

“Ele é igual aos outros pacientes”:

percepções dos acadêmicos de Odontologia na clínica de HIV/Aids

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa^(a)
Raquel Conceição Ferreira^(b)
Cristina Andrade Sampaio^(c)
Patrícia Neves Guimarães^(d)

Rossi-Barbosa LAR, Ferreira RC, Sampaio CA, Guimarães PN. “He is like the other patients”: perceptions of dentistry students in the HIV/AIDS clinic. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(50):585-96.

This study sought to ascertain the perceptions and expectations of dentistry students at the State University of Montes Claros, MG, Brazil, regarding care provided for HIV/AIDS patients. Participant observation and semi-structured interviews with nine students were used and three categories were identified: “Expectations from care provided at the HIV/AIDS clinic”, “Fear of becoming infection” and “Behavioral change”. It was seen that, before the students came into contact with patients, they constructed characterizations based on social stereotypes such as skinny individuals, male homosexuals and depressed appearance. Fear was observed through the tendency to overestimate the risks of transmission, with changes in behavior in relation to biosafety. Through using ethnographic methodology, the importance of dental clinical practice for students’ day-to-day routine could be seen, along with biosafety for breaking through paradigms and prejudice towards HIV/AIDS patients.

Keywords: Perception. HIV. Ethnography. Dentistry.

Este estudo buscou conhecer expectativas e percepções dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil, em relação ao atendimento aos pacientes com HIV/Aids. Utilizaram-se observação participante e entrevistas semiestruturadas com nove acadêmicos, sendo identificadas três categorias de análise: “A expectativa do atendimento na clínica de HIV/Aids”, “O medo de infectar-se” e “Mudança de comportamento”. Percebeu-se que, anterior ao contato com os pacientes, as caracterizações construídas pelos acadêmicos eram estereótipos sociais, como: pessoas magras, homossexuais masculinos e aspecto deprimido. O medo foi observado pela tendência em superestimar os riscos de transmissão, mudando os comportamentos em relação à biossegurança. A etnografia proporcionou perceber a importância da prática clínica odontológica no cotidiano acadêmico, aliada à biossegurança no rompimento dos paradigmas e preconceitos com o paciente com HIV/Aids.

Palavras-chave: Percepção. HIV. Etnografia. Odontologia.

^(a) Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas (CCBS), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Campus Universitário Darcy Ribeiro. Montes Claros, MG, Brasil. 39401-089. luiza.rossi@unimontes.br
^(b) Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. raquelcf@odonto.ufmg.br
^(c,d) Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Unimontes. Montes Claros, MG, Brasil. cristina.sampaio@unimontes.br; patricia.guimaraes@mail.mcgill.ca

Introdução

A história da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) no Brasil tem sido marcada por respostas socioculturais relacionadas ao medo, ao preconceito e à injustiça social, devido às concepções distorcidas ou completos desentendimentos sobre a forma de transmissão e contágio do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da aids. A epidemia tomou forma nos meios de comunicação e, antes que tivesse, de fato, afetado a vida de um número significativo de pessoas, a resposta social foi de pânico e medo¹.

A evolução na história natural da infecção pelo HIV, dos estágios iniciais assintomáticos para as fases avançadas (aids), caracteriza-se por uma contínua e progressiva deficiência imunológica, que pode ser acompanhada e mensurada em termos de redução das contagens de linfócitos T CD4+ circulantes. Observou-se que a zidovudina (AZT) diminuía a quantidade de HIV circulante e aumentava a quantidade de células de defesa orgânicas, diminuindo as infecções oportunistas. Em 1996, descobriu-se uma nova classe de medicamentos de alta potência, aumentando a sobrevida de indivíduos com infecção pelo HIV².

No início da epidemia, poucos cirurgiões-dentistas atendiam pacientes soropositivos para HIV devido ao medo do desconhecido. Posteriormente, de uma forma gradativa, foi aumentando o número de profissionais determinados a atender tais pacientes devido à conscientização e adequação nas medidas de biossegurança³, protocolo eficaz da Odontologia, que preconiza que todo indivíduo deve ser tratado como potencialmente infectado, por ser impossível diferenciar clinicamente pacientes infectados assintomáticos dos não infectados⁴.

Durante a graduação, é fundamental o esclarecimento sobre a postura ética dos futuros cirurgiões-dentistas diante da infecção por HIV⁴; e a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) tem procurado atender às demandas social e ética dos usuários dos serviços de saúde oral, apresentando, também, como meta, a formação técnica, profissional e humanística dos seus discentes⁵. Por acreditar ser importante a existência de um cenário da prática para formação profissional e mudanças de paradigmas e atitudes dos estudantes, o curso de Odontologia da Unimontes oferece espaço com atenção odontológica a pacientes soropositivos para HIV/Aids. Mas como têm sido as atitudes dos acadêmicos?

