

Percepção do portador de HIV/aids sobre o cirurgião-dentista

Bruna Ariella Aguiar Muniz¹, Diene Carvalho Belo da Fonte², Saulo Cabral dos Santos³

Resumo

Este trabalho objetivou analisar a percepção de pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida sobre o cirurgião-dentista e compreender a face estigmatizada da epidemia. Trata-se de estudo quantitativo com 67 portadores do vírus, participantes da organização não governamental “Gestos – comunicação, soropositividade e gênero” em Recife/Pernambuco, Brasil. Foram aplicados questionários sobre aspectos inerentes a questões como postura profissional, relação paciente/dentista e experiências durante atendimento odontológico. Os resultados apontaram que 31% dos pacientes não informaram ao dentista sua condição de soropositivo e, dentre aqueles que informaram, mais de 30% relataram que houve mudança na postura profissional. Ocultar do dentista a soropositividade é forma de garantir o atendimento para 57% dos entrevistados, e 27% relataram ter sido discriminados. Conclui-se que a evolução do tratamento da doença não foi capaz de dissolver o preconceito histórico e o estigma que afetam as pessoas infectadas, visto que ainda sofrem discriminação inclusive na área da saúde.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Preconceito. Estigma social. Odontologia.

Resumen

La percepción del portador de VIH/SIDA sobre el odontólogo

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la percepción de pacientes con Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida sobre el odontólogo, y comprender el costado estigmatizado de la epidemia. Se trata de un estudio cuantitativo con 67 portadores del virus, participantes de la organización no gubernamental “Gestos – comunicación, seropositividad y género”, en Recife/Pernambuco, Brasil. Se aplicaron cuestionarios sobre aspectos inherentes a cuestiones como postura profesional, relación paciente/dentista y experiencias durante consultas odontológicas. Los resultados mostraron que el 31% de los pacientes no informó al dentista su condición de seropositividad y, entre los que la informaron, más del 30% relató que hubo un cambio en la postura profesional. Ocultar al odontólogo la seropositividad es una forma de garantizar la atención para el 57% de los encuestados, y el 27% reportó experiencias de discriminación. Se concluye que la evolución del tratamiento de la enfermedad no fue capaz de disolver el prejuicio histórico y el estigma que afectan a las personas infectadas, dado que aún sufren discriminación incluso en el área de la salud.

Palabras clave: VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Prejuicio. Estigma social. Odontología.

Abstract

The perception of the HIV/aids patient about the dental surgeon

This study aimed to analyze the perception of dentists by patients with HIV/AIDS, seeking to understand the stigmatized face of the epidemic. This is a quantitative study with 67 HIV/AIDS carriers, participants of the non-governmental organization “Gestos – Comunicação, Soropositividade e Gênero” (Gestures – Seropositivity, Communication and Gender), in Recife/Pernambuco, Brazil. Questionnaires were applied on aspects inherent to professional stance, patient/dentist relationship and experiences during dental care. The results indicated that 31% of the patients did not inform the dentist about their status as seropositive and among those who reported, more than 30% reported that there was a change in the professional stance. Hiding the seropositivity from the dentist is a way of ensure care for 57% of the interviewees and 27% reported experiences of discrimination. It is concluded that the findings on HIV/AIDS have not been able to eliminate the historical prejudice and stigma that affect HIV +, seeing that there are still feelings of discrimination experienced by the carriers, including in the health care.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Prejudice. Social stigma. Dentistry.

Aprovação CEP-UFPE CAAE 0287.0.172.000-11

1. **Graduanda** bruna.ariella@gmail.com – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) 2. **Graduada** diene.carvalho000@gmail.com – UFPE 3. **Doutor** saulodentista@gmail.com – UFPE, Recife/PE, Brasil.

Correspondência

Bruna Ariella Aguiar Muniz – Rua Padre Landim, 320, casa G3 Madalena CEP 50710-470. Recife/PE, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O modelo de organização humana configura sociedades divididas em grupos formados a partir da identificação entre indivíduos. Os atributos e características das pessoas são usados como ferramentas capazes de categorizá-las e definir sua “identidade social”¹. Mesmo com toda a pluralidade da população, os pontos que fogem da massa homogênea dominante são hostilizados. Criam-se conceitos do que é normal e do que é incomum, e assim nascem os estigmas sociais.

