

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE
ODONTOLOGIA

BIANCA VITÓRIA OLIVEIRA XAVIER¹
ELAYNE DE CARVALHO MACHADO¹
INNGRID DOS SANTOS ABREU¹
THIAGO TAYLOR SANTOS RODRIGUES¹

HIV E ODONTOLOGIA: AINDA EXISTE PRECONCEITO?

Revisão de literatura.

**ORIENTADORA: NOEMI PEREIRA DE
OLIVEIRA²**

VARZEA GRANDE-MT
2021

BIANCA VITÓRIA OLIVEIRA XAVIER
ELAYNE DE CARVALHO MACHADO
INNGRID DOS SANTOS ABREU
THIAGO TAYLOR SANTOS RODRIGUES

HIV E ODONTOLOGIA: AINDA EXISTE PRECONCEITO?

Revisão de literatura.

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia
apresentado à Universidade de Várzea Grande
como requisito à obtenção do título de Cirurgiã-
Dentista

ORIENTADORA: NOEMI PEREIRA DE OLIVEIRA

**VARZEA GRANDE-MT
2021**

SUMÁRIO

1	METODOLOGIA.....	6
2.	INTRODUÇÃO	7
3.1	CONCEITOS.....	8
3.2	TRANSMISSÃO.....	9
3.3.	DIAGNÓSTICO.....	10
3.4	MANIFESTAÇÕES NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.....	11
3.5	TRATAMENTO	12
3.6	BIOSSEGURANÇA	13
3.7	PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL.....	14
3.7.1	PRINCÍPIOS ÉTICOS E DISCRIMINAÇÃO	16
3.7.2	PRECONCEITO NA ODONTOLOGIA	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
5	REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

A odontologia cada vez mais vem buscando atender seus pacientes com excelência e humanização, o cuidado e assistência ao paciente com HIV deve ser pautado sempre pelo respeito, o profissional

precisa estar atento as manifestações orais desses pacientes, tratar e atender de modo humano, sem discriminar ou inferiorizar o paciente. Atender esse paciente, vai muito além de um ato mecânico, mais de sensibilidade e conhecimento para garantir uma assistência odontológica de qualidade. Esse estudo trouxe um levantamento bibliográfico, mostrando a evolução da assistência odontológica ao paciente com HIV, trazendo reflexões sobre preconceito e estigma nos atendimentos odontológicos de pessoas que vivem com HIV. O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar se o cirurgião dentista apresenta preconceito ao atender paciente HIV positivo. Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura narrativa, nas bases de dados como *Scielo*, LILACS, *Bireme*, Google Acadêmico, PUBMED, periódicos da CAPES sendo feitas também buscas em livros e revistas científicas, no período entre 1996 a 2020. Foi possível concluir que apesar da evolução do conhecimento científico acerca do Vírus da imunodeficiência humana, muitos profissionais da área odontológica, ainda tem práticas e condutas discriminatórias, é necessária uma abordagem educativa para desconstrução desses estigmas e humanização nos atendimentos a pacientes HIV+.

PALAVRAS-CHAVE: Ética, HIV, Odontologia, Preconceito.

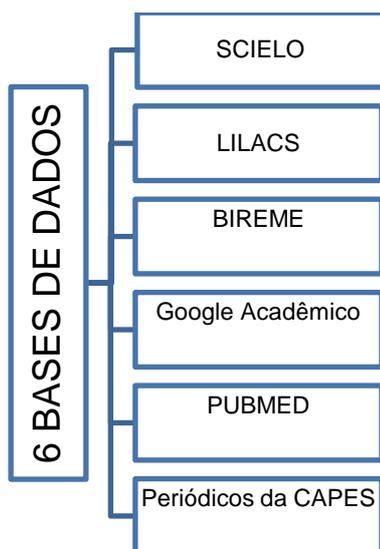
ABSTRACT

Dentistry is increasingly seeking to serve its patients with excellence and humanization, care and assistance to patients with HIV must always be guided by respect, the professional needs to be aware of the oral manifestations of these patients, treat and care in a humane way, without discriminating or downgrade the patient. Caring for this patient goes far beyond a mechanical act, more than sensitivity and knowledge to ensure quality dental care. This study brought a bibliographic survey, showing the evolution of dental care for patients with HIV, bringing reflections on prejudice and stigma in dental care for people living with HIV. The general objective of this research was to analyze whether the dental surgeon presents prejudice when treating HIV-positive patients. This work was prepared from a review of narrative literature, in databases such as Scielo, LILACS, Bireme, Academic Google, PUBMED, CAPES journals, and searches were also made in books and scientific journals, in the period between 1996 and 2020. It was possible to conclude that despite the evolution of scientific knowledge about the human immunodeficiency virus, many professionals in the dental field still have discriminatory practices and behaviors, an educational approach is needed to deconstruct these stigmas and humanize care for HIV+ patients.

KEY-WORDS: Ethics, HIV, Dentistry, Prejudice.