Partindo desse pressuposto, a proposta deste estudo buscou conhecer as expectativas e compreender as percepções dos acadêmicos de Odontologia da Unimontes em relação ao atendimento aos pacientes vivendo com HIV/Aids.

Metodologia

Estudo etnográfico, com uso das técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas, realizado com os acadêmicos de Odontologia da Unimontes matriculados na disciplina Clínica Integrada IV do nono período. A clínica oferece atenção odontológica a pacientes soropositivos para HIV/Aids encaminhados pelo Centro Ambulatorial de Especialidades Médicas Presidente Tancredo Neves (CAETAN) e Centro de Testagem e Aconselhamento do Alto São João (CTA).

Inicialmente, aconteceu uma pré-observação, um primeiro contato com todos os 22 acadêmicos durante um grupo de discussão da disciplina, cujo tema "Aspectos éticos no atendimento odontológico ao portador do HIV/Aids" foi discutido por todos. A observação participante realizada por uma das pesquisadoras ocorreu durante o segundo semestre letivo de 2011, nos dias em que há atendimentos odontológicos para pacientes soropositivos para HIV/Aids. Estes são realizados por acadêmicos e acontecem semanalmente, às terças-feiras, em uma clínica odontológica da Unimontes, cenário deste estudo. Cada dupla de acadêmicos atende, aproximadamente, dois pacientes no período de quatro horas, sob a orientação de três professores da disciplina. Toda observação foi registrada em caderno de anotações como um diário de campo para registrar tudo o que foi experienciado.

O acolhimento do indivíduo no ambiente natural da pesquisa ("settings" de saúde) é elemento fundamental de mobilização de interesse do entrevistador ao observar os detalhes da linguagem verbal

e não verbal⁶. Por estudar os sujeitos nos "settings", a etnografia pode constituir uma ferramenta poderosíssima para a compreensão desses intensos e complexos diálogos que são as práticas⁷. Nesse sentido, o método baseado na pesquisa de campo possibilitou a condução da pesquisa face a face com os participantes, interagindo com estes durante um período de tempo enquanto executavam suas rotinas.

No final do semestre, após o processo de observação, a mesma pesquisadora realizou as entrevistas semiestruturadas com nove acadêmicos do curso de Odontologia, escolhidos aleatoriamente, seis do sexo feminino e três do masculino. A faixa etária variou de 21 a 34 anos. Esse número de discentes dependeu da recorrência dos dados, que se refere à sensação de saturação avaliada pela pesquisadora⁸. O tamanho da amostra depende das características do grupo que está sendo estudado. Se a população for muito diversificada, o número de entrevistados deverá ser o suficiente para se ter uma visão geral dos elementos diferentes. Em um grupo puramente homogêneo, considera-se uma única pessoa uma amostra legítima⁹.

A entrevista etnográfica é interativa e de natureza aberta, podendo, também, ser possível conduzi-la de forma semiestruturada. Ela é feita em profundidade, ou seja, "seu objetivo é sondar significados, explorar nuances"⁹ (p. 62). As "questões não devem ser engessadas em uma lista, mas servir de roteiro para os assuntos principais da conversa"⁹ (p. 62).

O roteiro usado para as entrevistas foi construído baseando-se nas situações observadas no cotidiano da clínica para pacientes HIV/Aids soropositivos, tais como: preparação dos materiais, abordagem com o paciente na sala de espera, abordagem durante a anamnese, postura durante o atendimento clínico, limpeza dos materiais.

As entrevistas, realizadas em uma sala reservada, foram gravadas com a devida autorização dos informantes e, à medida que ocorriam, foram sendo transcritas. A análise dos dados consistiu de leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação dos significados compartilhados pelos informantes e observados nas repetições de assuntos. Juntaram-se, na análise, os dados obtidos no diário de campo para identificação das categorias empíricas deste estudo.

Para identificar os participantes, utilizou-se a letra E, o número de ordem da entrevista seguido da letra M para masculino ou F para feminino, e a idade. A coleta de dados realizou-se conforme os aspectos éticos e legais, segundo a Resolução nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros.

Resultados e discussão

As expectativas e percepções dos acadêmicos foram observadas e surgiram três categorias principais: "A expectativa do atendimento na clínica HIV/Aids", "O medo de infectar-se", "Mudança de comportamento".

