

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS

Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS

Coordenação de Pós-Graduação e Extensão

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

LUIZ HENRIQUE RODRIGUES DE SOUSA

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES CONVIVENDO COM HIV/AIDS E DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL A ESSA
POPULAÇÃO**

BRASÍLIA-DF
Março, 2016

LUIZ HENRIQUE RODRIGUES DE SOUSA

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES CONVIVENDO COM HIV/AIDS E DE
CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL A ESSA
POPULAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências para a Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alessandra da Rocha Arrais.

BRASÍLIA-DF
Março, 2016

S725p Sousa, Luiz Henrique Rodrigues de

Percepção de gestantes convivendo com Hiv/Aids e de cirurgiões-dentistas sobre assistência em saúde bucal a essa população / Luiz Henrique Rodrigues de Sousa ; Alessandra da Rocha Arrais, orientador. — Brasília, DF. 2016

111 f. : il. ; 30 cm

Inclui bibliografia

Dissertação (mestrado) - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior em Ciências da Saúde, 2016.

1. Gestantes - saúde bucal. 2. Gestantes – HIV. 3. Odontologia. 4. SIDA .
I. Arrais, Alessandra da Rocha (orient.). II. Escola Superior em ciências da Saúde.
III. Título

CDU 616.314-055.26

TERMO DE APROVAÇÃO

LUIZ HENRIQUE RODRIGUES DE SOUSA

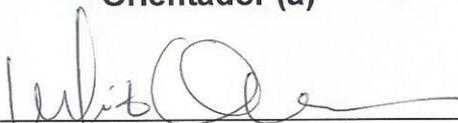
“Percepção de gestantes convivendo com HIV/AIDS e de Cirurgiões-dentistas sobre assistência em saúde bucal a essa população”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

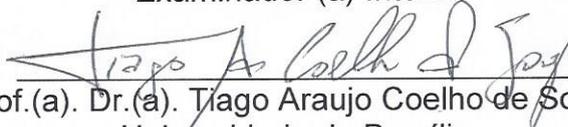
Aprovada em: 10 de março de 2016.



Prof.(a). Dr.(a). Alessandra da Rocha Arrais
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Orientador (a)



Prof.(a). Dr.(a). Maria Liz Cunha de Oliveira
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinador (a) Interno



Prof.(a). Dr.(a). Tiago Araujo Coelho de Souza
Universidade de Brasília
Examinador (a) Externo

Brasília, 2016.

Dedico este trabalho a minha companheira de jornada Cristina Maria, que foi minha grande incentivadora durante todo o mestrado profissional.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Alessandra da Rocha Arrais, por toda dedicação, competência e pelas considerações essenciais durante o mestrado.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Tiago Araújo Coelho de Souza e Prof.^a Dr.^a Maria Liz Cunha de Oliveira, por aceitarem prontamente fazer parte de minha banca e por toda contribuição na avaliação e durante a apresentação do trabalho.

Aos colegas de mestrado, pelo carinho e apoio durante todo o percurso do mestrado profissional.

Às gestantes que convivem com HIV e que se dispuseram a colaborar com esse trabalho.

Aos cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que prontamente responderam ao questionário enviado.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

“O único lugar aonde o sucesso vem antes
do trabalho é no dicionário.”
Albert Einstein

RESUMO

Introdução: No Brasil, até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas pelo HIV. Isso representa uma taxa de 2,6 casos para cada mil nascidos vivos, com um aumento de 30% dos casos de 2000 até essa data. No Distrito Federal, são estimadas 100 gestantes diagnosticadas com HIV anualmente na rede pública de saúde. A assistência odontológica a essas gestantes e a avaliação da assistência tornam-se importantes, uma vez que muitas manifestações indicativas de imunossupressão ocorrem na cavidade bucal. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo principal conhecer qual a percepção que mulheres gestantes convivendo com HIV/AIDS e cirurgiões-dentistas têm sobre a assistência em saúde bucal a essa população. **Método:** Optou-se pelo delineamento misto concomitante. A abordagem com as gestantes foi qualitativa, por meio de uma entrevista semiestruturada, realizada com gestantes convivendo com HIV/AIDS, usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A abordagem com os cirurgiões-dentistas foi quantitativa, por meio da aplicação de um questionário estruturado que foi enviado via e-mail para profissionais da SES/DF. A amostra da pesquisa foi formada por 5 gestantes e 143 cirurgiões-dentistas. As entrevistas com as gestantes foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Com cirurgiões-dentistas, foi feita uma análise estatística, da qual se extraiu a frequência percentual e absoluta de cada dado relevante, utilizando o teste Qui-Quadrado para testar a independência entre as variáveis. **Resultados:** As gestantes manifestaram receio de preconceito e discriminação profissional, social ou familiar, embora tenham avaliado o acolhimento e tratamento na Unidade Mista como humanizado. Para elas, o tratamento do HIV e os cuidados para evitar a transmissão vertical foram prioritários em relação à percepção da importância da saúde bucal. A maioria dos dentistas que participou da pesquisa já teve experiência no atendimento a pacientes com HIV, sendo que 20% dos participantes declararam já terem atendido a uma gestante com HIV e 60% afirmaram que esse tipo de gestante pode ser atendida em qualquer unidade de saúde. A avaliação de adequadas condições de biossegurança foi determinante para a percepção de preparo profissional e disposição de atendimento a pacientes com HIV. **Conclusão:** Os resultados da pesquisa indicam, por parte da maioria dos dentistas, senso de preparo e disposição para atendimento às gestantes com HIV, desde que adequadas condições de biossegurança sejam observadas. O acolhimento e tratamento humanizado a gestantes com HIV, sem preconceito ou discriminação, devem ser preocupação constante por parte de profissionais da saúde bucal. Entende-se que esses resultados possam sensibilizar os gestores para que ações de educação permanente sejam implementadas e que avaliações e capacitações sobre normas de biossegurança em todas as unidades de saúde da SES/DF possam ser conduzidas de forma contínua.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Saúde Bucal. Percepção Social. Gestantes. Gravidez. Odontólogos.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, Up until June 2015, 92,210 pregnant women were declared infected by HIV. This represents a rate of 2.6 cases for every 1,000 new-borns, and an increase of 30% of cases from 2000 to 2015. It is estimated that every year 100 pregnant women are diagnosed by the public health service as HIV positive in the Federal District. Dental assistance for these women as well as assessment of this service are important since many of the initial manifestations of immunosuppression occur within oral cavities. **Objective:** The main objective of this research was to study what kind of perception pregnant women have of living with HIV/AIDS and that which dental surgeons have of oral healthcare provided to this population. **Methods:** The mixed simultaneous outline was opted as a method. A qualitative approach was used by way of a semi-structured interview carried out with HIV/AIDS positive pregnant women who are users of the National Health Service – SUS and cared for at the South Regional Mixed Health Unit of the Health State Secretariat of the Federal District (Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF). A quantitative approach was used for the dental surgeons data by way of applying a structured questionnaire, which was sent by e-mail to SES/DF's practitioners. Sample of the research comprised 5 pregnant women and 143 dental surgeons. Interviews with the pregnant women were analysed by applying Bardin's content analysis method (2011). Statistical analysis was carried out with the dental surgeons' data, which resulted in absolute and percentage frequency of each relevant data by use of Chi-Square to test for independence between variables. **Results:** Pregnant women showed hesitation to prejudice as well as professional, social or family discrimination, although they have evaluated reception and treatment on mixed unit as humanized. For them the HIV treatment and care to prevent mother-to-child transmission have been priorities in relation to the perception of the importance of oral health. The majority of dentists who participated in the research have already had experience in attending HIV-positive patients, where 20% of them said that they had already provided care for HIV-positive pregnant women and 60% said that HIV-positive pregnant women could be cared for in any health unit. Assessment of adequate biosafety conditions was a determining factor for the perception of professional preparedness and attitude towards caring for HIV-positive patients. **Conclusions:** Results of this research showed a sense of preparedness and attitude by the majority of dentists towards caring for HIV-positive pregnant women, as long as adequate biosafety conditions are followed. Receptiveness and a humanised treatment for HIV pregnant women free from either prejudice or discrimination should be a constant preoccupation by oral health practitioners. We understand that these results can sensitize managers so that permanent educational actions can be implemented and assessment of biosafety standards throughout all SES/DF healthcare units can be carried out in a continuous way.

Keywords: HIV infections. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Oral Health care. Social Interaction. Pregnant women. Pregnancy. Dentists.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AZT	Zidovudina
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Controle de Infecção
MPP	Medida Precaução-Padrão
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/AIDS
RX	Raios X
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA	9
2 INTRODUÇÃO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	14
3.2 SAÚDE BUCAL E HIV	15
3.3 SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO.....	19
3.4 GESTANTE E HIV	24
3.5 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE QUE CONVIVE COM O HIV	27
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5 MÉTODO	37
5.1 ESCOLHA METODOLÓGICA	37
5.2 LOCAL DA PESQUISA	38
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	38
5.4 INSTRUMENTOS	39
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	41
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
6 PRODUTOS.....	46
6.1 ARTIGO ORIGINAL 1	47
6.2 ARTIGO ORIGINAL 2.....	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Gestantes	93
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Cirurgiões- Dentistas da Secretaria de Saúde do DF.....	95
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas	97
APÊNDICE D - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 1.....	99
APÊNDICE E - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 2.....	100
APÊNDICE F - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 3.....	101
APÊNDICE G - Questionário.....	102
ANEXO A - Parecer CEP	108

1 APROXIMAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

Servidor da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) há 33 anos, 11 deles trabalhando como cirurgião-dentista na Cidade Satélite de Ceilândia - de 1983 a 1994 - comecei como cirurgião-dentista da SES/DF a atender pacientes portadores de HIV no Centro de Saúde nº 8 de Brasília, na quadra 514 sul, tido como referência para o atendimento a pacientes que conviviam com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV/AIDS). Até então, os profissionais da odontologia da unidade não faziam parte da equipe multiprofissional que atendia aos pacientes soropositivos para HIV.

Atuando desde 1998 no Hospital Dia - Centro de Saúde nº 1 de Brasília, atualmente Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, hoje lido com atendimento a pacientes com HIV/AIDS, hepatites virais, tuberculose e hanseníase, pois a odontologia está inserida na equipe multiprofissional que atende a esses pacientes.

Os tempos mudaram e a AIDS hoje é uma doença crônica que necessita de cuidados constantes, não sendo mais tratada como uma doença terminal na vida das pessoas. Apesar das mudanças, ainda há discriminação e preconceito para prestar atendimento a esses pacientes, e com a odontologia não é diferente. O acesso dos portadores de HIV aos serviços odontológicos na SES/DF ainda hoje é difícil.

A boa qualidade da saúde bucal pode contribuir para a própria qualidade do tratamento antirretroviral do paciente, uma vez que muitos agravos e doenças bucais podem diminuir a capacidade imunológica do paciente. Além disso, muitas manifestações bucais podem ser indicativos importantes no tratamento antirretroviral do paciente como, por exemplo, nas chamadas infecções oportunistas, que podem sinalizar uma não adesão ao tratamento, um tratamento que necessita de ajustes ou mesmo um entendimento não adequado da prescrição medicamentosa.

Todos os protocolos de atendimento, ligados à biossegurança, são os mesmos, independente do estado sorológico do paciente, chamamos a isso de medidas precaução-padrão. Não se justifica, portanto, o não atendimento baseado em questões de biossegurança, uma vez que, se uma unidade não está preparada para atender ao paciente portador de HIV, ela também não estará preparada para atender a nenhum outro paciente.

O interesse nesse tema se deve ao trabalho exercido como cirurgião-dentista com pacientes que convivem com HIV, no qual percebo as dificuldades mais diversas, dentre elas

o acesso a serviços e medicamentos, as questões de discriminação social e a importância do acolhimento e humanização.

Penso que a saúde bucal faz parte da integralidade na saúde, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e que a inserção desses pacientes nas políticas de saúde bucal é importante direta e indiretamente na melhoria de qualidade de vida desses pacientes. Dentro dos princípios de universalidade e integralidade do SUS, o acesso à saúde bucal deveria estar garantido aos pacientes com HIV.

Espero que o estudo possa motivar as pacientes a perceber a saúde bucal como importante no contexto de saúde geral em presença do HIV, contribuindo para a qualidade de vida, e que os profissionais possam se sentir motivados a atender as pacientes respeitando pressupostos de ética, técnica e biossegurança. Desejo também que os resultados da pesquisa possam contribuir nos processos de trabalho dentro da SES/DF.

Entendo que o Mestrado Profissional em Ciências da Saúde foi uma oportunidade de crescimento profissional para mim, permitindo refletir sobre minha prática cotidiana no atendimento a pacientes que convivem com HIV, por meio da fundamentação científica pela aplicação de metodologia mista (quantitativa e qualitativa) e associação com o referencial teórico existente.

2 INTRODUÇÃO

As ações voltadas para a atenção à saúde da mulher têm feito parte de políticas e programas específicos, mas deficiências, como o acesso aos serviços de assistência à saúde bucal, ainda são um grave problema a ser enfrentado pelo SUS.

A atenção à saúde da mulher, considerada em sua integralidade, deve incluir a saúde bucal como fator determinante de saúde e de qualidade de vida. Essa inclusão se torna um desafio ainda maior quando se refere à atenção em saúde bucal para mulheres gestantes portadoras de HIV.

No Brasil, historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal caracteriza-se por acesso limitado. Embora 88,3% da população já tenham procurado serviços dentários, 40% o fizeram a menos de um ano. Dentre os 11,7% da população que nunca consultou um dentista, 47,9% tinham de 0 a 4 anos de idade, ou seja, 77,9% das crianças desta faixa etária nunca visitaram um dentista (IBGE, 2010).

O Conselho Federal de Odontologia (2014) realizou uma pesquisa, por meio do Instituto Datafolha, com uma amostra de 2.085 pessoas, a partir dos 16 anos de idade, de todos os níveis econômicos e de todas as regiões do País, reproduzindo a população brasileira adulta de 148,9 milhões de pessoas em termos de distribuição territorial, renda, grau de instrução, sexo e idade. Foram realizadas entrevistas em 133 municípios de grande, médio e pequeno porte, em cidades da região metropolitana e do interior. Segundo os resultados dessa pesquisa, apenas 2% dos entrevistados nunca foram ao cirurgião-dentista.

O acesso da população brasileira a serviços de saúde bucal, embora tenha melhorado nos últimos anos, é um desafio a ser enfrentado, e para pessoas vivendo com HIV/AIDS esse desafio é ainda maior (ARAÚJO, 2010).

Com o aumento do número de casos de AIDS no mundo, é importante que o profissional de odontologia esteja preparado para um adequado atendimento aos pacientes infectados pelo HIV e para atuar em equipe multiprofissional. O seu papel na prevenção e no diagnóstico de manifestações bucais de patologias correlacionadas ao estado de imunossupressão torna-se imprescindível, uma vez que na cavidade bucal podem surgir as primeiras manifestações relacionadas com a AIDS (OBARA, 2008).

A gestação é um período na vida das mulheres favorável à incorporação de comportamentos e atitudes de promoção de saúde e, conseqüentemente, de saúde bucal, mas há desconhecimento quanto às alterações que ocorrem na boca durante a gravidez (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

As representações das gestantes pautadas em mitos e crenças arraigados e transmitidos de gerações a gerações influenciam na incorporação de hábitos e temores sobre assistência odontológica. O mito de que o tratamento dentário possa prejudicar o feto, de que o uso de anestésicos é contraindicado na gestação, bem como o risco pelo uso de radiografias, está presente em grande parte das gestantes (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

A baixa percepção das gestantes sobre suas necessidades em saúde bucal pode estar relacionada ao fato de elas estarem focadas na gestação em si e priorizar a atenção ou cuidados relacionados ao bebê, associada ao medo e à insegurança do atendimento odontológico nesse período (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Além do fator gestacional e de ser portadora de HIV, essa mulher incorpora outras representações que estão ligadas à discriminação e ao preconceito quanto ao atendimento de pacientes portadores de HIV/AIDS.

O processo saúde-doença envolve aspectos complexos, muitas vezes fora do campo clínico e cirúrgico de profissionais de saúde e transcendendo os serviços de saúde. Embora muitas vezes os termos “assistência” e “atenção” à saúde sejam utilizados como equivalentes, têm significados diferentes.

Atenção à saúde refere-se ao conjunto de atividades intra e extrasetor saúde, incluindo a assistência individual, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, requerendo ações sobre todos os determinantes do processo saúde doença. Assistência à saúde corresponde ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008).

Diante de tal cenário, nasceu o interesse em realizar uma pesquisa que visasse às gestantes portadoras de HIV, não só na questão do autocuidado e da importância da saúde bucal, mas também a percepção social sobre preconceitos e discriminação, sobre a assistência em saúde bucal e as dificuldades e barreiras para seu atendimento.

A percepção social é um termo que aponta para o condicionamento parcial e as alterações que provocam na orientação para o meio ambiente, as interações sociais no passado e presente. E as expectativas dos acontecimentos sociais (DORSCH; HACKER; STAPF, 2001).

Buscou-se também identificar quais as percepções dos cirurgiões-dentistas a respeito do atendimento às gestantes com HIV, suas dúvidas, angústias, inseguranças e barreiras para o atendimento a esses pacientes.

Na presente pesquisa, optou-se por trabalhar com a assistência à saúde, avaliando ações e serviços realizados em unidades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Esta dissertação está estruturada de maneira que os resultados e discussão são mostrados em dois produtos apresentados sob forma de artigos científicos: 1- Percepção social de dentistas sobre assistência em saúde bucal às gestantes com HIV no Distrito Federal. 2- Percepção social de gestantes convivendo com HIV/AIDS sobre assistência em saúde bucal recebida em serviço público no Distrito Federal.

Os artigos foram redigidos segundo normas específicas de cada revista científica (Revista Brasileira de Epidemiologia e Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) e as demais estruturas da dissertação foram redigidas segundo normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2011).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

A AIDS é considerada uma pandemia e um grave problema de Saúde Pública da atualidade, por continuar se expandindo em todos os países, independente do desenvolvimento econômico-social. Atualmente, a transmissão heterossexual constitui a subcategoria com maior notificação, apresentando, como uma das consequências, um número cada vez maior de mulheres infectadas (ARAÚJO, 2010).

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde estima aproximadamente 781 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no Brasil no ano de 2015, correspondendo a uma prevalência de 0,39%. Em torno de 405 mil (52%) das PVHA estavam em Terapia Antirretroviral (TARV), sendo que 46% (356 mil) apresentavam supressão viral pelo menos seis meses após o início da TARV. Considerando-se apenas PVHA em TARV, a proporção de supressão viral atinge aproximadamente 88% (BRASIL, 2015).

Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35%) em mulheres. A partir de 2009, houve uma redução nos casos de AIDS em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres, em 2014. A taxa de detecção de AIDS em mulheres apresentou uma tendência de queda, passando de 16,3 casos a cada 100 mil habitantes, em 2005, para 13,7 em 2014, representando uma queda de 15,95% (BRASIL, 2015).

Dentre os casos de AIDS diagnosticados no Brasil, o DF ocupa o 25º lugar dentre as capitais brasileiras, com um coeficiente de incidência média, nos últimos cinco anos, de 18 casos por 100.000 habitantes. A razão de sexos (M:F) entre os casos de AIDS no Distrito Federal diminuiu consideravelmente desde o início da epidemia. Em 1987, a razão era de 8,5:1, e no período de 2000 a 2006 observou-se uma relativa estabilização em 2:1. A partir de 2007, ocorreu um aumento consistente nesta razão, chegando a 4,0 casos em homens para cada caso de AIDS em mulheres, em 2012 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2005, a taxa observada foi de 2,0 casos para

cada mil nascidos vivos, passando para 2,6 em 2014, indicando um aumento de 30% dos casos (BRASIL, 2015).

Entre as Unidades da Federação, cinco apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, em 2014: Rio Grande do Sul (8,8 casos para cada mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,8), Rio de Janeiro (4,0), Amazonas (3,8) e Pará (2,7). Desses estados, Amazonas, Pará, Amapá e Rio de Janeiro apresentam tendência de aumento nas taxas de detecção nos últimos dez anos (BRASIL, 2015).

Comparando as capitais, oito apresentaram taxa de detecção, em 2014, inferiores à taxa nacional: Goiânia (1,0 caso para cada mil nascidos vivos), João Pessoa (1,1), Brasília (1,6), Rio Branco (1,7), Belo Horizonte (1,9), Natal (1,9), Teresina (2,0) e Vitória (2,1). Porto Alegre é a capital com a maior taxa em 2014, com 19,6 casos para cada mil nascidos vivos, sendo 7,5 vezes maior que a taxa nacional e o dobro da taxa do seu estado (BRASIL, 2015).

Desde 2000 a faixa etária entre 25 a 29 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV, notificadas no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN). No entanto, nos últimos dez anos, observa-se um aumento na proporção de gestantes acima de 40 anos. Segundo a escolaridade, nota-se que a maioria possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 31,6% dos casos notificados em 2014 (BRASIL, 2015).

Segundo estudo realizado em 2010 pela Gerência de Doenças Sexualmente Transmitidas/AIDS (DST/AIDS) e Hepatites Virais em parturientes atendidas em maternidades públicas, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto no Distrito Federal é de 0,33%. Considerando essa taxa de prevalência, são estimadas cerca de 100 gestantes HIV+/ano diagnosticadas na rede pública de saúde do DF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

3.2 SAÚDE BUCAL E HIV

A ocorrência de lesões bucais associadas ao HIV pode sugerir a presença da infecção pelo vírus ou indicar uma piora na condição de saúde do paciente infectado. É necessário, portanto, atenção à condição de saúde bucal não só para a detecção de uma possível infecção para o HIV, mas também para o acompanhamento dos pacientes sabidamente infectados. As lesões na boca são consideradas marcadores clínicos importantes para o acompanhamento do paciente (GASPARIN et al., 2009; MATTOS; SANTOS; FERREIRA, 2004; MILAGRES et al., 2007; NOCE, 2006).

A gestação pode alterar a condição de imunidade da paciente pela supressão da resposta celular imune e um decréscimo na contagem de linfócitos (MILAGRES et al., 2007). Se a própria condição de gestante já é um fator de queda de imunidade, quando associada à presença do HIV, a paciente tem um somatório de fatores que a tornam ainda mais suscetível ao aparecimento de infecções e manifestações bucais próprias de imunossupressão.

A contagem de linfócitos CD4 e a carga viral são dois importantes parâmetros laboratoriais para mensurar o risco do aparecimento de lesões bucais nos pacientes infectados pelo HIV. O risco é diretamente proporcional à carga viral e inversamente proporcional à contagem de linfócitos CD4. A correlação entre baixo CD4/alta carga viral e manifestações bucais foi estudada por Gasparin et al. (2009), Mattos, Santos e Ferreira (2004), Noce (2006), Patrapornnan e Derouen (2013), Petruzzi et al. (2012, 2013).

A diminuição da condição de imunidade do paciente tem reflexos na cavidade bucal, com consequente alteração na imunidade celular dos tecidos bucais (MATTOS; SANTOS; FERREIRA, 2004).

A relação entre contagem de CD4 e carga viral e o aparecimento de lesões orais foi estudada por Noce (2006). Uma maior prevalência de lesões bucais foi associada a baixas contagens de linfócitos T CD4, em especial a candidose pseudomembranosa, a candidose eritematosa, a queilite angular, o eritema linear gengival e as úlceras inespecíficas. Níveis elevados de carga viral foram associados a uma maior prevalência de candidose eritematosa e gengivite ulcerativa necrosante.

Noce (2006), em um estudo com 1.012 prontuários analisados ao longo de 16 anos de pacientes em acompanhamento de HIV no ambulatório da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), encontrou registradas lesões bucais em 45% dos casos, principalmente candidose pseudomembranosa, candidose eritematosa e leucoplasia pilosa.

Petruzzi et al. (2012), em um estudo transversal retrospectivo avaliando 534 prontuários de pacientes atendidos em cinco centros de referência para HIV na cidade de Porto Alegre/RS, entre os anos de 1989 a 2011, avaliou o perfil epidemiológico de pacientes com HIV com manifestações bucais.

Nesse estudo, a candidose oral foi a manifestação bucal mais prevalente, acometendo 50% dos pacientes pesquisados. Um maior risco para a ocorrência de tuberculose foi observado nos portadores de candidose bucal e leucoplasia pilosa que faziam uso de drogas ilícitas. A tuberculose foi a doença sistêmica mais prevalente entre os pesquisados, com 18,5%.

Dos pacientes participantes do estudo de Petruzzi et al. (2012), 58% foram diagnosticados no estágio avançado da doença e 78,1% apresentaram rápida progressão para a AIDS, o que poderia justificar o elevado percentual de lesões orais encontradas.

Quase 20% dos pacientes pesquisados no estudo apresentaram uma lesão oral no momento do diagnóstico de HIV. Candidose Oral (50%) e Leucoplasia Pilosa (9,9%), ambas as lesões orais que são fortemente associadas com o HIV, foram altamente prevalente na amostra de estudo.

Chagas, Santos e Ono (2009), em um estudo com 100 pacientes convivendo com HIV/AIDS na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM), encontraram como manifestações bucais mais frequentes: a candidose (54%), nas formas pseudomembranosa, eritematosa e queilite angular, a gengivite (25%), a periodontite (18%), a estomatite aftosa recorrente (7%), a leucoplasia pilosa (5%), o sarcoma de Kaposi (5%), a infecção pelo citomegalovírus (3%), o herpes simples (2%) e o herpes zoster (2%). Apenas 13% dos pacientes não apresentaram qualquer manifestação bucal.

Gasparin et al. (2009), em estudo realizado com 300 pacientes (idade média de 40 anos) atendidos no Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, encontraram 39% dos pacientes com lesões orais, sendo a candidose a mais frequente (59,1%), seguida de leucoplasia pilosa (19,5%).

Milagres et al. (2007) encontraram 11 pacientes, correspondendo a 36,5% dos pacientes convivendo com HIV em seu estudo, com manifestações de leucoplasia pilosa.