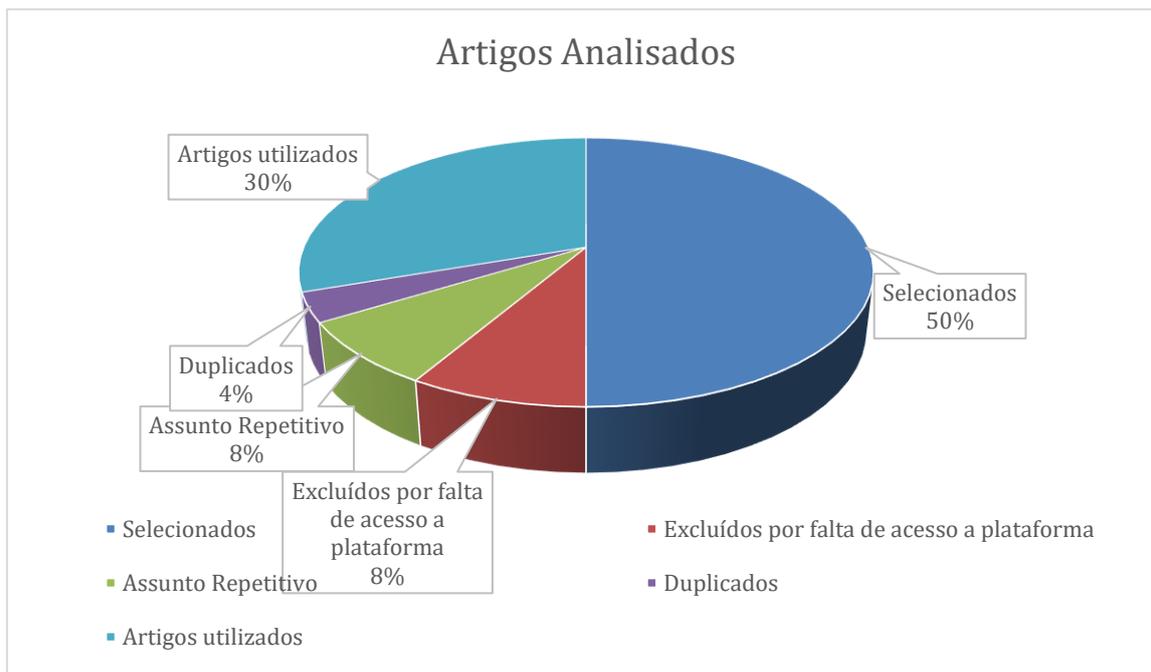
1 METODOLOGIA

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura narrativa, nas bases de dados como *Scielo*, LILACS, *Bireme*, Google Acadêmico, PUBMED, periódicos da CAPES (quadro 1), sendo feitas também buscas em livros e revistas científicas.



A coleta de dados foi feita por meio de consultas a publicações de autores de referência na área, após leitura dos títulos e de seus respectivos resumos. Foram usadas referências bibliográficas publicadas em português e inglês, no período entre os anos de 1996 a 2020.

O gráfico 1 mostra os critérios para seleção desses artigos:



As palavras-chave utilizadas foram **Ética, HIV, odontologia, preconceito**. E suas correspondentes em inglês, **Ethics, HIV, dentistry, prejudice**.

2. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento a epidemia da síndrome da imunodeficiência humana (AIDS), as pessoas infectadas pelo vírus sofrem com a angústia de uma doença grave, com o preconceito e a discriminação por parte de amigos, familiares e profissionais de saúde (HANAN J, 1994).

Atualmente, com o avanço medico-científico e a evolução das medicações o perfil epidemiológico das pessoas com HIV (vírus da imunodeficiência humana) modificou-se, pois aumentou a qualidade e expectativa de vida, entretanto a doença ainda é cercada de tabus e preconceitos, mas estas pessoas necessitam de um atendimento humano, livre de estigmas e preconceitos. (LELIS, 2006)

No campo da odontologia, as manifestações clínicas bucais da AIDS devem ser identificadas pelo odontólogo a fim de tratá-las, pois os pacientes que não recebem o diagnóstico e tratamento adequado são mais susceptíveis a infecções oportunistas. (GUEDES, 2010)

A assistência odontológica de pessoa com HIV deve seguir todos os protocolos sanitários, ou seja, os procedimentos de biossegurança devem ser adotados como

rotina em todo e qualquer atendimento, considerando todos os pacientes como potencialmente infectados.

Considerando que na década de 1980 conhecia-se muito pouco a respeito da AIDS, especialmente das formas de transmissão do Vírus, contágio, bem como da gravidade da doença, a pessoa com o vírus HIV sofria com o medo de estigma, preconceito ou discriminação dos profissionais de saúde incluindo o cirurgião dentista. Atualmente há um maior conhecimento sobre a doença e os atendimentos odontológicos seguem os protocolos sanitários e medidas de biossegurança, diante do exposto, o objetivo deste trabalho é analisar se o cirurgião dentista apresenta preconceito ao atender paciente HIV positivo.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONCEITOS

A AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana HIV-1 ou HIV-2. No início dos primeiros casos era conceituada como doença letal. Felizmente hoje não é mais encarada desta forma, pois é uma doença que pode e deve ser controlada dentro de algumas limitações. Tanto os coquetéis de drogas utilizados na inibição da replicação do HIV quanto o diagnóstico e tratamento precoce de infecções oportunistas em indivíduos com AIDS vem derrubar o estigma de que a AIDS é uma doença letal. A sobrevivência que antes apresentava uma média de 4 anos tem aumentado muito, não sendo raro observar sobrevivências maiores de 20 anos (GILSON; FREEMAN, 2011).

O HIV compromete o funcionamento do sistema imunológico humano, impedindo-o de executar adequadamente sua função de proteger o organismo contra as agressões externas, tais como: bactérias, outros vírus, parasitas e células cancerígenas (BRASIL, 2008).

Mesmo apresentando resultado positivo para a infecção pelo HIV, um indivíduo pode não estar com a AIDS. A doença representa o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, quando o sistema imunológico já se encontra bastante

comprometido e surgem determinadas infecções, conhecidas como doenças oportunistas (BRASIL, 2008).

O vírus HIV prejudica diretamente o sistema imunológico infectando e destruindo algumas células-chave desse sistema, especialmente as células T, levando a uma severa imunodepressão e tornando a pessoa mais suscetível a doenças infecciosas (BRASIL, 2008; MERCK, 2009). Ele também exerce efeitos indiretos que são causados pelas proteínas virais que suprimem o sistema imunológico e induzem determinadas reações autodestrutivas nesse sistema. Sendo assim, torna-se imprescindível conhecer a estrutura do sistema imune e seus aspectos gerais (MACHADO; MACHADO, 2007; MERCK, 2009).

A sobrevivência dos seres vivos depende da capacidade do sistema imune reconhecer uma enorme variedade de substâncias (antígenos) e de responder a esses elementos. Esse está estruturado de modo a reconhecer, responder e destruir uma ampla variedade de organismos invasores como bactérias, vírus, fungos e parasitas que de outra forma seriam capazes de causar infecções prejudiciais ao organismo (HENRY, 2008).