Durante a observação participante, pôde-se verificar a ansiedade dos acadêmicos em saber quem seria o paciente e como este se apresentava. Esta expectativa à nova situação revelou manifestações de medo. Ao se prepararem para a primeira clínica, um dos acadêmicos colocou proteção nas unhas por tê-las cortado e comentou ter "uma exposiçãozinha". Uma acadêmica relatou que já havia tido a oportunidade de atender um paciente e ficou surpresa quando ele disse "ser aidético por ser uma pessoa forte". Percebeu-se, também, a resistência de um acadêmico para o atendimento. Ao término da atividade clínica, outra acadêmica comentou, admirada, sobre a motivação dos pacientes em viver.

Notou-se, ainda, que uma dupla de acadêmicas utilizou de campo festonado e avental cirúrgicos para a retirada de um dente decíduo de uma criança. Na Clínica Infantil do sétimo período, procedimento idêntico em crianças da mesma idade não é realizado com todo esse aparato, o que demonstrou uma atitude diferente dos estudantes quando o paciente é sabidamente infectado. O protocolo para extração de dentes decíduos na Clínica Infantil, bem como no atendimento de crianças com HIV/Aids, não inclui o uso de campo festonado, por gerar medo e ansiedade nas crianças, utilizam-se as normas de biossegurança padrão.

“ELE É IGUAL AOS OUTROS PACIENTES”: ...

Pode-se considerar, então, como excesso de zelo, pois o procedimento consistia na extração de um dente decíduo anterior, com muita mobilidade, e que poderia ser realizado de forma muito rápida e segura utilizando-se procedimentos padrão. Diante de todo esse aparato, o que seria um procedimento rápido tornou-se demorado, pois a criança ficou assustada e temerosa, desaparecida por debaixo dos campos. Houve necessidade de intervenção dos professores, com remoção do campo festonado, tranquilização da criança, para posterior intervenção e extração do dente decíduo.

Em relação às entrevistas, ao iniciá-las perguntando a cada acadêmico o significado da aids, a pesquisadora esperava respostas arraigadas de sentimentos; porém, os acadêmicos a descreveram com termos científicos, conforme se pode confirmar nos exemplos das falas de E3, E4 e E8, provavelmente reproduzindo o conhecimento adquirido sobre “Etiopatologia da infecção pelo HIV” discutido nos momentos de aulas teóricas da Clínica Integrada IV HIV/Aids, que acontecem antes das atividades práticas.

“Aids pra mim é um paciente com o sistema imune bem comprometido. O CD4+ abaixo de 200”. (E3, F, 34 anos)

“A aids é a síndrome da imuno-deficiência adquirida, que acomete o sistema imunológico do indivíduo. É causada pelo vírus HIV e não tem cura. O indivíduo que é acometido permanece portador soropositivo desse vírus para sempre”. (E4, F, 22 anos)

“Aids já é uma doença [...] manifestando aqueles sinais e sintomas dessa síndrome, é quando o paciente já está naquela fase sintomática”. (E8, F, 23 anos)

A expectativa do atendimento na clínica HIV

Apesar de os acadêmicos saberem a diferença entre HIV e Aids, pois tiveram aulas teóricas sobre “Controle de infecção cruzada” e “Etiopatogenia da infecção pelo HIV”, vê-se que todos idealizaram uma imagem sobre a doença para com os futuros pacientes. Pelas respostas, nota-se que acreditavam atender pacientes abatidos, magros, jovens do sexo masculino, homossexuais, de baixa renda, cabisbaixos, introvertidos.

“Eu esperava atender pacientes mais debilitados. [...] eu imaginava que eles fossem muito abatidos, magros”. (E3, F, 34 anos)

“O perfil que eu esperava era de pacientes com comprometimento do corpo. Um paciente mais definhado, um paciente magro, um paciente, também, mais introvertido, e que não se comunicava muito, mais fechado”. (E4, F, 22 anos)

“Eu acho que todo mundo [referindo-se à turma] foi meio preconceituoso porque a gente sempre acha que vai olhar e saber que a pessoa é doente, que é característico as pessoas que têm a doença, que a pessoa é mais caquética, mais magra, mais triste”. (E6, F, 23 anos)

Pesquisa realizada com população de migrantes de Fortaleza - CE e Teresina - PI demonstrou existir uma ligação direta entre a aids e a aparência física, ou seja, a crença de que um corpo bonito é saudável e impenetrável para HIV¹⁰.

Em diferentes momentos históricos e diferentes sociedades, a infecção pelo HIV apresentou caracterizações culturais semelhantes na coletividade, como: o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela epidemia¹¹. A doença apresentou quatro fontes preexistentes de estigmatização: a sexualidade; o gênero; a raça; a pobreza¹².