O termo “estigma” faz referência à condição ou particularidade julgada nociva ao coletivo, capaz de diminuir o valor do indivíduo e marginalizá-lo na sociedade. Comumente, o estigma torna-se maior que o sujeito: suas qualidades são dissolvidas pela marca que carrega e, por causa dessa representação social, passa a ser rejeitado e/ou isolado².

Na década de 1980, a descoberta do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) gerou inquietação em todo o mundo, principalmente por polemizar a relação doença *versus* comportamento sexual³. Por ser chamada, no início, de “peste gay” ou “câncer gay”, incitou o preconceito que já assombrava algumas minorias⁴. Outro ponto determinante para estigmatizar a aids foi sua associação com usuários de drogas injetáveis⁵.

A correlação da doença com determinados grupos e estilos de vida foi determinante para a construção histórica, cultural, imaginária e social da pandemia⁶. Por todos esses fatores, o medo de ser infectado pelo HIV apresentou-se como reflexo de prognóstico obscuro, sem cura e fatal. Isso gerou repercussão significativa no âmbito da saúde e foi responsável por mudanças na postura dos profissionais – principalmente dos dentistas, cujo manejo de instrumentos odontológicos com fluidos corporais (saliva e sangue) gerava alerta para o risco de contágio e consequente resistência em atender portadores da doença⁷.

Portanto, torna-se extremamente importante analisar o cenário atual da aids, bem como observar se o cirurgião-dentista está mais seguro e esclarecido para lidar com o vírus, segundo a perspectiva dos infectados. Dessa forma, este trabalho pretendeu delinear a representação social que as pessoas convivendo com a doença – no caso, frequentadores da Organização Não Governamental (ONG) Gestos – têm de seus dentistas, a partir de suas vivências e percepções do atendimento odontológico.

Método

Trata-se de estudo quantitativo realizado na ONG já mencionada, localizada em Recife

(Pernambuco, Brasil). Há 25 anos, a instituição dedica-se aos direitos humanos dos soropositivos e à formação de agentes multiplicadores de informação nas comunidades periféricas. Nesse contexto, a percepção do atendimento dos dentistas poderia se tornar mais ampla, mais condizente com a realidade, uma vez que pessoas com pouca visão crítica e sem entendimento claro de direitos tendem a não distinguir tão bem as situações de discriminação vividas por elas mesmas.

A amostra foi composta por 67 portadores de HIV/aids, que participavam das atividades promovidas pela organização. Foram incluídos na pesquisa voluntários com diagnóstico positivo para o HIV, de ambos os sexos, idade maior ou igual a 18 anos e que tivessem se submetido, ao menos uma vez, a qualquer tipo de tratamento odontológico. Os indivíduos foram contatados durante suas atividades e visitas à ONG.

Todos os participantes receberam uma carta explicando os objetivos e procedimentos do estudo, além de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Na própria ONG foi aplicado questionário sobre a relação paciente/dentista, acesso e atenção odontológica. O documento tinha 17 perguntas, das quais 15 eram objetivas e duas abertas. Não foi necessário identificar os participantes nas fichas de coleta dos dados.

A análise foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher, quando não havia condições para utilizar o primeiro (técnicas de estatística inferencial), com margem de erro de 5%. Um dos fatores de risco seriam os possíveis constrangimentos do indivíduo em responder ao questionário. No entanto, a compreensão mais ampla da relação profissional de saúde/paciente, especialmente no caso de pacientes sob condições estigmatizantes, pode ser vista como uma das principais contribuições deste estudo.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) e respeitou os aspectos éticos vigentes, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012⁸. Os participantes assinaram TCLE para pesquisa com seres humanos.

Resultados

A amostra foi composta por 67 indivíduos, 38 homens e 29 mulheres, sendo a faixa etária prevalente de 40 a 62 anos (55,2%). Quanto à orientação

sexual, a maioria era heterossexual, seguida de homossexuais e bissexuais (Tabela 1).