Há duas categorias de pacientes: os soropositivos assintomáticos e os pacientes com sinais clínicos devido a baixa resistência do Sistema imunológico, que podem ou não manifestar a AIDS. Os cuidados clínicos com a Saúde Bucal dos HIV positivos são os mesmos do que devem ter os pacientes normais. Todos os procedimentos clínicos de rotina poderão ser realizados, entretanto o Cirurgião-Dentista deve estar atento para o aparecimento de lesões de mucosa e doença periodontal. Estas duas alterações requerem constante atenção por parte do CD que executa clínica geral, que se sentirá obrigado a diagnosticar e tratar estas alterações pela grande frequência com que aparecem (ALVAREZ-LEITE, 1996).

3.2 TRANSMISSÃO

A transmissão do HIV devido à relação sexual é responsável por 75% das infecções pelo HIV no mundo. Em outras palavras, a AIDS é uma doença sexualmente transmissível. A maioria das infecções ocorre por relação heterossexual, devendo este tipo de transmissão receber maior atenção (BRASIL, 2008).

Embora o vírus tenha sido isolado de vários fluidos corporais, como saliva, urina, lágrimas, somente o contato com sangue, sêmen, secreções genitais e leite

materno têm sido implicados como fontes de infecção. Um dos maiores problemas é a transmissão da AIDS resultante das seringas compartilhadas por viciados. O risco da transmissão do HIV por saliva foi avaliado em vários estudos laboratoriais e epidemiológicos. Esses estudos demonstraram que a concentração e a infectividade dos vírus da saliva de indivíduos portadores do HIV são extremamente baixas (BRASIL, 2008; GALVÃO, 2000).

Segundo Merk (2007), o HIV transmite-se das seguintes maneiras:

- Através das relações sexuais com uma pessoa infectada, durante as quais a membrana mucosa que reveste a boca, a vagina ou o reto fica exposto aos fluidos corporais contaminados.
- Pela injeção ou infusão de sangue contaminado, como sucede ao fazer uma transfusão, por partilhar seringas ou picar-se acidentalmente com uma agulha contaminada com HIV.
- Transmissão do vírus a partir de uma mãe infectada para o seu filho antes do nascimento ou durante o mesmo, ou então através do leite materno.
- A susceptibilidade à infecção por HIV aumenta quando a pele ou uma membrana mucosa é lesada, como pode acontecer durante uma relação sexual enérgica via vaginal ou anal.

3.3. DIAGNÓSTICO

Após a infecção pelo HIV, a pessoa demora de 45 a 60 dias para formar anticorpos contra o vírus. Estes anticorpos não são capazes de desativar o HIV, por isso não conferem imunidade (GALVÃO, 2000).

Estes anticorpos são dirigidos às proteínas do envelope (gp 120) e proteínas de core (p 24) do HIV, e são em geral detectados 4 a 6 semanas após a infecção. Este período de 4 a 6 semanas em que a pessoa não tem anticorpos denomina-se JANELA IMUNOLÓGICA. No caso da pessoa infectada estar nesta fase e doar sangue, poderão ocorrer casos de AIDS transfusional. (Pois as amostras de sangue testadas serão negativas ao teste ELISA, que detecta os anticorpos) (GALVÃO, 2000).

A produção destes anticorpos permanece estável por anos. Se ocorrer uma deterioração do estado clínico do paciente eles podem parar de ser produzidos. Neste caso é mais difícil detectar o próprio HVI (antígeno) no sangue do paciente através do

teste PCR (*Polimerase Chain Reaction*). Um teste confirmatório amplamente utilizado é o *Western Blot*, que dá um indicativo da infecção viral (GILSON; FREEMAN, 2011).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos. No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é regulamentado por meio da Portaria de Nº 59, de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2008). Para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, somente podem ser utilizados testes registrados na ANVISA, sendo um dos critérios para registro desses testes que eles possuam 100% de sensibilidade e pelo menos 99,5% de especificidade em avaliação laboratorial realizada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2008).

3.4 MANIFESTAÇÕES NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Hoje em dia é imprescindível que o Cirurgião Dentista tenha conhecimento básico sobre a AIDS relacionada à estomatologia, tendo em vista a grande proporção de pessoas com HIV que são atendidos rotineiramente em consultórios particulares ou serviços públicos. Segundo dados levantados por Greenspan, no ano 200,20 a 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV viverão no mundo. Os estudos mostram que 20% a 50% das pessoas infectadas pelo HIV apresentarão lesões bucais durante o curso da doença (ACURCIO, 1997).

A infecção pelo HIV leva ao surgimento de diversas infecções e manifestações bucais, em especial a candidíase, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi, as doenças periodontais associadas ao HIV e o linfoma não Hodgkin. (ALVAREZ-LEITE, 1996; CORRÊA, 2005). Exceção se faz a Periodontia, tendo em vista que portadores do HIV e AIDS são de risco para o aparecimento de Doença Periodontal de rápida evolução que nem sempre responde bem ao tratamento. A prevenção da Doença Periodontal e da Cárie dentária devem ser enfatizados. Pode haver um maior risco para o aparecimento da cárie dentária devido à diminuição do fluxo salivar à ingestão de medicamentos contendo glicose. Isto ocorre principalmente em crianças HIV, que se tornam alvos frequentes de cáries dentárias (ALVAREZ-LEITE, 1996; CORRÊA, 2005).

Segundo Moriya (1992), lesões bucais podem ser marcadores da infecção pelo HIV e podem dar uma ideia do prognóstico. O diagnóstico de doenças bucais feito pelo Cirurgião-Dentista em uma pessoa infectada pelo HIV é importante porque a

identificação precoce da infecção pelo HIV pode aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do doente. Nesta situação medidas profiláticas e terapêuticas podem ser tomadas precocemente. No caso do C.D. examinar o paciente e verificar alguma lesão compatível com a presença do HIV é fundamental incluir na anamnese algumas perguntas relacionados à sinais e sintomas que são típicos desta infecção: emagrecimento não compatível com atividade física ou dieta, sudorese noturna, fadiga crônica, diarreia, linfadenopatia generalizada, febre persistente por volta de 37,5° a 38°, tosse, embranquecimento ou perda de cabelo precoces e xerodermia.