“Eu esperava atender mais pacientes do sexo masculino, com idade em torno de 20 anos [...] por ser um grupo dito mais propício”. (E2, F, 23 anos)

“Eu esperava atender muito homossexual. [...] solteiros; pessoas humildes, simples, de poder econômico mais baixo”. (E8, F, 23 anos)

Artigos da década de 1980 falavam de jovens homossexuais masculinos, que estavam, inexplicavelmente, contraindo doenças raras para pessoas de sua faixa etária, deixando-os debilitados; estavam morrendo em decorrência de algumas doenças, as quais, normalmente, não levariam pessoas saudáveis à morte¹³. Estudo realizado com adolescentes demonstrou que estes ainda acreditam que as situações de perigo ocorram quando a parceira é reconhecidamente de risco, desconhecida ou trabalhadora do sexo, e nas relações homossexuais masculinas¹⁴.

“Eu esperava gente de baixa renda [...] Eu achava que seria como cita na literatura e na TV, que seriam pessoas debilitadas e magras”. (E7, M, 22 anos)

Vê-se, pela fala de E7, quanto a mídia influencia para formular uma imagem. As noções que a maior parte dos leigos tem não são através da produção científica, mas das narrativas veiculadas pela mídia, que reproduz simplificada o discurso científico¹³. A mídia reforçou a caracterização inicial da Aids configurada pela morte, pelo contágio e pelo sexo, que comportam componentes emocionais profundamente enraizados pela cultura, causando impacto no plano simbólico¹⁵. Ao interpretarem os fenômenos orgânicos, os indivíduos apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais em que se inserem¹⁶.

Antes de se proporem estratégias, faz-se necessário conhecer os aspectos relacionados às crenças, mitos, estereótipos em saúde, aos saberes de cada um, dentre outros aspectos¹⁷, afinal, os fenômenos sobre saúde, doença e cuidado não são acontecimentos isolados, restritos à dimensão orgânica e física, mas tendem a expressar outras dimensões da vida social e cultural¹⁸.

Surpreendendo-se com o paciente HIV soropositivo

O tratamento antirretroviral, sobretudo após 1996, com a terapia de alta potência (*High-Active Anti Retroviral Therapy - HAART*), tem possibilitado transformar uma síndrome que, anteriormente, era percebida culturalmente como sinônimo de morte¹¹. A aparência saudável e o bom estado psicológico dos pacientes surpreendeu os acadêmicos, fato que aparece na fala dos entrevistados.

“[...] o estereótipo não é aquele perfil que a gente sempre imagina. A gente se surpreende quando chega na clínica. É muito variado o tipo do paciente que procura a clínica de HIV/ Aids na Unimontes [...] pacientes aparentemente saudáveis, que se encontrasse na rua nunca diria que são acometidos”. (E1, M, 21 anos)

“Mas, no entanto, a olho nu, é uma pessoa aparentemente saudável, você não percebe”. (E5, M, 27 anos)

“ [...] muitos têm a aparência muito boa, e até o psicológico muito bom. Alguns têm alto astral, até mais do que a gente que não está doente. Eles procuram viver cada dia mais e melhor”. (E3, F, 34 anos)

“Eu tive duas pacientes muito contrárias. Uma era extremamente alegre, ria o tempo todo, mais magra e a outra era extremamente forte e tinha um humor bem negro em relação à doença, bem engraçado até”. (E6, F, 23 anos)

“Mas o que a gente vê, pelo menos as que foram na clínica, que elas passam por tratamento, então elas têm uma saúde melhorada, uma qualidade de vida razoável”. (E7, M, 22 anos)

“ELE É IGUAL AOS OUTROS PACIENTES”: ...

No início do semestre, durante a discussão em grupo, que antecedeu ao atendimento clínico, os acadêmicos respondiam perguntas dos professores baseando-se nos artigos que haviam lido previamente. Para um dos acadêmicos, o paciente com HIV deve ser atendido ao final do expediente. Tal atitude demonstrou falta de ética e o desconhecimento entre soropositivo para o HIV e a aparência. Como saber quem é e quem não é infectado?

“[...] porque no paciente não vem escrito na cara que ele tem o vírus. Ele é igual aos outros pacientes”. (E9, F 22 anos)

A infecção pelo HIV/Aids evoca inúmeras respostas no que refere ao comportamento humano, sendo necessária uma disciplina para instigar, nos acadêmicos, este conhecimento da natureza humana¹⁹.