Tabela 1. Participantes segundo faixa etária, sexo e orientação sexual. Recife, Brasil, 2014

	n	%
Faixa etária (anos)		
Até 39	27	40,3
40 a 62	37	55,2
Ausente no sistema	3	4,5
Sexo		
Masculino	38	57
Feminino	29	43
Orientação sexual		
Heterossexual	38	56,7
Homossexual	20	29,8
Bissexual	3	4,5
Ausente no sistema	6	9
Total	67	100

Com base nos dados, 90% dos pesquisados já haviam passado ao menos por uma consulta odontológica. Após diagnóstico positivo para a doença, a percentagem de visitas ao dentista caiu para 84%. Os motivos da desistência foram variados: 25% tiveram medo da reação do dentista; 10% não queriam revelar a ninguém seu diagnóstico e 4,5% sentiram-se receosos de o profissional associar a doença à homossexualidade.

Os pacientes que omitiram a soropositividade do dentista corresponderam a 31%, em contraste aos 60% que informaram o diagnóstico. Destes últimos, 31% relataram mudança de postura do profissional. Ao serem questionados sobre a provável razão para isso, 20% atribuíram a alteração de comportamento à falta de informação e/ou preconceito do dentista, e 7% ao medo de contaminação pelo vírus.

Observou-se que 27% dos participantes já vivenciaram algum tipo de discriminação por parte do profissional. Em virtude disso, 57% acreditam que ocultar a doença do dentista é melhor forma de garantir o tratamento. Mesmo com os casos de omissão, a maioria dos pacientes (78%) considerou importante informar ao profissional o diagnóstico.

Após confirmação da soropositividade na anamnese, a experiência de recusar tratamento odontológico foi relatada por 22% dos pesquisados. Diante da negativa, 51% acreditam que os dentistas são menos dispostos a atender portadores.

Tabela 2. Condutas e relação paciente/dentista. Recife, Brasil, 2014

	n	%
Você já se sentiu discriminado por dentistas?		
Sim	18	27
Não	40	60
Ausente no sistema	9	13
Evitar dizer ao dentista que é soropositivo garante, na sua opinião, que o tratamento vai ser executado?		
Sim	38	57
Não	24	36
Ausente no sistema	5	7
Você acha que é necessário informar ao dentista que tem HIV/aids?		
Sim	52	78
Não	15	22
Total	67	100

Tabela 3. Comportamento do dentista e recusa do tratamento

	n	%
Você já deixou de receber tratamento odontológico depois de informar que tem HIV/aids?		
Sim	15	22
Não	34	51
Ausente no sistema	18	27
Você acha que os dentistas atendem normalmente os pacientes HIV soropositivos?		
Sim	18	27
Não	28	42
Às vezes	6	9
Não sei	3	4
Ausente no sistema	12	18
Por qual motivo você acha que há mudança na forma de atendimento?		
Preconceito	22	33
Falta de informação do profissional	7	10
Falta de amor ao trabalho	2	3
Medo do que os outros pacientes irão achar	1	1,5
Só atendem bem em unidades de referência	1	1,5
Ausente no sistema	34	51
Total	67	100

Discussão

O perfil epidemiológico dos portadores do vírus sofreu importantes transformações ao longo dos anos, acompanhando a dinâmica de comportamento e cultura da sociedade. A antiga matemática da infecção pelo HIV, relacionada a grupos de risco e à sua culpabilização, cedeu lugar a um quadro com fortes traços de envelhecimento, heterossexualização e feminização⁹. Entretanto, o estereótipo inicial de homens jovens, magros e de orientação homossexual pode ainda persistir no imaginário coletivo, facilitando a não adoção de medidas preventivas daqueles que fogem desse perfil.

O “envelhecimento” da epidemia sugere diversos fatores: mudanças no comportamento sexual do idoso; maior atividade sexual sem proteção, subestimando os riscos de infecção em idades avançadas; eficácia das terapias antirretrovirais e maior expectativa de vida¹⁰. Em 2010, a faixa etária entre 40 e 49 anos foi a que teve maior proporção de casos notificados pelos Sistemas de Informação de Saúde (24,8%). Já em 2011, a faixa etária com a maior taxa de incidência foi a de 35 a 39 anos. Outro dado importante refere-se ao período entre 1998 e 2010, quando aumentaram os casos de aids em adultos na faixa entre 50 e 59 anos ou mais^{11,12}. Corroborando essas estatísticas, a amostra da presente pesquisa foi composta majoritariamente (55,2%) por indivíduos de idade mais avançada (entre 40 e 62 anos).

