

Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional

José Augusto César Discacciati¹ e Ênio Lacerda Vilaça¹

RESUMO **Objetivo.** Descrever os aspectos éticos envolvidos no atendimento odontológico a pacientes HIV soropositivos ou com aids. **Métodos.** Revisão da literatura mediante consulta a livros texto e busca nos bancos de dados Medline e Lilacs, com ênfase nos trabalhos conduzidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram abordados aspectos como representação social da aids e risco de infecção pelo HIV durante atendimentos, recusa de atendimento, encaminhamento a outro profissional sem motivo justificável, cobrança de honorários diferenciados, imposição de horários especiais e manutenção do sigilo sobre o status sorológico do paciente. **Resultados.** Ainda existe preconceito e desconhecimento sobre o risco de infecção por HIV e aids, tanto por parte dos cirurgiões dentistas quanto por parte de outros pacientes. **Conclusões.** É preciso dar início a um projeto de educação nos próprios consultórios e nas universidades que formam novos profissionais, assim como reforçar o papel dos Conselhos Regionais e Federal de Odontologia no esclarecimento sobre a postura ética dos cirurgiões-dentistas diante da infecção por HIV e aids.

Palavras-chave Odontologia, aids, ética, qualidade de vida.

Desde o surgimento das profissões de saúde, como em outras áreas do saber humano, a ética é colocada como um pilar do comportamento profissional. Foi com Hipócrates (460–377 a.C.) que a ética médica começou a ter certa projeção, numa época em que a Odontologia ainda se vinculava à Medicina (1).

Com a criação das faculdades de Odontologia, surgiu a necessidade de

um código de ética para regulamentar os direitos e deveres tanto de profissionais quanto das entidades ligadas à prática odontológica (2). No Brasil, o Conselho Federal de Odontologia elaborou o Código de Ética Odontológica (CEO), que orienta os integrantes da classe a seguirem uma conduta moral recomendável e estabelece punições aos infratores de suas normas (1). São preceitos éticos, adequadamente contemplados no CEO, exercer a profissão sem discriminação de qualquer forma ou pretexto (capítulo I, artigo 2º) e zelar pela saúde e dignidade do paciente (capítulo III, artigo 4º, inciso III) — entendendo-se, obviamente, saúde no seu senso lato, não restrito aos aspectos odontológicos (2, 3). Isto vem ao encontro da constituição

brasileira, que preconiza que todos têm direito adquirido e inalienável à saúde.

Dentre as questões éticas e legais envolvidas na prática odontológica, vêm sendo objeto de dúvida a conduta a ser seguida frente a indivíduos que se apresentam com determinadas patologias — como os portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (*aids*), um dos maiores e mais graves problemas sociais e de saúde pública já enfrentados pela humanidade (4–6).

A velocidade com que a *aids* se disseminou, a severidade com que os pacientes são atingidos e o potencial de letalidade da doença preocupam não só pessoas diretamente afetadas, mas todas as camadas da sociedade. Essa preocupação também resulta, prova-

¹ Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência e pedidos de separatas devem ser enviados a José Augusto César Discacciati no seguinte endereço: Rua Felipe dos Santos 16, apto. 500, Lourdes, CEP 30180-160, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: jacdiscacciati@uol.com.br

velmente, da forma como a mídia identificou e classificou tal doença: mistério médico, câncer *gay*, peste *gay*, pneumonia de homossexuais e castigo divino. Desde o início, a *aids* foi tratada como um mal capaz de dizimar populações inteiras (7).

As pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da *aids*, semelhantemente aos leprosos e tuberculosos, no passado, sofrem não só com a angústia de uma doença grave, mas também com o preconceito e a discriminação por parte de amigos, familiares e profissionais de saúde (6). Jornais, revistas, a rede de saúde e o próprio profissional de saúde às vezes se referem ao portador do HIV como "aidético", palavra que carrega preconceito e discriminação. Tal denominação acaba por agrupar em espécie um grupo de pessoas marginalizadas (8).

