* se justifica após a morte; 26,18% respondeu que *não* se justifica quebrar sigilo devido à incapacidade de prevenir transmissão da doença para o comunicante, 20% acreditam que não se justifica quebrar o sigilo em razão da notificação compulsória da doença e os outros 9,32% apontaram outras razões pelas quais não se justifica a quebra do sigilo.

Foram pesquisadas questões sobre o comportamento do Cirurgião-Dentista no tratamento destas crianças e os resultados são os indicados na Tabela 2.

Questionou-se os entrevistados sobre os *sentimentos que refletem seu estado emocional ao atender uma criança HIV soropositiva*: 40,09% da amostra relatou que sentiu-se segura durante o atendimento. Os 59,11% restantes relataram insegurança técnica em relação às peculiaridades do caso, forte sentimento de piedade pelo paciente e medo de contrair a doença.

Em relação aos profissionais que se recusariam a atender a criança HIV positiva, foram averiguadas as razões para tal recusa (Q.7) e 72,98% relataram que não se sentem capazes para tal atendimento, enquanto que 10,01% disseram ter medo de que tal atendimento surtisse um efeito de anti-marketing para seu consultório e os outros 17,01% apontaram motivos diversos para tal recusa.

Tabela 1 – Distribuição e freqüência da amostra segundo conhecimento em questões técnicas, éticas e legais sobre a doença formuladas em questionário.

Questões de ordem técnica, ética e legal	Têm conhecimento	Não têm conhecimento
	n (%)	n (%)
Q.2 – A Candidíase Pseudomembranosa é sinal bucal mais comum em crianças HIV +?	151 (68,02)	71 (31,98)
Q.3 – Diagnóstico diferencial entre Candidíase e outras lesões brancas	177 (79,73)	45 (20,27)
Q.10 – Diferença de prevalência de manifestações bucais em adultos e crianças	45 (20,27)	177 (79,73)
Q.11 – Para o diagnóstico de AIDS basta um teste Elisa positivo	151 (68,02)	71 (31,98)
Q.12 – Ação de indenização por omissão	73 (32,88)	149 (67,12)
Q.13 – É quebra de sigilo denunciar negligência?	138 (62,16)	84 (37,84)
Q.14 – Classificação etária criança/adolescente	59(26,58)	163 (73,42)
Q.15 – Indicação de aleitamento materno para crianças filhas de mãe HIV soropositivas	164(73,87)	58 (26,13)
Q.19 – Necessidade de responsável legal acompanhando adolescente	59 (26,58)	163 (73,42)
Q.20 – Direito legal de pedir teste anti HIV	152(68,47)	70 (31,53)
Q.22 – Protocolo procedimentos para acidentes ocupacionais	155 (69,82)	67 (30,18)
Q.24 – Transmissão vertical do vírus HIV	161(72,52)	61 (27,48)

Tabela 2 – Distribuição e freqüência da amostra segundo seu comportamento no atendimento à criança HIV soropositiva.

Atitudes relacionadas ao atendimento	SIM n (%)	NÃO n (%)	TOTAL n (%)
Q.1-Já atendeu criança HIVsoropositiva?	42 (19,09)	178 (80,91)	220 (100,0)
Q.4 -Atenderia criança HIV soropositiva que o procurasse ?	184 (83,64)	36 (16,36)	220 (100,0)
Q.5-Encaminharia para outro profissional a criança à qual recusou atendimento?	36 (97,30)	1 (2,70)	37 (100,0)
Q.6-Justificou que o atendimento necessitava especialização	35 (92,11)	3 (7,89)	38 (100,0)
Q.16 - Possui duas pias no local de trabalho?	184 (83,64)	36 (16,36)	220 (100,0)
Q.17-Possui toalhas descartáveis?	186 (84,54)	34 (15,45)	220 (100,0)
Q.18-Possui sacos de lixo adequados?	169 (76,81)	51(23,18)	220 (100,0)
Q.23- Possui formulário acessível para notificação de acidente de trabalho?	73 (33,33)	146 (66,66)	219 (100,0)
Q.8-Atendeu a criança movido por suas convicções e não por receio de denúncia ou discriminação	178 (97,34)	5 (2,66)	188 (100,0)

ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS

A Tabela 3 testa a associação entre a rede de assistência em que o profissional atua (pública ou privada ou ambas) e sua decisão de atender ou não crianças HIV soropositivas (questão nº 04). O teste de Qui-quadrado nos deu indícios ($p < 0.001$) da existência de associação entre o atendimento à criança soropositiva para HIV e o local de trabalho do Cirurgião-Dentista.