3.5 TRATAMENTO

O início da terapêutica antiretroviral é um momento crucial no tratamento dos doentes infectados pelo vírus HIV. É nesta altura que se faz a opção do tratamento e consequentemente os riscos que tal atitude acarreta nomeadamente em relação à toxicidade medicamentosa. É também nesta altura que se explica a importância da aderência ao tratamento, e se prepara o doente para o mesmo pois é uma terapêutica a longo prazo (GUIMARÃES, 2001).

O objetivo de um tratamento antiretroviral é o de evitar a depleção imunológica através da supressão da replicação viral. Evitar assim a vulnerabilidade ao grande número de infecções oportunistas, principal causa de mortalidade nos indivíduos infectados pelo HIV (HORTA, 2001).

O vírus e a síndrome causada por ele foram sendo cada vez mais estudados, levando estudiosos a desenvolverem drogas e/ou associações a fim de controlar o vírus/síndrome e cessar a epidemia. A TARV, terapia antirretroviral, com o passar dos anos foi sendo aperfeiçoada. A princípio, em 1986 a terapia antirretroviral era baseada na monoterapia, ou seja, uma droga, a zidovudina, Entre 1993 e 1994 foram realizados estudos promissores sobre a associação de medicamentos, com isso a TARV dupla passou a ser a considerada padrão. Com o progresso da ciência, foi detectado uma maior efetividade com uma TARV tríplex, tornando-a padrão ouro no mundo em 1996 (ALVES, 2004).

O tratamento atual da infecção pelo HIV se fundamenta no uso de drogas antiretrovirais específicas e antibióticos ou quimioterápicos, utilizados para o manejo de infecções oportunistas e neoplasias. A terapêutica antiretroviral conta com quatro grupos de drogas: 1) inibidores da transcriptase reversa; 2) inibidores da protease; 3)

inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos; e 4) inibidores de fusão (BRASIL, 2004 e 2008).

Atualmente é fornecido a TARV para todos os pacientes que vivem com o HIV, independente da contagem das células TCD4+, além de fornecer preservativos, promoção de propagandas incentivando o seu uso e conscientizando a população sobre o HIV. Começou também a ser fornecido, testes de HIV e outras DSTs, bem como medicamentos para a profilaxia pré-expositiva (PREP) e pós expositiva (PEP). Essas ações foram e são importantes, pois diminui a taxa de letalidade, controla surgimento de novos casos e a transmissão do vírus, como demonstra o estudo BENZAKEN et al (2019), que relatou que em 2012 86% dos PVHIV estavam com supressão viral e em 2017 92% tinham a carga viral suprimida.

3.6 BIOSSEGURANÇA

A biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados (COSTA, 2010).

A preocupação em contrair doenças durante o tratamento odontológico sempre assombrou os profissionais, no entanto, a partir dos anos 80, com o surgimento de doenças como a AIDS e a hepatite B foi reconhecido o estabelecimento das normas de biossegurança (RAMACCIATO, 2007)

A maior concentração de microrganismos no consultório Odontológico se encontra na boca do paciente. Quanto maior a manipulação de sangue, visível ou não, pelo profissional da Saúde, maior é sua chance de contrair uma doença infecciosa. Ao utilizarmos instrumentos rotatórios, jatos de ar, ar/água/bicarbonato e ultrassom, a contaminação gerada em até 1,5 metros de distância é muito grande, pelo lançamento de saliva/sangue na forma de partículas e aerossóis. Deve-se utilizar todas as barreiras de forma a minimizar a propagação de patógenos (COSTA, 2010).

O atendimento com biossegurança deve ser feito com todos os critérios e dispositivos legais, a todos pacientes independentes de seu quadro de saúde, idade, sexo, muitas pessoas convivem com HIV sem saber, não acabe ao profissional de

saúde julgar, mas atender a todos com respeito e cuidado sem distinção de pessoas. (DUTRA; MONTEIRO, 2011).

Durante os atendimentos é imprescindível o uso dos EPI'S como toucas, luvas, jalecos, gorro e óculos de proteção e deve se ter uma correta lavagem das mãos, deve retirar anéis, relógios, pulseiras, tudo que possa vir a contaminar, usar sabão líquido ensaboando pela sequência palmas das mãos, dorso das mãos, espaços entre os dedos, polegar, unhas e pontas dos dedos, punhos e enxaguar em água corrente sem tocar em nada, utilizar toalhas de papel para secar. É preciso realizar com atenção em ambas as mãos para atenção para que fique igualmente limpas. (ANVISA, 2006; SES/MG, 2006; UNIMONTES, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) preconiza os seguintes lembretes técnicos sobre uso de luvas na prática odontológica: a) enquanto estiver de luvas, não manipular objetos fora do campo de trabalho (canetas, fichas de pacientes, maçanetas, etc); b) retirar as luvas imediatamente após o término do tratamento do paciente; c) não tocar na parte externa das luvas ao removê-las; d) lavar as mãos assim que retirar as luvas; e) as luvas não protegem de perfurações de agulhas, mas está comprovado que elas podem diminuir a penetração de sangue em até 50% de seu volume; f) uso de dois pares de luvas é formalmente indicado em procedimentos cirúrgicos de longa duração ou com sangramento profuso, conferindo proteção adicional contra a contaminação.

3.7 PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL

Exclusão social é um tema de difícil conceituação, pois abrange diversas áreas, em diversas formas e pode possuir diversos significados, uma vez que na atualidade, atinge diversas classes e não se restringe somente aqueles que vivem em condições de pobreza (MENDES, BELLINI 2004).

A exclusão social não se refere somente à exclusão sob o aspecto econômico e social de atendimento a necessidade básica de subsistência, mas é um conceito amplo, à medida que abrange aspectos políticos e culturais, sexuais, étnicos, religiosos, territoriais dentre outros (ALESIO, 2004).

Segundo Santos e Silva (2011) o surgimento da AIDS, trouxe uma nova forma de discriminação e que isso acontece devido à gravidade da doença e à falta de informação quanto às formas de transmissão do Vírus e contágio.