No estudo de Petruzzi et al. (2012), a prática de hábitos nocivos foi identificada em 39,1% dos pesquisados, sendo que 164 indivíduos (30,7%) eram fumantes, 92 (17,2%) usavam drogas ilícitas e 77 (14,4%) eram alcoólicos.

O estudo de Noce (2006) encontrou uma relação entre a presença de lesões orais, especialmente a candidose, e o tabagismo.

O estudo de Gasparin et al. (2009) encontrou uma correlação entre o aparecimento de lesões orais com a situação social, assim como sua relação com determinados hábitos e costumes, como consumo de álcool e tabaco.

Embora no estudo de Petruzzi et al. (2012) nenhuma relação significativa tenha sido estabelecida entre o aparecimento de lesões orais, como candidose e leucoplasia pilosa, e a presença de doenças sistêmicas, o número de pacientes que tinham 2, 3, 4 e 5 doenças sistêmicas simultâneas com patologias do tecido oral foram 77 (14,4%), 35 (6,5%), 13 (2,4%) e 8 (1,5%), respectivamente. A média de contagem de CD4 e níveis de carga viral dos pacientes foi de 302.6 (\pm 265.9) células/mm³ e 45141.2 (\pm 100739.8) cópias/mm³.

Outro estudo de Petruzzi et al. (2013) teve como objetivo analisar os fatores de risco para ocorrência de lesões bucais em adultos soropositivos para o HIV. O estudo foi realizado entre os anos de 1996 a 2011, na cidade de Porto Alegre/RS.

Os resultados do estudo mostraram que os fatores predisponentes para a candidose oral foram: pacientes do sexo feminino, pacientes com níveis de CD4 < 350 células/mm³ e alto consumo de álcool. A ocorrência de leucoplasia pilosa foi associada a contagens de CD4 < 500 células/mm³, cargas virais > 5.000 cópias/mm e tabagismo.

As conclusões do estudo apontaram graus de imunodeficiência moderados e severos e cargas virais detectáveis como fatores de risco para o desenvolvimento de lesões bucais. O consumo de tabaco e álcool aumentou a suscetibilidade de desenvolver infecções oportunistas em adultos HIV positivos, independentemente do uso de terapia antirretroviral.

Segundo o estudo de Petruzzi et al. (2013), baixos níveis de estrogênio podem predispor a mucosa oral para colonização de *Candida albicans*. Este hormônio atua como um fator de proteção para candidose vaginal; possivelmente, em níveis mais baixos de estrogênio ambos os tecidos, oral e vaginal, ficam mais sensíveis a infecções fúngicas.

Um estudo realizado por Mattos, Santos e Ferreira (2004) avaliou a prevalência de lesões bucais associadas ao HIV em 116 pacientes, na cidade de Belém/PA, entre 5 de janeiro e 5 de março de 2003.

Os resultados desse estudo mostraram que 26 pacientes (22,4%) apresentaram lesões bucais relacionadas à infecção pelo HIV. A candidose pseudomembranosa foi a lesão mais frequente, acometendo 7 (6,3%) dos pacientes estudados; as outras lesões frequentes foram: eritema gengival linear (4,3%), úlcera inespecífica (3,4%), candidose eritematosa (3,4%), doença periodontal necrosante (2,6%), hiperpigmentação da mucosa (2,6%), queilite angular (1,7%) e herpes labial, que ocorreu em 2 (1,7%) dos pacientes.

No estudo de Mattos, Santos e Ferreira (2004), a variável significativa para o aparecimento das lesões orais foi a carga viral, sendo que pacientes com carga viral superior a 10.000 cópias apresentaram significativamente mais lesões orais.

No estudo de Noce (2006), a terapia antirretroviral levou a uma redução da ocorrência de manifestações orais, especialmente a candidose pseudomembranosa, queilite angular, eritema linear gengival, úlceras inespecíficas e sarcoma de Kaposi.

De modo geral, observa-se que todos os estudos anteriormente citados reforçam a importância da assistência em saúde bucal às gestantes que convivem com HIV, uma vez que a própria gestação em si já é uma condição de diminuição de imunidade da paciente.

3.3 SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO

A gestação é um período favorável à incorporação de comportamentos e atitudes de promoção de saúde e, conseqüentemente, de saúde bucal.

As mães acreditam que podem contribuir para a saúde bucal de seus filhos atuando como promotoras de saúde. Entretanto, muitas gestantes desconhecem as alterações que podem ocorrer em sua boca e comprometer seu estado de saúde bucal durante a gestação (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004; GARBERO et al., 2005).

O trabalho de Finkler, Oleiniski e Ramos (2004), realizado com 12 gestantes de Florianópolis-SC, mostra que a percepção das gestantes é de que a falta de conhecimento das alterações bucais durante a gravidez se deve ao pouco contato com profissionais da área de saúde bucal durante a gestação. Esse contato escasso relatado pelas gestantes aumenta a insegurança quanto à proteção do bebê durante o tratamento odontológico.

A percepção de profissionais de saúde sobre a importância da saúde bucal na gestação foi pesquisada por Correia e Silveira (2012) e Venancio et al. (2011). Enfermeiros demonstraram conhecimentos incertos em relação à atenção em saúde bucal na gestação, entendendo a educação permanente de profissionais de saúde como o meio pelo qual essas incertezas sejam eliminadas (VENANCIO et al., 2011).

Alterações hormonais ocorrem durante a gravidez, com reflexos também sobre a saúde bucal. O aumento da secreção de estrogênios durante a gestação pode ter como consequência uma gengiva mais suscetível a processos inflamatórios, devido ao aumento de vascularização local. Em algumas gestantes, pode ocorrer a presença de um tumor benigno, no tecido gengival, normalmente durante o segundo trimestre de gravidez, e que desaparece depois do parto (MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009; PATRAPORNAN; DEROUEN, 2013).

A condição de saúde bucal das gestantes foi avaliada em trabalhos como os de Aguiar et al. (2011), Bressane et al. (2011), Jeremias et al. (2010), Millián, Ramirez e Naranjo (2009). Apesar de não haver uma relação direta entre gestação e cárie dental, a alteração de hábitos alimentares durante a gravidez, com maior ingestão de alimentos açucarados e em uma maior frequência, pode favorecer o aumento de lesões de cárie durante o período gestacional (AGUIAR et al, 2011; MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009).

O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) nas gestantes foi considerado alto, assim como o risco a cárie que foi também considerado alto ou moderado (AGUIAR et al., 2011; BRESSANE et al., 2011; JEREMIAS et al., 2010; MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009). Alguns trabalhos, como o de Aguiar et al. (2011), estabelecem uma

relação estatisticamente significativa entre o CPOD alto e o aumento de consumo de açúcares durante a gravidez.

A condição periodontal foi avaliada por trabalhos como os de Bressane et al. (2011), Jeremias et al. (2010); Mella et al. (2011) e Millián, Ramirez e Naranjo (2009). Os resultados desses trabalhos são coincidentes à medida que encontraram uma situação periodontal com presença de gengivite em percentuais variando de 36 a 62 % (BRESSANE et al., 2011; MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009). A presença de alto índice de placa (biofilme) nas gestantes indica a necessidade de que ações voltadas à educação e prevenção de doenças bucais sejam adotadas com mais ênfase (BRESSANE et al., 2011; MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009).

A relação entre doença periodontal e parto prematuro e baixo risco ao nascer é apontada por alguns estudos, como os de Arteaga-Guerra et al. (2010), Correia e Silveira (2012), Novák et al. (2009) e Ye et al. (2013).

Em um trabalho de revisão sistematizada, Flores et al. (2004), pesquisando relação entre enfermidade periodontal e parto prematuro/baixo peso ao nascer, encontraram numerosos estudos apontando evidências científicas suficientes para considerar essa correlação positiva. A correlação é apontada pela liberação de ocitocinas pelo tecido periodontal alterado.

O aumento da gonadotrofina se associa a náuseas e vômitos na gravidez, e essa ocorrência provoca diminuição do pH bucal, podendo ter como consequência erosão de esmalte dental. Isso ocorre com maior frequência no primeiro trimestre de gravidez (MILLIÁN; RAMIREZ; NARANJO, 2009).

Em pesquisa realizada por Mella et al. (2011) com 55 gestantes da cidade de Bogotá, na Colômbia, os resultados mostram uma associação entre o diagnóstico de periodontite e o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) e com índices plasmáticos de proteína C reativa (PCR).

O tratamento periodontal não cirúrgico durante a gravidez foi pesquisado por Sant'ana et al. (2011) em 33 gestantes, na cidade de Bauru-SP, durante o primeiro e segundo trimestres de gravidez. O percentual de resultados adversos na gestação foi de 47,05% para o grupo que não recebeu o tratamento periodontal e de 6,25% para o grupo tratado. A condição periodontal foi associada, segundo esse estudo, ao risco de ocorrência de efeitos adversos na gestação.

As gestantes durante o pré-natal não têm sido orientadas sobre os cuidados com a própria saúde bucal durante a gestação, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento

odontológico neste período e, muito menos, a respeito da saúde bucal de bebês. O pré-natal que vem sendo realizado na prática parece excluir a saúde bucal das gestantes (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004). Com isso, as gestantes mostram-se repletas de dúvidas com relação à saúde bucal e aos cuidados, especialmente no tocante aos bebês. Esta reconhecida falta de conhecimento é justificada pelo pouco contato com os profissionais da área, especialmente durante a gestação.

Em trabalho realizado por Garbero et al. (2005), em 384 gestantes da cidade de Tucuman, na Argentina, os resultados apontam que a maioria das gestantes pesquisadas desconhece as causas do aumento no número de lesões de cárie e das alterações gengivais, como sangramento, durante a gravidez, bem como as práticas que podem ser realizadas pelo dentista durante a consulta.

Um estudo descritivo transversal realizado por Milián, Ramirez e Naranjo (2009), em 33 gestantes no terceiro trimestre de gravidez atendidas em consultórios da área de saúde da policlínica da área de Moncada e que recebem atenção odontológica na Faculdade de Odontologia “Raul Gonzales Sanches”, em Cuba, incluiu fatores que podem influir desfavoravelmente na saúde bucal das gestantes tais como:

- Estresse: quando a gestante referiu ter problemas graves durante a gravidez que pudessem causar mudanças ou ajustes emocionais.
- Síndrome emética (vômitos): quando a gestante apresentou cinco ou mais vômitos diários.
- Aumento da ingestão de alimentos açucarados: quando a gestante referiu a ingestão de doces sólidos ou pegajosos entre as refeições, com maior frequência durante a gravidez.
- Diminuição da frequência de escovação por mal-estar geral: quando a frequência de escovação dental da gestante diminuiu em relação ao período antes da gravidez.
- Instabilidade na ingestão de vitaminas e minerais: quando a gestante teve dificuldade na aquisição dos comprimidos ou não os consumiu por sua própria conta.
- Enfermidades sistêmicas (diabetes): quando a gestante referiu ser diabética ou a doença se instalou durante a gravidez.

No trabalho de Milián, Ramirez e Naranjo (2009), a avaliação bucal do grupo de gestantes pesquisado encontrou maior frequência de gengivite com 50% dos casos, seguida de cárie dental com 21,2% e periodontite com 7,6%. Dentre as condições consideradas

desfavoráveis, a ocorrência de vômitos durante o primeiro trimestre esteve presente em 42,4% das pesquisadas, seguido pelo aumento da ingestão de alimentos açucarados com 42,4% e o estresse com 24,2%, e, finalmente, o diabetes com 9,1%.

A maioria das gestantes atendidas recebe esse atendimento no primeiro trimestre de gravidez e, concluído o tratamento, não recebem uma consulta de retorno. Mesmo assim, a satisfação quanto ao atendimento odontológico foi de 80%.

Apesar da demanda por atenção à saúde bucal durante a gestação ser alta, alguns trabalhos, como o de Garbero et al. (2005) e Milián, Ramirez e Naranjo (2009), mostram que são poucas as gestantes encaminhadas pelo obstetra para a consulta odontológica.

Por outro lado, o trabalho de Fernandez et al. (2009) em gestantes da cidade de Temuco, no Chile, mostra que 95% das gestantes acreditam que durante a gravidez é necessário consultar o dentista.

Porém, o foco da gestação sendo o bebê, aliado ao medo, à insegurança e às crenças que fazem parte das representações das gestantes, pode ser responsável pela baixa percepção sobre as necessidades em saúde bucal (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Alguns mitos e medos das gestantes com relação à atenção odontológica durante a gravidez foram pesquisados por Cabral, Santos e Moreira (2013) e Codato, Nakama e Melchior (2008). Entre as crenças sobre a saúde bucal na gravidez, destaca-se a percepção de grande número de gestantes de que a gravidez faz aumentar o número de lesões de cárie e a perda dental (FERNANDEZ et al., 2009).

Os mitos e crenças, próprios da cultura popular, influenciam as gestantes e reforçam seus medos e inseguranças com relação ao tratamento dentário na gravidez. Cabe aos profissionais das equipes de saúde desmistificar e reforçar a educação em saúde para essas pacientes (CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013).

Destacam-se as preocupações com o uso de anestésicos durante a gravidez, a utilização de Raios X (RX) e o mito de que o tratamento dentário pode prejudicar o feto. Esse mito é descrito em outros trabalhos, como o de Finkler, Oleiniski e Ramos (2004).

A pesquisa de Codato, Nakama e Melchior (2008), feita com gestantes de Londrina/PR e realizada por entrevista aberta semiestruturada, utilizando análise de conteúdo, dividiu o grupo pesquisado entre usuárias do SUS e gestantes atendidas por convênios privados. Os resultados da pesquisa mostram que a busca por atendimento odontológico durante a gravidez foi observada entre as usuárias do SUS, e que entre as gestantes do grupo de convênios esteve atrelada ao consentimento do médico, e normalmente associada a situações de urgência. Embora em ambos os grupos percebeu-se a presença de mitos e medos

em relação ao atendimento odontológico, a busca pelo atendimento de gestantes do SUS, pela oportunidade de acesso aos serviços, foi determinante em relação a esses mitos e medos. Quanto aos medos durante o atendimento odontológico durante a gravidez, as entrevistadas manifestaram insegurança quanto a procedimentos como exodontias, uso de anestesia e de RX, especialmente, nos primeiros meses de gravidez.

Em pesquisa realizada por Finkler, Oleiniski e Ramos (2004), buscou-se a compreensão das representações sociais de gestantes sobre a saúde bucal do bebê; sobre a influência da sua saúde bucal na saúde de seu futuro filho; e sobre o seu papel de promotora de saúde bucal para o seu futuro filho. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. As justificativas apontadas pelas gestantes entrevistadas para a não procura pelo tratamento odontológico durante a gestação incluíram dificuldades financeiras, desconforto durante o atendimento odontológico pela posição quase deitada da cadeira e pelos odores dos produtos utilizados, medo de se sentir mal durante o atendimento ou de sentir dores em um momento que algumas mulheres se consideram mais sensíveis. Mas é, principalmente, o medo de que alguma coisa no tratamento odontológico viesse a prejudicar o bebê que torna esse tipo de atendimento durante a gestação uma ideia quase inconcebível.

Segundo ainda essa pesquisa, a ausência de profissionais de saúde bucal durante o pré-natal, a recomendação médica enfatizada (não tomar remédios) e a falta de comunicação entre os profissionais das áreas da saúde, no sentido de encaminharem todas as gestantes para o tratamento odontológico, colaboram para a manutenção do componente da representação social que desaconselha a ida ao dentista (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

Além disso, o despreparo de muitos profissionais dentistas reforça a representação das gestantes a respeito do tratamento odontológico. O receio dos profissionais, fortemente direcionado para as preocupações com a segurança do tratamento curativo, pode estar contribuindo negativamente para a construção da representação social reconstruída no estudo de Finkler, Oleiniski e Ramos (2004).

É necessário reforçar a prerrogativa de que a educação em saúde bucal, bem como o tratamento odontológico da gestante, deve ser parte integral dos cuidados do pré-natal. As gestantes possuem motivação em potencial para cuidar da própria saúde bucal pensando nos filhos. A associação entre doença periodontal em gestantes e nascimentos pré-termos e de baixo peso, bem como a relação entre experiências de cárie da mãe e de seu filho, reforçam essa necessidade. A possibilidade de transmissibilidade bacteriana, fatores culturais, comportamentais e socioeconômicos do ambiente familiar são elementos que fundamentam

ações de prevenção e promoção de saúde e o papel da gestante como promotora de saúde (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

3.4 GESTANTE E HIV

Para as mulheres gestantes convivendo com o HIV, a preocupação é tanto com a saúde da gestante quanto com a prevenção de transmissão materno fetal (transmissão vertical) ou pós-parto. Medidas para evitar transmissão vertical, como o uso de antirretrovirais durante a gravidez, a escolha do tipo de parto e a não amamentação, constituem-se importantes medidas no sentido de diminuir a possibilidade de transmissão vertical.

Nos países com renda média e baixa, a transmissão vertical do HIV durante a amamentação representa um desafio para saúde pública. Essa transmissão é influenciada por fatores genéticos, imunológicos, embora o mecanismo exato de transmissão através do leite materno ainda não seja totalmente compreendido (SHETTY; MALDONADO, 2013).

Apesar de notáveis avanços ocorrerem na prevenção de transmissão pós-natal durante a amamentação, usando estratégias de administração de drogas antirretrovirais (ARV), alguns desafios permanecem e pesquisas futuras devem centrar-se em estudos de campo para avaliar a implementação programática dos novos regimes de Prevenção de Transmissão Materno Infantil da Organização Mundial da Saúde (OMS).

É necessário monitorar em longo prazo a segurança dos antirretrovirais durante a gravidez e lactação e o estudo da resistência de ARV em mães e bebês infectados apesar de profilaxia (SHETTY; MALDONADO, 2013).

Em um estudo realizado na cidade de Criciúma/SC, em 2007, com 36 gestantes jovens portadoras de HIV, Manenti et al. (2011) observaram um perfil de gestantes jovens que viviam com um parceiro estável, com baixa renda familiar, baixa escolaridade, e que referiam ter iniciado sua vida sexual cedo. Muitas relataram o uso de drogas ilícitas não injetáveis e realização de sexo sem proteção com parceiros que eram infectados por HIV, confirmando resultados de outros estudos que mostram a predominância de transmissão heterossexual, principalmente práticas sexuais não protegidas, e um aumento de infecção pelo HIV entre mulheres jovens, com baixo nível educacional, especialmente em grandes cidades brasileiras.

A terapia antirretroviral tem proporcionado uma maior expectativa de vida aos pacientes; a progressão da doença é mais lenta e controlada. Esse quadro proporciona possibilidades de uma gravidez planejada.

As práticas sexuais de risco após o diagnóstico do HIV e o desejo de engravidar são relatadas em diversos estudos, como os de Cordova et al. (2013), Faria e Piccini (2010), Finger et al. (2012), Kaida et al. (2009), Manenti et al. (2011) e Schwartz et al. (2012).

Os níveis de ansiedade, relacionados ao estigma, e a preocupação com os julgamentos de amigos e familiares têm sido relatados por mulheres gestantes que convivem com o HIV. Esses níveis de ansiedade diminuem diretamente proporcional ao apoio recebido especialmente de seus familiares (FARIA; PICCINI, 2010; IVANOVA et al., 2012).

O significado da maternidade como forma de dar sentido à vida foi relatado como uma das causas do desejo de ficar grávida em pacientes que convivem com HIV, mesmo ciente do risco de transmissão vertical (CORDOVA et al., 2013; MOURA; KIMURA; PRAÇA, 2010).

A satisfação com a maternidade com a interação mãe-bebê e com o desenvolvimento infantil mostra que a presença do HIV não tem necessariamente um impacto negativo sobre a maternidade (FARIA; PICCINI, 2010).

Os conflitos gerados pela maternidade e o convívio com o HIV foram pesquisados por Galvão, Cunha e Machado (2010), com mulheres que engravidaram convivendo com HIV na cidade de Fortaleza/CE. Os resultados mostraram incertezas e inseguranças das mulheres com relação ao bebê, bem como pouca orientação recebida durante a gravidez, evidenciando a necessidade de uma adequada comunicação profissional/paciente.

A própria maternidade é tida como inspiração para as gestantes soropositivas se manterem fortes e não se entregar à AIDS. As gestantes fazem de tudo para que o bebê seja soronegativo e para que elas se mantenham saudáveis para poder cuidar deles (MOURA; KIMURA; PRAÇA, 2010).

Muitas vezes, esse desejo de gravidez está associado a comportamentos sexuais de risco, como relatado por Finger et al. (2012) e Kaida et al. (2009).

No estudo de Kaida et al. (2009), utilizando uma escala de otimismo HAART, entre mulheres HIV positivas e intenções de fertilidade, mulheres que relataram o desejo de ter mais crianças tiveram maiores escores de otimismo do que mulheres que relataram não querer ter mais filhos. Da mesma forma, mulheres que estavam sexualmente ativas e relataram prática relação sexual desprotegida tiveram escores de otimismo HAART maiores do que mulheres que eram sexualmente abstinentes.

No estudo de Manenti et al. (2011), 25% das gestantes tiveram seu diagnóstico de HIV confirmado há mais de cinco anos. Os resultados mostram maiores taxas de gravidez em mulheres assintomáticas positivas de HIV com contagem de células T CD4 acima de 350 células/ml e baixa carga viral em comparação com mulheres com AIDS. O diagnóstico tardio

do HIV durante a gestação é prejudicial para o início da terapia antirretroviral e, consequentemente, para a diminuição da transmissão vertical.

No Brasil, para proteger contra a transmissão vertical, as mulheres grávidas infectadas pelo HIV recebem terapia antirretroviral durante a gravidez, além de AZT durante o parto, e seus filhos recebem AZT profilático por seis semanas após o parto. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda que as mulheres infectadas pelo HIV no Brasil não amamentem seus bebês (MANENTI et al., 2011).

A frustração pela impossibilidade de amamentação foi relatada por Faria e Piccini (2010) e Moura, Kimura e Praça (2010).

A associação entre álcool e fumo e o uso de substâncias, como o crack e cocaína, aumentam o risco de gravidez indesejada pelo sexo sem proteção além do maior risco para DST. No caso de gestantes com HIV, essa associação pode diminuir a resposta imune e adesão ao antirretroviral. No estudo de Manenti et al. (2011), 57,7% das gestantes relataram que seu parceiro era infectado pelo HIV, 22% eram viciados em drogas injetáveis, 13% eram motoristas de caminhão e 11% tinham uma história de DST. A maioria das mulheres (55,5%) relatou nunca ter usado preservativos com seu parceiro constante. No entanto, 58,3% relataram usar preservativos de forma irregular, quando os parceiros eram casuais.

Os profissionais de saúde exercem importante papel de orientação às mulheres que convivem com HIV e desejam engravidar, no sentido de atuar como educadores e orientadores a respeito das condições ideais da gestação em presença do HIV, e de se evitarem comportamentos de risco que poderiam ocasionar aquisição de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (FINGER et al., 2012; SANDERS, 2009).

Esse papel do profissional de saúde também é relatado por Galvão, Cunha e Machado (2010), que reproduzem relatos de mulheres gestantes convivendo com HIV sobre suas incertezas agravadas pela maneira inadequada de comunicação do diagnóstico e de como conduzir a gestação em presença do HIV.

Aguiar e Simões-Barbosa (2006) investigaram a relação entre profissionais de saúde de uma clínica pública do Rio de Janeiro e gestantes que convivem com HIV, adotando uma abordagem de gênero, as representações sobre a AIDS e como essas representações perpassam as relações em torno do tratamento. As falas dos profissionais evidenciaram um distanciamento e um cunho tecnicista e autoritário, centrado em ações prescritivas e normativas.

Brandão et al. (2011), avaliando o estado nutricional de 111 mulheres gestantes convivendo com HIV, encontraram 11% das gestantes com baixo peso no início da gravidez e

29,3% com baixo peso ao final da gravidez, revelando a necessidade de atuação profissional e estratégias para lidar com esse contexto.

Pattrapornnan e Derouen (2013) realizaram um estudo transversal, com 292 gestantes da Tailândia, com o objetivo de investigar a associação entre contagem de células CD4, periodontite crônica e lesões orais. Das gestantes examinadas 38 (17,76 %) apresentaram candidose e 53 (24,77 %) apresentaram leucoplasia pilosa oral. Os achados coincidem com outros estudos como o de Petruzzi et al. (2012), em que as lesões orais mais prevalentes em pacientes infectados por HIV são a candidose e a leucoplasia pilosa oral.

O estudo de Pattrapornnan e Derouen (2013) não encontrou associação significativa entre contagem baixa de CD4 e periodontite, o que coincide com outros estudos prévios. Quando a relação é entre baixa contagem de CD4 e manifestações orais, o presente estudo encontrou uma significativa associação. Em pacientes com terapia antirretroviral, manifestações orais não foram vistas regularmente.

3.5 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE QUE CONVIVE COM O HIV

Foram encontrados poucos trabalhos na literatura científica associando a gestação, saúde bucal e o convívio com o HIV. A maioria dos trabalhos encontrados trata de lesões bucais em pacientes com HIV, de assistência odontológica a pacientes que convivem com HIV, de episódios de discriminação por parte de profissionais, conhecimento de protocolos de biossegurança, mas sem especificar a condição de gestante. O referencial desse tópico foi composto por trabalhos que se referem à assistência odontológica a um paciente que convive com HIV, não necessariamente sendo gestante. Também estão contidos trabalhos que abordam questões de biossegurança no atendimento.

A odontologia, como profissão de saúde, vem se desenvolvendo, ao longo dos anos, a fim de proporcionar a seus pacientes um atendimento de melhor qualidade na prevenção e no tratamento das doenças bucais. Nesse sentido, tem sido empregada, na prática odontológica, uma tecnologia cada vez mais avançada em tratamentos altamente sofisticados. No entanto, não se deve esquecer a complexidade do universo no qual atuam os profissionais de saúde bucal. Oferecer um atendimento de qualidade envolve, também, o cuidado com a manutenção da integridade do paciente, da equipe de saúde bucal e do meio ambiente.