O medo de ser soropositivo ou de ter *aids* está associado ao fato de ser esta doença considerada incurável, com prognóstico sombrio e fatal. Na verdade, as palavras HIV e *aids* estão diretamente associadas à morte (*aids* = morte) (8–11). Além disso, em decorrência dessa "morte anunciada", o portador do vírus da *aids* está sujeito também à "morte civil", representada pela redução de seus direitos de cidadania, motivada por demissão do emprego, discriminação, isolamento e preconceito (8). Os médicos e psicólogos que trabalham sistematicamente com pacientes HIV soropositivos ou com *aids* relatam que, quando tais pacientes são adequadamente acolhidos (familiar, profissional e socialmente), a sua sobrevivência é maior em relação aos indivíduos marginalizados (3).

Devido às suas características de transmissibilidade, a *aids* acabou provocando uma verdadeira revolução na área de saúde, através de mudanças repentinas nos procedimentos de controle de infecção que anos de educação não haviam até então conseguido (12). No entanto, vários estudos concluíram que a infecção por HIV é um problema menor para a equipe odontológica do que a infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) (13–15). Pesquisas têm confirmado que o HIV tem baixíssima infec-

tividade, sendo facilmente destruído (16, 17). Segundo alguns autores, desde que medidas universais de precaução sejam aplicadas, o risco de infecção pelo HIV durante um atendimento odontológico é praticamente zero (13, 18–20).

Para Samaranayake et al. (15), o fato de o profissional saber que um paciente está infectado pelo HIV, ou que tem comportamento de risco para a infecção, deve encorajá-lo a ser mais cuidadoso, porém sem excessos. Na verdade, os profissionais de saúde devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados, sendo que os procedimentos de biossegurança devem ser adotados como rotina em todo e qualquer atendimento, indiscriminadamente (21).

Apesar do baixo risco de contaminação, vários estudos vêm relatando medo e ansiedade entre cirurgiões-dentistas frente a pacientes infectados pelo HIV, fazendo com que alguns preceitos éticos sejam violados (22–34). Como aponta Gerbert et al. (24), o comportamento de alguns cirurgiões-dentistas frente à epidemia da *aids* tem sido criticado pela imprensa, em detrimento da imagem da Odontologia.

Diante dessa problemática, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG), na Cidade de Belo Horizonte, Brasil, mantém uma linha de pesquisa que se dedica a estudar aspectos relativos à representação social da *aids*, além de abordar questões éticas do relacionamento entre cirurgiões-dentistas e pacientes. Vários trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de se observar a postura de cirurgiões-dentistas frente a indivíduos HIV infectados e também de se avaliar a opinião dos pacientes, infectados ou não. Pesquisas também têm sido conduzidas entre estudantes de Odontologia.

O objetivo do presente estudo foi levantar, mediante revisão da literatura, alguns aspectos éticos envolvidos no atendimento odontológico a pacientes HIV soropositivos ou com *aids* e apresentar os resultados de alguns trabalhos conduzidos na FOUFMG, dentro da referida linha de pesquisa. Para a revisão, foram consultados livros texto

e os bancos de dados Medline e Lilacs, utilizando como termos de busca *aids*, *HIV infection* e *dentistry*.

DISCRIMINAÇÃO, MEDO E DESINFORMAÇÃO

Para Ferreira et al. (35), o atendimento a indivíduos HIV soropositivos ou com *aids*, mais do que uma realidade no contexto atual da prática odontológica, é um imperativo ético. Sem dúvida, as questões trazidas pela *aids* impõem novas obrigações profissionais e desafios éticos (36). Basicamente, todas as questões éticas envolvidas no atendimento a pacientes com HIV ou *aids* estão, de alguma forma, relacionadas à discriminação sofrida pelos mesmos (6).

Muitos estudos relatam a dificuldade dos pacientes com HIV ou *aids* em conseguir atendimento odontológico quando revelam seu estado de soropositividade ao profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença (37–43). Segundo relato de indivíduos infectados, a recusa de atendimento por parte de cirurgiões-dentistas é mascarada por argumentos técnicos ou outro tipo de esquivas. Muitos profissionais criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento ou encaminham o paciente a outro profissional sem motivo justificável. O orçamento com valores aviltantes é outro recurso utilizado para inviabilizar o atendimento (43, 44).