A análise evidenciou caráter de heterossexualização coerente com o novo desenho da disseminação da doença, apresentando predominância de heterossexuais (57%). Constata-se que a tendência de associar o HIV aos homossexuais realmente tornou-se ultrapassada com essa reconstrução do perfil do infectado. Entre 1998 e 2010, houve aumento de 12% dos casos envolvendo indivíduos heterossexuais do sexo masculino, de 13 anos de idade ou mais. Em contrapartida, a taxa de homossexuais contaminados no mesmo período caiu de 31,1% para 29,7%^{11,12}.

A razão entre os infectados do sexo masculino e feminino vem diminuindo ao longo das décadas. Em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um entre mulheres. Em 2010, essa relação variou para 1,7 homem a cada mulher. E vale ressaltar que, entre 2000 e 2005, verificou-se a inversão: 0,9 casos entre homens para cada mulher^{11,13}. O aumento da transmissão do vírus por relação heterossexual contribuiu para o crescente número de casos em

mulheres. A contaminação do sexo feminino por essa via representa mais de 75% dos casos de aids¹⁴.

Estudo de Santos e colaboradores¹⁵ também defendeu a associação entre heterossexualização e a marcante feminização do novo perfil epidemiológico. Seguindo essa tendência, a amostra do presente artigo apresentou diferença sutil entre a porcentagem de homens e mulheres. Claramente, o predomínio de homens infectados cedeu lugar ao equilíbrio entre os sexos com o decorrer do tempo.

Os portadores de HIV inseguros quanto à reação do cirurgião-dentista são o retrato do abandono do tratamento, da baixa procura por assistência ou omissão de informações durante a anamnese. A representação social negativa da doença reflete tanto na introversão do paciente quanto em condutas inadequadas de dentistas despreparados. Na área da saúde, a recusa de atendimento, protocolos exagerados de biossegurança e/ou a quebra de sigilo do histórico médico são alguns exemplos de práticas discriminatórias¹⁶.

Entre os sujeitos estudados, os principais motivos alegados para desistir do tratamento odontológico, após confirmação da infecção, foram medo da reação do dentista (25%); receio da falta de descrição do diagnóstico pela equipe (10%); além da apreensão por julgamento prévio sobre o modo de contaminação (4,5%). Os achados, portanto, reforçam dados de outros trabalhos^{4,6,7,17} e revelam o quanto a assistência odontológica pode ser comprometida pela angústia de sofrer preconceito.

O despreparo dos profissionais de odontologia no campo das relações humanas, especialmente em relação ao acolhimento e respeito às diversidades, parece distanciar os pacientes. Essa constatação reforça a premente necessidade de estimular a humanização na formação acadêmica para que os profissionais de saúde possam efetivamente atender às necessidades dos pacientes.

Foi encontrado índice de discriminação de 27%, comparativamente inferior a alguns trabalhos já relatados^{4,17}, porém ainda significativo. Na análise de Garbin e colaboradores¹⁷, cuja amostra foi composta por 69 portadores de HIV/aids no município de Três Lagoas (Mato Grosso do Sul, Brasil), mais de 49% dos participantes relataram histórico de discriminação por algum profissional da área de saúde. No estudo de Lelis e colaboradores⁴, a porcentagem de casos similares também foi alta – maior ou igual a 40% – sendo atribuída a enfermeiros, dentistas e médicos. As práticas discriminatórias dos profissionais aos portadores de HIV/aids

relatadas em ambos estudos^{4,17} seguem os achados da presente pesquisa: recusa ou resistência ao atendimento por parte do dentista, isolamento físico ou qualquer outro tipo de tratamento diferenciado ao paciente.

É importante destacar que, independentemente das variações estatísticas, há muito preconceito com portadores do vírus e isso pode levá-los a omitir o diagnóstico como artifício de defesa. Por esta razão, mais de 55% dos participantes deste trabalho afirmaram que ocultar a soropositividade do dentista durante o questionário da anamnese é melhor forma de garantir o tratamento (geralmente pergunta-se: “Você já fez teste de HIV? Se sim, qual o resultado?”).