O profissional de odontologia, assim como todos os profissionais de saúde, tem-se deparado com um número crescente de doenças infectocontagiosas em sua rotina de trabalho. Torna-se, portanto, importante a discussão e adoção de mecanismos de controle de infecção, a

fim de minimizar o risco de infecção cruzada. É responsabilidade da equipe odontológica a manutenção de condições que visem preservar a saúde dos profissionais e do paciente e o cumprimento das normas de qualidade e segurança quanto aos riscos biológico, químico, físico e o descarte de resíduos gerados pelo atendimento.

O cirurgião-dentista, enquanto profissional da área de saúde, deve estar habilitado para tratar indivíduos portadores de doenças infectocontagiosas, como a AIDS. Nesses casos, o melhor atendimento odontológico de rotina repousa na capacidade de tratar o paciente com segurança, independentemente de um conhecimento prévio da sua sorologia para o HIV/AIDS ou qualquer outra infecção (BRASIL, 2000).

Micro-organismos estão presentes em diversos locais, como: ar, água, resíduos, pisos, paredes, objetos, equipamento, corpo, e o controle de infecção cruzada deve considerar esse aspecto. A cavidade oral e o trato respiratório constituem a maior fonte de contaminação em odontologia. Recomenda-se a adoção de um protocolo visando à prevenção de infecção cruzada, uma vez que todo paciente é um agente infectante em potencial, assim como toda equipe odontológica. O conjunto de medidas, aplicadas a todos os atendimentos, independente de conhecermos o estado sorológico do paciente, recebe o nome de Medida Prevenção-Padrão (MPP).

A imunização dos profissionais de saúde, juntamente com a higienização das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), esterilização e desinfecção e manejo adequado de resíduos de serviços de saúde constituem meios eficazes na redução do risco de infecção cruzada para a equipe odontológica, pacientes e seus familiares.

Ribeiro et al. (2014) realizaram um trabalho com o objetivo de validar fatores associados à adesão a MPP entre dentistas. O instrumento consistia em 49 itens divididos em cinco dimensões, e foi aplicado a 224 dentistas na região norte do Estado do Paraná. Os três domínios do instrumento envolviam conhecimento da transmissão ocupacional do HIV, obstáculos para seguir as MPP e clima de segurança. O instrumento mostrou-se adequado para avaliar os fatores que influenciam a adesão às MPP.

Bârlean et al. (2012) avaliaram o nível de conhecimento e as atitudes para controle de infecção nos consultórios odontológicos de 152 dentistas na região nordeste da Romênia. Equipamento completo de proteção (EPI) é usado para todos os pacientes por 86,2% dos dentistas, enquanto 12,5% utilizam os EPI para pacientes portadores de doenças infecciosas. 65,2% dos dentistas usam equipamentos de esterilização a vapor (autoclave) e 80,8% uso calor seco. A maioria dos dentistas (82,6%) acredita que o paciente deve estar sempre

informado sobre as medidas de controle de infecção adotadas, mas 21,7% declaram fazer isso somente em alguns casos especiais.

A percepção de cirurgiões-dentistas a respeito de riscos ocupacionais também foi estudada por Al-khatib et al. (2006). O estudo, realizado com 40 dentistas de Jerusalém Oriental, encontrou que a maioria dos entrevistados estava ciente dos perigos biológicos. Quanto aos riscos biológicos a que cirurgiões-dentistas estão sujeitos, 38% mencionaram o risco de contaminação pelo vírus da hepatite B e 13% pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV).

Em um estudo de Vázquez-Mayoral et al. (2009), foram investigadas as percepções de dentistas do México sobre educação dentária relevante para o controle de infecção (IC) e o atendimento ao paciente HIV/AIDS. Os resultados indicaram que muitas escolas dentais no México devem fornecer a melhor educação no controle de infecção e atendimento ao paciente HIV/AIDS para melhorar as atitudes para essa clientela.

Os conhecimentos e práticas preventivas para o risco de infecção pelo vírus da AIDS (HIV), vírus da hepatite B (HBV) e vírus da hepatite C (HCV) foram investigados por Vitale et al. (2005) em 254 dentistas em Palermo, na Itália. A maioria dos participantes mostrou um bom conhecimento do modelo de transmissão do vírus pelo sangue, bem como boas práticas de higiene pessoal (lavagem das mãos) e o uso rotineiro de luvas. No entanto, 80,8% responderam que reencapam as agulhas após o uso e mais de 40% tiveram pelo menos uma lesão envolvendo agulha durante o último ano em seu ambiente ocupacional. Além disso, quase 24% dos entrevistados declararam não ter feito vacinação contra a infecção pelo HBV. A análise estatística mostrou uma correlação significativa entre o melhor conhecimento e uma prática mais segura.

A conduta quanto a acidentes que exponham o profissional de saúde ao contato com matéria orgânica deve constituir uma rotina a fim de se evitar a infecção ocupacional. Estima-se que 385.000 lesões perfurocortantes ocorrem anualmente em hospitais dos Estados Unidos e que essas exposições configuram em risco importante, porque podem resultar na transmissão de patógenos através do sangue como o HBV, o HCV e o HIV (SHAGHAGHIAN; PARDIS; MANSOORI, 2014).

O risco médio de infecção pelo HIV, após uma única exposição percutânea a sangue infectado pelo HIV, é de 0,3%, após uma exposição das mucosas nos olhos, nariz ou boca, o risco é aproximadamente 0,1%. O risco exato de transmissão após exposição da pele permanece desconhecido, mas acredita-se ser ainda menor do que para a exposição de membrana mucosa. O risco de infecção pelo HIV aumenta quando há exposição a um volume

relativamente grande de sangue, conforme indicado por um ferimento profundo com um dispositivo que estava visivelmente contaminado com o sangue do paciente, ou um procedimento que envolveu uma agulha colocada em uma veia ou artéria e também se a exposição foi de sangue de pacientes com doenças terminais, possivelmente refletindo o maior título do HIV no estágio tardio da AIDS (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003).

A melhor forma de prevenção é evitar acidentes com material perfurocortante e contato com matéria orgânica. Por isso, é fundamental o uso contínuo de EPI, além de se tomar os devidos cuidados durante a manipulação de materiais perfurocortantes.

Uma exposição ocupacional que requer profilaxia pós-exposição (PEP) é definida como injúria percutânea, provocada por materiais perfurocortantes; contato com mucosa ou pele não íntegra, quando este contato for por tempo prolongado ou envolver áreas extensas com sangue ou fluidos e tecidos que possam ser contaminantes.

A gravidade do acidente está relacionada a determinados fatores de risco que são:

- o volume de material envolvido;
- a forma da exposição;
- a presença de sangue visível no dispositivo invasivo;
- o agente etiológico;
- a carga viral.

Os procedimentos da PEP incluem lavagem imediata da área exposta; determinação do risco associado à exposição; avaliação do paciente-fonte para síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS), HBV e HCV; vacina contra a hepatite B e a imunoglobulina; consumo de drogas antirretrovirais; e avaliação e acompanhamento do trabalhador da saúde exposto. O estudo de Cardo et al. (1997) demonstrou a eficácia de cada um desses procedimentos sob determinadas circunstâncias.

Esse estudo mostrou, ainda, que consumir zidovudina (AZT) após lesão com uma agulha contaminada pelo sangue do paciente HIV-positivo reduz o risco de transmissão do HIV em cerca de 80% (CARDO et al., 1997). Após exposição ao sangue contaminado com vírus da Hepatite B (HBs-Ag), injetar vacina contra Hepatite B ou imunoglobulina sozinha pode reduzir o risco de infecção pelo HBV por quase 70%, de acordo com a diretriz do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC).

O estudo de Cardo et al. (1997) foi um caso-controle de profissionais de saúde com exposição ocupacional, percutânea a sangue infectado pelo HIV. Os casos pacientes foram

aqueles que se tornaram soropositivos após a exposição ao HIV, como relatado por sistemas nacionais de vigilância na França, Itália, Reino Unido e Estados Unidos.

Após controlar outros fatores associados com o risco de transmissão do HIV, o modelo usado por Cardo et al. (1997) indicou que as chances de infecção pelo HIV entre os trabalhadores de saúde que tomaram AZT profilaticamente após exposição sofreram uma redução de aproximadamente 81%.

No estudo de Shaghaghian, Pardis e Mansoori (2014), os dentistas participantes não enfrentaram seus riscos ocupacionais adequadamente, de acordo com o recomendado pelo CDC. A recomendação é a imediata lavagem da área exposta, no entanto, apenas 62% e 37% dos dentistas realizaram esse procedimento em pele e membranas mucosas, respectivamente. Em um estudo semelhante no Brasil (GARCIA; BLANK, 2008), evidenciou uma percentagem muito maior de dentistas (98%) que lavaram a área exposta.

No estudo de Shaghaghian, Pardis e Mansoori (2014), 77% dos dentistas que tiveram um acidente perfurocortante usaram soluções tópicas desinfetante e 64% deles apertou a área lesada para induzir o sangramento. No entanto, nenhuma destas medidas é recomendada pelo CDC.

Acidentes ocupacionais fazem parte dos riscos a que estão submetidos os profissionais de saúde bucal. O conhecimento e atitude dos riscos envolvidos na atividade odontológica, bem como medidas para evitar a ocorrência de acidentes ocupacionais, devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde bucal.

Shaghaghian, Pardis e Mansoori (2014) avaliaram o conhecimento, atitude e prática de 140 dentistas para profilaxia pós-exposição, na cidade de Shiraz, no Iran. Os dentistas preencheram um questionário que avaliava conhecimentos, atitudes e práticas. Um total de 43% dentistas acreditava que lavar imediatamente a área exposta não tem efeito sobre a prevenção da hepatite e AIDS. Dos dentistas estudados, 13%, 11% e 34% acreditavam que profilaxia após exposição ao sangue dos pacientes não teve nenhum efeito na prevenção de vírus de imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B e infecções pelo vírus da hepatite C, respectivamente. Apenas 53% dos dentistas que tiveram exposição ocupacional lavaram imediatamente a área exposta e apenas 13,4% deles avaliaram o paciente-fonte para fatores de risco de hepatite e AIDS.

O conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde a respeito das medidas de profilaxia pós-exposição (PEP) foram estudados por outros autores, como Chen, Fox e Rogers (2001), que realizaram um estudo com 273 médicos da cidade Londres, no qual apenas 76% dos médicos pesquisados estavam cientes que a PEP reduziria a transmissão do HIV.

Nesse estudo, apenas uma minoria dos médicos (8%) pode nomear as drogas recomendadas nas recentes orientações nacionais e uma proporção significativa (43%) não pode nomear qualquer droga. Quase um terço (29%) não sabia em que prazo deve ser administrada a PEP. Isso se deu apesar do fato de que a maioria dos entrevistados (76%) tinha experimentado a exposição de alto risco a material potencialmente infectado em algum momento de suas carreiras e que uma proporção significativa (18%) tinha procurado aconselhamento sobre PEP após exposições potenciais.

No Brasil, 44% dos dentistas após lesão perfurocortante e 14% após contaminação da mucosa com fluídos potencialmente infecciosos investigaram se o paciente-fonte era portador do vírus transmitidos pelo sangue, e apenas 11% deles procurou cuidados médicos após exposição ocupacional (GARCIA; BLANK, 2008).

Por outro lado, a percepção dos pacientes sobre os métodos de prevenção de infecções cruzadas e seu papel na transmissão de doenças foi estudada por Barghout et al. (2012) em 310 pacientes odontológicos que frequentavam o Hospital Universitário de Jordan, na Jordânia. Dos pacientes entrevistados, 83,5% acharam necessário o uso de luvas pelo dentista e 65,8% afirmaram que a razão era para prevenir a infecção cruzada de um paciente para outro. Três quartos (74,8%) acharam necessário o dentista usar uma máscara; quando perguntado sobre a razão, 52,3% declararam a prevenção de infecção do dentista para o paciente. Sobre proteção usando óculos, cerca de três quartos (73,9%) acharam desnecessário para o dentista fazê-lo. A maioria (76,8%) afirmou que o método mais provável de transmissão do HIV é por dentistas usando as agulhas usadas anteriormente para pacientes infectados com AIDS; 71% sabiam que não há nenhuma vacina contra o HIV. Apenas metade (49%) relatou que hepatite pode ser transmitida por transfusão de sangue. Aproximadamente dois terços (67,4%) sabiam que existe uma vacina contra a hepatite. Desses, 53,5% alegaram que seus conhecimentos em matéria de transmissão de infecção foram obtidos ao assistir programas de televisão sobre infecção cruzada.

Caso seja recomendada a terapia antirretroviral como parte da PEP, esta deve ser iniciada tão rapidamente quanto possível, preferencialmente antes das primeiras 4 horas e em qualquer caso dentro de 72 horas. Nada deve atrasar o início da PEP, e é sempre melhor começá-la com uma diretriz básica e, então, decidir se é apropriado continuar. Passadas as 72 horas de exposição, em geral, é desaconselhável a PEP. Alguns especialistas colocam um prazo ainda mais limitado neste período, não recomendando iniciar PEP após 36 horas. Embora a duração ideal da PEP não seja conhecida, com base em estudos em animais e também baseado em resultados de estudos de exposição ocupacional, é recomendado um

regime de 28 dias. Se após o início da PEP for confirmado que a fonte é HIV– (sem risco de período de janela), deve-se considerar descontinuar a PEP, sem esperar por 28 dias (AZKUNE et al., 2011).

Cabe destacar que o tratamento odontológico do paciente que convive com HIV/AIDS não é mais complexo que o de qualquer outro paciente portador de comprometimento clínico (BRASIL, 2000), e não requer precauções especiais.

Isto posto, vale esclarecer que, para a equipe de saúde bucal que atende a essa clientela, são competências:

- Garantir o atendimento dentro das normas de biossegurança preconizadas.
- Estar atento às possíveis manifestações bucais relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS.
- Orientar e encaminhar o paciente ao serviço de saúde, em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/AIDS.
- Garantir a continuidade dos procedimentos de rotina odontológica.
- Interagir com a equipe multiprofissional.
- Garantir um tratamento digno e humano, mantendo sigilo e respeitando diferenças comportamentais.
- Manter-se atualizado sobre a epidemia no que diz respeito aos seus aspectos técnicos, clínicos, éticos e psicossociais.
- Identificar as suas próprias limitações e trabalhá-las de maneira a não prejudicar a relação profissional/paciente.
- Incorporar ao seu cotidiano as ações de prevenção e solidariedade entre os seus principais procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2000).

A taxa de complicações após intervenção odontológica é muito baixa, mesmo em pacientes infectados com HIV com considerável deterioração imunológica. O dentista deve prestar especial atenção à situação clínica geral e imunológica, ao status virológico de HIV do paciente soropositivo e à presença de alterações da hemostasia ou de outras doenças concomitantes (CAMPO-TRAPERO et al., 2003).

Procedimentos cirúrgicos como exodontias não requerem nenhuma terapia antibiótica, exceto em casos de neutropenia ou imunossupressão grave. Outros tratamentos dentários **não requerem precauções especiais**, e o índice de complicações entre esses pacientes é semelhante entre a população de pacientes não infectados. Diante desse cenário, há uma necessidade de conscientizar os profissionais de saúde da importância de exames regulares de

saúde bucal como parte de uma rotina de cuidados de saúde de pacientes infectados pelo HIV (CAMPO-TRAPERO et al., 2003).

Vale ressaltar que, apesar dos protocolos de atendimento, observando a adoção de medidas precaução-padrão (MPP), do baixo risco de infecção ocupacional pelo HIV, e de medidas eficazes de profilaxia pós-acidente ocupacional, ainda é encontrada resistência por parte de muitos profissionais para o atendimento de pacientes que convivem com HIV, como mostram os estudos de Askarian, Mirzaei e McLaws (2006), Bukar et al. (2008) e Giuliani et al. (2009).

O estudo de Bukar et al. (2008) procurou investigar se há práticas discriminatórias para pacientes de HIV/AIDS entre profissionais de odontologia na Nigéria, qual a receptividade de profissionais da área odontológica e instituições para o tratamento de pessoas com AIDS e que fatores subjacentes podem contribuir para práticas discriminatórias. Participaram do estudo 75 dentistas e os resultados sugerem que um número significativo de profissionais de odontologia na Nigéria relataram atitudes e comportamento perante os pacientes de HIV que são consideradas discriminatórias.

Askarian, Mirzaei e McLaws (2006) estudaram as atitudes, crenças e práticas de controle de infecção associados com atendimentos a pacientes com HIV. Foram investigados 309 dentistas em Fars, no Iran. Dos dentistas que participaram da pesquisa, 77,7% acreditavam que tinham um dever profissional para tratar pacientes HIV-positivos, 61,4%, expressaram algum nível de desconforto sobre o tratamento desses pacientes e 75,1% acreditavam que esses pacientes deveriam ser tratados em uma prática de especialista. Luvas e máscaras não foram sempre usadas pelos dentistas entrevistados, 15,8% não usavam luvas sempre e 9,7% não usavam máscara sempre. 70,2% dos dentistas lavavam suas mãos antes do tratamento e 60,2% após o tratamento. Precauções-padrão elementares não foram implementadas rotineiramente na prática odontológica privada, apesar de níveis elevados de preocupações sobre a transmissão da infecção.

O estudo de Giuliani et al. (2009) avaliou atitudes de 2.112 cirurgiões-dentistas da Itália sobre tratamento odontológico de pacientes infectados pelo HIV. O estudo foi dividido em quatro partes: A primeira seção investigou dados demográficos; a segunda seção, a relação entre o dentista e pessoas infectadas com HIV, para identificar a presença de comportamento discriminatório e entender suas justificativas; e as terceira e quarta seções investigaram o conhecimento científico dos cirurgiões-dentistas de problemas relacionados com o HIV e as precauções normalmente usadas no consultório do dentista para evitar infecções cruzadas. Os resultados sugerem a existência de episódios de discriminação por dentistas para indivíduos

infectados com HIV. Do ponto de vista clínico, esse comportamento discriminatório pode expor os trabalhadores de saúde dentais e seus pacientes de maior risco de infecção cruzada.

No Brasil, Senna, Guimarães e Pordeus (2005) realizaram um estudo entre dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte/MG, para identificar os fatores associados com a sua disponibilidade para tratar pacientes com HIV/AIDS. Os resultados obtidos através de questionário mostraram que o percentual de dentistas dispostos a tratar pacientes com HIV/AIDS foi apenas de 55%. Os resultados do trabalho associam a disposição para o tratamento com a percepção realista do risco ocupacional, com o conhecimento do protocolo pós-exposição ocupacional, com atitudes positivas frente a AIDS e com experiências profissionais anteriores com pacientes que convivem com HIV. Os resultados mostraram ainda que dentistas com história de acidentes ocupacionais com exposição a material potencialmente infectado mostraram-se menos dispostos ao atendimento de pacientes com HIV/AIDS.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as percepções sociais¹ que mulheres gestantes convivendo com HIV/AIDS e cirurgiões-dentistas têm sobre a assistência em saúde bucal a essa população.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as percepções das mulheres gestantes sobre a assistência em saúde bucal no Distrito Federal.
- Relatar as percepções das mulheres gestantes entrevistadas convivendo com HIV sobre a saúde bucal na gestação.
- Descrever as percepções dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento às gestantes convivendo com HIV/AIDS.
- Relatar as avaliações dos cirurgiões-dentistas sobre biossegurança na assistência em saúde bucal.

¹ Segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o termo percepção social significa a percepção dos atributos, características e comportamentos dos próprios colegas ou grupo social.

5 MÉTODO

5.1 ESCOLHA METODOLÓGICA

A natureza social da saúde considera a necessidade do conhecimento aprofundado da população, para que trabalhos de promoção de saúde possam ser realizados. A pesquisa qualitativa contribui para esse entendimento, porque busca, através da antropologia social, o relativismo e a singularidade dos grupos sociais. A doença, entendida como um fenômeno social, mobiliza um conjunto de relações que são objetos de representações e tratamentos específicos em cada cultura. Essas representações estão presentes durante a gestação, onde saúde e doença possuem no contexto social uma realidade diferente da conceituação biológica (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

A partir do objeto de estudo desta pesquisa com as gestantes e objetivos propostos, considerou-se o método misto mais adequado, pois é pertinente para responder ao problema de pesquisa tanto às abordagens qualitativas quanto às quantitativas da pesquisa científica.

O presente estudo foi misto concomitante. A investigação por métodos mistos é uma integração sistemática de métodos qualitativos e quantitativos num único estudo, com o objetivo de obter uma visão mais abrangente e uma compreensão mais profunda do fenômeno em estudo.

O método misto concomitante conjuga elementos qualitativos e quantitativos, possibilitando ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, diante da riqueza oriunda de práticas de cunho qualitativo, e das possibilidades de quantificação de inúmeras variáveis (DAL-FARRA; LOPES, 2013).

A abordagem para a entrevista com as gestantes foi qualitativa, seguindo os pressupostos de um estudo descritivo exploratório, realizado com gestantes com HIV/AIDS, usuárias do SUS, na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, entre quadras 508/509 sul de Brasília/DF.

A abordagem com os cirurgiões-dentistas foi quantitativa, por meio da aplicação de um questionário estruturado enviado via e-mail para profissionais da SES/DF, cujas respostas foram submetidas a uma análise estatística.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas com as gestantes foram realizadas na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, na entrequadras 508/509 sul, que é um serviço de referência para atendimento de pacientes portadores de HIV/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O atendimento odontológico na Unidade Mista faz parte dos cuidados ligados à atenção integral ao paciente convivendo com HIV/AIDS. O atendimento odontológico é realizado prioritariamente no contexto da infectologia, sendo atendidos não só os pacientes com HIV/AIDS, mas também aqueles portadores de Hepatites B e C, Hanseníase e Tuberculose.

Quanto aos procedimentos odontológicos realizados na Unidade Mista, apesar da unidade ser referência para pacientes convivendo com HIV/AIDS, não se diferenciam daqueles realizados em outras unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os questionários para os cirurgiões-dentistas foram encaminhados via e-mail, respondidos no local de melhor conveniência para os profissionais e, posteriormente, devolvidos, na cidade de Brasília/DF.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O número de gestantes com sorologia reagente para HIV atendidas na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul nos anos de 2011 a 2015 está registrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de gestantes com HIV atendidas da Unidade Mista

ANO	Nº DE GESTANTES
2011	30
2012	18
2013	34
2014	56
2015	46

Fonte: registros do controle de pré-natal na Unidade Mista da Regional de Saúde.

Em consonância com os princípios da metodologia qualitativa, foram entrevistadas cinco gestantes convivendo com HIV/AIDS, atendidas na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, no ano de 2015. A escolha das gestantes entrevistadas foi uma amostra por conveniência, e o local das entrevistas foi na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul.

Os critérios de inclusão para as gestantes foram:

- ser maior de 18 anos;
- estar realizando o pré-natal na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul;
- ser portadora de HIV.

Os critérios de exclusão foram:

- ser menor de idade;
- não ser portadora de HIV;
- não concordar livre e espontaneamente em participar da pesquisa.

A Secretaria de Saúde do DF conta atualmente com um quadro de 500 cirurgiões-dentistas, porém somente 466 foram convidados para participar da pesquisa, já que possuíam e-mails cadastrados na Gerência de Odontologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e no Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal.

Baseado em cálculo amostral, pretendeu-se que pelo menos 81 cirurgiões-dentistas respondesse ao questionário, calculando um erro percentual de 10%.

A amostra da pesquisa foi constituída por 143 cirurgiões-dentistas, que devolveram o questionário respondido, o que corresponde a um percentual de 30,68 % do total de e-mails enviados.

Os critérios de inclusão para os cirurgiões-dentistas foram:

- ser cirurgião-dentista do quadro efetivo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal;
- concordar de livre e espontânea vontade em participar da presente pesquisa.

Os critérios de exclusão foram:

- não responder e devolver o questionário via e-mail;
- ser cirurgião-dentista com contrato temporário na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

5.4 INSTRUMENTOS

Para as gestantes, este estudo utilizou uma entrevista semiestruturada, elaborada pelo próprio pesquisador, cujo roteiro (Apêndice C) foi constituído dos seguintes temas:

- Identificação da entrevistada.
- Dados obstétricos.
- Tratamento do HIV e a gestação (pré-natal).
- Histórico de cuidados com a saúde bucal.

- Cuidados na gestação com a saúde bucal.
- Avaliação da atenção à saúde bucal recebida na unidade de saúde.
- Informações adicionais.

Para os cirurgiões-dentistas, foi utilizado como instrumento um questionário estruturado com 26 perguntas, enviado via e-mail a 466 cirurgiões-dentistas, utilizando o programa *survey monkey*².

O questionário utilizado na presente pesquisa é um instrumento validado utilizado por Senna (2000) e adaptado pelo pesquisador deste trabalho e pode ser visualizado no Apêndice G.

O estudo de Senna (2000) pesquisou os fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do SUS de Belo Horizonte/MG, para o atendimento de paciente sabidamente soropositivo para o HIV.

O questionário foi elaborado com seguinte conformação:

- Identificação.
- Formação e perfil profissional.
- Atendimento a gestantes.
- Atitudes frente ao atendimento a pacientes com HIV/AIDS.
- Biossegurança.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A relação de gestantes com HIV atendidas no pré-natal da Unidade Mista de Saúde da Regional Sul foi fornecida pelo setor de enfermagem responsável. Ao realizar o contato com cada gestante a ser entrevistada e após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e o seu consentimento por escrito em participar, foi agendado um encontro na própria Unidade Mista, no horário e data escolhidos pela gestante.

As entrevistas só foram iniciadas após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e concordância de participação com assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram registradas através de gravação, pelo pesquisador, na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Após a transcrição das entrevistas

² Plataforma de pesquisa online <https://pt.surveymonkey.com>.

gravadas, cada entrevistada teve acesso à transcrição, tendo liberdade para alterar, suprimir ou acrescentar informações. A duração média das entrevistas foi de 20 minutos.