Parker e Aggleton (2001) pessoas vivendo com AIDS têm sido, e continuam a ser vistas como infames em muitas sociedades, especialmente em locais onde a AIDS está associada a grupos minoritários, já estigmatizados, ou com comportamentos desviantes e da homossexualidade.

Para esses autores, em sociedades com sistemas culturais que tendem à moralidade, o vírus HIV/AIDS pode ser associado a noções de “perversão” e podem ser vistos como resultado de irresponsabilidade pessoal, uma vergonha para a família e a comunidade. A maneira pela qual as pessoas reagem ao HIV e à AIDS, portanto, varia conforme as ideias e os recursos disponibilizados pelas culturas locais. Embora as reações negativas e o preconceito ao HIV e à AIDS possam ser evitados, isso normalmente reforça as ideologias dominantes de bem e mal, não somente no que diz respeito à sexualidade, mas também em relação àquilo que se entende como comportamentos próprios e impróprios (PARKER E AGGLETON, 2001).

Segundo relatório realizado pelo IBGE abordando o tema preconceito uma das atitudes preconceituosas mais comuns em relação às pessoas que convivem com a AIDS é responsabilizá-las por terem contraído o vírus, acusando-as, como se tivessem culpa por estarem doentes. Isto devido a costumes ou hábitos associados à maneira de se pegar a doença, o que veio a criar a ideia dos chamados "grupos de risco". A falta de conhecimento sobre a doença reforça essa ideia. Daí a necessidade de se refletir, sabendo que a única proteção possível no que diz respeito à AIDS é a informação. Conhecendo de perto a doença, é mais fácil não se deixar levar por mentiras ou deturpações sobre o assunto e, entendendo-a, sem medo, conseqüentemente, não se terá preconceito (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2008), afirma que ao receber o diagnóstico da doença, o medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação faz com que o portador do vírus não revele o diagnóstico às pessoas com as quais ele convive. No entanto, o segredo sobre o HIV pode ter impacto negativo no tratamento, na medida em que a pessoa receia que terceiros desconfiem que ele possua a doença, ao descobrirem que usa determinados remédios, por exemplo. Assim, esconder o diagnóstico pode significar deixar de fazer muitas coisas do próprio tratamento, como ir às consultas, fazer exames, pegar os medicamentos e tomá-los nos horários e doses recomendados.

Para Giudice (2006), conviver com o vírus HIV e com as manifestações da AIDS no organismo se torna ainda mais difícil quando o portador é vítima do preconceito. É por causa desse sentimento que eles preferem se esconder da sociedade e revelar para poucos o fato.

3.7.1 PRINCÍPIOS ÉTICOS E DISCRIMINAÇÃO

A solidariedade é, sabidamente, o melhor remédio para a AIDS (RAMOS, 1988). É relato comum entre os profissionais da saúde que trabalham sistematicamente com paciente com AIDS que, quando o paciente, enquanto pessoa, é adequadamente acolhido (familiar, profissional e socialmente) a sua sobrevivência é maior, comparativamente àqueles marginalizados; isto se deve não só a fatores objetivos de atenção à saúde, mas também a fatores emocionais e psicológicos.

A OMS - Organização Mundial da Saúde - desde 1988 considera que os odontólogos têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas com o HIV. Deste modo, a classe odontológica pode, conjuntamente com outros trabalhadores de saúde, psicólogos, assistentes sociais, etc., apoiar os infectados e enfermos. A AIDS e seus problemas relacionados não desaparecerão em um futuro próximo. É a hora dos odontólogos aceitarem desempenhar suas funções para combater e prevenir a enfermidade, especialmente nos países onde a infecção por HIV representa um problema de saúde pública muito sério.

O Código de Ética Odontológica brasileiro, a Resolução CFO-179 de 19 de dezembro de 1991, não é omissivo com relação a tais responsabilidades, embora não traga referências explícitas a AIDS. É o caso do seu Art. 2º: "A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto". Duas observações merecem ser feitas a partir desse dispositivo ético:

1ª) A palavra "saúde" foi empregada em *latu sensu* não querendo o Código se referir ou reduzir a responsabilidade dos odontológicos só aos aspectos específicos da Saúde Bucal de seus pacientes. Obviamente a responsabilidade maior, a responsabilidade profissional específica dos dentistas é a Saúde Bucal, campo onde a Odontologia dispõe de competente conhecimento técnico para diagnosticar, planejar e executar terapêuticas. Promover a saúde não é só zelar pelo bem estar físico do paciente, mas também zelar pelo seu bem estar social e psíquico. Hoje como parte do currículo mínimo dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil já são

oferecidas disciplinas de Sociologia e Psicologia que podem representar uma ajuda neste sentido.

2ª) o Art. 2º aborda oportunamente a questão da discriminação "de qualquer forma ou pretexto", discriminação esta, importante frisar, que pode ser sofrida tanto pelo paciente como também pelo profissional.

Outros dispositivos do mesmo Código lembram os profissionais da Odontologia de suas responsabilidades para com a saúde de seus pacientes:

"Art.4º. Constituem deveres fundamentais dos profissionais inscritos:

III - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

V - Promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado"

Quanto ao abandono ou recusa de atendimento, o Código de Ética Odontológica lembra aos profissionais da odontologia que:

"Art.6º. É vedado:

IV - Abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto;

V - Deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo."

Isto posto, deve-se considerar que se por um lado os odontólogos são chamados a não negligenciar a atenção a estes pacientes, por outro a complexidade dos fatores envolvidos deve ser também observada (RAMOS, 1991) o que pode levar, até, a se verificar que não é oportuno o atendimento odontológico, devido, por exemplo, ao quadro sistêmico do paciente estar muito debilitado ou mesmo a um complicado momento psicológico do paciente. Entendemos, então, que não se configura a recusa ou o abandono do paciente quando, em determinadas situações, o profissional não realiza procedimentos clínicos-cirúrgicos, mas zela por esclarecer adequadamente o paciente sobre a contraindicação do atendimento, adiando o atendimento para um momento mais oportuno ou mesmo encaminhando-o a serviço ou profissional mais capacitado.