Essa estatística é preocupante, visto que garantir atendimento a partir dessa omissão pode criar ciclo capaz de comprometer a integralidade da assistência e sua efetividade. Fala-se em perda qualitativa de assistência porque algumas patologias orais estão diretamente associadas ao vírus. Se o dentista não conhece a condição sistêmica do enfermo, a coesão da equipe que acompanha o indivíduo pode ser afetada, e o tratamento pode ser fragmentado. Portanto, a história médica completa do usuário é fundamental para o melhor acompanhamento. Do dentista espera-se que o diagnóstico da aids não seja visto como alerta para excesso de cuidados, visto que os protocolos de biossegurança sempre orientam o profissional a considerar todo paciente como potencialmente infectado⁷.

Mais de 50% dos pesquisados tiveram a percepção de que os dentistas, depois de tomarem conhecimento da soropositividade, se tornaram menos dispostos em atendê-los. As possíveis razões sugeridas para a mudança de postura no atendimento foram a falta de informação do profissional (20%) e o medo de contaminação (7%).

Esses resultados encontram respaldo no estudo de Senna, Guimarães e Pordeus¹⁸, que avaliaram a disposição de cirurgiões-dentistas para tratar de pacientes soropositivos em Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). A análise observou condutas positivas dos dentistas mais esclarecidos quanto aos riscos de contaminação e protocolos de exposição acidental. Em contrapartida, houve menor disposição de profissionais com história de acidentes perfurocortantes, mesmo sendo mínimo o risco de infecção por via percutânea com sangue contaminado (0,3%)¹⁹. Dessa forma, o nível de conhecimento do profissional e a probabilidade de acidentes com material biológico contaminado parecem

influenciar diretamente o modo como soropositivos são tratados no consultório.

Feltrin, Navarro e Sposto²⁰ constataram que, apesar de maior domínio da comunidade científica sobre a doença, a opinião de muitos profissionais ainda permanecia mergulhada em insegurança e desinformação. Sua pesquisa envolveu 265 dentistas e os resultados foram alarmantes: mais de 35% dos entrevistados consideraram os usuários de drogas injetáveis como o grupo de risco mais afetado e, 18,3%, homens homossexuais. Além disso, apurou que mais de 50% dos dentistas não atenderiam pacientes se soubessem da sorologia positiva.

Comparando a realidade de 1997 diagnosticada por Feltrin, Navarro e Sposto²⁰ aos dias de hoje, o presente trabalho mostra que a opinião pública, embora ainda seja discriminatória, é mais flexível. Para 33% dos entrevistados na ONG Gestos, o preconceito dos dentistas é o principal fator para a mudança na forma de atendimento após serem informados da condição de soropositividade. Os números evidenciam que o conhecimento técnico adquirido sobre a doença ao longo dos anos não é suficiente para transformar o comportamento discriminatório do profissional.

A biossegurança excessiva e a responsabilização do indivíduo são indícios contundentes da discriminação sugerida pelos participantes, dados também compartilhados pelo estudo de Jovic-Vranes e colaboradores²¹. As estatísticas do estudo revelaram que mais de 80% dos profissionais usaram proteção individual adicional em atendimento a soropositivos e que 5% atribuíram culpa ao portador pela infecção. Ademais, a pesquisa apontou os cirurgiões-dentistas como a classe mais preocupada com o risco de infecção.

Embora a omissão da sorologia positiva tenha sido relatada, a maioria dos portadores (78%) afirmou achar necessário informá-la ao dentista. Esta consciência demonstra a compreensão da importância em relatar o quadro de saúde ao profissional; no entanto, diante do dilema entre a possibilidade de ter o atendimento recusado e o risco de alguma complicação por conta da omissão, alguns pacientes preferem assumir o risco. Também é plausível a percepção do risco de exposição ocupacional que envolve dentistas, assim como outros profissionais da área da saúde que manipulam fluidos corporais e materiais perfurocortantes. Na categoria médica, o cirurgião-dentista figura como a segunda profissão mais atingida por acidentes de natureza biológica²².