Sabe-se que, do ponto de vista ético e legal, tais atitudes são discriminatórias, constituindo-se em infrações éticas (2), previstas também nos foros cível e criminal. Embora tais condutas possam parecer uma boa alternativa para aquele profissional inseguro, são ilógicas, pois a maioria dos indivíduos HIV soropositivos não apresentam sinais da infecção; tais pacientes têm potencial para transmitir o vírus, mesmo não apresentando sinais clínicos (15). Além disso, o medo de reações negativas por parte do cirurgião-dentista tem levado muitos indivíduos a omitirem sua condição de portadores do HIV (37–44).

Vários estudos têm sido realizados entre cirurgiões-dentistas com a finalidade de avaliar a disposição em atender indivíduos portadores de HIV ou *aids*. Observa-se que, no início da epidemia, poucos profissionais estavam dispostos a atender tais pacientes. Isso pode ser explicado pelo medo do desconhecido, diante de uma “nova” doença (22). Com o passar dos anos, houve um aumento gradativo, porém não linear, no índice de disposição, evidenciando maior conscientização dos profissionais e uma adequação nas medidas de biossegurança (26, 28, 45). No entanto, pesquisas em andamento têm observado que a discriminação continua existindo, embora de forma mais velada (3).

Feltrin (46) comenta que os cirurgiões-dentistas brasileiros são desinformados, temerosos e despreparados para atender pacientes HIV soropositivos. Recentemente, estudos conduzidos na Cidade de Belo Horizonte também concluíram que ainda é grande o número de cirurgiões-dentistas que não se mostram dispostos a atender portadores de HIV ou *aids*. Um dado interessante foi encontrado por Alvarez Leite (31); ao entrevistar 120 cirurgiões-dentistas, aquela autora observou que apenas 40% declararam estar preparados para atender pacientes com *aids*, porém 63% concordaram com a manutenção da atividade profissional por parte de cirurgiões-dentistas portadores do HIV. Segundo a autora, esses dados sugerem que, para alguns profissionais, as condições necessárias para proteção dos pacientes e do profissional não seriam as mesmas.

Em outro estudo (32), com 151 cirurgiões-dentistas, 48% concordavam que o cirurgião-dentista deveria ter o direito de negar atendimento a portadores de HIV ou *aids*. Além disso, 76% afirmaram que deveriam existir clínicas especializadas no atendimento a tais pacientes; 53% preferiam encaminhar portadores de HIV ou *aids* a outros profissionais; e 42% não se mostraram dispostos a atender pacientes com *aids*. Os principais motivos alegados por esses profissionais foram falta de preparo psicológico, medo de infecção pelo HIV e medo de perder outros pacientes.

RELAÇÃO COM OUTROS PACIENTES

A falta de preparo psicológico e o medo da infecção podem ter várias origens, uma delas a própria representação social da *aids*, que, desde o início da epidemia, afeta negativamente tanto a população quanto os profissionais de saúde (7, 47). Por outro lado, a preocupação com a perda de outros pacientes pode ter algum fundamento (36, 37, 44, 48–50). Discacciati et al. (50) observaram que 43% dos indivíduos entrevistados não continuariam a se tratar com seu cirurgião-dentista se soubessem que o mesmo atendia pacientes com *aids*. No entanto, a maioria dos pacientes que eram atendidos por profissionais que trabalhavam sob ótimas condições de higiene, sob o ponto de vista do próprio paciente, se mostraram dispostos a continuar seu tratamento mesmo sabendo que o cirurgião-dentista atendia pacientes com *aids*. Em contrapartida, nenhum dos entrevistados que classificou o atendimento recebido como péssimo ou regular, em relação às condições de higiene, continuaria seu tratamento com o mesmo cirurgião-dentista, caso este atendesse pacientes com *aids*.