O medo de infectar-se

As emoções são o resultado das representações emocionais da doença que ocorrem historicamente, mas que, ainda hoje, circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e no pensamento popular. No atendimento da clínica odontológica da Unimontes, pode-se observar diferença nas atitudes dos discentes, um cuidado maior quanto à biossegurança. Ao serem entrevistados, alguns revelaram medo:

“Medo eu acho que todo mundo tem, de você um dia fazer um exame e descobrir que tá doente”. (E6, F, 23 anos)

“Eu tenho medo de me contaminar”. (E4, F, 22 anos)

“Medo eu tenho, [...] Eu tenho medo de atendimento de criança, ela pula, grita e mexe muito então você pode cortar com qualquer coisa”. (E3, F, 34 anos)

Outros comentaram não ter medo, mas esse sentimento apresenta-se velado, como explicitado na sentença de E1: “Não é trabalhar com receio, não é isso, mas você utiliza paramentos completos”; e de E9: “... na hora que você sabe que o paciente tem HIV você se policia mais”.

“Sinceramente, antes de vir para a clínica eu tinha receio, mas com a vivência com a prática clínica isso vai desaparecendo. Eu não tenho medo, aquele receio. É lógico que com o paciente comprovadamente com HIV ou Aids você tem um tratamento maior, melhor. **Não é trabalhar com receio, não é isso, mas você utiliza paramentos completos.** Nos outros pacientes também a gente utiliza, só que você faz uma moldagem sem os óculos ou você faz um exame clínico sem os óculos... muitas vezes sem a máscara... e no caso do paciente HIV/Aids você não faz isso”. (E1, M, 21 anos)

“Não [referindo a não ter medo de se contaminar]. É ter cuidado, coisa que a gente não faz muito com os outros pacientes. Eu sei que não deveria ter diferença, mas querendo ou não, **na hora que você sabe que o paciente tem HIV você se policia mais**”. (E9, F 22 anos)

O medo do contágio é a principal fonte de ansiedade frente a pacientes infectados pelo HIV^{4,20,21}. O significado de que a doença não tem cura e que gera preconceito parece interferir na prática de atendimento. Apesar do risco de transmissão ser baixo, as consequências podem ser sérias e, geralmente, estressantes²⁰. Isso porque o cirurgião-dentista, embora tenha conhecimento científico, apresenta, também, confrontos pessoais e limitações humanas⁴.

Uma cultura fornece, ao indivíduo, os limites dentro dos quais se operam as interpretações relativas aos fenômenos corporais, especialmente a doença e seus sintomas. As pessoas apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais em

que se inserem¹⁶. Antes que as pesquisas científicas fornecessem embasamentos, “teorias” foram elaboradas apoiando-se em dados relativos aos portadores e aos vetores²². Os objetos sociais estranhos evocam medo, porque ameaçam o sentido de ordem das pessoas²³.

Biossegurança

Com o aparecimento da Aids, houve maior preocupação com a biossegurança entre a equipe odontológica. Com a adoção universal, tornou-se possível prevenir a transmissão de todos os agentes infecciosos dentro do ambiente clínico, incluindo o HIV, que, por sinal, tem baixíssima infectividade, não representando um grande risco para o profissional³. Evidências científicas mostram que o risco de transmissão do HIV é de 0,2 (0,5%) em acidentes percutâneos, menor do que o risco de infecção para a hepatite B (HBV), que é igual a 5 (40%) e para a hepatite C (HCV), que é igual a 3 (10%)^{4,20,21}. Apesar dos relatos em relação ao medo, as falas referiram haver segurança para realizar os procedimentos odontológicos. O fato de se dizerem seguros demonstra, apenas, uma reprodução das evidências científicas, mas, nas atitudes, se superprotegem em relação à biossegurança:

“Não me sinto em risco, desde que eu siga toda a biossegurança”. (E2, F, 23 anos)

“A gente sabe que pode se contaminar com sangue saliva ou outras secreções. Por isso tenta se proteger de todas as formas: usar óculos, máscara, lavar os materiais [...] tenta se precaver de tudo. E isso deve ser feito em qualquer clínica”. (E6, F, 23 anos)

“Acho que exposto todo mundo está, mas com as regras de biossegurança, se elas forem seguidas corretamente estaremos protegidos”. (E9, F, 22 anos)

Pode-se observar uma ambiguidade de sentimentos, e isto fica claro tanto nas falas anteriores quanto no relato do E7 e E3, onde o receio faz com que seja mais rigoroso com a biossegurança quando se sabe que o paciente é soropositivo. A fala de E7 demonstra, também, que, até então, tinham uma imagem estereotipada.