Outra hipótese testada foi a probabilidade de que as condições de biossegurança possam interferir na decisão do profissional em atender ou não à criança HIV soropositiva. Para tanto, foi testada a associação entre a questão nº04 e os resultados obtidos do grupo de questões relativas a biossegurança (questões nº. 16, 17 e 18), assim compilados:

- 0: para os que não possuem nenhuma das condições citadas (Q.16, Q.17, Q.18);
- 1: para aqueles que possuem a condição especificada na questão 16 (há duas pias?)

- 2: para os que possuem a condição especificada na questão 17 (há toalhas descartáveis?)
- 3: para os que possuem a condição apontada na questão 18 (lixo acondicionado adequadamente?);
- 4: para os que possuem todas as condições citadas nas questões 16,17 e 18.

A distribuição de frequência indica que o teste G^2 é mais adequado e não são observados indícios de associação entre as variáveis citadas como nos mostra a Tabela 4

Em relação àqueles profissionais que não se dispõem em atender crianças HIV soropositivas, os resultados do presente trabalho mostram-nos que 97,30% se dispõem a encaminhá-las para outro local que as atenda.

Outra associação testada foi entre o conhecimento do Cirurgião-Dentista acerca da prevalência das manifestações bucais da AIDS em crianças e seu conhecimento sobre o fato de que pode sofrer ação

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo associação entre a rede de assistência em que o profissional atua e sua decisão em atender ou não crianças HIV soropositivas

Rede em que atua	Decisão em atender crianças HIV soropositivas		
	SIM Frequência (%)	NÃO Frequência (%)	Total Frequência (%)
Apenas particular	58 (31,69)	24 (68,57)	82 (37,61)
Ambas	125 (68,31)	11 (31,43)	136 (62,39)
Total	183 (83,94)	35 (16,06)	218 (100,0)

Perda = 4

Questionários Válidos = 218

$p < 0,0001$

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo correlação entre condições de biossegurança e a decisão do profissional em atender ou não crianças HIV soropositivas

Decisão de atender crianças HIV soropositivas	0 Nº(%)	1 Nº(%)	2 Nº(%)	3 Nº(%)	4 Nº(%)	Total Nº(%)
Atende	3 (100)	5(50)	26 (81,25)	66 (83,54)	84 (87,50)	184 (83,64)
Não atende	0 (0)	5 (50)	6 (18,75)	13 (16,46)	12 (12,50)	36 (16,36)
Total	3	10	32	79	96	220 (100)

Perda = 02

Questionários válidos = 220

Razão de máxima verossimilhança $p = 0,0796$

de indenização por omissão caso deixe de fazer o diagnóstico precoce por comprometer o prognóstico e a sobrevivência do paciente. O estudo das probabilidades nos mostra, aqui, uma probabilidade de 0,9426 de erro ao rejeitar-se a hipótese nula, o que nos dá indícios de que não haja associação entre linhas e colunas da tabela.

Em relação ao direito legal do Cirurgião-Dentista de pedir teste anti-HIV, o presente trabalho testou a hipótese de haver associação entre o conhecimento do entrevistado sobre este assunto e o seu conhecimento sobre o protocolo correto de pedido deste exame. Assim, testou-se a associação da questão nº 20 com a questão nº 11. O estudo de suposições indicou que a aplicação do teste de Qui-quadrado não seria válido; logo foi usado o teste G2 e os resultados mostraram-nos uma probabilidade maior do que 0,05 de erro para a rejeição da hipótese nula, o que nos dá indícios de que não haja associação entre as duas variáveis.

DISCUSSÃO

Embora o índice de respostas obtido no presente trabalho (21,34%) tenha sido semelhante ao obtido por Radicchi em 2001 (23,88%) cujo objetivo se assemelha a este, considera-se que o retorno dos questionários possa ter sido comprometido, no presente trabalho, pelo fato de os Cirurgiões-dentistas da rede particular terem que remeter via correio (embora com postagem paga) os questionários respondidos.

O presente trabalho verificou que os Cirurgiões-Dentistas estão relativamente bem informados sobre a definição de transmissão perinatal (72,52%) e, ainda, que grande parte deles (73,87%) sabe que o aleitamento materno é contra-indicado para bebês nascidos de mães HIV soropositivas (Tabela 1); o que está em consonância com aquilo que a literatura revisada neste trabalho preconiza. Porém, ainda ¼ dos profissionais entrevistados não tem conhecimento deste item, o que, obviamente é algo preocupante.