Como os pacientes ainda se mostram muito preocupados com a possibilidade de contrair o HIV no consultório odontológico, ensiná-los sobre as formas corretas de minimizar os riscos de infecção cruzada parece ser uma boa conduta a ser incorporada na prática diária (50). De forma tranquila e racional, o cirurgião-dentista deve conversar e educar seus pacientes, de forma a contribuir para o combate à “epidemia de medo” que acompanha a *aids*. Além disso, esse processo educativo evidenciaria a importância da adoção de barreiras de proteção, pois os pacientes têm observado e aprovado essa conduta (24, 37, 51, 52). Para Ferreira (44), o bom relacionamento entre as partes é fator importante para que o cirurgião-dentista esteja preparado para o atendimento de pacientes portadores de HIV ou *aids*.

ODONTOPEDIATRIA

Diante da ausência de trabalhos envolvendo o odontopediatra e a infecção por HIV, Vilaça (33) estudou, através de questionários, o conhecimento, sentimentos e atitudes e a disposição de odontopediatras para atender crianças e adolescentes portadores de HIV ou *aids*. Segundo o autor, 49% dos entrevistados se declararam dispostos a atender crianças infectadas por HIV. Observou ainda que os odontopediatras que demonstraram ter sentimentos e atitudes mais positivos apresentam 15,8 vezes mais chance de estarem dispostos a atender crianças infectadas por HIV do que aqueles com sentimentos e atitudes mais negativas, demonstrando a necessidade de uma sensibilização desse grupo profissional. Outra conclusão observada foi que o grau de conhecimento relativo à infecção pelo HIV ou *aids* não influenciou a disposição para atender crianças e adolescentes HIV soropositivos.

A OPINIÃO DOS PACIENTES INFECTADOS

Outros estudos têm avaliado a opinião de pacientes infectados pelo HIV. Lopes et al. (43) entrevistaram 222 pacientes HIV soropositivos em quatro grandes centros de atendimento médico-odontológico e de apoio a essa população. As entrevistas foram conduzidas a fim de avaliar as experiências odontológicas desses pacientes antes e depois da infecção. Entre os entrevistados que revelaram sua soropositividade ao cirurgião-dentista (54%), a maioria (55%) teve tratamento negado, sendo que 33% mais de uma vez. Dentre os pacientes que tiveram tratamento negado, o sentimento predominante foi o de humilhação (56%). Outros se sentiram revoltados (25%) e alguns disseram já estar acostumados (19%). Um dado interessante foi que não se observou mudança estatisticamente significativa no uso do equipamento para proteção individual (EPI) quando o paciente continuou sendo

atendido pelo mesmo profissional, após a revelação do diagnóstico de soropositividade. Os autores observaram também que, após se tornarem infectados, muitos pacientes não procuraram atendimento odontológico ou não revelaram seu estado sorológico ao cirurgião-dentista, por medo de terem tratamento negado. Outros recorreram a centros especializados pelo mesmo motivo (43).

Souza et al. (42) também observaram que muitos indivíduos infectados tiveram tratamento negado após revelarem sua condição sorológica ao profissional. O principal motivo alegado foi o alto custo operacional de trabalhar em pacientes portadores de HIV ou *aids*. As autoras também observaram que muitos pacientes passaram a não revelar seu estado sorológico, a fim de obter tratamento indiscriminado.

Senna et al. (34) avaliaram 112 pacientes HIV soropositivos em um centro de referência de Belo Horizonte. Concluem as autoras que a alta prevalência das doenças cárie e periodontal, sem tratamento, pode indicar que tais pacientes têm muita dificuldade de acesso a cuidados odontológicos. Um achado positivo foi descrito por Ferreira et al. (35) que, avaliando atitudes e comportamento de acadêmicos de todos os semestres da FOUFG, observaram muita motivação e grande disponibilidade entre os mesmos em atender pacientes HIV/*aids*, aceitando sua responsabilidade ética e profissional.