Para os cirurgiões-dentistas, os dados foram coletados por meio de um questionário que foi encaminhado por e-mail, no período de maio a junho de 2015. Juntamente com o questionário, os cirurgiões-dentistas receberam um roteiro explicativo sobre os objetivos da pesquisa e o TCLE.

O roteiro de entrevistas para as gestantes e o questionário para os cirurgiões-dentistas foram pré-testados, em um estudo piloto realizado com oito cirurgiões-dentistas e uma gestante, no mês de abril de 2015, para que possíveis falhas de interpretação, de redação, de imprecisão, de inclusão ou de eliminação de perguntas ou quesitos fossem analisadas e corrigidas. Os participantes do estudo piloto não foram incluídos na amostra final.

5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas com as gestantes foram analisadas de acordo com a técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011), associando o conteúdo das entrevistas e o referencial teórico, de acordo com os objetivos propostos.

Essa análise do conteúdo tem como função primordial o desvendar crítico a discursos diversificados. Oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, levando o investigador à atração pelo latente, o aparente, o não dito, o potencial (BARDIN, 2011).

Segundo Deslandes (1994), na análise de conteúdo, opta-se por utilizar unidades de registro variadas (palavras, frases, textos) para decompor o conjunto da mensagem. Além das unidades de registro, devem-se definir as unidades de contexto, para se trabalhar os conteúdos. A partir dos conteúdos, são estabelecidas as categorias e subcategorias para análise.

A partir dos relatos, foi realizado um agrupamento do conteúdo por semelhança, em função de características comuns, que deram origem às categorias e subcategorias.

Segundo Minayo (2014), as categorias construídas *a posteriori*, como no caso desse estudo, ocorrem a partir do ponto de vista dos atores sociais e são classificadas como categorias empíricas.

Segundo Bardin (2011), classificar os elementos em categorias exige a investigação de aspectos de identidade entre esses elementos.

A análise dos dados das entrevistas com as gestantes seguiu o seguinte roteiro:

- realização das entrevistas;
- transcrição na íntegra das entrevistas gravadas;
- leitura flutuante das entrevistas transcritas;
- agrupamento dos relatos por semelhança de conteúdo e/ou sentido (unidades de registro);
- construção das categorias com base no agrupamento preliminar;
- refinamento em subcategorias;
- construção do quadro de categorização;
- extração da frequência das falas.

Foi realizada, então, uma análise das falas ou relatos das gestantes e uma comparação com a literatura científica encontrada a respeito do tema. A análise dos relatos gerou a construção do quadro de categorias e subcategorias, que pode ser visualizado nos Apêndices D, E e F desta dissertação.

Com os relatos foram estabelecidos três eixos para análise: Eixo 1- Convivendo com o HIV e a gestação; Eixo 2 - Convivendo com serviços de assistência à saúde; Eixo 3 - Percebendo a saúde bucal, que se desdobraram em 6 categorias e 31 subcategorias.

Com relação aos cirurgiões-dentistas, foi feita uma análise quantitativa dos dados provenientes dos questionários respondidos. Os dados foram submetidos a uma análise estatística simples que extraiu a frequência absoluta e percentual de cada dado relevante.

Além das análises de frequência, verificou-se se algumas variáveis possuíam associação com outras, ou seja, se o resultado de uma variável esteve associado ao resultado de outra. Como as opções de respostas para as perguntas são atributos, não números, as variáveis são consideradas variáveis qualitativas e teste Qui-Quadrado foi usado para testar a independências entre elas.

Para este estudo, as questões respondidas pelos cirurgiões-dentistas foram comparadas duas a duas. Assim, o primeiro passo foi cruzar as informações de duas variáveis em uma tabela chamada Tabela de Contingência. Nesta, são mostrados os valores observados com a amostra coletada. A Tabela 2 ilustra um exemplo de uma tabela de contingência.

Tabela 2 - Tabela de Contingência

Pergunta 2	Pergunta 1			Total
	Opção 1.1	Opção 1.2	Opção 1.3	
Opção 2.1	O_{11}	O_{12}	O_{13}	Total linha 1
Opção 2.2	O_{21}	O_{22}	O_{23}	Total linha 2
Opção 2.3	O_{31}	O_{32}	O_{33}	Total linha 3
Total	Total coluna 1	Total coluna 2	Total coluna 3	Total geral

Nota: O_{lc} é o valor observado na linha l e coluna c .

Para a realização do Teste Qui-quadrado, deve-se calcular o valor esperado, caso as variáveis sejam independentes. O valor esperado deve ser calculado para cada valor observado e é obtido realizando a multiplicação do total de sua coluna, pelo total de sua linha, dividindo pelo total geral.

Existem determinados pressupostos para utilização do teste Qui-Quadrado que devem ser obedecidos:

- A amostra deve ser relativamente grande.
- As frequências esperadas devem ser maiores ou iguais a 1.
- No máximo, 20% das frequências esperadas devem ser menores que 5.

Se os pressupostos do teste foram obedecidos, foi realizado o teste de hipótese para testar a associação entre as duas variáveis. As hipóteses do teste são:

H_0 : A opinião do dentista sobre a questão X independe da sua resposta na questão Y

H_1 : A opinião do dentista sobre a questão X está associada com a sua resposta na questão Y

Existem dois critérios de decisão para o teste: um é baseado na estatística do teste e o outro, no p-valor.

Após estipuladas as hipóteses, a estatística do teste para o Qui-Quadrado é dado pela seguinte fórmula:

$$Q^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Onde:

O_{ij} = Frequência observada na linha i e coluna j

E_{ij} = Frequência esperada na linha i e coluna j

Para obtenção dos resultados, utilizou-se o p-valor. Este valor é a probabilidade de ocorrer uma observação tão ou mais extrema do que o valor obtido a partir da amostra. Caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula é rejeitada. Para a análise do p-valor, foi admitido o nível de significância de 0,05.

Caso os pressupostos do teste Qui-quadrado não sejam atendidos, deve-se optar por uma destas alternativas:

- aumentar o tamanho da amostra;
- agrupar as categorias para que no máximo 20% dos valores esperados sejam menores que 5;
- utilizar procedimentos computacionais, como o método de Monte Carlo.

Nesta pesquisa, foi utilizada a alternativa do teste de Monte Carlo para analisar a associação entre as variáveis. Esse método computacional consiste em simular diversas vezes a distribuição amostral da estatística do teste Qui-Quadrado, a fim de obter um resultado mais coeso para os casos em que mais de 20% dos valores esperados sejam menores que 5 (MANN, 1999; MIKHAILOV, 1999).

O teste de significância de Monte-Carlo consiste na comparação dos dados observados com as amostras aleatórias geradas em conformidade com a hipótese que está sendo testada. Através de diversas simulações, produz-se uma distribuição de referência, com base em amostras geradas aleatoriamente, que têm o mesmo tamanho da amostra testada, a fim de calcular p-valores nas condições em que os testes não são satisfeitos.

Basicamente, são realizadas extrações de amostras aleatórias de uma população e observa-se o comportamento da estatística sobre as amostras. As extrações de amostras ocorrem n vezes, dependendo do tamanho da incerteza do resultado final e dos intervalos especificados. Uma simulação de Monte Carlo pode ter milhares de repetições até terminar. O método produz distribuições de valores dos resultados possíveis e ajuda na construção de uma análise final e aproximada.

Das 26 questões contidas no questionário, quatro foram consideradas primordiais para a pesquisa. Foi realizada uma análise exploratória dessas questões e testada a associação entre elas. Foram testadas, também, associações entre cada uma das quatro questões e as demais.

As questões consideradas primordiais foram:

- Considera que o seu local de trabalho tem condições de biossegurança para o atendimento a qualquer paciente, independente do estado sorológico para qualquer patologia?

- Todos os dentistas deveriam ser responsáveis por atender a pacientes com HIV. Com relação a esta assertiva, você discorda, concorda ou concorda parcialmente?
- Todos os dentistas têm o direito de decidir atender ou não a pacientes com HIV. Sobre essa assertiva, você discorda, concorda ou concorda parcialmente?
- Você se sente preparado para o atendimento a pacientes com HIV?

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/DF), atendendo aos dispositivos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu aprovação, no dia 23 de março de 2015, CAAE 42238814.6.0000.5553, Parecer nº 994888.

As gestantes convidadas a participar só foram entrevistadas após assinarem o TCLE (Apêndice A), no qual consta a autorização para o registro da entrevista.

O risco a que as gestantes foram submetidas na realização da pesquisa se enquadra na categoria de risco mínimo, pois sua participação foi através de uma entrevista, não se identificando como invasivo à sua privacidade.

Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; a identificação da participante não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas.

As gestantes foram esclarecidas de que a participação ou não na pesquisa não influenciará no atendimento recebido na Unidade Mista de Saúde.

Os cirurgiões-dentistas responderam ao questionário de livre e espontânea vontade de acordo com o TCLE (Apêndice B).

O risco a que os cirurgiões-dentistas foram submetidos na realização da pesquisa se enquadra na categoria de risco mínimo, pois sua participação foi através de um questionário, não se identificando como invasivo à sua privacidade.

Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; a identificação do participante não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas.

6 PRODUTOS

A partir dos dados coletados e analisados, foram produzidos dois artigos:

- 1- Percepção social de dentistas sobre assistência em saúde bucal às gestantes com HIV no Distrito Federal.
- 2- Percepção social de mulheres convivendo com HIV/AIDS sobre assistência em saúde bucal durante a gestação no Distrito Federal.

Os dois artigos, apresentados a seguir, foram redigidos e formatados de acordo com as normas de publicação científicas a que foram submetidos.

As demais estruturas da dissertação foram redigidas segundo normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2011).

6.1 ARTIGO ORIGINAL 1

Percepção social de dentistas sobre assistência em saúde bucal às gestantes com HIV no Distrito Federal

Social perception of dentists on oral health assistance to pregnant women with HIV in Distrito Federal

Título resumido:

Assistência em saúde bucal a gestantes com HIV

RESUMO

OBJETIVOS: Descrever as percepções sociais dos dentistas sobre atendimento a gestantes com HIV e analisar as avaliações dos dentistas sobre biossegurança na assistência em saúde bucal.

MÉTODOS: Estudo transversal, observacional, com participação de 143 dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, utilizando um questionário estruturado com 26 questões, que foram agrupadas contemplando formação e perfil profissional, medidas de biossegurança e percepção de risco profissional e atitudes frente ao atendimento a gestantes com HIV. O teste Qui-Quadrado e o teste de Monte Carlo foram usados para testar as independências entre as questões e para testar associações entre elas.

RESULTADOS: O atendimento a gestantes com HIV foi relatado por 20% dos dentistas. A avaliação de 90% dos dentistas é de que o atendimento a uma gestante com HIV representa para o profissional baixo risco e 60% avaliam que essa paciente pode ser atendida em qualquer unidade de saúde. Grande parte dos dentistas se sente preparado e entende que é seu dever profissional atendimento a pacientes com HIV. As condições de biossegurança foram consideradas adequadas por 45% dos dentistas. A avaliação de adequadas condições de biossegurança foi um fator determinante para a percepção de preparo profissional e disposição de atendimento.

CONCLUSÃO: Os dentistas participantes mostraram disposição para o atendimento de gestantes com HIV, senso de dever profissional e percepção de estarem preparados para esse atendimento. Os resultados mostram que apesar de metade dos dentistas considerarem adequadas condições de biossegurança, aprimoramentos são desejados para toda rede de atendimento odontológico do Distrito Federal.

DESCRITORES: Infecções por HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Odontólogos, Saúde Bucal, Doenças da Boca, Percepção Social, Gravidez.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe the social perceptions of dentists on the service given to pregnant women living with HIV/AIDS and review the evaluations of the dentists about biosafety in oral health care.

METHODS: This is a cross-sectional, observational, analytical study carried out with the participation of 143 dentists of the Federal District's Health Secretariat. A structured questionnaire was used containing 26 questions, which were grouped according to professional profile and graduation, biosafety measures, perception of professional risk, and behaviour towards attending HIV-positive pregnant women. The Chi-square and the Monte Carlo methods were used to test independence between the questions asked and correlation between them.

RESULTS: Service provided to a HIV-pregnant woman was reported by 20% of the dentists. Ninety percent of the dentists evaluated that providing service to HIV-positive pregnant women represents low risk to the professionals, and 60% evaluated that care could be provided to these patients at any healthcare unit. Most of the dentists feel prepared to and understand that it is their professional duty to provide healthcare service to HIV-positive patients. Biosecurity conditions were considered appropriate for 45% of dentists. The appropriate biosafety conditions assessment was a determining factor in the perception of professional preparation and provision of care.

CONCLUSION: The participating dentists showed a tendency to attend HIV-positive pregnant women, a sense of professional duty, and a perception of being prepared for this service. The results show that although half of dentists considers appropriate biosafety conditions improvements are desired for the whole network of dental care in the Federal District.

DESCRIPTORS: HIV Infections, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Dentists, Oral Health, Mouth Diseases, Social Perception, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

O acesso da população brasileira a serviços de saúde bucal ainda é um desafio a ser superado para que o princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde seja alcançado. Para as gestantes que convivem com HIV, esse acesso é ainda mais difícil.

A taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto no Distrito Federal (DF) é de 0,33%. Considerando essa taxa de prevalência, são estimadas cerca de 100 gestantes HIV+/ano diagnosticadas na rede pública de saúde do DF.¹⁶

Profissionais de saúde devem incorporar, no pré-natal, orientações que ressaltem a importância da saúde bucal, pois há desconhecimento das gestantes quanto as alterações que ocorrem na boca durante a gravidez^{7,10,12,28}, especialmente se essa gestante conviver com o HIV.

A gestação pode alterar a condição de imunidade da paciente pela supressão da resposta celular imune e um decréscimo na contagem de linfócitos. As consequências da menor imunidade podem ser observadas na cavidade bucal, em especial nos tecidos periodontais e mucosa oral.¹⁹

A relação entre doença periodontal, parto prematuro e baixo risco ao nascer é apontada por vários estudos, que assinalam evidências científicas suficientes para considerar essa correlação positiva, graças à liberação de ocitocinas que ocorre pelo tecido periodontal alterado.^{2,7,11,20,30}

Se a condição de gestante já é um fator de queda de imunidade, quando associado à presença do HIV, a paciente tem um somatório de fatores que a tornam ainda mais suscetível ao aparecimento de infecções e manifestações bucais próprias de imunossupressão.

Apesar dessa vulnerabilidade e da relevância do tema, na revisão da literatura para construção desse artigo, foram encontrados poucos artigos associando a gestação, presença do HIV e condições de saúde bucal.

A contagem de linfócitos CD4 e a carga viral são dois importantes parâmetros laboratoriais para mensurar o risco do aparecimento de lesões bucais nos pacientes infectados pelo HIV. O risco é diretamente proporcional à carga viral e inversamente proporcional à contagem de linfócitos CD4.^{14,18,21,22,23}

A ocorrência de lesões bucais associadas ao HIV pode sugerir a presença da infecção pelo vírus ou indicar uma piora na condição de saúde da gestante, sendo considerados marcadores clínicos importantes. Deste modo, é necessário que o

profissional de odontologia esteja preparado para um adequado atendimento aos pacientes infectados pelo HIV e para ter uma atuação em equipe multiprofissional.^{14,18,19}

Entretanto, pouca preparação e práticas discriminatórias por parte de profissionais de odontologia têm sido relatadas durante o atendimento a pacientes com HIV⁵. Atitudes de dentistas durante tratamento odontológico de pacientes infectados pelo HIV, identificando comportamentos discriminatórios, conhecimento científico e controle de infecção cruzada, foram pesquisadas em diversos estudos.^{3,5,15}

Os resultados confirmam a existência de episódios de discriminação por dentistas para indivíduos infectados com HIV. Do ponto de vista clínico, este comportamento discriminatório pode expor os trabalhadores de saúde bucal e seus pacientes de maior risco de infecção cruzada.^{5,15}

No Brasil, Senna et al.²⁴ (2005) realizaram um estudo entre dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte/MG, para identificar os fatores associados com a sua disponibilidade para tratar pacientes com HIV. Os resultados obtidos por meio de questionário mostraram que o percentual de dentistas dispostos a tratar pacientes com HIV foi de apenas 55%. Os resultados do trabalho associam a disposição para o tratamento com a percepção realista do risco ocupacional, com o conhecimento do protocolo pós-exposição ocupacional, com atitudes positivas frente a AIDS e com experiências profissionais anteriores com pacientes que convivem com HIV, gestantes ou não. Porém, os resultados mostraram que dentistas com história de acidentes ocupacionais com exposição a material potencialmente infectado mostraram-se menos dispostos ao atendimento de pacientes com HIV.

O conhecimento e atitudes de dentistas para controle de infecção cruzada no ambiente de trabalho indicam a necessidade da percepção dos riscos ocupacionais, a adoção de medidas precaução-padrão e adoção de medidas pós-exposição ocupacional em caso de acidentes. Vários estudos foram realizados a respeito.^{1,4,6,8,9,13,17,26,27,29}

Diante da relevância do tema, a presente pesquisa foi realizada tendo como objetivos:

- Descrever as percepções sociais dos dentistas sobre o atendimento de gestantes convivendo com HIV.
- Analisar as avaliações dos dentistas sobre biossegurança na assistência em saúde bucal.

MÉTODO

Estudo transversal, observacional, analítico, com a participação de dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que conta atualmente com um quadro de 500 profissionais.

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com 26 perguntas, enviado via e-mail a 466 dentistas, utilizando a plataforma *survey monkey*., cujos e-mails foram fornecidos pela Gerência de Odontologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Foram excluídos da pesquisa os dentistas que não possuíam e-mail em lista fornecida pela Gerência de Odontologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

O questionário foi estruturado com a seguinte conformação:

- Identificação.
- Formação e perfil profissional.
- Medidas de biossegurança e percepção de risco profissional.
- Atitudes frente ao atendimento a pacientes com HIV, especialmente gestantes.

O questionário utilizado foi baseado em um instrumento validado utilizado por Senna²⁵ (2000) e adaptado pelo pesquisador deste trabalho.

Foi realizado um estudo piloto com 8 dentistas para que possíveis falhas de interpretação, de redação, de imprecisão, de inclusão ou de eliminação de perguntas ou quesitos fossem analisadas e corrigidas.

Foi feita uma análise quantitativa dos dados provenientes dos questionários respondidos pelos dentistas. Os dados foram submetidos inicialmente a uma análise estatística simples, que extraiu a frequência percentual e absoluta de cada dado relevante.

Além das análises de frequência, verificou-se se algumas variáveis possuíam associação com outras, ou seja, se o resultado de uma variável esteve associado ao resultado de outra. Como as opções de respostas para as perguntas são atributos, não números, as variáveis são consideradas variáveis qualitativas e teste Qui-Quadrado foi usado para testar a independências entre elas.

Existem dois critérios de decisão para o teste: um é baseado na estatística do teste e o outro, no p-valor.

Para obtenção dos resultados utilizou-se o p-valor. Este valor é a probabilidade de ocorrer uma observação tão ou mais extrema do que o valor obtido a partir da

amostra. Caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula é rejeitada. Para a análise do p-valor, foi admitido o nível de significância de 0,05.

Caso os pressupostos do teste Qui-quadrado não fossem atendidos, optou-se por utilizar o método de Monte Carlo para analisar a associação entre as variáveis, para obter um resultado mais preciso.

Das 26 questões contidas no questionário, 4 foram consideradas primordiais para a pesquisa. Foi realizada uma análise exploratória dessas questões e testada a associação entre elas. Foram testadas também associações entre cada uma das 4 questões e as demais.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, recebendo sua aprovação em 23/03/2015, CAAE 42238814.6.0000.5553, elaborado conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Durante um período aproximado de 40 dias, foram respondidos pela plataforma *survey monkey* 143 questionários (30,68%), sendo que 2 cirurgiões-dentistas que devolveram o questionário não preencheram nenhuma questão, e ambos foram desconsiderados na análise.

A maioria dos dentistas foi do sexo feminino (74%), ingressou na rede pública de assistência odontológica do Distrito Federal nos últimos 10 anos (59%), possui curso de especialização (90%) e trabalha em Unidades Básicas de Saúde (59%).

A análise exploratória das 4 questões primordiais apresentou os resultados descritos a seguir:

Considera que o seu local de trabalho tem condições de biossegurança para o atendimento a qualquer paciente, independente do estado sorológico para qualquer patologia?

Tabela 1 - Biossegurança para o atendimento no local de trabalho.

Biossegurança no local de trabalho	Frequência	Proporção
Sim	64	45,39%
Não	63	44,68%
Não informado	8	5,67%
Não sei	6	4,26%
Total	141	100,00%

A proporção entre os dentistas que avaliaram seu local de trabalho como tendo boas condições de biossegurança foi a mesma dos que avaliaram negativamente, 45 % para ambas. Chama a atenção o fato de 4% dos dentistas não saberem quais as condições de biossegurança em seu local de trabalho.

As principais falhas na biossegurança nas unidades de saúde foram apontadas como sendo: Falta de protocolo de atendimento (29%), falta de capacitação da equipe de saúde bucal (27%), equipamento de proteção individual insuficiente (21%), esterilização inadequada (13%), outros (9%).

Apesar de 45% dos respondentes informarem que não consideram seus locais de trabalho com adequadas condições de biossegurança, quando perguntados se adotam medidas precaução-padrão (MPP) em sua rotina de trabalho 93% responderam que adotam MPP em sua rotina.

A segunda questão primordial foi: todos os dentistas deveriam ser responsáveis por atender a pacientes com HIV. Com relação a esta assertiva, você discorda, concorda ou concorda parcialmente?

Tabela 2 - Responsabilidade de atender a pacientes com HIV/AIDS.

Responsáveis por atender	Frequência	Proporção
Concorda	100	70,92%
Concorda parcialmente	27	19,15%
Discorda	10	7,09%
Não informado	4	2,84%
Total	141	100,00%

Apesar de 45% dos dentistas considerarem que no seu local de trabalho não há biossegurança para o atendimento de qualquer paciente, 90% concorda, ao menos parcialmente, que todos os dentistas são responsáveis (com dever profissional) por atender a pacientes com HIV.

A terceira questão primordial foi: Todos os dentistas têm o direito de decidir atender ou não a pacientes com HIV. Sobre essa assertiva, você discorda, concorda ou concorda parcialmente?

Tabela 3 - Decidir atender a pacientes com HIV/AIDS.

Direito de decidir atender	Frequência	Proporção
Discorda	69	48,94%
Concorda parcialmente	41	29,08%
Concorda	27	19,15%
Não informado	4	2,84%
Total	141	100,00%

Houve uma mesma proporção entre as respostas dos dentistas que discordam desse direito de decisão (49%) e os que concordam ao menos parcialmente com esse direito (48%).

A quarta questão primordial foi: Você se sente preparado para o atendimento a pacientes com HIV?

Tabela 4 - Preparo para o atendimento a pacientes com HIV/AIDS.

Preparado para o atendimento	Frequência	Proporção
Sim	86	60,99%
Tenho dúvidas	40	28,37%
Não	11	7,80%
Não informado	4	2,84%
Total	141	100,00%

A maioria dos dentistas (61 %) se sente preparada para esse atendimento, mas chama a atenção o grande percentual de dentistas que tem dúvidas a esse respeito (28%).

As situações que foram assinaladas como de maior dificuldade para o atendimento de um paciente com HIV foram: tosse persistente (29%), coinfeções (26%) e lesões bucais (20%).

Dos dentistas respondentes da questão sobre já terem experiência em atender pacientes com HIV, 75 % responderam afirmativamente. Quando perguntados se já realizaram atendimento odontológico a uma gestante com HIV, 20% dos participantes da pesquisa responderam que sim, e 29% não souberam dizer se as gestantes atendidas tinham ou não HIV.

A respeito da assistência odontológica às gestantes com HIV, com o profissional usando adequadamente equipamento de proteção individual, 90% dos respondentes consideram o risco para o profissional nulo (32%) ou baixo (58%).

Ainda a respeito desse atendimento, 70% dos respondentes consideram que a assistência odontológica a uma gestante com HIV não representa risco à saúde da mãe ou do bebê.

Sobre o local de atendimento a uma gestante com HIV, 76% entendem que não há necessidade de consultório com equipamentos especiais e 60% concorda que esse atendimento poderia ser feito em qualquer unidade da Secretaria de Saúde do DF, sendo que apenas 12 % discordam e 28% concordam parcialmente.

O estudo investigou ainda a associação entre as respostas das 4 questões consideradas primordiais, referentes à pacientes com HIV e citadas anteriormente, de forma simultânea, realizando uma análise que agrega as informações dessas questões.

A tabela 5 informa todas as associações testadas. A tabela contém qual foi a associação, o p-valor e o resultado do teste.

Tabela 5– Resultados dos testes de Qui-Quadrado.

Associações testadas	Estatística do teste	P-valor	Resultado do teste
Biossegurança no local de trabalho vs Preparado para o atendimento*	12,9018	0,0145	Evidências de que há associação
Biossegurança no local de trabalho vs Direito de decidir atender*	8,2486	0,084	Evidências de que não há associação
Biossegurança no local de trabalho vs Responsáveis por atender*	9,3284	0,0515	Evidências de que não há associação
Preparado para o atendimento vs Direito de decidir atender	10,9800	0,0268	Evidências de que há associação
Preparado para o atendimento vs Responsáveis por atender*	58,4146	0,0005	Evidências de que há associação
Direito de decidir atender vs Responsáveis por atender	39,9187	<0,0001	Evidências de que há associação

*Utilização da técnica de Monte Carlo

A variável “Preparo para o atendimento” esteve associada com todas as três perguntas consideradas primordiais. As variáveis “Responsáveis por atender” e “Direito de decidir atender” só não estão associadas com a “Biossegurança no local de trabalho”.

A associação das 4 questões mostra que 32 dentistas (23%) responderam que o seu local de trabalho está em condições de biossegurança para atender os pacientes com qualquer patologia, concordam que eles são responsáveis por atender pacientes com HIV (estando gestante ou não), discordam que o dentista tem o direito de decidir atender esses pacientes e se sentem preparados esse atendimento.