Em relação às manifestações bucais da AIDS e sua prevalência este trabalho mostra que em crianças a principal manifestação é a Candidíase^{17,6,2}. Já em adultos casuística do hospital San Francisco General Hospital, nos EUA, aponta que a lesão mais encontrada foi a Leucoplasia Pilosa com 85,9% de prevalência¹⁴.

Estes dados nos levaram a questionar o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre a diferença de prevalência das manifestações bucais da AIDS entre adultos e crianças (questão nº10). E os resultados da

pesquisa mostraram-nos que 79,73% dos entrevistados desconhecem o assunto (Tabela 1), fato que pode comprometer o diagnóstico correto de um caso na medida em que, frente a uma manifestação bucal em criança, a qual não seja tão comum no adulto - não suscite, para o profissional, a hipótese de infecção por HIV. No caso em questão, o profissional pode errar por omissão em decorrência de desinformação.

Os resultados apresentados nesta pesquisa nos mostram também que a maioria dos entrevistados (68,02%) está consciente de que a principal manifestação da AIDS em crianças é a Candidíase pseudomembranosa (Tabela 1), o que está de acordo com a literatura consultada. Considerando que os profissionais reconhecem a importância da Candidíase como manifestação bucal da doença, a pergunta de nº03 testa a capacidade do profissional em diagnosticá-la. Valentim¹⁹, em 2001, cita que o diagnóstico diferencial da candidíase deve ser feito, em relação a outras lesões brancas, através de anamnese, raspagem local com espátula de madeira e exame do leito mucoso pós-raspagem. Os resultados da referida questão nº 03 nos mostram que a grande maioria (79,73%) dos entrevistados conhece a técnica correta de exame e diagnóstico da Candidíase pseudomembranosa (Tabela 1). Isto nos faz crer que os Cirurgiões-Dentistas, frente à uma das mais importantes manifestações da AIDS em crianças (a Candidíase), estão preparados para diagnosticá-la e relacioná-la com a hipótese de diagnóstico de infecção pelo HIV, embora uma parcela da amostra (20,27%) necessite passar por uma recapacitação sobre o assunto.

Em relação ao conhecimento do fluxo correto de testes para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, os resultados do trabalho correlato de Radicchi¹¹, em 2001 são semelhantes aos do presente trabalho em que se verificou que 68,02 % da amostra possui conhecimento em relação ao fato de que um único teste Elisa não é suficiente para diagnóstico de AIDS (Tabela 1).

Quanto à responsabilidade do Cirurgião-Dentista em fazer o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (Tabela 1), a opinião dos entrevistados denota desconhecimento do assunto já que não concordam que o Dentista possa ser responsabilizado por omissão caso não o faça. Isto provavelmente seja originado por deficiência deontológica na formação do profissional. O conhecimento das responsabilidades do Cirurgião-Dentista, muito bem especificadas no Código de Ética Odontológica deve ser de domínio de todos os que se graduam na profissão.

Segundo Radicci¹¹, em 2001, na presença de lesões indicativas da infecção, se o profissional não realizar o diagnóstico ele estará incorrendo em infração ética. Ressalta também que do ponto de vista jurídico a imputabilidade reside na afirmação de que o erro médico do não diagnóstico consiste precisamente em não dar todas as chances de cura ou sobrevivência ao doente, segundo o princípio da “perda de uma chance”.

A opinião dos entrevistados sobre o direito legal do Cirurgião-Dentista de pedir teste anti-HIV (Tabela 1) reflete conhecimento por parte da maioria da amostra, já que o Código de Ética Odontológica, cap.2; art.3º § I cita como direito fundamental dos profissionais inscritos segundo suas atribuições específicas: “Diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional”¹³. Deve-se considerar que, no caso específico da criança infectada por HIV os aspectos psico-emocionais envolvidos nesta comunicação são ainda mais complicados, pois há que se lidar com as reações do(s) responsável (is); e há que se ter conhecimento prévio sobre as peculiaridades do fator psico-emocional da criança.

Em relação ao atendimento à criança HIV soropositiva, o presente trabalho nos revela que 19,09% da amostra já atendeu à uma criança HIV soropositiva (Tabela 2). Considerando que o primeiro caso de AIDS pediátrica no Brasil ocorreu em 1983⁸ (portanto, pode-se considerar o fato como sendo relativamente recente); que o total de casos de AIDS no Brasil hoje é de 8721¹ e que as manifestações bucais, embora sejam, na maioria das vezes, os primeiros sinais da infecção, podem demorar até anos para surgirem e, muitas vezes, é em razão destas que o responsável pela criança procura atendimento odontológico, o número de atendimentos acima citado deve ser considerado razoável, pois trata-se do atendimento da parcela destes pacientes que já soroconverteu para HIV e que procurou o Cirurgião-Dentista durante este espaço de tempo, de apenas dezessete anos, desde o surgimento do primeiro caso até hoje.