HONORÁRIOS, HORÁRIO E SIGILO

Outra questão ética é a cobrança de honorários diferenciados para pacientes portadores de HIV ou *aids* (3, 43, 44). A cobrança de preços exorbitantes como forma de inviabilizar o tratamento ou, ainda, de tirar proveito da situação, é uma violação dos preceitos éticos. O CEO relaciona algumas variáveis que devem ser consideradas na fixação dos honorários profissionais, entre as quais não se encontra o estado de soropositividade para o HIV ou qualquer tipo de enfermidade (2).

Há relatos também de imposição de horários especiais para atendimento a pacientes infectados por HIV (43). Porém, essa conduta não pode ser considerada discriminatória, uma vez que é prevista em alguns protocolos, que recomendam que pacientes sabidamente infectados, seja por HIV ou HBV, sejam atendidos no final do expediente, quando a equipe odontológica terá mais tempo para os procedimentos de desinfecção do equipamento (21, 53).

Uma última questão a ser levantada é a obrigatoriedade do sigilo em relação ao *status* sorológico do paciente. Segundo Ferreira (54), o segredo ou sigilo profissional é o dever ético que impede a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão. O resguardo do segredo profissional é um direito do paciente e um dever da equipe odontológica, constituindo infração ética a sua revelação sem justa causa. Entre outras, compreende-se como justa causa a notificação compulsória de doença, colaboração com a justiça nos casos previstos em lei e revelação ao responsável pelo incapaz (2).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Não se pode ignorar que a *aids* vem se constituindo ao longo dos anos em uma doença do medo. Após duas décadas convivendo com esta que é, sem dúvida, uma grande ameaça para a raça humana, alguns pontos se tornaram bastante claros no que diz respeito à biossegurança e ao atendimento a indivíduos infectados por HIV.

Em primeiro lugar, deve-se frisar que todo e qualquer indivíduo deve ser tratado como potencialmente infectado, uma vez que é impossível diferenciar clinicamente pacientes infectados assintomáticos dos não infectados. O protocolo de biossegurança para atendimento em consultórios odontológicos, aperfeiçoado ao longo dos anos, tem demonstrado ser eficaz na prevenção da infecção pelo HIV.

O segundo ponto a ser considerado é a questão do próprio respeito ao indivíduo infectado que, numa fase da vida em que pode se apresentar física

e psicologicamente abalado, merece um atendimento digno, onde devem imperar a empatia e a solidariedade.

Em relação ao tratamento a ser instituído a pacientes infectados por HIV, afirmam Senna et al. (34) que o mesmo deve abranger duas vertentes: o tratamento tradicional, que visa controlar as formas mais comuns de doenças bucais, além de prover orientação para os cuidados de higiene bucal; e o tratamento específico, que aborda as manifestações bucais que a infecção pelo HIV provoca.

Para Samico et al. (1), caso o cirurgião-dentista seja procurado por um paciente comprovadamente infectado pelo HIV ou que tenha *aids*, o mesmo deve adotar uma das seguintes condutas: em caso de urgência, o profissional deve atender o paciente normalmente, dentro dos limites de sua atuação. Caso não seja uma urgência, ou após a mesma ter sido debelada, o profissional poderá atender normalmente se a necessidade do paciente estiver dentro do escopo de sua atuação profissional, ou encaminhá-lo imediatamente para acompanhamento em um serviço especializado, seja ele público ou privado. O importante e ético é que não se negue atendimento única e simplesmente por ser o paciente um portador do HIV ou da *aids* (45).

Diante do medo de ser descoberto, através de sinais corporais, como perda de peso e alterações na pele, e ser considerado inabilitado para a aceitação social plena, o indivíduo portador do HIV vive, muitas vezes, a redução de seus atributos e a impossibilidade de se relacionar social e profissionalmente (8). Pacientes HIV soropositivos ou com *aids* devem ser atendidos sobretudo com ética, levando-se em consideração sua condição imunológica e psíquica. Garantir acesso aos serviços odontológicos, oferecendo programas de educação e prevenção de doenças bucais é fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida de indivíduos HIV soropositivos ou com *aids*.

O profissional deve manter um bom relacionamento com o paciente, para que este se sinta seguro e não omita nenhuma informação que possa inter-

ferir no tratamento. É importante que o paciente tenha certeza do sigilo das informações prestadas (44).