“O povo trata diferente a biossegurança, porque às vezes quando a pessoa não tem essa noção de paciente portador, pensando que ele não tem o HIV ou outra doença contagiosa, às vezes passam despercebidas algumas das normas [...] E sabendo que o paciente tem o HIV eles tomam mais cuidado. Eu sempre usei o EPI completo. Às vezes, com relação ao material, lavagem e tempo de esterilização, às vezes sou mais rigoroso quando sei que o paciente é portador”. (E7, M, 22 anos)

“[...] quando eu atendia outras crianças eu não usei campo [referindo ao atendimento em outras clínicas e o uso de campo festonado e avental cirúrgicos para a retirada de um dente decíduo]. [...] eu usei todo o campo prá ter todo o cuidado comigo, porque eu sabia que era uma criança, ele podia debater [...] A professora até falou comigo que não precisava, o que eu não concordo, eu acho que precisa sim. A gente aprende que criança não pára quieta. Mas eu acho que foi um ato falho meu ter colocado [...] Depois que eu fui pensar. Mas se acontecesse de novo eu faria tudo igual, eu colocaria o campo. Mas aí a gente entra em contradição, né? E as outras crianças, será que não eram [infectadas]?”. (E3, F, 34 anos)

Pesquisa realizada na cidade de Natal (RN) revelou que alguns cirurgiões-dentistas não atenderiam pacientes com Aids, por não se sentirem preparados, e as razões foram: falta de informação sobre esse assunto, falta de condições psicológicas, falta de condições de biossegurança no local de trabalho; relataram, ainda, que o paciente soropositivo deve receber tratamento em local especializado, e houve, também, revelação quanto ao preconceito para com o paciente. Entre aqueles que afirmaram atender pacientes soropositivos, a maioria respondeu que utilizaria procedimentos especiais para o tratamento²⁴.

“ELE É IGUAL AOS OUTROS PACIENTES”: ...

O cirurgião-dentista, ao invés de temer a Aids, deve adotar as normas universais de biossegurança e considerar que todo paciente é potencialmente portador de alguma doença infectocontagiosa²⁵. Mas, é muito difícil mudar preconceitos, estigmas e crenças. Os sentimentos vão além do conhecimento, da ciência, isto porque as fraquezas humanas e os conflitos morais se refletem no profissional enquanto indivíduo⁴.

Uma das preocupações refere-se aos materiais perfurocortantes, e as agulhas são os objetos causadores do maior número de acidentes²⁶. As injúrias percutâneas ocorrem no momento de reencapá-las²⁷. Por essa razão, os discentes demonstraram receio com os materiais perfurocortantes:

“A gente tem muito medo de reencapar a seringa, de perfurar o dedo”. (E3, F, 34 anos)

“Nós, dentistas, mexemos com muito material pérfuro-cortante e o tempo todo corremos o risco de se contaminar. Eu sou um pouco desajeitada e tenho medo de me perfurar com algum material contaminado”. (E6, F, 23 anos)

“A probabilidade da contaminação existe. [...] o protocolo de equipamento de proteção individual é muito bem seguido [...] mas, existe a probabilidade pérfuro-cortante”. (E1, M, 21 anos)

Mudança de comportamento

Para compreender a importância da biossegurança, não bastou a teoria até então vista em períodos anteriores. Percebeu-se que as evidências científicas não garantiram segurança no atendimento. Staliano e Coêlho²⁸ relataram que o conhecimento, por si só, não faz com que as pessoas tenham atitudes favoráveis.

“[...] e é passado também no segundo período sobre biossegurança, no quarto período também é comentado. Na clínica de atendimento de prótese, por exemplo, nós já fizemos alguma moldagem sem os óculos, muitas vezes sem a máscara e tudo mais. Eu tenho certeza que isso não ocorreria aqui [na clínica HIV/Aids]”. (E1, M, 21 anos)

O conhecimento não implica, necessariamente, mudança, pois, entre o saber e o fazer, há uma série de fatores que influenciam o comportamento. Partindo desse princípio, torna-se relevante desenvolver habilidades que atuem diretamente na mudança de atitudes²⁸.

Observou-se, então, a importância da prática clínica com indivíduos soropositivos para perder “aquela imagem do paciente portador do HIV” (E7), para dar “importância, o quão necessário se faz proteger” (E1), ou seja, verificar que o protocolo de biossegurança é “extremamente necessário” (E2).