O mesmo número de 32 dentistas (23%) se sente preparados para atender a pacientes com HIV mesmo considerando que o seu local de trabalho não possui condições de biossegurança para atendimento.

Apenas 11 dentistas responderam não se sentirem preparados para o atendimento a pacientes com HIV. Destes, 10 cirurgiões-dentistas (90%) são profissionais que avaliam não possuírem biossegurança no trabalho para esse tipo de atendimento, ou seja, apenas 1 pessoa respondeu ter condições de biossegurança no local de trabalho e não se sentir preparado.

DISCUSSÃO

Foram encontrados poucos trabalhos na literatura científica associando a gestação, saúde bucal e o convívio com o HIV. Os trabalhos encontrados tratam de lesões bucais em pacientes com HIV, de episódios de discriminação por parte de profissionais, conhecimento de protocolos de biossegurança, mas sem especificar a condição de gestante.

Em comparação com outros trabalhos que utilizaram questionários com dentistas, a taxa de resposta nessa pesquisa foi inferior ao trabalho de Crossley⁸ (46%) e Senna et al.²⁴ (41%), mas superior ao de Giuliani et al.¹⁵ (26%).

Uma das limitações do presente trabalho esteve relacionada à taxa de respostas, podendo haver um viés relacionado aos não respondentes. Por isso, não se pode generalizar que os resultados refletem a opinião dos cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, uma vez que os dentistas que aceitaram participar parecem ter uma maior disposição e um maior senso de dever profissional para o atendimento a esses pacientes.

A avaliação de boas condições de biossegurança influenciou a percepção de preparo profissional para atendimento a pacientes com HIV (ver tabela 5, p valor=

0,0145). Nessa pesquisa, 90% dos dentistas que afirmaram não se sentirem preparados para esse atendimento, relataram também não possuírem boas condições de biossegurança em seus locais de trabalho.

No trabalho de Senna et al.²⁴, a disposição para atendimento esteve diretamente ligada a questões de biossegurança como percepção correta do risco ocupacional e conhecer o protocolo pós-exposição ocupacional. Esses resultados são também coincidentes como os trabalhos de Shaghaghian et al.²⁶, Al Khatib et al.¹, Vitale et al.²⁹, Crossley^{8,9}, em que o conhecimento, atitudes e práticas para profilaxia pós-exposição estiveram relacionados ao nível de instrução.

Sobre o conhecimento do protocolo pós-exposição dos respondentes desta pesquisa 62% afirmaram que conheciam o protocolo. Trabalhos como os de Leavy et al.¹⁷, Garcia & Blank¹³ e Chen et al.⁶ mostram falhas entre os profissionais quanto ao conhecimento desses procedimentos.

Um dado contraditório e que merece maior investigação foi encontrado quando 93% dos respondentes afirmam que adotam medidas precaução-padrão, ao mesmo tempo em que apenas 45% consideram seus locais de trabalho com boas condições de biossegurança.

A disposição para o atendimento a pacientes com HIV esteve ligada à concordância com a responsabilidade ou dever profissional do dentista em atender a esses pacientes. Responderam que concordam que é responsabilidade do dentista atender a um paciente com HIV 100 dentistas (71%) e 27 dentistas (19%) concordam pelo menos parcialmente com essa afirmação, totalizando 90% de taxa de concordância.

Esses dados são superiores aos encontrados no trabalho de Askarian et al.³ - no qual 77,7% dos dentistas acreditavam que tinham um dever profissional de atender a pacientes com HIV -, no trabalho de Crossley⁸ - no qual apenas 45% dos dentistas aceitariam um paciente com HIV sem hesitar - e no trabalho de Senna et al.²⁴ - no qual a disposição dos dentistas para o atendimento foi de 55%.

As respostas sobre a responsabilidade ou o senso de dever profissional para o atendimento estão associadas à percepção de preparo para esse atendimento e à condições de biossegurança (ver tabela 5, p valor= 0,0005).

Dos profissionais participantes, 20% já realizou atendimento a uma gestante com HIV. O percentual encontrado na pesquisa de dentistas que declararam já terem atendido a um paciente com HIV (75%) é superior ao encontrado por Crossley⁸, em que 46% dos pesquisados já haviam atendido a um paciente com HIV, e por Giuliani et al.¹⁵

As avaliações dos dentistas mostram que segundo os respondentes para o atendimento de uma gestante com HIV não há necessidade de equipamentos especiais (76%) e que esse atendimento pode ser feito em qualquer unidade de saúde (60%), sendo nulo ou baixo o risco de infecção para o profissional e que não há risco para a saúde da gestante ou do bebê (70%).

O trabalho de Crooley⁹ teve como resultado que percepção de cirurgiões-dentistas sobre o risco de contaminação para pacientes com HIV é um risco aumentado. Os resultados encontrados por Askarian et al.³ diferem à medida que 75% acreditavam que pacientes com HIV deveriam ser atendidos em clínicas específicas para esses pacientes.

O direito de decidir não atender a um paciente com HIV foi concordante com 27 dentistas (20%) e com concordância parcial de 41 (30%). Embora a pesquisa não tenha explorado os motivos para a resposta, entende-se que seria interessante uma análise qualitativa sobre os motivos que os profissionais julgam como seu direito o não atendimento a um paciente com HIV.

No trabalho de Giuliani et al.¹⁵, a recusa ao atendimento a um paciente com HIV correspondeu a 4,5% dos entrevistados e esteve ligada ao direito que o profissional entendia possuir para recusar esse atendimento e ao medo de atendimento a esses pacientes.

De maneira geral os dentistas participantes desta pesquisa mostraram disposição para o atendimento de gestantes que convivem com HIV, senso de responsabilidade pelo seu atendimento e percepção de estarem preparados para esse atendimento.

Os resultados indicam a necessidade, por parte dos gestores, de adequação de condições de biossegurança para que todas as unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal estejam em condições de atendimento a gestantes com HIV ou a qualquer outro paciente independente de sua condição imunológica. Desde que condições adequadas de biossegurança sejam respeitadas, é desnecessária uma clínica específica para atendimento a pacientes com HIV.

A falta de protocolo de atendimento e a falta de capacitação profissional, as duas variáveis mais indicadas como falhas de biossegurança indicam a necessidade de ações de educação permanente. A educação permanente para profissionais da saúde bucal pode contribuir para quebrar as resistências ainda existentes ao atendimento de pacientes com HIV e permitir o acesso e tratamento odontológico desses pacientes em qualquer unidade de saúde do Distrito Federal.

A relação entre educação profissional como forma de diminuir práticas discriminatórias está descrita em trabalhos como os de Shaghaghian et al²⁶, Vázquez-Mayoral et al²⁷ e Vitale et al²⁹.

Com base na análise dos resultados, as conclusões poderão contribuir para a reflexão sobre a qualidade da assistência à saúde bucal na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e beneficiar a instituição e os profissionais de saúde bucal em suas atividades assistenciais, assim como alcançar a melhoria da Saúde Bucal para pessoas convivendo com HIV, em especial as gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Al-Khatib IA, Ishtayeh M, Barghouty H, Akkawi B. Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. *East Mediterr Health J.* 2006;12(1-2):153-60.
2. Arteaga-Guerra JJ, Cerón-Souza V, Mafla AC. Dynamic among periodontal disease, stress, and adverse pregnancy outcomes. *Rev Salud Pública.* 2010;12(2):276-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000200011>
3. Askarian M, Mirzaei K, Mc Laws ML. Attitudes, beliefs, and infection control practices of Iranian dentists associated with HIV-positive patients. *Am J Infect Control.* 2006;34(8):530-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2006.03.006>
4. Bârlean L, Danila I, Balcos C, Saveanu I, Balan AI. Preventive attitudes towards infection transmission in dental offices in North-East Romania. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2012;116(4):1209-12.
5. Bukar A, Gofwen R, Adeleke AO, Taiwo OO, Danfillo IS, Jalo PH. Discriminatory attitudes towards patients with HIV/AIDS by dental professionals in Nigeria. *Odontostomatol Trop.* 2008;31(122):34-40. PMID:19007095
6. Chen MY, Fox EF, Rogers CA. Post-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus: knowledge and experience of junior doctors. *Sex Transm Infect.* 2001;77(6):444-5. DOI: 10.1136/sti.77.6.444
7. Correia SMB, Silveira JLGC. Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes. *Pesqui. bras OdontopediatriaClín.integr.* 2012;11(3):347-55. DOI: 0.4034/PBOCI.2011.113.07
8. Crossley ML. An investigation of dentists' knowledge, attitudes and practices towards HIV+ and patients with other blood-borne viruses in south cheshire, UK. *British Dental Journal.* 2004;196:749-54. DOI: 10.1038/sj.bdj.4811382
9. Crossley ML. A qualitative exploration of dental practitioners' knowledge, attitudes and practices towards HIV+ and patients with other 'high risk' groups. *British Dental Journal.* 2004;197:21-6. DOI: 10.1038/sj.bdj.4811412

10. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto - enferm.* 2004;13(3):360-8. DOI: 10.1590/S0104-07072004000300004
11. Flores J, Oteo A, Mateos L, Bascones A. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* 2004;16(2):93-105.
12. Garbero I, Delgado AM, Cárdenas ILB. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta odontol. Venez.* 2005;43(2):135-40.
13. Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Rev. Saúde Pública.* 2008;42(2):279-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200013>
14. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mendoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB, et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(6):1307-1315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600013>
15. Giuliani M, Lajolo C, Sartorio A, Lacaita MG, Capodiferro S, et al. Attitudes and practices of dentists treating patients infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Med Sci Monit.* 2009;15(6):PH49-56. ID: 869661.
16. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS.* Brasília, DF, 2013. Ano 5, n° 1,
17. Leavy P, Templeton A, Young L, McDonnell C. Reporting of occupational exposures to blood and body fluids in the primary dental care setting in Scotland: an evaluation of current practice and attitudes. *British Dental Journal.* 2014;217(E7). DOI: 10.1038/sj.bdj.2014.734
18. Mattos SM, Santos VR, Ferreira EF. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes hivpositivos da unidade de referência especializada em doenças infecciosas e parasitárias especiais-ure-dipe (Belém-Pará). *Rev. bras. patol. oral.* 2004;3 (1):7-16.
19. Milagres A, Dias EP, Tavares D, Cavalcante RM, Dantas VA Oliveira SP, et al. Prevalence of oral hairy leukoplakia and epithelial infection by Epstein-Barr virus in pregnant women and diabetes mellitus patients-cytopathologic and molecular study. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2007;102(2):159-64. DOI: 10.1590/S0074-02762007005000017
20. Novák T, Radnai M, Gorzó I, Urbán E, Orvos H, Eller J, et al. Prevention of preterm delivery with periodontal treatment. *Fetal Diagn Ther.* 2009;25(2):230-3. DOI: 10.1159/000221378
21. Pattrapornnan P, Derouen TA. Associations of periodontitis and oral manifestations with CD4 counts in human immunodeficiency virus-pregnant women in Thailand. *Oral*

Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(3):306-12. DOI: 10.1016/j.oooo.2013.04.016

22. Petruzzi MNMR, Salum FG, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Epidemiological characteristics and HIV-related oral lesions observed in patients from a Southern Brazilian city. *Rev. odonto ciênc.* 2012;27(2):115-20. DOI: 10.1590/S1980-65232012000200004

23. Petruzzi MNMR, Cherubini K, Salum FG, Figueiredo MAZ. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(1):52-9. DOI: 10.1590/S0034-89102013000100008

24. 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. Saúde Pública.* 2005;21(1):217-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100024>

25. Senna MIB. *Atendimento odontológico para portadores de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: o que os olhos não vêem, o coração não sente* [Dissertação] Belo Horizonte (MG); Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

26. Shaghaghian S, Pardis S, Mansoori Z. Knowledge, attitude and practice of dentists towards prophylaxis after exposure to blood and body fluids. *Int J Occup Environ Med.* 2014;5(3):146-54.

27. Vázquez-Mayoral EE, Sanchez-Pérez L, Olguin-Barreto Y, Acosta-Gio AE. Dental school deans' and dentists' perceptions of infection control and HIV/AIDS patient care: a challenge for dental education in Mexico. *AIDS Patient Care.* 2009;23(7):557-62. DOI: 10.1089/apc.2008.0117

28. Venancio EQ, Paula EMQV, Imada SR, Reis CB. A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. *Ciênc. cuid. saúde.* 2011;10(4):812-9. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v10i4.18327.

29. Vitale F, DI Benedetto MA, Casuccio A, Firenze A, Calandra G, Ballarò F, et al. The influence of professional degree on the knowledge of HIV, HBV and HCV infections in dentistry practice. *Ann Ig.* 2005;17(3):185-96.

30. Ye C, Katagiri S, Miyasaka N, Bharti P, Kobayashi H, Takeuchi Y, et al. The anti-phospholipid antibody-dependent and independent effects of periodontopathic bacteria on threatened preterm labor and preterm birth. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(1):65-72. DOI: 10.1007/s00404-013-2741-z

6.2 ARTIGO ORIGINAL 2

Percepção social de gestantes convivendo com HIV/AIDS sobre assistência em saúde bucal recebida em serviço público do Distrito Federal

Social perception of pregnant women living with HIV/AIDS on assistance in oral health received in public service of the Federal District

Título resumido:

Saúde bucal em gestantes convivendo com HIV.

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar e descrever a percepção social de gestantes convivendo com HIV/AIDS sobre assistência em saúde bucal recebida em serviço público do Distrito Federal.

MÉTODO: Estudo descritivo, exploratório, com delineamento qualitativo, com participação de 5 gestantes que convivem com o HIV que realizaram pré-natal na Unidade Mista de Saúde da Asa Sul da SES/DF. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, que foram analisadas pela técnica de análise do conteúdo de Bardin, agrupando os conteúdos semelhantes dos relatos em 3 eixos para análise: Eixo 1- convivendo com o HIV e a gestação. Eixo 2 – convivendo com serviços de assistência à saúde. Eixo 3 - percebendo a saúde bucal. Esses eixos ainda se desdobraram em 6 categorias e 31 subcategorias de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os relatos das gestantes mostraram, no eixo 1, o receio do preconceito e discriminação, seja social, profissional ou familiar. No eixo 2 elas enfatizaram o acolhimento e humanização recebidos na Unidade, mas ressaltam que em outras unidades de saúde ainda há episódios de preconceito e discriminação. O convívio social, o medo da descoberta de sua condição de portadora do HIV e de ser rejeitada ou julgada, também foi motivo de preocupação. As principais observações negativas quanto aos serviços de saúde bucal foram relacionadas à demora do acesso e aos poucos serviços oferecidos. O eixo 3 mostrou que o tratamento do HIV e os cuidados para evitar a transmissão vertical foram prioritários em relação à percepção da importância da saúde bucal.

CONCLUSÃO: O preparo e disposição para o atendimento às gestantes com HIV com acolhimento e humanização devem ser objetivos constantes dos profissionais de saúde bucal.

DESCRITORES: Infecções por HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Saúde Bucal, Percepção Social, Gestantes, Gravidez.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify and describe the social perception of pregnant women living with HIV/AIDS on oral healthcare assistance received at the public service of the Federal District.

METHODS: This is an explanatory descriptive research, which comprises a qualitative outline with the participation of 5 pregnant women living with HIV who have had their prenatal care at the SES/Federal District's South Wing Health Mixed Unit (Unidade Mista de Saúde da Asa Sul da SES/DF). Semi-structured interviews were carried out and analysed by using Bardin's content analysis method, by clustering similar contents of the reports into 3 themes for analysis: Theme 1 – living with HIV and pregnancy; Theme 2 – living with healthcare services; Theme 3 – perception of oral health. These themes were then unfolded into 6 groups and 31 subgroups.

RESULTS AND DISCUSSION: Reports by the pregnant women interviewed showed hesitation with regard to prejudice and discrimination in Theme 1, whether it be social, professional or family discrimination. In Theme 2, they emphasised the receptiveness and humanisation provided by the Health Care Unit they attended. However, they pointed out that in other healthcare units there were still cases of prejudice and discrimination. Social interaction, fear of being found out about their condition as HIV-positive women and fear of being either rejected or judged were also a reason for preoccupation. The main negative observations regarding oral healthcare services were related to delay in access and few offered services. Theme 3 showed that HIV treatment and care taken to avoid vertical transmission were priority with regard to the perception of the importance of oral health.

CONCLUSION: Preparation and will to care for HIV-pregnant women involving receptiveness and humanisation should be constant objectives of oral health practitioners.

KEYWORDS: HIV infections, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Oral Health, Social Perception, Pregnant women, Pregnancy.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos. Em 2005, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, passando para 2,6 em 2014, indicando um aumento de 30,0% de casos.¹

Segundo a Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais do Distrito Federal, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto em maternidades públicas no Distrito Federal é 0,33%. Considerando essa taxa de prevalência, são estimados cerca de 100 gestantes HIV+/ano diagnosticados na rede pública de saúde do DF.²

Para as mulheres gestantes convivendo com o HIV a preocupação é com sua própria saúde e a prevenção de transmissão materno fetal (transmissão vertical) ou pós-parto. A transmissão pela amamentação é influenciada por fatores genéticos e imunológicos, embora o mecanismo exato de transmissão por meio do leite materno ainda não seja totalmente compreendido. A impossibilidade de amamentação pode gerar em muitos casos sentimento de frustração na gestante.^{3,4,5}

O forte sentido da maternidade como forma de dar sentido à vida foi relatado como uma das causas do desejo de ficar grávida para pacientes que convivem com HIV, mesmo ciente do risco de transmissão vertical.^{3,4,6,7,8,9,10}

A própria maternidade é tida como inspiração para que as gestantes soropositivas se mantenham fortes e não se entreguem à AIDS. A presença do HIV não tem necessariamente um impacto negativo sobre a maternidade. As gestantes fazem de tudo para que o bebê seja soronegativo e para que elas se mantenham saudáveis para poder cuidar deles.^{3,4}

Por outro lado, a gestação em uma mulher com HIV pode gerar conflitos que mostram ainda mais incertezas e inseguranças com relação ao bebê, evidenciando a necessidade de uma adequada comunicação profissional/paciente. Os profissionais de saúde mostram muitas vezes um distanciamento e um cunho tecnicista e autoritário, centrado em ações prescritivas e normativas.^{11,12}

Os níveis de ansiedade relacionados ao estigma, a preocupação com os julgamentos de amigos e familiares tem sido relatados por mulheres gestantes que convivem com o HIV. Esses níveis de ansiedade diminuem diretamente proporcional ao apoio que recebem especialmente de seus familiares.^{3,13}

Os profissionais de saúde exercem importante papel de orientação às mulheres que convivem com HIV e desejam ficarem grávidas, no sentido de atuar como educadores e

orientadores a respeito das condições ideais de como conduzir a gestação em presença do HIV, e de se evitarem comportamentos de risco que poderiam ocasionar aquisição de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.^{7,12,14}

A gestação é um período na vida das mulheres favorável à incorporação de comportamentos e atitudes de promoção de saúde e conseqüentemente também de saúde bucal, mas há desconhecimento quanto às alterações que ocorrem na boca durante a gravidez. O pouco contato das gestantes com profissionais da área pode aumentar as inseguranças da gestante quanto aos seus cuidados e quanto aos cuidados do bebê.^{15,16}

As gestantes durante o pré-natal não têm sido orientadas sobre os cuidados com a própria saúde bucal, nem sobre a necessidade de procurar o tratamento odontológico neste período e muito menos a respeito da saúde bucal de bebês. O pré-natal que vem sendo realizado na prática parece excluir a saúde bucal das gestantes.^{15,16,17,18}

A baixa percepção das gestantes sobre suas necessidades em saúde bucal pode estar relacionada ao fato da gestante estar focada na gestação em si e priorizar a atenção ou cuidados relacionados ao bebê, associada ao medo e a insegurança do atendimento odontológico nesse período.^{19,20}

As representações das gestantes pautadas em mitos e crenças arraigados e transmitidos de gerações a gerações influenciam na incorporação de hábitos e temores sobre atenção odontológica. O mito de que o tratamento dentário possa prejudicar o feto, de que o uso de anestésicos é contra indicado na gestação, bem como o risco pelo uso de radiografias, de realização de exodontias está presente em grande parte das gestantes.^{15,19,20}

O fato de a gestante ser portadora de HIV incorpora a essa mulher outras representações que estão ligadas à discriminação e ao preconceito quanto ao atendimento de pacientes portadores de HIV/AIDS.

Entre as crenças sobre a saúde bucal na gravidez, destaca-se a percepção que grande número de gestantes tem de que a gravidez faz aumentar o número de lesões de cárie e a perda dental.¹⁷

Apesar de não haver uma relação direta entre gestação e cárie dental, a alteração de hábitos alimentares durante a gravidez, com maior ingestão de alimentos açucarados e em uma maior frequência, pode favorecer o aumento de lesões de cárie durante o período gestacional.^{11,16,18}

O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) nas gestantes foi considerado alto, assim como o risco a carie que foi considerado alto ou moderado.^{11,18,21,22}

Alterações hormonais ocorrem durante a gravidez podendo ter reflexos também sobre a saúde bucal. O aumento da secreção de estrogênios durante a gestação pode ter como consequência uma gengiva mais suscetível a processos inflamatórios devido ao aumento de vascularização local.^{18,23}

A condição periodontal das gestantes, pesquisada em vários estudos, mostra uma situação periodontal com presença de gengivite em percentuais que variam de 36 a 62 % e um alto índice de biofilme dental, indicando a necessidade de que ações voltadas à educação e prevenção sejam adotadas com mais ênfase. Em gestantes que convivem com HIV essa situação não é diferente.^{18,21,22,24}

A relação entre doença periodontal e parto prematuro e baixo risco ao nascer é descrita por alguns estudos, como os estudos que apontam evidências científicas para considerar essa correlação. A correlação é apontada pela liberação de ocitocinas que ocorre pelo tecido periodontal alterado.^{25,26,27,28,29,30}

A gestação pode alterar a condição de imunidade da paciente pela supressão da resposta celular imune e um decréscimo na contagem de linfócitos.³¹

Se a própria condição de gestante já é um fator de queda de imunidade, quando associado à presença do HIV, a paciente tem um somatório de fatores que a tornam mais suscetível ao aparecimento de infecções e manifestações bucais próprias de imunossupressão.

A ocorrência de lesões bucais associadas ao HIV pode sugerir a presença da infecção pelo vírus ou indicar uma piora na condição de saúde da gestante. As lesões na boca são consideradas marcadores clínicos importantes para o acompanhamento do paciente.^{31,32,33,34}

Vários trabalhos encontraram como manifestações bucais mais frequentes em pacientes que convivem com HIV a candidose, em suas formas pseudomembranosa, eritematosa e queilite angular, a leucoplasia pilosa e alterações gengivais. Em gestantes que convivem com HIV esses achados são coincidentes.^{23,31,32,33,35,36}

Cabe esclarecer que foram encontrados poucos trabalhos na literatura científica associando a gestação, saúde bucal e o convívio com o HIV. Os trabalhos encontrados tratam de lesões bucais em pacientes com HIV, de episódios de discriminação por parte de profissionais, conhecimento de protocolos de biossegurança, mas sem especificar a condição de gestante e nem a avaliação que esta faz do tratamento recebido.

Diante da relevância do tema, a presente pesquisa foi realizada tendo como objetivos:

- Identificar as percepções sociais das mulheres gestantes entrevistadas convivendo com HIV sobre a saúde bucal na gestação.

- Descrever as percepções sociais das mulheres gestantes entrevistadas sobre a assistência em saúde bucal no Distrito Federal.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, recebendo sua aprovação em 23/03/2015, CAAE 42238814.6.0000.5553, elaborado conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

MÉTODOS

O delineamento para a pesquisa com as gestantes foi qualitativa, com a realização de uma entrevista semiestruturada, seguindo os pressupostos de um estudo descritivo exploratório.

Participaram da pesquisa cinco gestantes que convivem com HIV, que realizaram pré-natal na Unidade Mista de Saúde da Asa Sul, em Brasília Distrito Federal, que é um serviço de referência para atendimento de pacientes portadores de HIV/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

As entrevistas foram realizadas na própria Unidade Mista de Saúde da Asa Sul, em horários que foram escolhidos pelas próprias gestantes e registradas através de gravação, pelo pesquisador, na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Após a transcrição das entrevistas gravadas, cada entrevistada teve acesso à transcrição.

As entrevistas com as gestantes foram analisadas pela técnica de análise do conteúdo de Bardin³⁷, associando o conteúdo das entrevistas e o referencial teórico, de acordo com os objetivos propostos.

A análise do conteúdo segundo Bardin³⁷ (2011) tem como função primordial o desvendar crítico a discursos diversificados. A análise do conteúdo oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, levando o investigador à atração pelo latente, o aparente, o não dito, o potencial.³⁷

Segundo Deslandes³⁸ (1994), na análise de conteúdo optamos por utilizar unidades de registro variadas (palavras, frases, textos) para decompor o conjunto da mensagem. Além das unidades de registro, devemos definir as unidades de contexto, para se trabalhar os conteúdos.

A partir dos relatos das gestantes estabelecemos 3 eixos para análise:

Eixo 1- convivendo com o HIV e a gestação.

Eixo 2 – convivendo com serviços de assistência à saúde.

Eixo 3 - percebendo a saúde bucal.

Dentro de cada eixo, a partir dos relatos foi feito um agrupamento do conteúdo por semelhança, em função de características comuns, que deram origem a 6 categorias e 31 subcategorias de análise. Construímos então quadros com as categorias e subcategorias, com exemplos de trechos de relatos e extraímos a frequência em números absolutos de cada uma delas, que serão apresentados e discutidos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes: o quadro a seguir sintetiza os principais dados sociodemográficos e obstétricos das cinco participantes do estudo.