Faz-se necessário alertar as instituições de ensino superior quanto ao papel que lhes compete, respondendo pela formação científica e garantindo a base fundamental para a formação de profissionais de saúde conscientes de suas obrigações legais e éticas (31). Para Nassif (55), o papel da universidade não é apenas formar especialistas, mas pessoas críticas de suas próprias profissões, que tenham a visão abrangente para entender qual o seu papel profissional. Além disso, os profissionais da

Odontologia devem buscar no CEO e nos conselhos profissionais (federal ou regionais) amparo para questões como as aqui discutidas, assim como formas de atualizar seus conhecimentos, a fim de manter a postura ética e profissional.

Deve-se ressaltar que há muitos outros pontos envolvidos na discussão sobre Odontologia e *aids*. O cirurgião-dentista, embora tenha conhecimento científico, apresenta também confrontos pessoais e limitações humanas. Sabe-se que é muito difícil mudar preconceitos, estigmas e crenças. A história da *aids* extrapola as fronteiras da ciência médica, expõe as fraquezas hu-

manas e os conflitos morais e se reflete no profissional enquanto indivíduo.

Como pondera Pollak (56), a Medicina curativa muitas vezes é im-potente, apesar da rapidez das descobertas; coloca à disposição da coletividade a possibilidade de saber quem está ou não infectado, mas nem sempre oferece um remédio eficaz. Assim, faz-se necessário criar caminhos a fim de resgatar a cidadania dos indivíduos portadores do HIV. É hora de partirmos para práticas concretas no sentido de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, sobretudo promovendo saúde.