“O protocolo é para todos os atendimentos, com todos os pacientes. Mesmo porque nem todos os pacientes com Aids vão te falar. Meu cuidado melhorou com a clínica HIV/Aids. Com o passar do semestre você vai tomando cuidado, **a importância, o quão necessário se faz proteger**. A Clínica de HIV/Aids te ensina. O protocolo de proteção individual deve ser seguido. Eu me protejo melhor”. (E1, M, 21 anos)

“A partir dessa clínica de HIV eu pude ver a importância de seguir esses critérios de biossegurança, até então o que eu achava desnecessário, hoje eu acho **extremamente necessário**. Então, eu acho que me abri mais pra isso”. (E2, F, 23 anos)

“Depois que eu perdi **aquela imagem do paciente portador do HIV** como sendo um paciente mais debilitado, bem característico mesmo, eu vi que qualquer um dos pacientes pode ter HIV ou hepatite e pode ser transmitido, aí eu passei a ter essa consciência maior de cuidar dos materiais, da biossegurança com qualquer paciente. Na clínica de HIV é que foi

passado mais normas de biossegurança, mais formas de manter os materiais estéreis e assépticos". (E7, M, 22 anos)

Na verdade, não foram passadas mais normas sobre biossegurança, mas, sim, reforçadas, como se faz a cada semestre antes das práticas clínicas. O que se observou foi uma atenção maior dos acadêmicos a elas pelo receio de se contaminarem, por ser uma clínica sabidamente de indivíduos soropositivos para HIV/Aids.

Devido às características de transmissibilidade da Aids, as mudanças nos procedimentos de controle de infecção aconteceram rapidamente, o que anos de educação não haviam, até então, conseguido⁴, pois a ruptura paradigmática acontece quando há um espaço concreto onde professores e discentes se movem criando um contexto de aprendizagem contrariando os pressupostos essenciais do velho paradigma.

É importante uma disciplina que assista os acadêmicos "[...] na articulação de sentimentos e crenças, no seu processo de autopercepção, na percepção da alteridade do mundo, na percepção de diferentes comportamentos e potencialidades humanas [...]"¹⁹ (p. 30) para formar indivíduos "[...] humanizados, sensíveis, preparados para lidar consigo e com seus pacientes, tarefa que exige trabalhar com os mais diversos valores inseridos em complexos contextos históricos, culturais e sociais"¹⁹ (p. 30).

Considerações finais

Os acadêmicos têm representações estereotipadas para com os futuros pacientes com HIV/Aids. As caracterizações são ainda estereótipos sociais, como: pessoas magras, homossexuais masculinos, com aspecto deprimido. Ao entrarem em contato com os pacientes com HIV/Aids, observaram-se mudanças nas concepções dos estudantes a respeito da imagem que faziam dos indivíduos soropositivos. Devido ao fato de a doença não ter cura e gerar preconceitos, a prática clínica foi enfatizada para as questões de biossegurança. O medo foi observado pela tendência em superestimar os riscos de transmissão pelo HIV, tanto pelas atitudes quanto nas falas dos acadêmicos, havendo mais cuidado ao atenderem aqueles sabidamente infectados, pois, nas demais clínicas, o protocolo não foi seguido em excesso como na Clínica Integrada IV HIV/Aids.

Proporcionar uma dinâmica antes do atendimento clínico, para que os estudantes possam expor os aspectos relacionados às crenças, mitos, saberes de cada um, parece ser uma estratégia que ajudará na quebra de estereótipos.

A etnografia, como caminho metodológico para se estudarem as percepções dos acadêmicos de Odontologia da Unimontes durante a clínica com indivíduos com HIV/Aids, nos mostrou ser importante a existência de um espaço no atendimento a essa população durante a graduação, para romper paradigmas e ratificar que a biossegurança deve ser a mesma para com todos os pacientes.

É primordial a busca de uma formação para um perfil de profissional com iniciativa, criatividade, senso crítico, mas, também, ético, humanizado e com visão ampliada de mundo, de modo que possa entendê-lo e atuar transformando-o em uma sociedade melhor.

Colaboradores

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa responsabilizou-se pela observação participante, entrevistas com os estudantes, transcrições e elaboração do texto. Raquel Conceição Ferreira, Cristina Andrade Sampaio e Patrícia Neves Guimarães Ferreira, Sampaio e Guimarães responsabilizaram-se pela revisão bibliográfica e revisão do manuscrito.