Quanto à disposição do Cirurgião-Dentista em atender a estes pacientes, o presente trabalho nos revela que a grande maioria 83,64% atenderia à criança que fosse soropositiva confessa (Tabela 2). Este dado é muito positivo e reflete uma mudança de comportamento da classe odontológica, já que em trabalho correlato, Maruyama⁹, em 1995 obteve como resultado 50% de não atendimento pelos Cirurgiões-

Dentistas aos pacientes HIV soropositivos. Em nível internacional, apesar dos trabalhos relatados serem relativos a atendimentos de HIV soropositivos em geral, e não específicos para a averiguação de atendimento a crianças HIV soropositivas, a literatura mostra-nos que em Londres, em 1993, apesar de a Associação Dentária Britânica e do Conselho de Dentistas Ingleses considerarem inaceitável recusar um paciente por ser HIV soropositivo, de 19 pacientes que procuraram o Cirurgião-Dentista, 15 foram recusados e 4 foram atendidos porque não informaram sobre o diagnóstico¹³. Na Nova Zelândia, dos pacientes que procuraram tratamento odontológico e não esconderam do profissional o seu estado, 31% foram rejeitados¹⁸.

O tipo de atuação do profissional (em rede pública ou rede privada de assistência odontológica) parece interferir na sua decisão de atender ou não a criança HIV soropositiva. (Tabela 3). As razões para tal associação talvez sejam a obrigatoriedade de atendimento na rede pública, imposta pelo princípio da Universalidade do atendimento no SUS através da lei 8080/90¹⁶; pois mesmo o profissional que atua nas duas redes paralelamente, durante sua atuação na rede particular, sente-se impelido à Universalidade já que a desempenha no setor público e o fato de que no serviço público o acesso do profissional às áreas multidisciplinares é maior e mais direto, o que facilita muito o atendimento e dá mais segurança técnica para tal. Já na rede privada o profissional, salvo em casos de urgência e emergência, tem o direito de negar-se a atender o paciente.

Quanto aos profissionais que não se dispõem em atender crianças HIV soropositivas, a grande maioria (97,30%) se dispõe a encaminhá-las para outro local que as atenda. Ao encaminhar o paciente a um colega ou a um centro de atendimento que o faça, acompanhando o caso, demonstra atenção e zelo por este paciente. Os dados também revelam que a maior parte destes profissionais ao justificar o não atendimento afirma que o caso requer atendimento especializado, que eles (profissionais) não são capazes de oferecer.

Quanto à questão da quebra de sigilo, o presente trabalho verificou que falta informação aos Cirurgiões-Dentistas sobre as situações em que é admissível esta quebra, pois 20,42% afirmam que não se justifica a quebra de sigilo no caso das notificações compulsórias, o que está incorreto já que não só é admissível a revelação nestes casos como, ainda, constitui infração legal não fazê-lo no caso da notificação da doença AIDS. O Código Penal Brasileiro define como crime contra a saúde pública a omissão de notificação de

doença. Como definiram Daruge e Massine⁷, em 1978, os fatos que se relacionam com os interesses da saúde pública dispensam a guarda do segredo profissional, o que, neste caso, é considerado justa causa.

O presente trabalho nos mostra que há ainda os que não concordam com a quebra de sigilo no caso de pacientes que sejam incapazes de prevenir a transmissão para seu comunicante (26,18% da amostra), o que também está incorreto; pois, neste caso, ao se quebrar o sigilo e comunicar o comunicante, o Cirurgião-Dentista estará prevenindo a propagação de uma doença infecto-contagiosa. Isto revela a desinformação de parte significativa da amostra a respeito da questão da quebra de sigilo profissional.

Segundo Radicci¹¹, em 2001, em relação à notificação compulsória da AIDS, há duas correntes de pensamento. A diferença entre elas está no momento correto de fazê-la. A primeira, embasada no Código Penal Brasileiro, defende que a notificação deve ser feita à autoridade sanitária tão logo se tenha o diagnóstico (independentemente da existência de sintomatologia ou da permissão do paciente). A segunda é a corrente do Ministério da Saúde segundo a qual, a notificação também deve ser feita compulsoriamente para todos os casos. Porém deve obedecer certos critérios de classificação da doença previamente definidos. Segundo o Ministério da Saúde, a única comunicação que deve ser feita de imediato, mesmo sem existir sintomatologia, é a de transmissão congênita.