REFERÊNCIAS

1. Samico AHR. Panorama da ética profissional. Em: Samico AHR, Menezes JDV, Silva M, eds. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1994. pp. 6-13.
2. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Código de Ética Odontológica: resolução no. 179, de 19 de dezembro de 1991. Rio de Janeiro: CFO; 1992.
3. Ramos DLP. A odontologia e a AIDS: algumas questões éticas. *Jornal do Conselho Federal de Odontologia* 1998;6:4.
4. Gillespie GM, Mariño R. Oral manifestations of HIV infection: a Pan-American perspective. *J Oral Pathol Med* 1993;22(1):2-7.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Que es el SIDA? Em: Organización Panamericana de la Salud. SIDA: la epidemia de los tiempos modernos. Washington: OPS; 1993. pp. 1-25.
6. Hanan J. A percepção social da AIDS: raízes do preconceito e da discriminação. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
7. Herzlich C, Pierret J. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. *Physis Revista de Saude Coletiva* 1992;2(1): 7-35.
8. Sefner F. AIDS: estigma e corpo. Em: Leal OF, org. Corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995. pp. 72-86.
9. Herzlich C. Les enseignements de l'enquête française sur les comportements face à l'infection VIH. *Transcriptase* 1993;12:8-10.
10. Camargo Jr KR. A visão da ciência em relação à Aids. Em: Camargo Jr KR, ed. As ciências da Aids e a Aids das ciências. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. pp. 31-44.
11. Loyola MA. Representação social da Aids. Em: Loyola MA, org. AIDS e sexualidade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. pp. 19-35.
12. Gerbert B, Badner V, Maguire B, Carlton R, Barnes D. Perceived personal risk: impact on dentists' infection control behaviors [abstract]. *J Dent Res* 1988;67(suppl):256.
13. Cottone JA, Molinari JA. Hepatitis, HIV infection and AIDS: some issues for the practitioner. *Intern Dent* 1989;39(2):103-7.
14. Cottone JA, Terezhalmay GT, Molinari JA. Rationale for practical infection control in dentistry. Em: Cottone JA, Terezhalmay GT, Molinari JA, eds. Practical infection control in dentistry. Philadelphia: Lea & Febiger; 1991. pp. 71-9.
15. Samaranayake LP, Scheutz F, Cottone JA. Pacientes de alto risco e profissionais de saúde que pertencem aos grupos de alto risco. Em: Samaranayake LP, Scheutz F, Cottone JA, eds. Controle da infecção para a equipe odontológica. 2a ed. São Paulo: Santos; 1995. pp. 114-23.
16. Gerberding JL, Hopewell PC, Kaminsky LS, Sande M. Transmission of hepatitis B without of AIDS by accidental needlestick [letter]. *New Engl J Med* 1985;312(1):56-7.
17. Grassi M, Abb J, Hämmerle C. Controle de infecção no consultório. Em: Grassi M, Abb J, Hämmerle C, eds. AIDS em odontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. pp. 63-81.
18. Klein RS, Phelan JA, Freeman K, Schable C, Friedland GH, Trieger N, et al. Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *New Eng J Med* 1988;318(2):86-90.
19. Scully C. AIDS and dentistry: a report of a state-of-the-art meeting. *Br Dent J* 1988;164(4): 118.
20. Scully C, Porter S. The level of risk of transmission of human immunodeficiency virus between patients and dental staff. *Br Dent J* 1991;170(3):97-100.
21. Centers for Disease Control (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* 1987; 36(suppl 2S):3S-18S.
22. Gerbert B. AIDS and infection control in dental practice: dentists' attitudes, knowledge, and behavior. *J Am Dent Assoc* 1987;114(3): 311-4.
23. Ayer WA, Moretti RJ, Derefinko A. Dentist's attitudes and experience regarding the treatment of HIV-infected patients [abstract]. *J Dent Res* 1988;67(suppl):256.
24. Gerbert B, Maguire B, Spitzer S. Patients' attitudes toward dentistry and AIDS. *J Am Dent Assoc* 1989;119(suppl):16S-21S.
25. Scheutz F. Dental care of HIV-infected patients: attitudes and behavior among Danish dentists. *Comm Dent Oral Epidem* 1989(3);17: 117-9.
26. DiAngelis AJ, Martens LV, Little JW, Hastreiter RJ. Infection control practices of Minnesota dentists: changes during 1 year. *J Am Dent Assoc* 1989;118(3):299-303.
27. Solomon ES, Gray CF, Gerbert B. Issues in the dental care management of patients with bloodborne infectious diseases: an opinion survey of dental school seniors. *J Dent Educ* 1991;55(9): 594-8.
28. Bennett ME, Weyant RJ, Wallisch JM, Green G. Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(4):509-14.
29. Wilson NHF, Burke FJT, Cheung SW. Factors associated with dentists' willingness to treat high-risk patients. *Br Dent J* 1995;178:145-8.
30. McCarthy GM, Koval JJ, Morin RJ. Factors associated with dentists' willingness to treat HIV-infected patients. Em: Greenspan, JS, Greenspan, D. Oral manifestations of HIV infections. Chicago: Quintessence Books, 1995. pp. 351-6.
31. Alvarez Leite ME. Caracterização da conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada: uma perspectiva epidemiológica [dissertação]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas da UFMG; 1996.
32. Discacciati JAC. Disposição de cirurgiões-dentistas para atender indivíduos em risco para a infecção pelo HIV ou com AIDS. [dis-

- sertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
33. Vilaça EL. O que falta aos odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS: conhecimentos ou sentimentos [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
 34. Senna MIB, Alvarez Leite ME, Kalil DMC. Saúde bucal em um grupo de pacientes HIV positivo [resumo]. Arq Cent Est Curs Odont 1997;33(supl):156.
 35. Ferreira CN, Paixão HH, Pordeus IA. Conhecimentos, atitudes e comportamento dos alunos da FOUFMG com relação à AIDS e ao atendimento a pacientes HIV positivo [resumo]. Arq Cent Est Curs Odont 1997; 33(supl):53.
 36. Pordeus IA, Paixão HH, Alves AC, Cunha C. Percepção do paciente com relação à AIDS e ao controle de infecção no consultório odontológico. Em: Anais da 15ª Reunião Anual da SBPqO. SBPqO: 1998. pp. 87.
 37. Gerbert B, Sumser J, Chamberlin K, Maguire BT, Greenblatt RM, McMaster JR. Dental care experience of HIV-positive patients. J Am Dent Assoc 1989;119(5):601-3.
 38. Jacobson JA, Stocking C, Gramelspacher G. Dental care experience of HIV-infected men in Chicago. J Am Dent Assoc 1989;119(5):605-8.
 39. Perry SW, Moffatt M Jr, Card CA, Fishman B, Azima-Heller R, Jacobsberg LB. Self-disclosure of HIV infection to dentists and physicians. J Am Dent Assoc 1993;124(9):51-4.
 40. Robinson P, Zakrzewska JM, Maini M, Williamson D, Croucher R. Dental visiting behaviour and experiences of men with HIV. Br Dent J 1994;176(5):175-9.
 41. McCarthy GM, Haiji FS, Mackie IDF. HIV-infected patients and dental care: nondisclosure of HIV status and rejection for treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995;80(6): 655-9.
 42. Souza RG, Tartaglia SMA, Lopes VS. Experiências odontológicas de pacientes HIV soropositivo [resumo]. Arq Cent Est Curs Odont 1997;33(supl):144.
 43. Lopes VS, Pordeus IA, Paixão HH, Discacciati JAC. Indivíduos HIV positivos: revelação de soropositividade e negação de atendimento odontológico. Em: Anais da 15ª Reunião Anual da SBPqO. SBPqO: 1998. pp. 182.
 44. Ferreira B. Entre a cruz e a espada. Rev Assoc Bras Odont Nac 1998;6(2):74-7.
 45. Discacciati JAC, Pordeus IA. Você está disposto a tratar pacientes com AIDS? Rev CROMG 1997;3(1):31-6.
 46. Feltrin EE, Navarro CM, Spoto MR. 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.
 47. Pollack M, Dab W, Moatti JP. Un thème de communication délicat. Em: Pierret J, org. Un défi mondial: le sida. La documentation Française 1990;625(1):33-5.
 48. Samaranayake LP, McDonald KC. Patient perception of cross-infection prevention in dentistry. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;69(4):457-60.
 49. Grace EG, Cohen LA, Ward MA. Patients still misinformed about AIDS transmission [abstract]. Dent Abstr 1994;39(4):164.
 50. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odont da USP 1999;13(1):75-82.
 51. Gerbert B. The impact of AIDS on dental practice: update 1989. J Dent Educ 1989;53(9): 529-30.
 52. Bastos GK, Souza IPP, Tura LF, Vianna RBC. AIDS e controle de infecção, conhecimento e atitudes dos pacientes. Rev ABO Nac 1997; 5(1):39-41.
 53. Teixeira M, Santos MV. Responsabilidade no controle de infecção. Rev Assoc Paul Cirurg Dent 1999;53(3):177-89.
 54. Ferreira, ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
 55. Nassif L. Ética em tempo de globalização. Rev Provão 1998;3(3):15.
 56. Pollak M. Aids e o preconceito social Em: Pollak M, ed. Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia. São Paulo: Estação Liberdade; 1990. pp. 26-40.

Manuscrito recebido em 10 de setembro de 2000. Aceito em versão revisada em 29 de março de 2001.

ABSTRACT

Dental care for HIV-positive individuals: fear, prejudice, and professional ethics

Objective. To describe the ethical aspects involved in the dental care provided to patients who are HIV-positive or who have AIDS.

Methods. Literature review (textbooks and MEDLINE and LILACS databases), with an emphasis on the work developed at the School of Dentistry, Federal University of Minas Gerais, Brazil. We examined the social representation of AIDS, the risk of HIV infection during office visits, the refusal to provide care, referral to other professionals without justification, special charges and office visit hours for HIV-positive patients, and the confidentiality of the serological status of the patient.

Results. There is still prejudice and ignorance about the risk of HIV and AIDS infection, on the part of dental surgeons and of patients.

Conclusions. An educational project should be undertaken at dental offices and at universities that train new professionals. In addition, the role of national and regional professional associations in providing information concerning ethical aspects involved in the care of HIV/AIDS patients should be reinforced.