Quadro 1- Caracterização das gestantes que participaram do estudo

GESTANTE	IDADE	E.CIVIL	NATURALIDADE	ESCOLARIDADE	ID.GESTACIONAL	CONSULTA P.NATAL	GEST. PLANEJADA.	GEST. ANTERIOR
Maria	27	Casada	Pará	Pós-Graduação	36 semanas	9	Não	3
Paula	30	Solteira	Brasília	3º ano do segundo grau	20 semanas	3	Não	1
Joana	39	Solteira	Maranhão	1º ano do segundo grau	36 semanas	Não sabe informar	Sim	2
Teresa	28	União estável	Minas Gerais	Superior completo	33 semanas	5	Sim	1
Cláudia	25	União estável	Goiás	2º grau completo	36 semanas	7	Não	0

Obs.: Os nomes adotados foram fictícios para preservar as identidades das gestantes

Das gestantes que participaram do estudo, apenas uma era solteira, as demais casadas ou com união estável. A média da idade foi de 30 anos, sendo a mais jovem com 25 anos e a mais velha com 39 anos. Sobre o grau de escolaridade das gestantes apenas uma gestante ainda não havia concluído o ensino médio, sendo que uma tinha curso superior completo e uma tinha pós-graduação.

O perfil de escolaridade das entrevistas foi diferente do perfil encontrado nas pesquisas de Manenti⁹ (2011), Scherer³⁹ (2006), Carvalho⁴⁰ (2006) em que as gestantes possuíam baixa escolaridade e baixa renda familiar.

Apresentaremos a seguir uma análise dos relatos de acordo com seus respectivos eixos e categorias, buscando associar à literatura encontrada.

EIXO 1- CONVIVENDO COM O HIV E A GESTAÇÃO

Neste eixo foram agrupados os relatos das gestantes sobre o convívio com a gestação em presença do HIV, que se constituíram em duas categorias do eixo conforme quadro 2.

Na categoria “convivendo com o HIV” agrupamos os relatos sobre preconceito e discriminação, seja no ambiente familiar, social ou em atendimento profissional na área de saúde, além dos relatos sobre relações familiares, de apoio ou de rejeição segundo a percepção das gestantes entrevistadas.

Nessa categoria foram criadas 10 subcategorias que se relacionam com o tratamento do HIV, agrupando relatos sobre opiniões das gestantes sobre o tratamento, as expressões de suas principais preocupações, e as manifestações de alguns aspectos psicológicos positivos ou negativos de enfrentamento da doença.

Na categoria “Convivendo com a gestação” foram agrupados relatos das gestantes sobre as consultas no pré-natal, as relações com as outras gestantes, as modificações de hábitos relacionados à saúde geral e bucal e os mitos e crenças das gestantes especialmente relacionados ao tratamento odontológico durante a gravidez. A categoria foi dividida em 4 subcategorias que especificaram ainda mais o seu conteúdo.

Quadro 2- Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes do Eixo 1.

Cat	Subcategorias	Relatos	Freq	
Convivendo com o HIV	Percebendo Preconceito e discriminação	Profissional de saúde	“Agora assim, na minha cidade, já aconteceu caso de não tratarem pessoas por conta de problema. De saber, não não no meu caso mas que sofreu problema lá...porque se tinha doença eeee num achô tratamento em lugar nenhum”. (Teresa)	17
		Sociedade	“”Não tenho dificuldade de atendimento, pelo menos nessa unidade não. Falo abertamente aqui”. (Maria)	13
			“...porque assim, eu acho que a pessoa que tem esseee, o HIV, ele fica muitoooooo retraído... né? Com medo de chegar naaa em alguém eeee e a pessoa achar que aaa já vai pegar só de olhar pra pessoa”. (Joana).	8
		Família	“Então, quando fô no HMIB e vê eu lá, vaai vê que eu num to dano de mamá, vai vê que é cesariana...vai ficá tipo me interrogano, toda hora. (suspiro) Se eu num fô lá em casa, no HMIB vai ser... oooô se num fô no HMIB, vai ser lá em casa que vai ficá peeer... procurano”. (Cláudia)	3
	“Não. Até mesmo eeeee na família, nunca ninguém chegou ni mim e falou aaa vô separar isso aqui porque você, num posso chegar perto de você. Ficou até mais próximo”. (Joana)		7	
	Tratando o HIV	Expressando opiniões sobre o tratamento	“É um atendimento normal, comum como qualquer outro atendimento”. (Paula). “Eu acredito que sim. Eu acredito que sim”. É preciso um especialista para tratar pacientes com HIV. (Teresa)	10
		Expressando preocupações	“A minha preocupação maior na situação nossa é a questão de de doença, né? Não, falô que eu podia ter filho, só que eu ficava com medo de a neném nascer doente.De ter o que eu tenho...e o que eu tenho eu num quero pusotro, nem po meu inimigo. Porque é muito ruim, tomá remédio ruim”. (Cláudia)	11
		Expressando aspectos psicológicos	Positivo	“Entendeu? Então assim, muitas vezes, uma, uma conversa.....ouvir a gente.....já é um avanço.” (Teresa)
	Negativo		“...cê vê que assim quase a maioria é depressiva eeeé, assim, até pela questão da sociedade num aceitar, né? uma depressão terrível, um estresse, aí cê...” (Teresa).	7
	Convivendo com a gestação	Participando do pré-natal	“Nas palestra de gestante.... que eu participo.Toda quinta-feira fala...um monte de coisa sobre a saúde bucal, sobre a saúde do bebê...como banha bebê, um monte de coisa”..(Cláudia).	12
Conversando com outras gestantes		“Não, a gente só conversa sobre o neném, quanto que tá o peso, que dia que vai nascer, o parto...(riso)...o que que vai ser cesariana, normal, só...sobre criança”. (Cláudia) “Hummm, não, assim porque eu tô no começo da gestação, né? Assim... (pausa)Nunca cheguei a conversar assim com ninguém sobre a boca”. (Paula)	8	
Meditando hábitos de saúde na gestação		“Pra mim é igual, porque eu cuido do mesmo jeito, né? Ou gestante ou não, pra mim é a mesma coisa.” (Paula) “Não, não me preocupava muito. eeeee num tinha. Mas eu sabia que tinha que ter uma preocupação, né? Mas agora tô cuidando direitinho pra num vir aaaa haver complicação, né? e...” (Joana)	8	
Expressando mitos e crenças		“Não... eeeé ao bebê, porque se eu arrancasse o dente eu podia ter um aborto espontâneo, que o povo diz que quando a pessoa tá gestante num pode ter tratamento odontológico”. (Cláudia)	5	

Analisando o quadro 2, observamos que a frequência de relatos que denotam a percepção de preconceito e discriminação superam numericamente os relatos que não denotam essa percepção. Em números, observamos que 28 relatos estão associados à percepção de preconceito enquanto em 20 relatos não há essa percepção. No que se refere ao profissional de saúde observa-se uma ausência de percepção de preconceito quando se referiam à unidade de saúde da UNIMISTA. No entanto, quando se referiam a profissional de saúde em geral, de outras unidades de atendimento públicas ou privadas, mostraram que ainda há episódios de preconceito, como pode ser observado no trecho abaixo:

“Atende, eles atende, mas eles atende meio assim, né? Meio desconfiado, quando a gente chega no consultório e fala: “oh doutor, eu tenho HIV”, eles ficam meio assim, mas atende sim, num deixaram...” (Paula)

Outras vezes, a percepção de preconceito não é evidenciada pela reação do profissional, mas pelo medo da paciente em revelar sua condição de conviver com o HIV:

“Já fui, já fiz atendimento fora, mas não cheguei a falar não, ééé, nunca cheguei a falar não.” (Maria)

A percepção de preconceito profissional foi evidenciada em trabalhos como os de Araújo⁴¹ (2010), Scherer³⁹ (2006), onde revelar a condição de portador de HIV representou dificuldade de acesso a serviços.

Nos relatos que se referem ao preconceito social, em todos houve a percepção de preconceito e discriminação, ficando mais evidente o temor das gestantes com relação ao preconceito e julgamentos sociais do que a percepção do preconceito propriamente. A possibilidade de discriminação e rejeição social foi um fator bastante presente nos relatos:

“Receio, a cidade é muito pequena, né? E assim, infelizmente o preconceito ele é muito grande e eu não num consigo conviver com a pessoa sentindo pena de mim. Eéé quando se trata do vírus ou a pessoa tem pena ou tem nojo de você. E as duas coisas pra mim num, nuumm dá, entendeu?” (Teresa)

“O povo... falta de conhecimento e falta de informação, o povo ...num num sabe de nada...ô sabe oooô e fica com rejeição, né? Que isso aí qualquer um pode pegá, né?”. (Cláudia)

Quando analisamos os relatos a respeito da família e da gestante com HIV observamos que em sua maioria refletem situações de não preconceito e de apoio à gestante.

“Não. Até mesmo eeeeé na família, nunca ninguém chegou ni mim e falou aaa vô separar isso aqui porque você, num posso chegar perto de você.Ficou até mais próximo”.(Joana)

Alguns relatos falam inclusive de uma maior proximidade dos familiares especialmente dos companheiros. A importância do apoio do companheiro nessa fase é fundamental para a gestante. Esse apoio foi demonstrado por trabalhos como o de Araújo⁴¹ (2010).

Os resultados encontrados nesse estudo diferem do encontrado por Carvalho⁴⁰ (2006) quando algumas gestantes revelaram percepção de preconceito familiar e não se sentiram apoiadas suficientemente, com relações instáveis com seus companheiros gerando problemas como a depressão e outros de ordem psíquica.

Os relatos que demonstraram preocupação com a discriminação familiar (3 relatos) foram relacionados especialmente com as famílias dos companheiros, sendo que uma gestante manifestou essa preocupação visto que não poderia amamentar e teria que justificar aos familiares do companheiro:

“Só que o povo vai ficá com rejeição, vai ficar perguntanoooo, num sei o que, eu tenho que encarar de frente, a realidade. É que a família do meu marido ninguém sabe...” (Cláudia)

A preocupação das gestantes com o tratamento do HIV e sua priorização em relação a outras questões, como a saúde bucal foi demonstrada nos relatos. A priorização se refere à gestante, mas principalmente aos bebês, e isso fica demonstrado quando analisamos no quadro 2 os 11 relatos sobre principais preocupações na gestação:

“...a gente acaba dando mais prioridade pra questão do vírus, do que... ..tratamento e acompanhamento, do que a questão dentária. ” (Teresa)

“Eu ficava com medo de a neném nascer doente.De ter o que eu tenho...e o que eu tenho eu num quero pusotro, nem po meu inimigo” (Cláudia)

Para o tratamento do HIV as gestantes manifestaram sua avaliação sobre fatores que consideram importante para o profissional de saúde. Os aspectos técnicos de capacitação (4 relatos) e psicológicos (4 relatos), por parte do profissional, foram mencionados:

“Vai chegar lá mexer na boca do paciente, num é só aquela questão ali. Talvez o cara fica calado porque tá mexendo na boca, mas você vê que o cara tá abatido, com problema, aí você já tem que entrar no psicológico da pessoa, pra ver se levanta uma autoestima, alguma coisa assim, acredito que seja dessa forma”.(Teresa)

As principais preocupações demonstradas pelas gestantes em suas falas foram relacionadas a aspectos psicológicos e à saúde do bebê. Esses aspectos psicológicos influenciam as atitudes positivas (8 relatos) ou negativas (7 relatos) no enfrentamento do vírus:

“...cê vê que assim quase a maioria é depressiva eeeé, assim, até pela questão da sociedade num aceitar, né? uma depressão terrível, um estresse, aí cê...” (Teresa)

A gravidez e a preocupação com a saúde do bebê influenciam positivamente para o tratamento antirretroviral da gestante. Essa preocupação é demonstrada por trabalhos como o de Carvalho⁴⁰ (2006) e de; Gonçalves⁴² (2007).

Apesar disso, durante a fala uma gestante demonstrou uma atitude negativa no início da gravidez:

“que eu tô, depois queee eu, vô fala logo a verdade, depois que eu fiquei grávida num tô interessada em fazê nada. Mal tô fazeno pré-natal.” (Cláudia)

A gestação, o pré-natal e o convívio com outras gestantes; a mudança de hábitos provocada pela gravidez e os mitos e crenças que cercam a gestação e tratamento odontológico constituíram uma categoria do eixo 1, conforme mostra o quadro 2.

Sobre o pré-natal os 12 relatos das gestantes foram de conteúdo distinto. Mas em todas as falas das gestantes houve a expressão da preocupação dos profissionais de saúde em orientar a gestante para a busca da assistência odontológica:

“Foi daaaaa, a médica pediu pra mim passar noooo no dentista. Daí eu marquei, aí eu fui eeee consultar com a doutora”. (Joana)

Nos relatos das gestantes, pode-se perceber que durante o pré-natal há pouca comunicação entre elas, mesmo em atividades em grupo (4 relatos). As falas entre as gestantes se restringem a aspectos relacionados à saúde do bebê e ao parto, pouco se falando sobre o tratamento do HIV. Nenhuma das gestantes entrevistadas mencionou qualquer troca de ideias entre elas a respeito de saúde bucal:

“A maioria que fala, até no grupo da gestante aqui, uma vez por mês. Só fala do neném, se é sadio”. (Cláudia)

Sobre os hábitos relacionados à saúde bucal durante a gestação, a maioria das gestantes relatou não ter modificado seus hábitos de higiene bucal. Dos 8 relatos a respeito, apenas uma gestante declarou ter modificado seus hábitos de higiene bucal em função da gravidez.

“ficô a mesma coisa, eu escovo três vez ao dia: de manhã, de tarde e de noite. Não, num mudô não...”. (Cláudia)

Os resultados do estudo diferem dos resultados do trabalho de Lima⁴³ (2011) onde 88,9 % das mulheres relataram melhora no cuidado com a saúde bucal após o diagnóstico do HIV.

Apenas duas gestantes expressaram seus temores a respeito do tratamento odontológico na gestação. Talvez pelo maior acesso à informação e orientação profissional os mitos e crenças ligados à assistência odontológica durante a gestação venham diminuindo.

“Eeee eu sempre tive assim... eeee via em reportagem, em jornal que aaaaa mulher grávida não podia cuidar do dente por estar grávida. Aí eu achei queeee...Que aquilo era verdade. Nunca cheguei ao ponto de procurar...de saber se era verdade ou não.Aaa agora que eu vejo que num tem nada a ver, né? eeeeesses cuidados...”
(Joana)

Analisando os relatos contidos no eixo 1 observamos que há entre as gestantes a preocupação com o preconceito e a discriminação, seja profissional, social ou em ambiente familiar. Suas maiores preocupações são sua própria saúde e a saúde do bebê, fazendo com que a questão da saúde bucal não seja prioridade. Há pouco contato com as outras gestantes durante as reuniões de pré-natal e durante esses momentos as conversas entre elas são relacionadas ao parto e à saúde do bebê, não se falando sobre saúde bucal.

EIXO 2 – CONVIVENDO COM SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Neste eixo foram agrupados os relatos das gestantes que se referem aos serviços de saúde nas dimensões do acesso aos serviços, da avaliação dos serviços e da relação profissional/paciente. Os relatos foram divididos, de modo a identificar as percepções e avaliações referentes aos serviços de saúde em geral e aos serviços de odontologia, demonstrados no quadro 3.

Quadro 3- Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 2.

Cat.	Subcat.	Relatos	Freq
Saúde Geral	Acesso	“...com a doutora que tá aí. Eeee num tinha, entendeu? Assim e era muita, muita gente precisando e num tinha quem atendesse”. (Teresa)	2
	Avaliação	Com essa, com essa dificuldade, então aqui eu já chego, a pessoa já sabe que eu tenho esse problema, que eu faço tratamento aqui, que eu já tenho esse problema eeee já me trata da forma que deve tratar, né?” (Teresa)	9
	Relação Profissional paciente	“Que eu só bem tratada eu, como diz o a Eleanor, a chefe geral, eu só a filha da Hospital Dia e do HMIB...”. (Cláudia) “naaa, na consulta e aí ela já tava assim estressada pelos problemas que ela tem. Eeee não já vô encaminhar você prum psicólogo, tal. E fui mal, mal pra casa, entendeu? Porque tava com muitas dúvidas, muitos medos eeeee ela num tava num bom dia dela também, que é normal”. (Teresa)	8
Saúde bucal	Acesso	“Sempre quando eu preciso de consulta, memo que vence os dias de consulta, tipo, eu perdo as consulta.....eu venho aqui e marco e quando eu num marco eu ligo”. (Cláudia) “..., num tinha aqui.....assim, tava com problema eeee era num tinha vaga.....então passei a gestação toda tentando vaga e não consegui”. (Teresa)	23
	Avaliação	“quando eu precisei, eu fui bem atendida aqui, né? Então teve todos os recursos direitinho, atenderam direitinho e a principio não tinha nada não”(Maria). “acho que é muita gente, né? Muito serviço pra pouco profissional....num sei quantas pessoas tem aí, num sei se...uma falha, porque a gestação tem um tempo, né?”. (Teresa)	47
	Relação Profissional paciente	“todo mundo... eu fui bem atendida, fui bem recebida.” (Paula)	6

Com relação a serviços de saúde em geral, foram identificadas dois relatos em que consideramos uma avaliação negativa relacionada ao acesso.

“Foi a mesma coisa com o psicólogo, com o psiquiatra, eu tentei por muito tempo e num deu certo. Aí depois, acho que agora que voltou a normalizar esse serviço...” (Teresa)

Com relação ao acesso a serviços de saúde bucal foram identificados 23 relatos, sendo 13 positivos e 10 negativos. Com relação aos relatos positivos um destaque que observamos foi a falas que mencionavam a disponibilidade para marcação de consultas e atendimento odontológico:

“A moça, quando eu fui iniciar o pré-natal, ela falou que eu tinha como... se eu quisesse marcar consulta pra poder cuidar dos dentinhos, que eu tinha, que as grávidas tinha privilégio...E aí resolvi marcar e marquei”. (Paula)

“...nunca tive dificuldade de marcar consulta, nem nada”. (Maria)

Ao mesmo tempo observamos que apesar dos relatos sobre facilidade de acesso (9 relatos), muitos vêm acompanhados pelo desconhecimento da gestante sobre o direito da assistência em saúde bucal (5 relatos). A facilidade de acesso a tratamento odontológico para pessoas com HIV foi também evidenciada no trabalho de Lima⁴³ (2011).

Nesse sentido o pré-natal da Unidade Mista busca incorporar em suas orientações a saúde bucal e incentiva as gestantes a buscarem esse atendimento.

“Tipo, a vamo marcar sua consulta aqui, tem a consulta do pré-natal, já vamo marcar o odontológico também esse mês. Ai vai faz o check up direitinho e continua, dá continuidade ao trabalho, né?” (Maria)

“Foi daaaaa, a médica pediu pra mim passar nooooo no dentista. Daí eu marquei, aí eu fui eeee consultar com a doutora”. (Joana)

Ao contrário do que observamos na Unidade Mista, trabalhos como os de Garbero¹⁶ (2005), Milián¹⁸ (2009) mostram que são poucas as gestantes encaminhadas pelo obstetra para a consulta odontológica durante o pré-natal.

Trabalhos como os de Finkler¹⁵ (2004) mostram que as gestantes não têm sido orientadas quando a cuidados com a saúde bucal durante a gestação e que essa falta de orientação é resultado do pouco contato com profissionais de saúde.

Esse contato escasso aumenta a insegurança e reforça os mitos e crenças em relação ao tratamento odontológico na gravidez segundo Cabral¹⁹ (2013), colaborando para a manutenção do componente da representação social que desaconselha a ida ao dentista.¹⁵

Dos 23 relatos que dizem respeito ao acesso à serviços de saúde bucal, 10 relatos destacam pontos negativos e podem ser divididos no desconhecimento como causa da falta de acesso, na falta de acesso pela oferta limitada de serviços e na pouca oferta de vagas para tratamento.

“Eu achei que só era consultório particular. Que a gente tinha que correr atrás, tal. Assim... no público eu nunca pensei que tinha”. (Joana)

“Não, aqui não. Até porque a minha necessidade eeeé, a necessidade que eu tinha o Centro não oferece...que é o aparelho. Entendeu? Aí eu faço lá minha cidade”. (Teresa)

“Eu já vi reclamação...por questão de não ter vaga. Tipo tá com encaminhamento para fazer, tô precisando, mas num tem vaga lá pra fazer...” (Teresa)

A respeito da avaliação de serviços de saúde a maior parte dos relatos esteve ligada à avaliação de serviços de saúde bucal, sendo 9 relatos sobre serviços de saúde geral e 47 sobre serviços de saúde bucal, conforme mostra o quadro 3.

Com relação à avaliação de serviços de saúde em geral as gestantes entrevistadas colocaram em seus relatos como pontos positivos aspectos ligados à capacidade profissional, ao acolhimento e à humanização do atendimento. Foram oito relatos destacando aspectos positivos, enquanto um apontou aspectos negativos:

“Eu sinto aqui, porque o pessoal daqui já é capacitado praá (pausa) tratar de pessoas com esse problema, né?” (Teresa)

“(pausa para pensar) O que que eu gosto? Porque eu sô bem atendida. (riso) Sô bem tratada bem, como se fosse filha aqui desse hospital (riso)...”. (Cláudia)

“É. Eu acho tem, aqui tem muito, muito profissional capacitado, muito assim, pessoa que te trata, tipo te chama pelo nome...” (Teresa)

O único relato relacionado a aspectos negativos na assistência à saúde em geral foi sobre a falta de informação de outros profissionais de saúde a respeito do tratamento odontológico na unidade e sobre a importância de dar maior ênfase á assistência odontológica durante a gestação.

“Dificuldade não, acho que foi mesmo mais falta de informação de ter alguém que fala ó é importante, vamo marcar o pré... o atendimento odontológico porque tem profissionais pra isso, porque tem, a gente que numm fica meio perdido, né?” (Maria)

Quanto à avaliação dos serviços de assistência em saúde bucal, observamos um equilíbrio entre os relatos que apontavam pontos positivos e pontos negativos. Foram 24 relatos positivos e 23 negativos, conforme mostra o quadro 3.

Os relatos que se referiam a pontos positivos foram mais explícitos e diretos enquanto aqueles interpretados como sendo avaliações negativas foram mais discretos e implícitos.

Os pontos positivos apontados na assistência odontológica se concentraram na qualidade do atendimento (incluindo o acolhimento e a humanização do atendimento) com 10 relatos e aspectos de capacitação técnica com 7 relatos.

“Eu sinto aqui, porque o pessoal daqui já é capacitado praá (pausa) tratar de pessoas com essa problema, né?” (Teresa)

“olha, aaa parte positiva é que eu fui bem atendida,né? Fui orientada em relação a isso e não tive assim (pausa) eeeee esse negativo....ponto negativo”. (Joana)

Os relatos que se referiam explicita ou implicitamente a pontos negativos diziam respeito principalmente a questões de orientações não recebidas durante o pré-natal (10 relatos) e também sobre o tempo de espera para a marcação de uma consulta (5 relatos).

“Eeeé seria pegar logo no começo detectar se tem alguma coisa e também fazendo a prevenção ao mesmo tempo, né? Se não tem nada e prevenir pra continuar tranquila até o final”. (Maria)

“...quando num consegue, tê vagas, mais vagas. Que tem... eu mema eu perdi consulta aí, não venceu as vaga é só pa esse ano, tá entendo? Só o mês, foi o ano passado, em dezembro eu queria consultá pa janeiro, aí num teve”. (Cláudia)

Um ponto negativo apresentado apenas por uma gestante, mas de importância considerável, foi relativo à oferta de serviços.

“Colocar mais profissionais, pessoas capacitadas eeee e abrir o leque de oferecer os tratamentos, né? Num oferecer só aquele básico, porque muitas vezes chega aqui o dente dá pra recuperar... não vamo rancar...e arranca logo, entendeu?”. (Teresa)

A relação profissional paciente, tanto do ponto de vista do acolhimento quanto da humanização do atendimento foi uma das subcategorias do eixo 2. Foram analisados os relatos das gestantes, no que se refere a essa relação tanto para o atendimento odontológico quanto para as demais áreas da unidade.

O quadro 3 mostra que foram 14 relatos, sendo 8 referentes a saúde geral e 6 à saúde bucal. Nos relatos das gestantes os pontos positivos superaram os negativos, e no caso de assistência odontológica nenhum ponto negativo pode ser observado nessa subcategoria.

“Com essa, com essa dificuldade, então aqui eu já chego, a pessoa já sabe que eu tenho esse problema, que eu faço tratamento aqui, que eu já tenho esse problema eeee já me trata da forma que deve tratar, né?” (Teresa)

Uma das gestantes entrevistadas demonstrou em seu relato que a relação profissional paciente, no que diz respeito a aspectos psicológicos, passa pelo entendimento das fragilidades do próprio profissional de saúde.

“Então, eeu, eu, eu acredito que essa capacidade de lidar com o psicológico da pessoa é muito importante o profissional de saúde. A gente assim, às vezes a gente pensa, esquece que o profissional de saúde também é um ser humano, né?”.(Teresa)

A instabilidade emocional do profissional de saúde, mesmo que momentânea, pode contribuir negativamente nessa relação profissional paciente.

“Eu senti que ela também num tava bem, ela tava com algum tipo de problema. E aí minha reação foi só chorar” (Teresa)

O atendimento humanizado foi destacado pelas gestantes em 6 relatos. No caso da saúde bucal observamos que pontos como “paciência” e “atenção” foram considerados importantes na relação profissional/paciente.

“(pausa) A paciência que ela teve de cuidar dos meus dentes...” (Paula)

“Pois é, entendeu? então assim, agora eu mesma eu não sei, eu vi ca dotora que tá atendendo ai hoje parece que ela é muito atenciosa”... (Teresa)

Ao contrário dos relatos das gestantes entrevistadas, o trabalho de Aguiar⁴⁴ (2006) que investigou a relação entre profissionais de saúde e gestantes que convivem com HIV, mostrou um distanciamento e um cunho tecnicista e autoritário, centrado em ações prescritivas e normativas.

O trabalho de Scherer³⁹ (2006) destaca os relatos das gestantes com HIV, que enfatizam o carinho e respeito com que foram tratadas pelos profissionais de saúde em um serviço de atendimento especializado. Neste mesmo trabalho, as gestantes percebem que ainda existem profissionais despreparados e com dificuldade de manejo do paciente com HIV em ambiente hospitalar, o que não foi apontado na presente pesquisa.