Ainda que a falta de bagagem teórica sobre aids seja a grande responsável pela rejeição aos pacientes soropositivos, outro fator crítico também faz parte desse panorama: a vulnerabilidade. Segundo Czeresnia e Freitas²³, o princípio da vulnerabilidade considera a chance de exposição das pessoas ao risco e ao adoecimento como resultante de vários aspectos, não apenas os individuais. Ela é influenciada por três eixos: o componente individual, o social e o programático.

O primeiro diz respeito ao nível de informação que o indivíduo possui sobre o problema, ao modo como interpreta essas informações e à possibilidade de incorporá-las em suas práticas cotidianas. O componente social analisa como essa capacidade individual pode ser influenciada por aspectos sociopolíticos, midiáticos e culturais da sociedade atual. Por fim, o programático trata dos recursos de prevenção e proteção dos indivíduos a partir das políticas públicas nas esferas regional e nacional. Ao trazer esses conceitos para o contexto do presente trabalho, percebe-se que adotar novas posturas é algo bastante complexo e não depende exclusivamente do aspecto individual – aqui simbolizado pelo conhecimento que cada profissional tem sobre o vírus e sua capacidade de incorporar novas atitudes ao dia a dia.

A dinâmica comportamental e seu emaranhado de fatores modificadores encontram investigações²⁴⁻²⁶ na literatura que harmonizam com a teoria de Czeresnia e Freitas²³. Oliveira e colaboradores²⁴ realizaram pesquisa com jovens entre 14 e 22 anos sobre formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a adoção de meios de proteção. Os resultados mostraram divergência entre teoria e prática: mesmo tendo conhecimento sobre o assunto, continuavam se expondo a riscos de contaminação.

Guerriero, Ayres e Hearst²⁵ verificaram situação similar: todos os participantes da pesquisa conheciam a aids e o preservativo como forma de prevenção, porém nenhum afirmou usá-lo para se proteger no cotidiano. Além disso, as justificativas indicavam pensamentos de invulnerabilidade à infecção pelo vírus. Fernandes e colaboradores²⁶ também encontraram dados conflitantes

ao observar que 77,2% da amostra conheciam as formas de prevenção do HIV e a importância de usar camisinha, porém mais de 72% não a estavam utilizando.

É essencial compreender que o sujeito precisa vencer obstáculos que ultrapassam a esfera individual – principalmente os culturais – para conseguir metabolizar a teoria adquirida e aplicá-la na vida. Os profissionais de saúde também são parte do processo social de contextualização da doença, e às vezes o esclarecimento sobre o assunto pode não ser suficiente para nortear a conduta, resultando em atendimento inadequado e infrações dos preceitos do Código de Ética Odontológica (CEO)²⁷.

Considerações finais

É inegável que o contexto inicial de desinformação e anseio por esclarecimentos sobre a nova epidemia resultou na busca por respostas e modos de prevenção que só cessaram quando os chamados “grupos de risco” foram caracterizados como atores do fenômeno da aids. O discurso estigmatizante na época foi tão disseminado que ainda hoje permanece enraizado na cultura brasileira.

Este trabalho constatou que as descobertas sobre o HIV ao longo dos anos foram incapazes de dissolver o preconceito e o estigma que atingem soropositivos, já que muitos deles ainda se sentem discriminados nos serviços de atenção à saúde, especialmente naqueles que não estão especificamente voltados para o atendimento de pessoas com aids. A insegurança e o receio apontados neste estudo são reflexos da discriminação ainda presente tanto na formação e vida profissional dos dentistas como na área da saúde de forma geral.

É necessário, portanto, que o profissional esteja esclarecido sobre a doença e trabalhe ativamente seu comportamento e instâncias emocionais, de modo que o conhecimento adquirido seja verdadeiramente introjetado e colocado em prática. Ademais, é essencial fomentar a humanização da relação paciente-profissional e estabelecer vínculos que promovam o bem-estar psicossocial e mais qualidade de vida ao portador.