Desde 1992 a ADA - *American With Disabilities Act* - dá proteção antidiscriminação no setor público para os pacientes HIV+ e, de acordo com a mesma, os cuidados devem ser os mesmos para os outros pacientes. Para um ou outro paciente, o tratamento poderá ser especializado, mas não devemos generalizar ou estereotipar (BARR, 1992) pois como mostra uma pesquisa realizada na Nigéria (SOTE, 1992) 84,4% dos cirurgiões-dentistas acham que os pacientes HIV positivos deveriam ser tratados em clínicas especializadas.

O tratamento odontológico inicia-se com a anamnese. Uma anamnese bem conduzida é norma técnica imprescindível frente a qualquer situação clínica. As negligências que se referem a anamnese caracterizam erro profissional, podendo sujeitar o profissional a sanções éticas e legais (CALVIELLI, 1991). Nas circunstâncias que envolvem uma primeira consulta de atendimento clínico, as diferentes personalidades e ansiedades dos pacientes, seu nível de conhecimento pode perturbar o bom andamento da coleta de informações clínicas. Preconceito, constrangimento, medo de rejeição ou mesmo desinformação têm gerado situação em que o paciente, conscientemente, omite informações.

Como o tratamento odontológico é muito específico, muitos pacientes, por incrível que possa parecer, acham que determinadas informações não precisam ser relatadas ao dentista: "porque o dentista, que vai apenas tratar de meus dentes, precisa saber que eu tenho AIDS?" Assim, os odontólogos devem esclarecer seus pacientes sobre a importância de se ter acesso a todas as informações clínicas para o bem da própria saúde do paciente e para o próprio sucesso da terapêutica odontológica (GALVÃO, 2000).

A solicitação de exames sorológicos específicos para HIV é um recurso de diagnóstico que o cirurgião-dentista tem competência legal para solicitar (Lei 5.081/64, que regula o exercício da Odontologia no Brasil). Porém, só se justifica a solicitação de tais exames como complementação de um processo de anamnese bem conduzido onde, com base em sinais clínicos e/ou na história do paciente, o profissional tenha identificado indícios clínicos suficientes que justificam submeter o paciente a este tipo de exame (GALVÃO, 2002).

É importante a este respeito lembrar que a simples solicitação do exame já gera ansiedade no paciente, frente a expectativa de uma possível soropositividade, o que pode ter desdobramentos psicológicos de difícil previsão e controle pelo cirurgião-dentista. Além disto, só o tornar-se público o fato da solicitação do exame pode trazer sérias consequências sociais para a pessoa do paciente, devido a infeliz discriminação social vigente (GALVÃO, 2002).

3.7.2 PRECONCEITO NA ODONTOLOGIA

Uma intranquilidade pairou sobre o mundo na década de 1980 com a chegada do HIV, um vírus novo que era relacionado com prática sexual entre pessoas do mesmo sexo, o que deu início ao impulsionamento do preconceito (GALVÃO 2000).

Alguns autores concordam que a sociedade assimilava o vírus a uma doença grave, letal, sem cura e contagiosa, os infectados eram comparados a leprosos e tuberculosos, levando os profissionais da saúde a alterarem sua conduta frente a esses pacientes. A classe odontológica por conta do frequente manuseio de instrumentais com sangue e saliva tinha relutância em atendê-los por conta do perigo de contágio. (HANAN, 1994; GALVÃO, 2000).

Alvarez, conduziu estudos que comprovaram que era alta a quantidade de CD que não manifestavam disposição para realizar procedimentos em pacientes HIV positivos. Em Belo Horizonte, 120 cirurgiões dentistas foram entrevistados, destes, apenas 40% se consideram preparados para atender esses pacientes (ALVAREZ, 1996). Feltrin, concorda com essa tese quando declara que CD brasileiros são desatualizados, despreparados e temem atender pacientes HIV positivos (FELTRIN, 1997).

Em outro estudo o resultado foi semelhante, 48% concordavam que o dentista deveria ter o direito de negar o atendimento ao paciente com AIDS e 53% preferiam encaminhar esses pacientes para outros profissionais, alegando medo de infecção e insuficiência de preparo psicológico (DISCACCIATI, 1997).

SOUZA (1997) e LOPES (1998) concordam que havia um alto índice de tratamentos recusados pelos cirurgiões dentistas após os pacientes revelarem que vivem com HIV. Confirmação dada pelo estudo em que indivíduos infectados avaliaram suas vivências odontológicas, neste foi observado que entre os pacientes que revelaram a infecção 55% teve o tratamento negado e 33% disseram que não foi uma única vez. Essas pessoas relataram que se sentiram humilhadas (56%), revoltadas (25%) e 19% já estavam habituadas a situação (LOPES, 1998).

Guerra (2002) chegou à conclusão que os cirurgiões dentistas (CD) que trabalham na rede pública de assistência odontológica estão mais abertos ao atendimento de crianças infectadas pelo HIV do que aqueles que atuam exclusivamente na rede privada a maioria dos participantes da pesquisa mostrava deficiência de conhecimento técnico sobre a doença e 68,22% demonstrou deficiência de conhecimento ético-legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças. Nesse estudo também revelou que os CDs diziam ter insegurança técnica como motivo para não atender e abandonar o tratamento de crianças HIV soropositivas.

Outros estudos mencionam que ao decorrer dos anos o perfil da pessoa que vive com o HIV foi passando por alterações significativas sendo perceptível que a epidemia estava revelando sinal de envelhecimento, fato que pode ser explicado pela evolução da TARV, aumento da expectativa de vida e intensificação da atividade sexual dos idosos sem proteção. Em vista disso, torna-se necessário verificar se os cirurgiões dentistas estão mais informados e seguros para atender pacientes que convivem com HIV (MUNIZ, 2019; BRITO, 2000).