Essa inadequada comunicação foi encontrada também no trabalho de Galvão¹²(2010) que reproduziu relatos de mulheres gestantes convivendo com HIV sobre suas incertezas agravadas pela maneira inadequada de comunicação do diagnóstico e de como conduzir a gestação em presença do HIV.

Na relação profissional paciente o papel de educador do profissional de saúde para orientação de mulheres gestantes que convivem com HIV é importante, na adesão ao tratamento, na adoção de práticas seguras sexuais e no controle da transmissão vertical, conforme trabalhos como os de Finger⁷ (2012) e Sanders¹⁴ (2009).

Analisando os relatos contidos no eixo 2 observamos que há entre as gestantes a percepção de que na UNIMISTA o atendimento por parte dos profissionais de saúde, incluindo os profissionais de saúde bucal, é caracterizado pelo caráter de humanização e

respeito. As poucas críticas que foram destacadas dizem respeito à demora do atendimento na saúde bucal, aos poucos serviços oferecidos e a falta de uma maior divulgação dos serviços de assistência odontológica.

EIXO 3 - PERCEBENDO A SAÚDE BUCAL.

Nesse eixo agrupamos os relatos das gestantes que manifestaram a autopercepção de saúde bucal e a importância da saúde bucal em suas vidas, considerando seu estado de portadora de HIV e gestante, que constituíram as duas categorias do eixo.

Na categoria de “autopercepção” dividimos os relatos conforme estivessem relacionados à dor, à mastigação, ao mau hálito ou à necessidade de assistência odontológica, que formaram as suas 4 subcategorias, que se agruparam ainda quanto aos seus aspectos positivos e negativos.

Na categoria “importância da saúde bucal” agrupamos os relatos das gestantes sobre o tema, conforme manifestassem que valorizam a saúde bucal, que não valorizam a saúde bucal ou que não priorizam a saúde bucal, que formaram suas 2 subcategorias. A seguir apresentamos o quadro de autopercepção do estado de saúde bucal

Quadro 4- Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 3.

Cat	Subcategoria	Relatos	Freq	
Autopercepção do estado de saúde bucal	Relacionada à dor	Positivo	“O meu estado de saúde da minha boca? (pausa, pensando) Assim, o estado da saúde da minha boca, particularmente está muito bem, porque (pausa) eu não sei o que que é sentir dor de dente, né? Porque meus dentes são muito, são muito fortes.” (Paula)	4
		Negativo	“Dente podre. Dente podre porque fica, há (riso) como é que fala aquele negócio? Dóendo o dente”. (Cláudia)	1
	Relacionada ao mau hálito	Positivo	“Olha, agora... eeee tá tá bem, porque antes tava com mau hálito... eeeee, tava com... eeeee, tipo... sem canal, né?” (Joana)	1
		Negativo	“Eeee pra num dá mau hálito, eu acho muito bom. Essa é a principal importância...Eeeé.....o mau hálito eeee o mau hálito das pessoas... eeee acho que só o mau hálito (meio riso).” (Cláudia)	1
	Relacionada à mastigação	Positivo	“Tive que fazer tratamento, eeeeé canal e extraí dois dentes aqui atrás... .. porque tava, num tava ajudando, só tava prejudicando... .. na mastigação, né?”. (Joana)	1
		Negativo		0
	Relacionada à necessidades de assistência	Positivo	“...aí eu... ela falou que tá tudo ok num tem cárie, num tem nada. Devido aaaa esse tratamento que eu fiz, né? Uns dois anos atrás. Aí, ela falou que tá tudo beleza”. (Joana)	1
		Negativo	“Não, num tá saudável não, num tô consultano. Eeeé. O tratamento”. (Cláudia)	
Importância da saúde bucal	Valoriza a saúde bucal	“eeee cuidar direito da saúde da boca, é importante. Aaa, eu acho que é assim... um cartão postal da pessoa, né?. Chegar num local falar cooom com um hálito bem, porque num é.... num é bom né? Chegar eeeee a pessoa tá com a boca neeee? de mau hálito”. (Joana)	5	
	Não valoriza	“Eeee eu nunca fiz essa reflexão, não, não, ehhhh porque eu nunca tive nada, então nunca parei pra pensar. Mas é importante, né?” (Maria)	3	
	Não prioriza saúde bucal	“Realmente dava mais importância mesmo à gestação eeeee ao HIV, né? Que a gente tem que tratar, tomar os remédios tudo direitinho... agora a saúde da boca....”. (Maria)	19	

Analisando os relatos do quadro 4, observamos que a maior parte se refere a uma autopercepção de boa saúde bucal ligada à ausência de dor (4 relatos), ou seja, se a gestante não sente dor, percebe sua saúde bucal como boa:

“Bom... eu acho que tá ótima (risos), nunca senti uma dor de dente” (Maria)

“Nunca senti dor, então não sei como dizer, entendeu?” (Paula)

No caso da autopercepção de saúde bucal ruim, a maior parte das falas esteve correlacionada à necessidade de assistência odontológica (4 relatos):

“...só é o tratamento de limpeza, canal, essas coisas aí, que tem que fazê na boca tudim”. (Cláudia)

“Então... a saúde bucal elaaaa eeeeé uma área assim que a gente sempre deixa pra depois, né? Então, assim, eu acredito que pra mim é muito precária, né?” (Teresa)

Na categoria percepção da importância da saúde bucal os relatos foram divididos em subcategorias de valorização da saúde bucal, não valorização da saúde bucal e não priorização da saúde bucal, conforme mostra o quadro 4.

Entre as subcategorias a maior frequência de relatos foi relacionada a não priorização da saúde bucal, 19 relatos de um total de 27 da categoria. A gestação associada ao fato da gestante conviver com HIV no nosso entendimento foi determinante para não priorização da saúde bucal diante desse quadro.

“Realmente dava mais importância mesmo à gestação eeeee ao HIV, né? Que a gente tem que tratar, tomar os remédios tudo direitinho... agora a saúde da boca....”.(Maria)

“Hum, falta de tempo... Um monte de coisa”. (Cláudia)

Os relatos menos frequentes foram os que expressaram a não valorização da saúde bucal, em um total de 3 relatos, que estiveram relacionados à ausência de dor ou de necessidade de cuidados maiores na assistência odontológica:

“Na verdade, eu nunca parei para pensar nisso direito (risos) eu sei que é importante, né? Mas como eu nunca tive assim nada grave, se sentir dor, de ter que fazer algum procedimento diferente, então eu nunca dei muita importância pra isso não.” (Maria)

Analisando os relatos percebemos que as gestantes avaliam sua saúde bucal principalmente através de aspectos ligados à dor ou à assistência odontológica. Se estiverem com alguma dor ou se não fazem tratamento periódico avaliam como negativo. O fato de estarem gestantes em presença do HIV fez com que todas as gestantes entrevistadas avaliassem como prioritário o seu tratamento do HIV e a segurança do bebê, deixando a saúde

bucal com uma importância secundária. Uma contradição que observamos foi que apesar da maior parte das falas não priorizar a saúde bucal, quando foi solicitado que a gestante mensurasse, ou seja, desse uma nota para a importância da saúde bucal a menor nota foi sete.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos resultados, entendemos que essa pesquisa poderá contribuir para a reflexão sobre a qualidade da assistência à saúde bucal na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e beneficiar a Instituição e os profissionais de saúde bucal em suas atividades assistenciais assim como alcançar a melhoria da Saúde Bucal para o grupo de gestantes que convive com o HIV. Esperamos que através dessa pesquisa possamos estimular a implantação de avaliações qualitativas de serviços de saúde bucal dentro da SES/DF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília, DF, 2015. Ano IV, nº 1.
2. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS*. Brasília, DF, 2013. Ano 5, nº 1.
3. Faria, ER; Piccini, CA. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estud. psicol.* 2010;27 (2).
4. Moura, EL; Kimura, AF; Praça, NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(2):206-211.
5. Shetty, AK; Maldonado, Y. Antiretroviral drugs to prevent mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding. *Curr HIV Res.* 2013; 11(2):102-25.
6. Cordova, FP; Luz, AMH; Innocente, AP; Silva, EF. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(1); 97-102.
7. Finger, JL; Clum, GA; Trent, ME; Ellen, JM. Desire for pregnancy and risk behavior in young HIV-positive women. *AIDS Patient Care STDS.* 2012; 26(3):173-80.
8. Kaida, A et al. The women's scale (Women's HAART Optimism Monitoring and Evaluation Scale v.1) and the association with fertility intentions and sexual behaviours among HIV-positive women in Uganda. *AIDS Behav.* 2009; 13 (1):72-81.

9. Manenti, SA et al. Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. *Braz J Infect Dis* . 2011; 15(4):349-355.
10. Schwartz, SR et al. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: findings from a prospective cohort study in South Africa. *PLoS One*. 2012; ;7(4).
11. Aguiar, JM; Simões-Barbosa, RH. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero .*Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(10); 2115-2123.
12. Galvão, MTG; Cunha, GM; Machado, MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. *Rev. bras. enferm*. 2010; 63(3): 371-376.
13. Ivanova, EL; Hart, TA; Aliassem, K; Loutfy, MR. Correlates of anxiety in women living with HIV of reproductive age. *AIDS Behav*. 2012;16(8):2181-91.
14. Sanders, LB. Sexual behaviors and practices of women living with HIV in relation to pregnancy. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009; ;20(1):62-8.
15. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto - enferm*. 2004;13(3);360-8.
16. Garbero I, Delgado AM, Cárdenas ILB. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta odontol. Venez*. 2005;43(2):135-40.
17. Fuentes Fernández, R; Oporto Venegas, G; Alarcón, AM; Bustos Medina L; Prieto Gómez, R; Rico Williams, H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av Odontoestomatol*. 2009; 25(3): 147-154.
18. Milián, MB; Ramirez, LF; Naranjo, TM. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado.: Área de salud Moncada. *Rev Cubana Estomatol*. 2009; 46(4): 60-69.
19. Cabral, MCB; Santos, TS; Moreira, TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. *Rev. Port. Sau. Pub*. 2013; 31(2): 173-180.
20. Codato ,LAB; Nakama, L.; Melchior, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(3): 1075-1080.
21. Bressane, LB; Silva Costa, LNB; Vieira, JMR; Rebelo, MAB. Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. *Rev. odonto ciênc.*. 2011; 26(4): 291-296.
22. Jeremias, F; Silva, SRC; Valsecky Junior, A; Tagliaferro, EPS; Rosell , FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontol. clín.-cient*. 2010; 9(4).
23. Pattapornnan P, Derouen TA. Associations of periodontitis and oral manifestations with CD4 counts in human immunodeficiency virus-pregnant women in Thailand. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013;116(3):306-12.

24. Mella, S et al. Asociación entre periodontitis crónica, interleuquina -6 (IL-6) e índice de masa corporal (IMC) en embarazadas . *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2011; 4(3): 97-101.
25. Arteaga-Guerra JJ, Cerón-Souza V, Mafla AC. Dynamic among periodontal disease, stress, and adverse pregnancy outcomes. *Rev Salud Pública.* 2010;12(2):276-86.
26. Correia, SMB; SILVEIRA, JLGC. Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes . *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* 2012; 11(03).
27. Flores J, Oteo A, Mateos L, Bascones A. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* 2004;16(2):93-105.
28. Novák T, Radnai M, Gorzó I, Urbán E, Orvos H, Eller J, et al. Prevention of preterm delivery with periodontal treatment. *Fetal Diagn Ther.* 2009;25(2):230-3.
29. Sant'ana, AC; Campos, MR, Passanezi, SC; Rezende, ML; Greggi, SL; Passanezi, El. Periodontal treatment during pregnancy decreases the rate of adverse pregnancy outcome: a controlled clinical trial. *J. Appl. Oral Sci.* 2011;19(2): 130-136.
30. Ye, C et al. The anti-phospholipid antibody-dependent and independent effects of periodontopathic bacteria on threatened preterm labor and preterm birth. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 288(1):65-72.
31. Milagres A, Dias EP, Tavares D, Cavalcante RM, Dantas VA Oliveira SP, et al. Prevalence of oral hairy leukoplakia and epithelial infection by Epstein-Barr virus in pregnant women and diabetes mellitus patients--cytopathologic and molecular study. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2007;102(2):159-64.
32. Gasparin AB, Ferreira FV, Danesi CC, Mendoza-Sassi RA, Silveira J, Martinez AMB, et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(6):1307-1315.
33. Mattos SM, Santos VR, Ferreira EF. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes hivpositivos da unidade de referência especializada em doenças infecciosas e parasitárias especiais-ure-dipe (Belém-Pará). *Rev. bras. patol. oral.* 2004;3 (1):7-16.
34. Noce, CW. *O efeito da terapia anti-retroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/AIDS* [Dissertação]. Niteroi (RJ). Universidade Federal Fluminense; 2006.
35. Chagas, MV; Santos, LO; Ono, LM. Manifestações bucais de pacientes HIV atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM). *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.*2009; 50 (3): 10-13.
36. Petruzzi MNMR, Salum FG, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Epidemiological characteristics and HIV-related oral lesions observed in patients from a Southern Brazilian city. *Rev. odonto ciênc.* 2012;27(2):115-20.

37. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
38. Deslandes, SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petropolis, RJ : Vozes, 1994
39. Scherer, LM. *Compreendendo mulheres gestantes/puerperas com HIV/AIDS*. [Dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
40. Carvalho, FT; Piccini, CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*. 2006; 10(2): 345-355.
41. Araújo, DB. *Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará*. [Dissertação] Fortaleza (CE); Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária; 2010.
42. Gonçalves, TR; Piccini, CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. *Psicol.USP*. 2007; 18(3).
43. Lima, ALO et al. Percepção sobre saúde bucal de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Revista Semente*. 2011; 6 (6): 117-130.
44. Aguiar, TC; Valsecki Junior, A; Silva, SRC; Rosell, FL; Tagliaferro, EPS. Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. *Rev Cubana Estomatol*. 2011; 48(4); 341-351.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer quais as percepções sociais que mulheres gestantes convivendo com HIV/AIDS e cirurgiões-dentistas têm sobre a assistência em saúde bucal a essa população. Como objetivo secundário, buscou-se analisar as avaliações de cirurgiões-dentistas da SES/DF sobre condições de biossegurança em seu local de trabalho.

Foram encontrados poucos trabalhos na literatura científica relacionando ao mesmo tempo a gestação, a condição de portadora de HIV e assistência odontológica. Nesse sentido, entende-se que a presente pesquisa pode contribuir para diminuir essa lacuna e estimular a realização de futuras pesquisas sobre o tema.

Percebe-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados e que se pode, por meio de entrevistas com as gestantes e dos questionários com os dentistas, dar voz a esses personagens, de maneira que pudessem se expressar, analisando e avaliando a assistência odontológica em gestantes com HIV.

Buscou-se, na avaliação das gestantes sobre o atendimento em saúde bucal, especialmente aspectos relacionados à relação profissional paciente, como acesso, acolhimento e humanização. Durante as entrevistas, observou-se a ocorrência de relatos que evidenciam a preocupação com preconceito e discriminação profissional, social ou no ambiente familiar. As gestantes, embora tenham se sentidas respeitadas e acolhidas na Unidade Mista, relatam preconceito ou pelo menos receio de serem tratadas de forma discriminatória em outras unidades de saúde.

Interessante observar que, quando questionados sobre o atendimento a gestantes com HIV, os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa mostraram disposição para o atendimento, senso de responsabilidade e percepção de estarem preparados para esse atendimento. De acordo com os dentistas, medidas adequadas de biossegurança permitem a pacientes com HIV serem atendidos em qualquer unidade de saúde, não necessitando de equipamentos especiais.

A pesquisa mostrou, ainda, que, segundo os cirurgiões-dentistas, os dois maiores problemas ligados à biossegurança em seus locais de trabalho foram a falta de protocolos de trabalho e a falta de capacitação pessoal. Entende-se que esses resultados podem sensibilizar os gestores para que ações de educação permanente sejam implementadas e que avaliações sobre normas de biossegurança em todas as unidades de saúde da SES/DF possam ser conduzidas de forma contínua.

Nota-se que as principais críticas das gestantes sobre a assistência em saúde bucal se relacionavam ao acesso a serviços, insuficiência de profissionais e falta de maior comunicação sobre a oferta de serviços odontológicos. Os pontos positivos destacados pelas gestantes na assistência em saúde bucal foram o acolhimento e o tratamento humanizado. Quando avaliadas as respostas dos dentistas sobre o atendimento a pacientes com HIV, 61% responderam que se sentem preparados para esse atendimento e, se incluída a resposta “tenho dúvidas”, esse percentual sobe para 89%.

Entende-se que as críticas apontadas pelas gestantes são extensivas a todas as unidades e são problemas comuns da assistência em saúde bucal, ou seja, poucos profissionais, acesso difícil e baixa oferta de serviços. Na presente pesquisa, 102 cirurgiões-dentistas (75%) já tiveram experiência profissional atendendo a pacientes com HIV e 26 (20%) responderam que já atenderam a uma gestante convivendo com HIV/AIDS. De acordo com os dentistas respondentes, não há restrição ao atendimento de uma gestante com HIV, desde que condições adequadas de biossegurança sejam garantidas.

Percebe-se que as gestantes avaliam sua saúde bucal principalmente através de aspectos ligados à dor ou à assistência odontológica. Se estiverem com alguma dor ou se não fazem tratamento periódico, avaliam como negativo. O fato de estarem gestantes em presença do HIV fez com que todas as gestantes entrevistadas avaliassem como prioritário o seu tratamento do HIV e a segurança do bebê, deixando a saúde bucal com uma importância secundária.

Considerando que 70% dos dentistas entrevistados já atendem gestantes em seus locais de trabalho e que apenas 32% consideram que uma gestante com HIV não valoriza sua saúde bucal, entende-se que uma maior participação da odontologia no pré-natal de cada unidade de saúde e na prestação de assistência odontológica poderia ser um fator estimulante para uma melhor valorização da saúde bucal por parte das gestantes.

Observam-se duas fragilidades na pesquisa ligadas aos dentistas e às gestantes. Com relação aos dentistas, a taxa de respostas que correspondeu a 30,68% dos questionários enviados não permite a generalização dos resultados e, dessa forma, não se pode afirmar que os resultados refletem a opinião dos cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, uma vez que os dentistas que aceitaram participar parecem ter uma maior disposição e um maior senso de dever profissional para o atendimento a esses pacientes.

Com relação às gestantes, o fato de todas as gestantes entrevistadas estarem realizando pré-natal em uma Unidade referência para atendimento a pacientes com HIV, onde são atendidas, pode ter interferido nas respostas, especialmente sobre a avaliação de atendimento,

e pode não refletir a percepção geral de uma gestante convivendo com HIV e que necessite de assistência em uma unidade não referencial.

Com base na análise dos resultados, entende-se que esta pesquisa poderá contribuir para a reflexão sobre a qualidade da assistência à saúde bucal na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e beneficiar a instituição e os profissionais de saúde bucal em suas atividades assistenciais, assim como alcançar a melhoria da saúde bucal para o grupo de gestantes que convive com o HIV. Espera-se que, por meio desta pesquisa, se possa estimular a implantação de avaliações qualitativas de serviços de saúde bucal dentro da SES/DF.

Este trabalho será encaminhado à Gerência de Odontologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para que possa servir de subsídio para discussão com as equipes de saúde bucal. Também será encaminhado à equipe de pré-natal da Unidade Mista de Saúde com a finalidade de avaliar seus resultados e permitir análises para melhoria da assistência ao grupo de gestantes com HIV.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; SIMÕES-BARBOSA, R.H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2115-23, 2006.
- AGUIAR, T. C. et al. Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. **Rev Cubana Estomatol**, v. 48, n. 4, p. 341-51, 2011.
- AL-KHATIB, I. A. et al. Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. **East Mediterr Health J**, v. 12, n. 1-2, p.153-60, 2006.
- ARAÚJO, D. B. de. **Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza - Ceará**. 1990. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2010.
- ARTEAGA-GUERRA et al. Dynamic among periodontal disease, stress, and adverse pregnancy outcomes. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 12, n. 2, p. 276-86, 2010.
- ASKARIAN, M.; MIRZAEI, K.; MCLAWS, M.L. Attitudes, beliefs, and infection control practices of Iranian dentists associated with HIV-positive patients. **Am J Infect Control**, v. 34, n. 8, p. 530-33, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011. 11 p.
- AZKUNE, H. et al. Prevention of HIV transmission (vertical, occupational and non-occupational). **Enferm Infecc Microbiol Clin**, v. 29, n. 8, p. 615-25, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.
- BARGHOUT , N et al. Patients' perception of cross-infection prevention in dentistry in Jordan. **Oral Health Prev Dent**, v. 10, n. 1, p. 9-16, 2012.
- BÂRLEAN, L. et al. Preventive attitudes towards infection transmission in dental offices in North-East Romania. **Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi**, v. 116, n. 4, p. 1209-12, 2012.
- BRANDÃO, T. et al. Características epidemiológicas e nutricionais de gestantes vivendo com o HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 8, p. 188-195, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS**: manual de condutas - Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ano IV, n. 1. Brasília, DF, 2015.

BRESSANE, L. B. et al. Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. **Rev. odonto ciênc.**, v. 26, n. 4, p. 291-96, 2011.

BUKAR, A. et al. Discriminatory attitudes towards patients with HIV/AIDS by dental professionals in Nigeria. **Odontostomatol Trop**, v. 31, n. 122, p. 34-40, 2008.

CABRAL, M. C. B.; SANTOS, T. S.; MOREIRA, T. P. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev. Port. Sau. Pub.**, v. 31, n. 2, p. 173-80, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings**, v. 52, n. RR-17, dez. 2003.

CAMPO-TRAPERO, J. et al. Dental management of patients with human immunodeficiency virus. **Quintessence Int**, v. 34, n. 7, p.515-25, 2003.

CARDO, D. M. et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. **N Engl J Med**, v. 337, n. 21, p. 1485-90, 1997.

CHAGAS, M. V. das; SANTOS, L. O.; ONO, L. M. Manifestações bucais de pacientes HIV atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM). **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 50, n. 3, p. 10-13, 2009.

CHEN, M.Y.; FOX, E. F.; ROGERS, C. A. Post-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus: knowledge and experience of junior doctors. **Sex Transm Infect**, v. 77, n. 6, p. 444-45, 2001.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1075-80, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Pesquisa CFO: população dá nota 9 ao cirurgião-dentista brasileiro. **Jornal Odonto**, Ano XVII, n. 203, 19 nov. 2014.

CORDOVA, F. P. et al. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. 1, p. 97-102, 2013.

CORREIA, S. M. B.; SILVEIRA, J. L. G. C. Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr**, v. 11, n. 03, p. 2012.

DAL-FARRA, A.D.; LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: Estudos sobre Educação**, v. 24, n. 3, p. 67-80, 2013.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DORSCH, F.; HACKER, H.; STAPF, K. H. **Dicionário de Psicologia Dorsch**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2001.

FARIA, E. R.; PICCINI, C. A. Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. **Estud. psicol.**, v. 27, n. 2, 2010.

FERNÁNDEZ, R. F. et al. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. **Av Odontostomatol**, v. 25, n. 3, p. 147-54, 2009.

FINGER, J. L. et al. Desire for pregnancy and risk behavior in young HIV-positive women. **AIDS Patient Care STDS**, v. 26, n. 3, p.173-80, 2012.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. B.; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto contexto - enferm.**, v. 13, n. 3, p. 360-68, 2004.

FLORES, J. et al. Relación entre enfermedad periodontal y parto prematuro. Bajo peso al nacimiento: una revisión de la literatura. **Avances en Periodoncia**, v. 16, n. 2, p. 93-105, 2004.

GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. M.; MACHADO, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 3, p. 371-76, 2010.

GARBERO, I. et al. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. **Acta odontol. Venez**, v. 43, n. 2, p. 135-40, 2005.

GARCIA, L. P.; BLANK, V. L. G. Conduas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, 2008.

GASPARIN, A. B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1307-15, 2009.

GIULIANI, M. et al. Attitudes and practices of dentists treating patients infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. **Med Sci Monit**, v. 15, n. 6, p. 49-56, 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria e Estado de Saúde do Distrito Federal. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS**. Ano 5, n. 1, Brasília, DF, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Um panorama da Saúde no Brasil- acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010.

IVANOVA, E. L. et al. Correlates of anxiety in women living with HIV of reproductive age. **AIDS Behav**, v. 16, n. 8, p. 2181-91, 2012.

JEREMIAS, F. et al. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. **Odontol. clín.-cient**, v. 9, n. 4, 2010.

KAIDA, A. et al. The WHOMEN's scale (Women's HAART Optimism Monitoring and Evaluation Scale v.1) and the association with fertility intentions and sexual behaviours among HIV-positive women in Uganda. **AIDS Behav**, v. 13, Suppl 1, p. 72-81, 2009.

MANENTI, S. A. et al. Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. **Braz J Infect Dis**, v. 15, n. 4, p. 349-55, 2011.

MANNO, I. **Introduction to the Monte Carlo Method**. Budapest, Hungary: Akadémiai Kiadó, 1999.

MATTOS, S. M.; SANTOS, V. R.; FERREIRA, E. F. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes hivpositivos da unidade de referência especializada em doenças infecciosas e parasitárias especiais-ure-dipe (Belém-Pará). **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 3, n. 1, p.7-16, 2004.

MELLA, S. et al. Asociación entre periodontitis crónica, interleuquina -6 (IL-6) e índice de masa corporal (IMC) en embarazadas. **Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral**, v. 4., n. 3, p. 97-101, 2011.

MIKHAILOV, G. A. **Parametric Estimates by the Monte Carlo Method**. Utrecht, Netherlands: VPC, 1999.

MILAGRES, A et al. Prevalence of oral hairy leukoplakia and epithelial infection by Epstein-Barr virus in pregnant women and diabetes mellitus patients--cytopathologic and molecular study. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v. 102, n. 2, p. 159-64, 2007 .

MILIÁN, M. B.; RAMIREZ, L. F.; NARANJO, T. M. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. **Rev Cubana Estomatol**, v. 46, n. 4, p. 60-69, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec. 2014.