Referências

1. Nascimento MO, Fernandes SF. Cuidar do doente de aids: perspectivas e reações do acadêmico de Enfermagem [monografia] [Internet]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2002 [acesso 2011 Set 4]. Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_05.pdf
2. Saldanha JS, Andrade CS, Beck ST. Grau de adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. *Saúde*. 2009; 35(1):4-9.
3. Discacciati JAC, Pordeus IA. Você está disposto a tratar pacientes com aids? *Rev CROMG*. 1997; 3(1):31-6.
4. Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2001 [acesso 2011 Ago 8]; 9(4):234-9. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000400005&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000400005>.
5. Rossi-Barbosa LAR, Palma ABO, Coelho IM, Pereira LMB, Abreu MHNG, Costa SM. Expectativa e satisfação dos pais ou responsáveis dos usuários da Apae atendidos na clínica de pacientes especiais do curso de Odontologia da Unimontes, MG, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2007; 7(1):51-8.
6. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.
7. Fino CN. A etnografia enquanto método: um modo de entender as culturas (escolares) locais. In: Escallier C, Veríssimo N, organizadores. *Educação e Cultura*. Funchal: DCE – Universidade da Madeira; 2008. p. 43-53.
8. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.
9. Angrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Kerr-Pontes LRS, González F, Kendall C, Leão EM, Távora FR, Caminha I, et al. Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [acesso 2011 Set 4]; 20(1):320-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100050>
11. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a aids depois dos anti-retrovirais. *R Enferm UERJ*. 2006; 14(3):455-62.
12. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e aids. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.
13. Bísvaro RR. A aids e sua epidemia de significações nos Estados Unidos. *ArtCultura (UFU)*. 2006; 8(12):195-206.
14. Moreira MM, Juarez F. Percepção de adolescentes masculinos de baixa renda sobre sexualidade [Internet]. In: Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambu, Brasil. Caxambu; 2006. p. 1-11 [acesso 2012 Jul 30]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_810.pdf.
15. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: EDUSC; 2001.
17. Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2008 [acesso 2011 Ago 8]; 13(6):1807-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600015&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600015>

18. Nakamura E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. *Antropologia para Enfermagem*. Barueri: Manole; 2009. p.15-35.
19. Tapajós R. A introdução das artes nos currículos médicos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2002 [acesso 2013 Out 17]; 6(10):27-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100003&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200200000003>
20. Pinelli C, Garcia PPNS, Campos JADB, Dotta EAV, Rabello AP. Biossegurança e odontologia: crenças e atitudes de graduandos sobre o controle da infecção cruzada. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [acesso 2012 Jul 30]; 20(2):448-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200016&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200016>
21. Senna MIB, Guimarães MDC, Pordeus IA. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2005 [acesso 2011 Ago 8]; 21(1):217-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100024&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100024>
22. Lima RCP, Ramos FC. Aids na escola: representações sociais de professores do ensino fundamental. *Atos Pesqui Educ*. 2010; 5(1):38-57.
23. Joffe H. "Eu não", "O meu grupo não": representações sociais transculturais da aids. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 297-322.
24. Rodrigues MP, Domingos Sobrinho M, Silva EM. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 2012 Fev 28]; 10(2):463-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200024&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200024>.
25. Correa EMC, Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. *Rev Odonto Cienc*. 2005; 20(49):281-9.
26. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2004 [acesso 2012 Fev 28]; 12(1):36-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100006&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100006>
27. McCarthy GM, Ssali CS, Bednarsh H, Jorge J, Wangrangsimakul K, Page-Shafer K. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. *Oral Dis*. 2002; 8 Supl. 2:126-35.
28. Staliano P, Coêlho AEL. Conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos acadêmicos de Fonoaudiologia perante a aids. *Psicol Rev*. 2011; 17(1):100-16.

Rossi-Barbosa LAR, Ferreira RC, Sampaio CA, Guimarães PN. “Él es igual a los demás pacientes”: percepciones de los académicos de Odontología en la clínica de VIH/sida. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(50):585-96.

Se buscó conocer las expectativas y percepciones de los académicos de Odontología de la Universidad Estadual de Montes Claros, MG, Brazil, en lo que se refiere a la atención a los pacientes con VIH/Sida. Se utilizaron observación participativa y entrevistas semi-estructuradas con nueve académicos y a partir del análisis se identificaron tres categorías: “La expectativa de la atención en la clínica de VIH/Sida”, “El miedo de infectarse” y el “Cambio de comportamiento. Antes del contacto con los pacientes, las caracterizaciones construidas por los académicos eran estereotipos sociales. El miedo se observó por la tendencia de sobreestimar los riesgos de transmisión, cambiando los comportamientos en relación a la bioseguridad. La etnografía permitió percibir la importancia de la práctica en la clínica odontológica, aliada a la bioseguridad en la ruptura de los paradigmas y prejuicios con el paciente con VIH/Sida.

Palabras-clave: Percepción. VIH. Etnografía. Odontología.

Recebido em 05/02/14. Aprovado em 22/02/14.