Tekeda et al., (2012), realizaram um estudo seccional exploratório nos municípios de Araçatuba/SP, Birigui/SP, Uberlândia/MG e Dourados/MS. A amostra foi composta por 68 pessoas que vivem com HIV/AIDS, participantes de Organizações Não Governamentais destinadas a esse público. Foram pesquisados 16, 18, 19 e 15 indivíduos, respectivamente, das cidades de Birigui, Araçatuba, Uberlândia e Dourados. Foram incluídas as pessoas que tiveram o diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, com 18 anos ou mais de idade. Os resultados obtidos foram que havia a ocorrência de discriminação por profissionais de saúde a qual foi maior ou igual a 40% nas amostras de todos os municípios estudados, assim como na população total, com exceção da amostra de Uberlândia, que apresentou a menor ocorrência de discriminação (21,1%).

No ano de 2019 foi realizado um estudo, em Pernambuco, com 67 pacientes com HIV, para entender as percepções desses sobre os atendimentos odontológicos já recebidos pelos mesmos, os principais motivos alegados para desistir do tratamento odontológico, após confirmação da infecção, foram medo da reação do dentista (25%); receio da falta de discricção do diagnóstico pela equipe (10%); além da apreensão por julgamento prévio sobre o modo de contaminação (4,5%) (MUNIZ et al., 2019).

Velos (2007), fez uma pesquisa com 800 CDs que trabalhavam nos 14 municípios pólos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (Barra do Garças, Cáceres, Diamantino, Juína, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Água Boa, Cuiabá, Alta Floresta, Peixoto de Azevedo, Juara e Pontes e Lacerda), para analisar o conhecimento dos CDs sobre Diagnóstico do HIV/AIDS, Sigilo Profissional, Legislação Civil, Criminal e Trabalhista, e foi observado que menos de 54% dos CDs apresentaram conhecimento sobre estes temas, o que sugere a necessidade de cursos de educação continuada.

Em uma pesquisa de campo do tipo descritiva/ quantitativo, realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III e CAPS AD III) do município de Imperatriz-Maranhão, com 100 pacientes que vivem com HIV/AIDS, que responderam questionário aplicado, e obteve-se os seguintes resultados, com relação à discriminação dos pacientes durante atendimentos odontológicos, 50,9% relataram ter sofrido discriminação, enquanto 48% dos participantes relataram não ter passado por essa situação. Quanto aos os tipos de discriminação relatados foram pelos fatos de o CD expor o diagnóstico de soropositividade a terceiros (pessoas que não estivessem envolvidas em seu tratamento) (36,6% - 15), recusar atendimento (24,4% - 10), violentar verbalmente o paciente (14,6% - 6) e por praticar outros tipos de violência (24,4% - 10) (COSTA et al., 2020).

De acordo com Muniz et al., (2019), o estigma propagado no período da descoberta do vírus ainda está enraizado até a atualidade e mesmo depois de tantos anos, a discriminação está presente fortemente nos serviços de atenção à saúde para com os pacientes soropositivos. “Esse estigma de algumas doenças crônicas ainda causa grande impacto na vida de quem às vivencia, seja no seu micro ou macroambiente”.

Para Parola e Zihlmann (2019) afirmaram que, quanto mais conhecimento, menos preconceito o profissional terá e o cirurgião dentista deve ter compreensão que a assistência em saúde vai muito além dos cuidados bucais. Só assim a pessoa vivendo com HIV/AIDS se sentirá à vontade e segura para procurar atendimento e revelar o diagnóstico.

Um estudo epidemiológico desenvolvido na Faculdade de Odontologia de Araçatuba por Saliba Garbin et al. (2018), ao entrevistar alunos de graduação sobre o atendimento ao paciente com HIV, a grande parte dos discentes afirmaram acreditar que existam protocolos diferenciados para esses pacientes, como “reforçar a proteção” duplicando equipamentos de proteção e ter mais cuidado e atenção ao realizar os procedimentos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HIV acomete mundialmente pessoas das mais diferentes classes sociais, sem fazer distinção de cor, raça, sexo ou crença, ainda sem cura, mas com tratamentos já amplamente difundidos e com resultados positivos no controle da síndrome, pacientes ganharam uma sobre vida igual a qualquer outro indivíduo saudável sem HIV. A compreensão das manifestações clínicas, meio de transmissão possibilita aos profissionais poder prestar atendimento com segurança e conhecimento de causa. Na saúde oral o cirurgião dentista tem o papel de garantir atendimento humano e de qualidade, identificando e tratando sinais e sintomas da doença, e propiciando ao paciente saúde bucal adequada.

Os cuidados com biossegurança nesses atendimentos devem seguir sempre os protocolos estabelecidos pelos órgãos reguladores como agência de vigilância sanitária, esses cuidados não podem ultrapassar o limite do que é correto, e chegar no ponto da discriminação, muitas pessoas vivem com o vírus e não foram diagnosticadas, no atendimento todos os protocolos de biossegurança são fundamentais para proteção e segurança de todos.

A humanização em saúde é algo imprescindível ao atendimento, ver o paciente em sua integralidade não tão somente atender, mas ouvir, incluir, e ter empatia e respeito pelas vivências de cada paciente.

O preconceito ainda é algo muito enraizado, mesmo após quase 40 anos pós o primeiro caso de HIV, as pessoas ainda tem visões distorcidas dessa patologia, a visão de um paciente doente, em situação de vulnerabilidade social ainda permeia os consultórios odontológicos, na comparação de artigos feitas, retratando esse panorama ao longo dos anos, revela que muito se avançou, mas ainda o preconceito é algo muito forte nas práticas profissionais.

Nesse levante histórico das publicações nessa temática, mostram o quanto ainda é necessário mais estudos, formações continuadas, educação dos CD e dos graduandos de odontologia para um atendimento ético e humanizado ao paciente com HIV.

Deve o cirurgião-dentista buscar mais conhecimento acerca do assunto em questão, não só para o seu aprimoramento científico, mas tendo em vista que o conhecimento é também um caminho para se vencer o preconceito. Dispositivos éticos específicos e de observância obrigatória podem também ajudar a melhorar este

quadro, embora a solução efetiva parece-nos estar na retomada da moralidade dos relacionamentos profissionais.