Em relação ao protocolo de procedimentos a serem tomados no caso de acidente ocupacional, os resultados do presente trabalho são semelhantes ao do trabalho correlato de Radicci¹¹, em 2001 ambos nos mostrando que a maioria dos participantes tem conhecimento do referido protocolo, já que a maioria respondeu corretamente a questão (Tabela 1). Mas há uma parte significativa da amostra (30,18%) que não tem esta informação.

CONCLUSÃO

Os resultados da presente pesquisa nos permitem concluir que:

- Os Cirurgiões-Dentistas que têm atuação na rede pública de assistência odontológica estão mais propensos a atender crianças infectadas pelo HIV do que aqueles que atuam exclusivamente na rede privada;
- Parcela considerável dos participantes da pesquisa (68,22%) demonstrou deficiência de conhecimento ético-legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças;
- A insegurança técnica dos profissionais foi o principal motivo para recusa e abandono de tratamento de crianças HIV soropositivas.

ABSTRACT

The Dentist is, mostly, the first professional to face the AIDS bucal manifestations in children. The present work made a research among 1040 dentists pertaining to private and public dental assistance from the cities Amparo and Campinas, using a questionnaire to inquire about technical Knowledge and ethic and legal behaviour of the professional on attend to this patients. For the statistic analysis of the results the Chi - Square test (χ^2), Fisher exact and the highest verisimilitude (G2) were applied and a 5% significance level was adopted. The results shown that among other things, that professionals that refused to treat this children, (72,98%), made it because don't have safety for this treatment. So, the update of the knowledges concerning to subject and on ethics and legal obligations must be constant in the daily clinical practice of the dentists to change the behaviour of these professionals.

UNITERMS

Acquired immunodeficiency syndrome; pediatric dentistry; forensic dentistry.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico da Aids ano 16 (1). 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de infecção e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília; 2000.
3. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: resolução CFO n. 179, de 19/12/1991, alterada pelo regulamento n. 01 de 05/06/1998. Rio de Janeiro: Editora CFO; 1998.
4. Chigurupati R, Raghavan SS, Studen-Pavlovich DA. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review. *Pediatr Dent*. 1996 Mar./Apr; 18(2):106-13.
5. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Editora Santos; 2001.
6. Costa LRRS, Villena RS, Sucasas PSC, Birman EG. Oral findings in pediatric AIDS: a case control study in Brazilian children. *ASDC J Dent Child*. 1998 May/June; 87(3): 186-90.
7. Daruge E, Massini N. Direitos profissionais na odontologia. São Paulo: Saraiva; 1978.
8. Magalhães MG, Bueno DF, Serra E, Gonçalves R. Oral manifestation of HIV positive children. *J Clin Pediatr Dent*. 2000;25(2):103-6.
9. Maruyama NT. A ética odontológica para o atendimento do paciente HIV positivo. [monografia de especialização]. São Paulo: Hospital Heliópolis; 1995.
10. Petersen SG, Quinto TCP, Vieira ASB, Fornasari M. Manifestações orais em crianças portadoras de AIDS. *Rev Bras Odontol*. 1993 set/out; 50(5):10-5.
11. Radicci, R. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista no atendimento ao paciente HIV soropositivo [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2001.
12. Ramos-Gomez FJ. Oral aspects of HIV infection in children. *Oral Dis*. 1997; 3(1):531-5.
13. Robinson PG, Zakrzewska JM, Willianson D, Croucher R. Dental visiting behaviour and experiences of men with HIV. *Br Dent J*. 1994 mar;176(5):175-6.
14. Sande MA, Volberdig PA. Tratamento clínico da AIDS. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1995
15. Sas Institute Inc. The SAS system, release 8.02 [cd Rom]. Cary: SAS Institute Inc; 1999.
16. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Lei orgânica da saúde – Leis 8.080 e 8.142 de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.
17. Silva RA, Lopes FF, Barreto MAS. Estudo clínico das manifestações orais da síndrome da imunodeficiência adquirida pediátrica. *RG0* 2002 jan/mar.; 50(1):7-11.
18. Terry SD, Jones JE, Brown RN. Dental care experiences of people living with HIV/AIDS in Aotearoa, New Zealand. *N Z Dent J* 1994 jun.; 90 (400):49-55.
19. Valentim C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 2001. 614-25.

Recebido em 16/04/05
Aprovado em 01/04/08

Correspondência
Luciane Miranda GUERRA
Endereço: Rua Salomão Kury, 222 – Colina da paineira.
Santo Antonio de Posse, SP.
Cep: 13.830-000
e-mail: aleoulu@terra.com.br