Referências

1. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
2. Melo ZM. Os estigmas: a deterioração da identidade social. Unicap [Internet]. 2005 [acesso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2VI5C9C>

3. Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Abia; 2000.
4. Lelis RT, Garbin CAS, Garbin AJI, Soares GB. Vivendo com HIV/aids: estudo da ocorrência de discriminação nos serviços de saúde. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2012 [acesso 15 fev 2017];14(4):22-8. Disponível: <https://bit.ly/2Uhxmzu>
5. Paulilo MAS, Jeolás LS. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 29 abr 2017];10(1):175-84. Disponível: <https://bit.ly/2FSt0EG>
6. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a aids. *Estud Psicol* [Internet]. 2004 [acesso 29 abr 2017];9(2):317-23. Disponível: <https://bit.ly/2D8nNZd>
7. Discacciati JAC, Vilaça ÊL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2011 [acesso 29 abr 2017];9(4):234-9. Disponível: <https://bit.ly/2G2q5e3>
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 8 jun 2018]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1mTMIS3>
9. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2000 [acesso 17 abr 2017];34(2):207-17. Disponível: <https://bit.ly/2ShgQdb>
10. Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2007 [acesso 22 abr 2017];10(4):544-54. Disponível: <https://bit.ly/2FOE2Ln>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: aids e DST [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 18 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2YNZj0l>
12. Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2017];7(10):6039-46. Disponível: <https://bit.ly/2YPaSo3>
13. Martins TA, Kerr LRF, Kendall C, Mota RMS. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e aids no mundo. *Rev Fisioter S Fun* [Internet]. 2014 [acesso 19 abr 2017];3(1):4-7. Disponível: <https://bit.ly/2OQlqxj>
14. Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *DST J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 [acesso 22 abr 2017];19(1):45-50. Disponível: <https://bit.ly/2ONEjJO>
15. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2002 [acesso 19 abr 2017];5(2):286-310. Disponível: <https://bit.ly/2TW6M9V>
16. Brandão BMGM, Pereira VMAO, Góis ARS, Silva CRL, Abrão FMS. Representações sociais da equipe de enfermagem perante o paciente com HIV/aids: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [acesso 22 abr 2017];11(2):625-33. Disponível: <https://bit.ly/2ONhk5t>
17. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2009 [acesso 24 abr 2017];17(3):511-22. Disponível: <https://bit.ly/2VnXMMe>
18. 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* [Internet]. 2005 [acesso 24 jul 2017];21(1):217-25. Disponível: <https://bit.ly/2CWFAIH>
19. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D *et al.* A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* [Internet]. 1997 [acesso 24 jul 2017];337(21):1485-90. Disponível: <https://bit.ly/2G0ETKa>
20. Feltrin ÉE, Navarro CM, Sposto MR. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à aids e à infecção pelo HIV. *Rev Odontol Unesp* [Internet]. 1997 [acesso 25 mar 2017];26(2):287-95. Disponível: <https://bit.ly/2WMFdBV>
21. Jovic-Vranes A, Jankovic S, Vukovic D, Vranes B, Miljus D. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occup Med* [Internet]. 2006 [acesso 23 abr 2017];56(4):275-8. Disponível: <https://bit.ly/2CU4Lp6>
22. Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 23 abr 2017];13(3):508-16. Disponível: <https://bit.ly/2lcGBtC>
23. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
24. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/aids em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 22 abr 2017];13(4):833-41. Disponível: <https://bit.ly/2VjAIUh>
25. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2002 [acesso 28 abr 2017];36(Supl 4):50-60. Disponível: <https://bit.ly/2CW7RJ6>

26. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso 28 abr 2017];16(Supl 1):103-12. Disponível: <https://bit.ly/2Ib2adT>
27. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: aprovado pela Resolução CFO nº 118/2012 [Internet]. Brasília: CFO; 2012 [acesso 24 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2t4SSH5>


Participação dos autores

Diene Carvalho Belo da Fonte coletou os dados e realizou a análise estatística. Bruna Ariella Aguiar Muniz interpretou os resultados e redigiu o artigo. Saulo Cabral dos Santos orientou a pesquisa e fez a revisão crítica do trabalho.


Bruna Ariella Aguiar Muniz

 0000-0003-0194-1964

Diene Carvalho Belo da Fonte

 0000-0001-7498-4784

Saulo Cabral dos Santos

 0000-0001-5231-3576