MOURA, E. L.; KIMURA, A. F.; PRAÇA, N. S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta paul. Enferm**, v. 23, n. 2, p. 206-11, 2010.

NARVAI, P. C.; SÃO PEDRO, P. F. Práticas de Saúde Pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.. **Saúde Pública** – Bases conceituais. São Paulo: Atheneu, p. 269-95, 2008.

NOCE, C.W. **O efeito da terapia anti-retroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/AIDS**. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucodental) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2006.

NOVÁK, T. et al. Prevention of preterm delivery with periodontal treatment. **Fetal Diagn Ther**, v. 25, n. 2, p. 230-33, 2009.

OBARA AN, M. Y. et al. Manifestações Bucais em Pacientes Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 20, n. 3-4, p. 161-66, 2008.

PATTRAPORNNAN, P.; DEROUEN, T. A. Associations of periodontitis and oral manifestations with CD4 counts in human immunodeficiency virus-pregnant women in Thailand. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 116, n. 3, p. 306-12, 2013.

PETRUZZI, M. N. M. R. et al. Epidemiological characteristics and HIV-related oral lesions observed in patients from a Southern Brazilian city. **Rev. odonto ciênc.**, v. 27, n. 2, p. 115-20, 2012.

PETRUZZI, M. N. M. R. et al. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 52-59, 2013.

RIBEIRO, P. H. et al. Validation of an instrument to assess factors associated with adherence to standard precautions among dentists in primary healthcare. **Acta Odontol Latinoam**, v. 27, n. 1, p. 9-15, 2014.

SANDERS, L. B. Sexual behaviors and practices of women living with HIV in relation to pregnancy. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2009.

SANT'ANA, A. C. P. et al. Periodontal treatment during pregnancy decreases the rate of adverse pregnancy outcome: a controlled clinical trial. **J. Appl. Oral Sci.**, v. 19, n. 2, p. 130-36, 2011.

SCHWARTZ, S. R. et al. High incidence of unplanned pregnancy after antiretroviral therapy initiation: findings from a prospective cohort study in South Africa. **PLoS One**, v. 7, n. 4, p. e36039, 2012.

SENNA, M. I. B. **Atendimento odontológico para portadores de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: o que os olhos não vêem, o coração não sente.** 2000. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Epidemiologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2000.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. 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. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 217-25, 2005.

SHAGHAGHIAN, S.; PARDIS, S.; MANSOORI, Z. Knowledge, attitude and practice of dentists towards prophylaxis after exposure to blood and body fluids. **Int J Occup Environ Med**, v. 5, n. 3, p. 146-54, 2014.

SHETTY, A. K.; MALDONADO, Y. Antiretroviral drugs to prevent mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding. **Curr HIV Res**, v. 11, n. 2, p. 102-25, 2013.

VÁZQUEZ-MAYORAL, E. E. et al. Dental school deans' and dentists' perceptions of infection control and HIV/AIDS patient care: a challenge for dental education in Mexico. **AIDS Patient Care STDS**, v. 23, n. 7, p. 557-62, 2009.

VENANCIO, E. Q. et al. A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 4, p. 812-19, 2011.

VITALE, F. et al. The influence of professional degree on the knowledge of HIV, HBV and HCV infections in dentistry practice. **Ann Ig**, v. 17, n. 3, p.185-96, 2005.

YE, C. et al. The anti-phospholipid antibody-dependent and independent effects of periodontopathic bacteria on threatened preterm labor and preterm birth. **Arch Gynecol Obstet**, v. 288, n. 1, p. 65-72, 2013.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Gestantes

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto **Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação.**

O nosso objetivo é identificar quais as percepções que mulheres gestantes convivendo com HIV/AIDS têm sobre a atenção em saúde bucal em unidades de atenção à saúde do Distrito Federal.

Tem também como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à saúde bucal das gestantes com HIV, na rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A sua participação será por meio de uma entrevista que será marcada em data combinada entre a senhora e o pesquisador, com um tempo estimado para seu preenchimento de aproximadamente 1 (uma) hora. Não existe, obrigatoriamente, um tempo predeterminado para o preenchimento da entrevista. Será respeitado o tempo de cada uma para preenchê-la.

Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem qualquer prejuízo para a senhora. Sua recusa ou desistência não trará prejuízo em sua relação com o Pesquisador ou com a Instituição.

Informamos ainda que o risco que a Senhora está submetida na realização da pesquisa se enquadra na categoria de risco mínimo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade Mista de Saúde - Asa Sul - Brasília, oportunidade em que serão convidados todos os gestores, usuárias e usuários do setor de Odontologia da Unidade; podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para o responsável pela pesquisa, Sr. Luiz Henrique Rodrigues de Sousa, na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, telefone (061) 3442-6807, no horário das 8h às 12h ou das 13h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos da participante (como entrevistada) da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a participante da pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e me disponho a participar da Pesquisa **“Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação”**.

AUTORIZO também, por meio deste termo, a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte, bem como acesso a meus dados de prontuário.

Declaro sentir-me suficientemente esclarecida e de acordo. Assim, tendo lido e entendido os esclarecimentos prestados pelo pesquisador e por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Data: ___ de _____ de 201_.

Participante

Nome e assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Cirurgiões-Dentistas da Secretaria de Saúde do DF

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto **Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação.**

O nosso objetivo é identificar quais as percepções que os cirurgiões-dentistas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal têm sobre a atenção em saúde bucal para pacientes portadores de HIV/AIDS em unidades de atenção à saúde do Distrito Federal.

Tem também como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à saúde bucal, na rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Sua participação se dará através do preenchimento de um questionário, que deverá ser devolvido ao pesquisador, através de e-mail, correio ou da forma que lhe for mais conveniente.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem qualquer prejuízo para o(a) Senhor(a). Sua recusa ou desistência não trará prejuízo em sua relação com o Pesquisador ou com a Instituição.

Ressalta-se que a sua participação não gera qualquer compromisso ou gasto (a não ser do tempo despendido para o preenchimento do questionário), bem como não dará direito a qualquer remuneração ou gratificação de caráter econômico.

Informamos ainda que o risco que o(a) Senhor(a) está submetido(a) na realização da pesquisa se enquadra na categoria de risco mínimo.

Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; sua identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade Mista de Saúde - Asa Sul - Brasília, oportunidade em que serão convidados todos os gestores, usuárias e usuários do setor de Odontologia da Unidade, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para o responsável pela pesquisa, Sr. Luiz Henrique Rodrigues de Sousa, na Unidade Mista de Saúde da Regional Sul da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, telefone (061)

3442-6807, no horário das 8h às 12h ou das 13h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do(a) participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) participante da pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e me disponho a participar da Pesquisa **“Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação”**.

Declaro sentir-me suficientemente esclarecido(a) e de acordo. Assim, tendo lido e entendido os esclarecimentos prestados pelo pesquisador, e por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Data: ___ de _____ de 201_.

Participante

Nome e assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas

Pesquisa: Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

1. Nome (iniciais) _____
2. Idade _____ Data de Nascimento ____/____/____
3. Estado Civil
 Solteira Casada Divorciada Viúva Outros
4. Naturalidade /Procedência _____
5. Grau de escolaridade _____
6. Profissão / ocupação _____

DADOS OBSTÉTRICOS

8. Idade da gestação _____
9. Número de consultas no pré-natal _____
10. Gestação planejada
 sim não
11. Gestações anteriores
 Sim Não
12. Quantos filhos? _____

TRATAMENTO DO HIV, GESTAÇÃO (PRÉ-NATAL) E SAÚDE BUCAL

13. Como você acha que está o estado de saúde da sua boca?

14. Considerando sua saúde geral, para você qual a importância de seu estado de saúde da boca?

15. Você recebeu orientações sobre prevenção de doenças orais (cárie, problemas de gengiva) durante o atual pré-natal ou em algum pré-natal anterior? Se recebeu, o que você pensa sobre as orientações que recebeu?

16. Você teve acesso a serviços de atendimento odontológico durante sua gravidez atual ou em outra gravidez anterior?

17. Que importância você dá para sua saúde da boca, considerando seu estado de conviver com o HIV e estar grávida?
 Dê uma nota de zero a dez. _____

18. Qual a mudança de hábitos em relação à sua saúde da boca você adotou após saber de sua gravidez?

19. Você conversa com outras gestantes também convivendo com HIV sobre cuidados da saúde da boca?

20. Você acha que existem dificuldades para o atendimento odontológico de pessoas convivendo com o HIV?

21. Você poderia relatar alguma experiência positiva ou negativa que você teve, relacionada a um atendimento odontológico, depois que você declarou conviver com HIV?

22. O que você acha fundamental para o atendimento odontológico a uma paciente gestante convivendo com HIV?

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL RECEBIDA NA UNIDADE DE SAÚDE

23. O que você acha do atendimento odontológico na unidade de saúde em que você se consulta?

26. Quais os pontos positivos e negativos que você observa para o atendimento odontológico nesta unidade?

27. Quais as dificuldades que você encontrou para receber os cuidados odontológicos na unidade de saúde que você se consulta?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

28. Você gostaria de acrescentar ou comentar alguma coisa que julgue importante sobre pontos que não ficaram claros ou que você queira falar?

APÊNDICE D - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 1

Cat.	Subcategorias	Relatos	Freq.		
Convivendo com o HIV	Percebendo Preconceito e discriminação	Profissional de saúde	Presença	“Agora assim, na minha cidade, já aconteceu caso de não tratarem pessoas por conta de de problema.De saber, não não no meu caso mas que sofreu problema lá...porque se tinha doença eeee num achô tratamento em lugar nenhum”. (Teresa)	17
		Profissional de saúde	Ausência	“”Não tenho dificuldade de atendimento, pelo menos nessa unidade não. Falo abertamente aqui”. (Maria)	13
		Sociedade	Presença	“...porque assim, eu acho que a pessoa que tem essee, o HIV, ele fica muitoooooo retraído... né? Com medo de chegar naaa em alguém eeee e a pessoa achar que aaa já vai pegar só de olhar pra pessoa”. (Joana).	8
			Ausência		0
		Família	Presença	“Então, quando fô no HMIB e vê eu lá, vaai vê que eu num to dano de mamá, vai vê que é cesariana...vai ficá tipo me interrogano, toda hora. (suspiro) Se eu num fô lá em casa, no HMIB vai ser... oooô se num fô no HMIB, vai ser lá em casa que vai ficá peeer... procurano”. (Cláudia)	3
	Ausência		“Não. Até mesmo eeeeé na família, nunca ninguém chegou ni mim e falou aaa vô separar isso aqui porque você, num posso chegar perto de você. Ficou até mais próximo”. (Joana)	7	
	Tratando o HIV	Expressando o opiniões sobre o tratamento		“É um atendimento normal, comum como qualquer outro atendimento”. (Paula).	10
				Eu acredito que sim.Eu acredito que sim”. É preciso um especialista para tratar pacientes com HIV. (Teresa)	
		Expressando aspectos psicológicos	Positivo	“Entendeu? Então assim, muitas vezes, uma, uma conversa.....ouvir a gente.....já é um avanço.” (Teresa)	8
			Negativo	“...cê vê que assim quase a maioria é depressiva eeeeé, assim, até pela questão da sociedade num aceitar, né? uma depressão terrível, um estresse, ai cê...” (Teresa).	7
Convivendo com a gestação	Participando do pré-natal	“Nas palestra de gestante.... que eu participo.Toda quinta-feira fala...um monte de coisa sobre a saúde bucal, sobre a saúde do bebê...como banha bebê, um monte de coisa”..(Cláudia).	12		
	Conversando com outras gestantes	“Não, a gente só conversa sobre o neném, quanto que tá o peso, que dia que vai nascer, o parto...(riso)...o que que vai ser cesariana, normal, só...sobre criança”. (Cláudia)	8		
		“Hummm, não, assim porque eu tô no começo da gestação, né? Assim... (pausa)Nunca cheguei a conversar assim com ninguém sobre a boca”. (Paula)			
	Modificando hábitos de saúde na gestação	“Pra mim é igual, porque eu cuido do mesmo jeito, né? Ou gestante ou não, pra mim é a mesma coisa.” (Paula)	8		
“Não, não me preocupava muito.eeeeeé num tinha. Mas eu sabia que tinha que ter uma preocupação, né? Mas agora tô cuidando direitinho pra num vir aaaa haver complicação, né? e.” (Joana)					
Expressando mitos e crenças	“Não... eeé ao bebê, porque se eu arrancasse o dente eu podia ter um aborto espontâneo, que o povo diz que quando a pessoa tá gestante num pode ter tratamento odontológico”. (Cláudia)	5			

APÊNDICE E - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 2

Cat.	Subcat.	Relatos	Freq.
Saúde Geral	Acesso	“...com a doutora que tá aí. Eeee num tinha, entendeu? Assim e era muita, muita gente precisando e num tinha quem atendesse”. (Teresa)	2
	Avaliação	Com essa, com essa dificuldade, então aqui eu já chego, a pessoa já sabe que eu tenho esse problema, que eu faço tratamento aqui, que eu já tenho esse problema eeee já me trata da forma que deve tratar, né?” (Teresa)	9
	Relação Profissional paciente	“Que eu sô bem tratada eu, como diz o a Eleanor, a chefe geral, eu sô a filha da Hospital Dia e do HMIB...”. (Cláudia) “ naaa, na consulta e aí ela já tava assim estressada pelos problemas que ela tem. Eeee não já vô encaminhar você prum psicólogo, tal. E fui mal, mal pra casa, entendeu? Porque tava com muitas dúvidas, muitos medos eeeee ela num tava num bom dia dela também, que é normal”. (Teresa)	8
Saúde bucal	Acesso	“Sempre quando eu preciso de consulta, memo que vence os dias de consulta, tipo, eu perdo as consulta.....eu venho aqui e marco e quando eu num marco eu ligo”. (Cláudia) “..., num tinha aqui.....assim, tava com problema eeee era num tinha vaga.....então passei a gestação toda tentando vaga e não consegui”. (Teresa)	23
	Avaliação	“quando eu precisei, eu fui bem atendida aqui, né? Então teve todos os recursos direitinho, atenderam direitinho e a principio não tinha nada não”(Maria). “acho que é muita gente, né? Muito serviço pra pouco profissional....num sei quantas pessoas tem aí, num sei se...uma falha, porque a gestação tem um tempo, né?”. (Teresa)	47
	Relação Profissional paciente	“ todo mundo... eu fui bem atendida, fui bem recebida.” (Paula)	6

APÊNDICE F - Categorias e subcategorias dos relatos das gestantes no eixo 3

Cat.	Subcat.	Relatos	Freq.	
Autopercepção do estado de saúde bucal	Relacionada à dor	Positivo	“O meu estado de saúde da minha boca? (pausa, pensando) Assim, o estado da saúde da minha boca, particularmente está muito bem, porque (pausa) eu não sei o que que é sentir dor de dente, né? Porque meus dentes são muito, são muito fortes.” (Paula)	4
		Negativo	“Dente podre. Dente podre porque fica, hã (riso) como é que fala aquele negócio? Dóendo o dente”. (Cláudia)	1
	Relacionada ao mau hálito	Positivo	“Olha, agora... eeeeé tá tá bem, porque antes tava com mau hálito... eeeeé, tava com... eeeeé, tipo... sem canal, né?” (Joana)	1
		Negativo	“Eeeeé pra num dá mau hálito, eu acho muito bom. Essa é a principal importância...Eeeeé...o mau hálito eeeeé o mau hálito das pessoas... .eeeé acho que só o mau hálito (meio riso).” (Cláudia)	1
	Relacionada à mastigação	Positivo	“Tive que fazer tratamento, eeeeé canal e extraí dois dentes aqui atrás... ... porque tava, num tava ajudando, só tava prejudicando... ... na mastigação, né?”. (Joana)	1
		Negativo		0
	Relacionada à necessidades de assistência	Positivo	“...ai eu... ela falou que tá tudo ok num tem cárie, num tem nada. Devido aaaa esse tratamento que eu fiz, né? Uns dois anos atrás. Ai, ela falou que tá tudo beleza”. (Joana)	1
		Negativo	“Não, num tá saudável não, num tô consultano. Eeeeé. O tratamento”. (Cláudia)	4
	Importância da saúde bucal	Valoriza a saúde bucal	“eeee cuidar direito da saúde da boca, é importante. Aaa, eu acho que é assim... um cartão postal da pessoa, né? Chegar num local falar cooom com um hálito bem, porque num é.... num é bom né? Chegar eeeee a pessoa tá com a boca neeeeé? de mau hálito”. (Joana)	5
		Não valoriza	“Eeeeé eu nunca fiz essa reflexão, não, não, ehhhh porque eu nunca tive nada, então nunca parei pra pensar. Mas é importante, né?” (Maria)	3
Não prioriza a saúde bucal		“Realmente dava mais importância mesmo à gestação eeeee ao HIV, né? Que a gente tem que tratar, tomar os remédios tudo direitinho... agora a saúde da boca....”. (Maria)	19	

APÊNDICE G - Questionário

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E PERFIL PROFISSIONAL		
1 - idade: _____ anos		
2 - Sexo:		
Sexo	Frequência	%
Feminino	104	74%
Masculino	36	26%
Total	140	100%
3 - Ano de conclusão do curso de graduação em odontologia: _____		
Ano conclusão	Frequência	%
Até 1980	1	1
Entre 1981 e 1985	17	12
Entre 1986 e 1990	17	12
Entre 1991 e 1995	21	15
Entre 1996 e 2000	39	28
Entre 2001 e 2005	28	20
Entre 2006 e 2010	16	12%
Total	139	100%
4 - Ano de ingresso na rede pública de assistência odontológica do Distrito Federal: _____		
Ano admissão	Frequência	%
Entre 1981 e 1985	7	5%
Entre 1986 e 1990	9	6%
Entre 1991 e 1995	15	11%
Entre 1996 e 2000	10	7%
Entre 2001 e 2005	17	12%
Entre 2006 e 2010	26	19%
Após 2010	56	40%
Total	140	100%
5 - Possui curso de pós-graduação <i>lato sensu</i> (especialização)?		
Especialização	Frequência	%
Sim	126	90%
Não	13	9%
Estou cursando	1	1%
Total	140	100%

6 - Possui curso de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado / doutorado)?

Mestrado/Doutorado	Frequência	%
Sim	20	14%
Não	114	82%
Estou cursando	5	4%
Total	139	100%

7 - Atualmente você exerce suas atividades odontológicas em qual dessas unidades?

Unidade	Frequência	%
Centro Saúde	61	44%
Hospital Regional/Especializado	38	27%
Clínica da Família	13	9%
Posto de Saúde Rural/Urbano	8	6%
Centro Saúde e Hospital Regional/Especializado	1	1%
Outros	19	14%
Total	140	100%

PARTE 2 – ATENDIMENTO A GESTANTES

8 - Você realiza atendimento odontológico a gestantes em sua unidade de saúde?

Própria unidade	Frequência	%
Sim	96	70%
Não	13	9%
Às vezes	28	20%
Total	137	100%

9 - Caso a resposta anterior tenha sido “sim” ou “às vezes”, alguma vez já realizou atendimento odontológico à gestante convivendo com HIV/AIDS?

Atend. Gestante HIV	Frequência	%
Sim	26	20%
Não	65	51%
Não sei	37	29%
Total	128	100%

10- Você acredita que as gestantes que convivem com HIV/AIDS valorizam o cuidado com a saúde bucal delas durante o período gestacional?

Cuidado saúde bucal	Frequência	%
Sim	39	29%
Não	43	32%
Não sei	54	40%
Total	136	100%

11 - Você entende que o atendimento odontológico à paciente gestante com HIV/AIDS é um risco à saúde da mãe ou do bebê?

Risco	Frequência	%
Sim	33	24%
Não	96	70%
Não sei	8	6%
Total	137	100%

12 - Você considera que realizar um atendimento odontológico em uma gestante com HIV/AIDS, utilizando os Equipamentos de Proteção Individual, representa para o cirurgião-dentista?

Equipamento proteção	Frequência	%
Nenhum risco de contaminação	44	32%
Risco baixo de contaminação	80	58%
Risco médio de contaminação	12	9%
Risco alto de contaminação	2	1%
Total	138	100%

13- Você entende que há necessidade de um consultório com equipamentos e instrumental especiais para o atendimento a gestantes com HIV/AIDS?

Consultório c/ equip.	Frequência	%
Sim	24	18%
Não	104	76%
Tenho dúvidas	9	7%
Total	137	100%

14 - Uma gestante convivendo com HIV/AIDS pode realizar tratamento odontológico em qualquer unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sobre essa assertiva, você:

Tratamento qualq. Unid	Frequência	%
Discorda	16	12%
Concorda	83	60%
Concorda parcialmente	39	28%
Total	138	100%

15 - A transmissão vertical do HIV, de mãe para filho, apesar de ter sua incidência diminuída, ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde.

Você considera que o(a) cirurgião(a)-dentista, membro de uma equipe de saúde multiprofissional, tem papel importante como educador(a) em saúde, para que a gestante seja estimulada a adotar medidas visando à diminuição da transmissão vertical do HIV?

Transmissão vertical	Frequência	%
Sim	131	95%
Não	3	2%
Não sei	4	3%
Total	138	100%

PARTE 3 – ATENDIMENTO A PACIENTES COM HIV/AIDS

16 - Você tem ou já teve experiência profissional no atendimento a pacientes com HIV/AIDS?

Experiência Pacientes HIV	Frequência	%
Sim	102	75%
Não	20	15%
Não sei	14	10%
Total	136	100%

17 - Você se sente preparado para o atendimento pacientes com HIV/AIDS?

Preparação atend.	Frequência	%
Sim	86	63%
Não	11	8%
Tenho dúvidas	40	29%
Total	137	100%

18 - Todos os cirurgiões-dentistas deveriam ser responsáveis por atender a pacientes com HIV/AIDS. Com relação a esta assertiva, você:

Responsáveis atend. HIV	Frequência	%
Discorda	10	7%
Concorda	100	73%
Concorda parcialmente	27	20%
Total	137	100%

19 - Sobre a solicitação pelo dentista de teste anti-HIV para todo paciente com sorologia desconhecida, antes do tratamento odontológico, você se posiciona:

Teste anti-HIV antes	Frequência	%
Contra	68	50%
A favor	42	31%
Indiferente	26	19%
Total	136	100%

20 - Sobre a exigência de realização de teste anti-HIV para o paciente com sorologia desconhecida para o HIV, após um acidente ocupacional com material biológico deste paciente, você se posiciona:

Teste anti-HIV após	Frequência	%
A favor	127	93%
contra	8	6%
Indiferente	1	1%
Total	136	100%

21 - Com relação ao paciente com HIV/AIDS sintomático, você teria maior dificuldade em atendê-lo caso ele apresentasse quais sinais/sintomas? Você pode assinalar mais de um item.

Dificuldades atend.	Frequência	%
Tosse persistente	109	29%
Coinfecções	97	26%
Lesões bucais	76	20%
Febre	61	16%
Perda de peso	26	7%
Outros	4	1%
Total	373	100%

22 - Todos os cirurgiões-dentistas têm o direito de decidir atender ou não a pacientes com HIV/AIDS. Sobre essa assertiva você:

Direito de decidir	Frequência	%
Discorda	69	50%
Concorda	27	20%
Concorda parcialmente	41	30%
Total	137	100%

PARTE 4 – BIOSSEGURANÇA

23 - Considera que o seu local de trabalho tem condições de biossegurança para o atendimento a qualquer paciente, independente do estado sorológico para qualquer patologia?

Biossegurança atend.	Frequência	%
Sim	64	48%
Não	63	47%
Não sei	6	5%
Total	133	100%

24 - Em caso de resposta “não (0)” ou “ não sei (2)” você entende que sua unidade de saúde não possui condições adequadas de biossegurança por quais motivos? Sua marcação pode ser em mais de um item.

Motivos - Sem biosseg.	Frequência	%
Falta de protocolo	48	29%
Falta de capacitação da equipe	44	27%
EPI insuficiente	34	21%
Esterilização inadequadas	22	13%
Outros	15	9%
Total	163	100%

25 - Medidas precaução-padrão consistem em atitudes que devem ser tomadas por todo trabalhador de saúde frente a qualquer paciente, com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos. Você adota medidas precaução-padrão como rotina em seu atendimento?

Precaução-padrão	Frequência	%
Sim	124	93%
Não	4	3%
Não sei	6	4%
Total	134	100%

26- Você conhece o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde para procedimentos em casos de acidentes perfurocortantes envolvendo material biológico?

Protocolo recomendado	Frequência	%
Sim	83	62%
Não	50	38%
Total	133	100%

ANEXO A - Parecer CEP

Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação

Pesquisador: Luiz Henrique Rodrigues de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42238814.6.0000.5553

Instituição Proponente: Unidade Mista de Saúde I

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 994.888

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que busca compreender a "Percepção de mulheres convivendo com HIV/AIDS e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal durante a gestação". O pesquisador informa que não haverá sigilo da íntegra da pesquisa e levará a termo entrevistas com dentistas e pacientes portadores de HIV atendidos na Unidade Mista da Asa Sul.

Objetivo da Pesquisa:

Reconhecer qual a percepção que mulheres gestantes convivendo com HIV/AIDS e que cirurgiões-dentistas têm sobre a atenção em saúde bucal em pacientes que convivem o vírus HIV. Objetivo Secundário: Relatar as percepções das mulheres gestantes entrevistadas convivendo com HIV sobre a saúde bucal na gestação. Identificar as percepções das mulheres gestantes sobre a atenção em saúde bucal no Distrito Federal Descrever as percepções dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pessoas convivendo com HIV/AIDS. Relatar as avaliações dos cirurgiões-dentistas sobre biossegurança na atenção em saúde bucal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

já relatado



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 994.888

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já relatado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de Pesquisa em Português; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Orçamento do Projeto de Pesquisa; *Curriculum vitae*; Termos de Concordância. FORAM APRESENTADOS

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências apontadas sanadas satisfatoriamente

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Brasília, 23 de março de 2015.

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)