5 REFERÊNCIAS

ALVAREZ-LEITE, M.E. **Caracterização da conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada: uma perspectiva epidemiológica** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

ALVES, E.G.R. Reflexões bioéticas e psicológicas sobre profissionais de saúde portadores de HIV/Aids. **Revista Bioética**. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008. Dezembro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS**. Conhecendo a AIDS. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 1ª ed. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. 2008.

ACURCIO F.A. Trabalhar em saúde nos tempos de AIDS: o risco e o medo. **Rev Bras Clín Ter** v.18, p.639-647, 1997

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). **Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings**. MMWR 1987 ; 36(suppl 2S):3S–18S.

COSTA, M.A.F.; COSTA, M.F.B. Educação em biossegurança: contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p,1741-1750, 2010

DONATELLI L. J. P. **Manual de Biossegurança – Odontologia**. Campo Mourão; Paraná, 2005. 105p.

DISCACCIATI, J.Á.C, VILAÇA, E.L, Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev Odont univfederal** de minas gerais 2011

DISCACCIATI, J.A.C. Disposição de cirurgiões-dentistas para atender indivíduos em risco para a infecção pelo HIV ou com AIDS. [disREFERÊNCIAS **Rev Panam Salud**

Publica/Pan Am J Public Health 9(4), 2001 239 [sertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.

DUTRA, L.M.A.; MONTEIRO, P.S. Gerenciamento de resíduos sólidos de um hospital de ensino em Brasília. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 305-314, 2011.

FELTRIN, E.E, NAVARRO, C.M, SPOSTO, M.R. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à AIDS e à infecção pelo HIV. **Rev Odont Univ Estad São Paulo** 1997; 26(2):287–95.

GALVÃO J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/São Paulo: Editora 34; 2000.

GALVÃO, J. **1980-2001: Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo**. Rio de Janeiro, ABIA, 2002.

GUERRA, L.M. **Responsabilidade ética e legal do Cirurgião-Dentista no atendimento Odontológico à criança HIV soropositiva**. Piracicaba. 2002. Dissertação (Mestrado) – FOP- UNICAMP.

GIBSON B, FREEMAN R. Dangerousness and dentistry: an explanation of dentists' reactions and responses to the treatment of HIV-seropositive patients. **Community Dent Oral Epidemiol** v.23, p.297-309, 2011

HANAN J. **A percepção social da AIDS: raízes do preconceito e da discriminação**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.

HENRY, John Bernard. **Diagnósticos Clínicos e Tratamento por Métodos Laboratoriais**. Manole. 20ª edição. São Paulo. 2008.

HORTA, A. A. **Terapêutica inicial da infecção HIV**. 2º Congresso Virtual Infecção VIH, ontem, hoje e amanhã. 2001. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=75. Acesso em: 24 de Março de 2021

KRIEGER D, BUENO R, GABARDO MCL. Perspectivas de biossegurança em odontologia. **Revista de Gestão em Saúde**, v.1, n. 2, p. 1-10, 2010.

LELIS, R.T. **Estudo da ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/Aids** [Dissertação]. Araçatuba: Unesp, Universidade Estadual Paulista; 2006.

LIMA, Rafaela Lira Formiga Cavalcante. et al. **Estimativas da incidência e mortalidade por Vírus da Imunodeficiência Humana e sua Relação com os Indicadores Sociais nos Estados do Brasil**. Revista Brasileira de Ciência da

Saúde v.21, n.2, p.139-144, 2017. [acesso 11 maio 2021] Disponível
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-9701407>

LOPES, V.S, PORDEUS, I.A, PAIXÃO, H.H, DISCACCIATI, J, Á.C. **Indivíduos HIV positivos: revelação de soropositividade e negação de atendimento odontológico.** Em: Anais da 15a R e u n i ã o Anual da SBPqO. SBPqO: 1998. pp. 182.

MACHADO, S. MACHADO, R.D. **Imunologia Básica e Aplicada às Análises Clínicas.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007..

MERCK; C.O., INC. **AIDS/HIV: Distúrbio do Sistema Imune.** Biologia do Sistema Imune. Disponível em:
http://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec16_167.html#section_2. Acesso em: 30 de março de 2021.

MERCK; C.O., INC. AIDS/HIV: Infecção pelo vírus da imunodeficiência. 2007. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D213>. Acesso em: 02 de abril de 2021.

MORIYA, T, M. **Escala de atitudes frente à AIDS: uma análise psicométrica** [Tese de Livre-docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1992.

MUNIZ, B.A.A.; FONTE, D.C.B; SANTOS, S.C. Percepção do portador de HIV/AIDS sobre o cirurgião-dentista. **Revista Bioética.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-296, June, 2019.

PAULILO, M.A.S, JEOLÁS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2005 ;10(1):175-84. Disponível: <https://bit.ly/2FSt0EG>

PAROLA, G.B.; ZIHLMANN, K.F. A saúde bucal na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/AIDS: subsídios para a educação permanente de cirurgiões-dentistas. **Revista Interface Botucatu.**, Botucatu, v. 23, e180441, p 1-14, abril 2019.

RODRIGUES,M.P, DOMINGOS, SOBRINHO, M. SILVA,E.M. **Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids.** Cienc Saude Coletiva [Internet]. 2005 [acesso 2020 Set 03]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200024&lng=en&nrm=iso

ROSSI, Silva Maria Gomes et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **RevPanam Salud Púbilca.** 2012;32(2):117-23. [acesso 03 Set 2020] Disponível <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v32n2/117-123/>

SALIBA GARBIN, C.A. et al. Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y la Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología. **Rev. Cienc. Salud,** Bogotá, v.16, n. 2, p. 279-293, aug. 2018.

SOUZA, R.G, TARTAGLIA, S.M.A, LOPES, V.S. **Experiências odontológicas de pacientes HIV soropositivo** [resumo]. Arq Cent Est Curs Odont 1997;33(suplem):144.

VELOS, G. S.M. **HIV/AIDS:** conhecimento, atitudes e comportamento de cirurgiões-dentistas no estado de Mato Grosso. 2007. 93f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP.