

André Filipe Santos

**Considerações éticas e de biossegurança no tratamento dentário a  
pacientes seropositivos**

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011



André Filipe Santos

**Considerações éticas e de biossegurança no tratamento dentário a  
pacientes seropositivos**

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

André Filipe Santos

**Considerações éticas e de biossegurança no tratamento dentário a  
pacientes seropositivos**

---

(André Filipe Santos)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do grau de

Mestre em Medicina Dentária”

## Sumário

O Médico Dentista é uma figura central na prestação de cuidados de saúde ao paciente seropositivo. As lesões orais relacionadas com o VIH são cada vez mais comuns e afectam profundamente a qualidade de vida destes pacientes, servindo ainda como indicadores precisos para o diagnóstico e estadiamento da infecção sistémica. Na medicina dentária ainda imperam muitas ideias erradas sobre a infecciosidade e transmissibilidade do vírus VIH, bem como sobre os riscos que os profissionais de saúde oral enfrentam quando tratam pacientes infectados. Este desconhecimento promove comportamentos discriminatórios e não condizentes com aqueles enunciados pelos códigos de conduta das profissões médicas, nem tão pouco com as cada vez mais numerosas evidências científicas que demonstram claramente que o risco de transmissibilidade ocupacional do vírus durante os tratamentos dentários é muito reduzido, particularmente quando as medidas de protecção universal são adoptadas. Torna-se por isso necessário determinar a forma mais adequada de actuar perante um paciente seropositivo que procura os serviços de medicina dentária, enfatizando o respeito pelas normas de biossegurança e pelos procedimentos em caso de exposição ocupacional a sangue ou material potencialmente contaminado e sem no entanto negligenciar a vertente deontológica da profissão.

## **Abstract**

The dental practitioner plays a key role on the provision of health care to patients with HIV. The HIV-related oral lesions are increasingly more common and greatly impact these patients's quality of life, serving as accurate features to diagnose and stage the systemic infection. However, there are a lot of wrong ideas about this virus's transmissibility and infectivity in dentistry, as well as about the risks the dental practitioners face when dealing with infected patients. This ignorance fosters discriminatory behaviors which are neither consistent with the tenets stated on the medical profession's codes of ethics nor with the growing body of scientific evidence which claims the risk of occupational infection to be too low, specially when safety measures and protective barriers are strictly employed. It turns out to be necessary to determine the most suitable way to deal with a seropositive patient in dental practice, as far as it is concerned with the compliance with safety standards and with the procedures following an occupational exposure to blood or other tainted material, and without overlooking the deontological strand of the dental profession at the same time.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer acima de tudo ao Pr. Dr. Manuel de Figueiredo pela disponibilidade que sempre mostrou e pela sua importante contribuição para a conclusão deste trabalho.

Dou ainda uma palavra de apreço à minha família e amigos e em especial ao meu binómio José Pedro, com quem passei grande parte do meu curso e espero continuar a trabalhar muitos e bons anos.

*A todos...beijos e abraços*

# **Índice**

Índice Geral	3
Índice de Imagens	4
Abreviaturas	5
<b>I-Introdução</b>	<b>6</b>
1.1-Materiais e Métodos	9
<b>II-Desenvolvimento</b>	<b>10</b>
1-VIH: Noção Científica	10
2-Medicina Dentária e o vírus do VIH	
2.1-Cuidados de saúde oral nos pacientes seropositivos	11
3-Biossegurança no tratamento dentário a pacientes com VIH	
3.1-Risco de transmissão ocupacional do VIH	15
3.2-Métodos de controle da infecção e prevenção da contaminação	19
3.3-O que fazer em caso de acidente/exposição ocupacional?	24
4-Ética e os seus princípios	28
5-O paciente seropositivo: questões ético-legais	
5.1-Descriminação no tratamento dentário ao paciente seropositivo	31
5.2-Responsabilidade do Médico Dentista face ao paciente com VIH	
5.2.1-Obrigação de tratar pacientes com VIH	35
5.2.2-Consentimento Informado e teste serológico obrigatório	38
5.2.3-Sigilo Profissional e o paciente seropositivo	41
5.2.4-Notifica�o obrigatória do VIH	45
6-Médico Dentista seropositivo: implica�es ético-legais	46
6.1-Restri�o da prática profissional	48
6.2-Teste e divulga�o do estado serológico do profissional seropositivo	53
<b>III-Conclusão</b>	<b>58</b>
<b>IV-Bibliografia</b>	<b>60</b>

## **Índice de Imagens**

Imagem nº 1 - Lesões orais mais comuns associadas ao HIV *13*

Imagem nº 2 - Procedimentos a serem cumpridos por um médico dentista seropositivo *58*

## Abreviaturas

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

PPE – Profilaxia pós-exposição

CD4+T – Linfócitos T CD4+

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

% - Por cento

mL - Mililitros

cél./ $\mu$ L – Número de células por microlitro

ZDV – Zidovudina

AwDA – *Americans with Disabilities Act*

ADA – *American Dental Association*

CDC – *Center of Disease Control*

CNEV – Conselho Nacional de Ética e Vida

CRP – Constituição da República Portuguesa

CPP – Código Penal Português

CCP – Código Civil Português

CDOM – Código Deontológico da Ordem dos Médicos

CEM – Código de Ética Médica

ARN – Ácido Ribonucleico

art. – Artigo

nº - Número

° - Graus célsius

## I- Introdução

O aparecimento do vírus do VIH no início dos anos 80 marcou um ponto de viragem significativo na forma como a comunidade médica até então lidava com as doenças de cariz infecto-contagioso. Este vírus difundiu uma inquietação generalizada sobre os profissionais de saúde, pelo facto de ter terminado com a *paz antibiótica* até então vivida e em que doenças como a Hepatite e a tuberculose se encontravam perfeitamente controladas através das técnicas antissépticas existentes, bem como dos imensos progressos que se iam fazendo ao nível da indústria dos antibióticos (Clotet, J. 2003).

Também no âmbito da Medicina Dentária, esta epidemia desencadeou profundas alterações ao nível dos procedimentos que os profissionais de saúde oral eram até então instruídos a realizar, principalmente no que diz respeito à biossegurança. Preocupações relacionadas com as condições de segurança existentes nos consultórios dentários para o tratamento destes pacientes e a necessidade de se proceder a uma rigorosa avaliação clínica dos indivíduos suspeitos motivaram o desenvolvimento e implementação de medidas de protecção e controlo da infecção, que sendo até então meramente recomendadas tornavam-se agora e muito por responsabilidade desta epidemia, obrigatórias (Ramos, D. 2003).

Para além das questões de ordem clínica, o vírus do VIH veio trazer inúmeras discussões, debates e controvérsias acerca dos problemas éticos e morais vivenciados pelo seu portador, quer ao nível do acesso e usufruto de cuidados de saúde oral apropriados, quer ao nível da tradicional relação médico - paciente tão firmemente estabelecida desde os primórdios das profissões de saúde. Em particular na Medicina Dentária, estas questões têm recebido uma atenção especial, pelo facto dos pacientes seropositivos precisarem, na sua grande maioria, de cuidados de saúde oral personalizados e muitas das vezes urgentes, e pelo facto de ser cada vez mais uma realidade, particularmente após o advento das terapias antiretrovirais, o facto dos médicos dentistas terem que lidar com pacientes seropositivos em meio ambulatorial. (Seacat, J. *et al.* 2008)

O advento da terapia antiretroviral combinada em 1996 mudou profundamente o curso da doença, tornando-a numa síndrome de cariz essencialmente crónico e que possibilitou aos acometidos viver vidas mais longas. Ainda assim a presença de manifestações orais associadas à infecção e aos efeitos adversos dos regimes medicamentosos tem mostrado ser cada vez mais prevalente e clinicamente significativa (Reznik, D. 2006). Na verdade, as manifestações orais têm demonstrado ser indicadores precisos e úteis para o diagnóstico e estadiamento da doença acometendo cerca de 60 a 70 % dos pacientes infectados, pelo menos uma vez na sua vida. (Robinson, P. *et al.* 1997). Estas podem fornecer indícios clínicos capazes de orientar e indicar a necessidade de realização de testes serológicos em indivíduos não diagnosticados e desta forma acelerar, em caso de seropositividade, o início das terapêuticas antiretrovirais. Torna-se assim possível agir em fases mais precoces da doença e conseguir melhores resultados terapêuticos, o que frequentemente se traduz numa melhor qualidade de vida para os pacientes acometidos. As manifestações orais podem ainda servir como indicadores do nível de imunossupressão do indivíduo, e deste modo determinar a necessidade de modificar o regime medicamentoso para outro mais eficaz ou com menos efeitos adversos. (Bonito, A. *et al.* 2002)

Torna-se por isso fundamental que os médicos dentistas integrem as equipas multidisciplinares que normalmente tratam estes pacientes e que desenvolvam os seus conhecimentos e capacidades por forma a assumir uma posição central na reabilitação e melhoria da qualidade de vida dos mesmos. (Zakrzewska, J. *et al.* 1997)

Todavia, numerosos estudos têm reportado grandes dificuldades dos infectados com VIH em receberem os cuidados de saúde oral apropriados e fruto de atitudes profundamente discriminatórias por parte dos médicos dentistas que os atendem (Discacciati, J. *et al.* 1999; Seacat, J. *et al.* 2008; Giuliani, M. *et al.* 2009). Na realidade a Medicina Dentária destaca-se como uma área da saúde onde estes tipos de atitudes têm sido relativamente prevalentes (Gibeaut, J. 1997), muito devido à disseminação de ideias e noções totalmente erradas sobre os riscos reais e o potencial de infecciosidade que esta doença representa para os profissionais médicos durante a sua prática clínica. Contudo, estes comportamentos não são condizentes com as normas de conduta claramente enunciadas nos códigos deontológicos que regem a profissão e muito menos

com a cada vez mais numerosa literatura que é peremptória em afirmar que o risco de transmissão ocupacional do vírus VIH durante os tratamentos dentários é muito reduzido, principalmente se as medidas de protecção universal forem rigorosamente cumpridas. (Klein *et al.* 1988; Cottone J. *et al.* 1989; Scully C *et al.* 1991; Jaffe H *et al.* 1994; Younai F. *et al.* 2001; Smith A. *et al.* 2001)

Este trabalho monográfico procura incidir sobre as principais questões éticas como o sigilo profissional, consentimento informado e outras que, frequentemente, derivam da relação médico-paciente no contexto da seropositividade e assim esclarecer, à luz das leis e códigos deontológicos das profissões de saúde, a conduta que os médicos dentistas devem assumir na prestação de cuidados a pacientes seropositivos. Também, e porque na temática do VIH ética e biossegurança estão intimamente relacionados, é fundamental abordar previamente os aspectos clínicos da doença, particularmente no que diz respeito à sua transmissibilidade em meio ocupacional, às medidas preventivas mais adequadas para a prestação dos tratamentos dentários em segurança e aos procedimentos profiláticos a realizar no caso de exposição ocupacional. No final, procurarei tecer algumas considerações sobre as implicações ético-legais que possam resultar para os Médicos Dentistas que inadvertidamente se tornam seropositivos.

Na elaboração deste trabalho monográfico pretende-se satisfazer os seguintes objectivos:

- Clarificar o papel do profissional de medicina dentária no tratamento dos pacientes seropositivos;
- Determinar o risco de infecção ocupacional que os médicos dentistas enfrentam no tratamento destes pacientes, bem como as medidas internacionalmente adoptadas para prevenir e controlar a infecção cruzada em meio de ambulatório;
- Descrever os procedimentos profiláticos a serem seguidos pelo médico no caso de acidente ou exposição ocupacional a sangue ou fluidos biológicos potencialmente contaminados;
- Perceber as causas que fomentam atitudes discriminatórias tão frequentes por parte dos médicos dentistas relativamente aos indivíduos infectados.

- Esclarecer os direitos e deveres do paciente seropositivo no contexto da prestação de cuidados de saúde;
- Conhecer as orientações que os códigos deontológicos e os dispositivos legais reguladores das profissões médicas fornecem aos profissionais de saúde oral, por forma a mais adequadamente lidarem com os pacientes seropositivos;
- Perceber quais as implicações ético-legais para o médico dentista que se torna inadvertidamente seropositivo.

## 1.1- Materiais e Métodos

Para realizar a pesquisa bibliográfica e selecção dos artigos o principal motor de busca utilizado foi a *PubMed*, tendo sido introduzidas as seguintes “*palavras-chave*”: “*HIV ethics*”; “*HIV bioethics*”; “*HIV oral manifestations*”; “*HIV dentistry*”; e foi usado o marcador booleano *and* para estabelecer a relação entre os diferentes termos como “*HIV ethics and dentistry*”; “*HIV and dental care*”; “*HIV and dental ethics*”; “*HIV and confidentiality*”. Não foram colocadas restrições temporais nem de idioma, apesar de ter sido dada preferência aos artigos que datavam a partir do ano 2000. Os artigos recolhidos foram ainda sujeitos aos seguintes critérios de inclusão: similaridade do tema do artigo com o que é abordado neste trabalho, e artigos com acesso integral.

Foram também utilizadas algumas referencias bibliográficas dos artigos recolhidos e devido ao cariz do tema abordado, foi necessário recorrer a alguns códigos de conducta das profissões médico-dentárias (como o *Principles of ethics and codes of Professional conduct* da *American Dental Association*; o *Americans with Disabilities Act*; *Medical Ethics Manual* da *World Medical Association*; *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*), bem como alguma legislação em vigor e presente no *Código Penal Português* e na *Constituição da Republica Portuguesa*.

## **II- Desenvolvimento**

### **1- VIH: Noção científica**

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada pelo vírus do VIH, que se caracteriza por uma supressão profunda do sistema imunitário, levando a infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas. Esta inicia-se com uma infecção aguda, que é apenas controlada pela resposta imune adaptativa e que avança para a infecção progressiva crónica dos tecidos linfóides periféricos. O vírus, tipicamente entra através do epitélio das mucosas. Os eventos patogénicos subsequentes da infecção podem ser divididos em várias fases: síndrome retroviral agudo; fase crónica, na qual a maior parte dos indivíduos é assintomático; fase sintomática e SIDA. (Silva, L. *et al.* 2007)

A infecção aguda é caracterizada, pela infecção das células T CD4+ de memória e morte de muitas das células infectadas. A disseminação do vírus desencadeia a activação da resposta imune do hospedeiro. As células dendríticas capturam o vírus nos locais de entrada (epitélios), migram para órgãos linfóides, e activam células T CD4+. Nestas condições ocorre replicação viral, levando a virémia e depleção considerável dos linfócitos. (Mariani, S. *et al.* 2010)

A fase crónica da infecção corresponde á fase de latência clínica no qual os nódulos linfáticos e o baço se tornam locais de replicação do VIH e destruição celular. Durante este período, raramente estão presentes manifestações clínicas da doença. (Crandall, 1999)

Na fase sintomática verifica-se um aumento da viremia e uma linfopenia marcada. Tipicamente o paciente apresenta febre crónica, fadiga, perda de peso, diarreia, sudorese nocturna, emagrecimento, sinusitopatias, candidíase oral e/ou vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, herpes simples recorrente, herpes zoster e trombocitopenia. (Silva, L. *et al.* 2007)

A fase final da doença é a progressão para SIDA caracterizada por uma falha na imunidade do hospedeiro, aumento dramático da carga viral e sintomatologia clínica grave. Após um período variável emergem as infecções oportunistas graves, neoplasias secundárias e doenças neurológicas. O principal indicador de SIDA corresponde ao número de células T, particularmente quando este valor é inferior a 200 cél./ $\mu$ L. (Shete, A. *et al.* 2009; Ministério da Saúde, 2004)

A magnitude desta epidemia moderna é realmente alarmante. Mundialmente, cerca de 39.5 milhões de pessoas estão infectadas pelo VIH, 63% das quais vive no continente africano (UNAIDS, 2006). Em Portugal, desde o primeiro caso em 1983 e até finais de Junho de 2006, foram diagnosticados 29.461 casos de infecção VIH/SIDA. Só no ano de 2005, registaram-se 2635 novos casos, contando-se, anualmente, cerca 1000 mortos, no nosso país. (Ministério da Saúde, 2006)

A transmissão do VIH ocorre em condições que facilitam a troca de sangue e fluidos corporais contendo o vírus ou células infectadas pelo mesmo. As principais formas de transmissão consistem: contacto sexual que é a forma mais comum de propagação em indivíduos com parceiros múltiplos; parenteral, frequente em consumidores de drogas intravenosas, hemofílicos e receptores de transfusões sanguíneas e vertical que pode ocorrer antes, durante ou após o parto. (Jaffray, C. E. *et al.* 2003; Estrela 2003) Para os profissionais de saúde, como os médicos dentistas, há ainda o risco de transmissão ocupacional. (Buichi, Y. 2000; Zenkner, C. 2006; Cunha, T. *et al.* 2006)

## **2- Medicina Dentária e o vírus do VIH**

### **2.1- Cuidados de saúde oral nos pacientes seropositivos**

O aparecimento das terapêuticas anti-retrovirais combinadas (HAART), a partir de 1996, tem possibilitado aos pacientes com VIH/SIDA verem reduzida substancialmente a morbidade e mortalidade da doença, atingir níveis relativamente baixos e seguros de carga viral, conseguir o restabelecimento do seu sistema imunitário e recuperar de infecções oportunistas (Aoki, 2001). Através dos progressos científicos e descobertas realizadas nos últimos anos sobre o vírus da imunodeficiência humana adquirida, os

pacientes acometidos conseguem viver mais tempo. Contudo têm muitas vezes, de enfrentar determinados sintomas e manifestações clínicas associados à própria doença ou até mesmo aos efeitos adversos da terapia antiretroviral que estão a receber. O VIH está então a tornar-se, especialmente nos países industrializados e muito devido ao acesso generalizado a eficazes regimes terapêuticos, numa doença de cariz crónico, onde cada vez mais se procura garantir uma qualidade de vida apropriada para os indivíduos infectados. (Rohn, E. *et al.* 2006)

As lesões orais encontram-se dentro deste grupo de manifestações clínicas e diversos estudos têm demonstrado a sua grande prevalência em indivíduos imunossuprimidos e em particular nos acometidos pelo VIH. Todavia e porque a sintomatologia clínica do vírus, desde o momento de entrada no organismo, é muito inconstante e irregular (passando por períodos totalmente assintomáticos e que podem durar vários anos, até ao aparecimento de sintomas com graus de severidade variada) e dependente de diversos factores, estas lesões podem aparecer, em determinados casos, logo no início da infecção ou até mesmo em fases mais avançadas de SIDA (Sanjar, F. *et al.* 2011). O estudo realizado por Mirowiski (1998) verificou que cerca de 93% dos indivíduos seropositivos apresentavam alguma forma de lesão oral, de entre as quais destaca a candidíase oral, sarcoma de kaposi e leucoplasia pilosa. Sirois (1998) observou que indivíduos seropositivos apresentavam altas taxas de lesões orais e destaca a candidíase como a mais frequente e o Sarcoma de Kaposi como o menos prevalente. Estudos mais recentes, como o conduzido por Reznik, D. (2006), apresentam um intervalo de valores mais amplo afirmando que estas lesões estão presentes em cerca de 30% a 80% dos indivíduos seropositivos, enquanto Sanjar, F. *et al.* (2011) afirma peremptoriamente que as lesões da cabeça e do pescoço acometem cerca de 80% dos indivíduos com seroconversão ao VIH. Ainda em crianças seropositivas Rwenyonyi, C. (2011) encontrou que a grande maioria, e em particular as que não estão sob um regime de drogas antiretrovirais, apresentaram uma ou mais lesões orais provocadoras de grande desconforto na realização das funções bucais mais básicas. A linfadenopatia cervical, candidíase oral e gengivite foram as lesões dos tecidos moles mais frequentes, com taxas na ordem dos 60,8%, 28,3% e 19,0%. Registaram-se ainda cáries dentárias com uma prevalência de 42,2% nos dentes decíduos e 11% nos permanentes.

Há ainda a destacar que factores como: uma contagem de células CD4+ inferior a 200 cél./µL; níveis de ARN do VIH superiores a 3000 unidades/mL; xerostomia; uma higiene oral deficiente, tabagismo e alcoolismo; contribuem fortemente para o aparecimento das lesões orais. (Reznik, D. 2006)

<b>FUNGAL INFECTIONS</b>	Candidiasis* Pseudomembranous Erythematous Hyperplastic Angular cheilitis	Histoplasmosis Cryptococcosis Geotrichosis
<b>BACTERIAL INFECTIONS</b>	Linear gingival erythema* Necrotizing ulcerative periodontitis* Necrotizing stomatitis	<i>Mycobacterium avium</i> intracellulare Actinomycosis
<b>VIRAL INFECTIONS</b>	Herpes simplex* Herpes zoster (varicella zoster) Cytomegalovirus Epstein-Barr virus Hairy leukoplakia	Human papillomavirus Oral warts Condyloma acuminatum Focal epithelial hyperplasia
<b>NEOPLASMS</b>	Kaposi's sarcoma* Non-Hodgkin's lymphoma	
<b>OTHERS</b>	Facial palsy Trigeminal neuropathy Recurrent thrombocytopenic purpura Recurrent aphthous ulceration* Major Minor Herpetiform	Immune thrombocytopenic purpura Salivary gland enlargement Xerostomia Melanotic pigmentation

Imagem nº 1 – Lesões orais mais comuns associadas ao HIV. Adaptado de Little, J. W. *et al.* 2002.

Estas lesões originam grande dor e desconforto e são responsáveis por causarem problemas ao nível da alimentação (dificultando a deglutição e ingestão de alimentos e deste modo, acentuando a desnutrição, perda de peso e desidratação), e que por sua vez ao contribuírem para o enfraquecimento do sistema imunitário e consequente imunossupressão, promovem a progressão da doença para estádios mais avançados (Weinert, *et al.* 1996). Têm ainda um impacto profundo nas actividades sociais e, consequentemente, na qualidade de vida destes indivíduos.

Por serem, em muitos casos, os primeiros sinais da seroconversão ao VIH e excelentes marcadores indicativos do estado de imunossupressão, o seu diagnóstico torna-se desta forma fundamental, possibilitando iniciar mais precocemente as terapêuticas

medicamentosas e medidas profiláticas necessárias e promovendo desta forma o aumento do potencial de sobrevivência destes pacientes (Greenspan, 1997). Estas lesões orais associadas ao VIH são muitas vezes inadequadamente descritas pela comunidade médica, e podem ter significados diferentes de acordo com a situação específica do indivíduo acometido, tal como sugere Reznik, D. (2006). Para este autor, estas lesões podem ajudar no diagnóstico, embora sejam habitualmente necessários outros procedimentos como os testes serológicos para definitivamente confirmar o estado de seroconversão. Facto este que é reforçado por Phelan (1997) ao alertar que os médicos dentistas poderão encontrar este tipo de lesões em pacientes ainda não diagnosticados efectivamente como seropositivos, e desta forma a necessidade destes profissionais instituírem e orientarem o paciente para a realização dos referidos testes, procurarem aconselhamento e se necessário iniciarem terapêuticas preventivas/profiláticas. Por outro lado, para indivíduos já diagnosticados como seropositivos mas que ainda não tenham iniciado a terapia medicamentosa, estas lesões indicam a necessidade de o fazer como consequência de uma possível progressão da doença. Finalmente, para os que já estão sob um regime de drogas antiretrovirais, estas lesões orais podem indicar uma subida do nível de ARN do VIH -1 plasmático. (Reznik, D. 2006)

Desta forma, os médicos dentistas possuem um papel privilegiado na prestação de cuidados ao paciente seropositivo e devem claramente fazer parte da equipa multidisciplinar que normalmente trata estes indivíduos, particularmente porque as lesões orais são muitas vezes erroneamente diagnosticadas e tratadas, e são frequentemente as primeiras a aparecerem e a precipitarem uma ida ao consultório dentário. O Médico Dentista deve então ser capaz de reconhecer estas manifestações clínicas que se encontram circunscritas no seu campo de actuação e prestar o tratamento mais adequado satisfazendo as necessidades orais do paciente com VIH, e contribuindo assim para uma melhor saúde sistémica e qualidade de vida destes pacientes (Reznik, D. 2006). Para tal, Abel *et al.* (2000) recomendam a recolha de uma cuidadosa História médica, e que se proceda a uma observação pormenorizada da cavidade oral e tecidos adjacentes visando a procura de lesões e anormalidades, pois só após ter sido feito um diagnóstico efectivo das mesmas é que se poderá dar início ao planeamento do tratamento.

Pascoe, G. *et al.* (2002) afirmam ser da completa responsabilidade do médico Dentista detectar e diagnosticar todo o tipo de lesões cancerígenas ou não circunscritas aos tecidos orais e periorais e que podem ser indicadoras de patologia sistémica como infecção por VIH. Posição reforçada por Radicchi, R. (2001), que declara que o médico dentista incorre numa infracção ética se não detectar e diagnosticar lesões indicadoras de seropositividade por VIH confinadas ao seu campo de actuação, e que do ponto de vista jurídico a imputabilidade reside na afirmação de que o erro médico de não-diagnóstico consiste precisamente em não fornecer todas as possibilidades e oportunidades de cura e/ou sobrevivência ao paciente, tal como enunciado no princípio de “*perda de chance*”. Este Autor alerta ainda para a necessidade do clínico estar atento às doenças infecciosas convencionais, nomeadamente à cárie e à doença periodontal, que tendem a ser mais frequentes nos indivíduos seropositivos, não só pelo seu estado de imunossupressão, mas também pela xerostomia e as altas concentrações de açúcar associados, muitas vezes, às medicações antiretrovirais.

### **3- Biossegurança no tratamento dentário a pacientes com VIH**

#### **3.1- Risco de transmissão ocupacional do VIH**

O aparecimento da epidemia da SIDA no início dos anos 80 alertou a comunidade de saúde para o perigo de disseminação e transmissão ocupacional do vírus do HIV e de outras doenças infecciosas e promoveu desta forma, a adopção de medidas e programas de controlo que pudessem minimizar esses riscos para pacientes e profissionais (Ramos, D. 2003). Particularmente, na área da Medicina Dentária, o crescente número de indivíduos seropositivos e a precisarem de cuidados de saúde oral, levou muitos órgãos internacionais reguladores da profissão como a ADA e até o CDC a tomar medidas no sentido de controlar a infecção cruzada e disseminação de microrganismos durante os actos clínicos (Discacciati, J. A. C. *et al.* 1999). Os profissionais de saúde de uma forma geral, encontram-se num risco mais elevado de contrair doenças infecto-contagiosas, e neste sentido se destacam os médicos dentistas que são muitas vezes obrigados a contactar com fluidos biológicos como a saliva, sangue e diversos aerossóis, carregando

partículas capazes de provocar infecções (Zenkner, C. 2006). Burgardt, C. *et al.* (1997) afirmam que o dentista tem um risco 6 vezes maior que a restante população de contrair doenças infecto-contagiosas.

O ambiente típico do consultório dentário aumenta ainda o potencial para a ocorrência de acidentes ocupacionais, nomeadamente de lesões perfuro-cortantes, que têm mostrado poder promover a infecção cruzada. Isto deve-se ao facto da maioria dos procedimentos serem realizados num campo de operação reduzido e com visibilidade difícil como é a cavidade oral, com frequentes e constantes movimentos do paciente e que requerem o uso de instrumentos que fomentam a ocorrência de exposições, como brocas, agulhas, bisturis, extremidades afiadas de peças de mão, curetas, entre outros (Younai, F. S. *et al.* 2001). A própria ergonomia com que o profissional trabalha relativamente ao paciente e à forma como estes materiais estão dispostos, quer suspensos por um lado nas cadeiras de trabalho quer pousados em cima de tabuleiros, favorece a ocorrência de acidentes. (Gomez, F. *et al.* 1997)

Neste sentido, há ainda a salientar a proximidade com que o médico dentista regularmente trabalha relativamente a uma das regiões mais fortemente contaminadas do organismo como é a cavidade oral e a necessidade de manusear instrumentos de alta rotação, para remoção de tecido dentário ou restaurações e que levam à produção de partículas que são frequentemente arremessadas com grande velocidade contra o rosto do profissional e da sua auxiliar. (Jorge, A. 2002)

Em 1990, o CDC definiu exposição ocupacional como aquela que ocorre durante a execução de procedimentos clínicos que podem acarretar risco significativo para a aquisição da infecção pelo VIH ou por outro tipo de patogéneos infecciosos e das quais destaca as lesões percutâneas e a exposição das mucosas ou de pele com perda da solução de continuidade a sangue ou outros fluidos corpóreos. Este organismo alertou ainda para a necessidade dos profissionais de saúde documentarem adequadamente todas as circunstâncias em que cada exposição ocorre, pois só assim se pode determinar o risco de infecção ocupacional que esta representa e deste modo planear as medidas profilácticas pós-exposição a serem empregues (CDC, 1991). Para tal, diversos factores relativos à exposição devem ser tidos em conta: profundidade da lesão; sangue visível

no instrumento que provocou a lesão; no caso de uma agulha, se esta entrou em contacto com veias ou artérias; tipo de agulha (sólida, oca); história infecciosa do paciente fonte; duração da exposição; uso de equipamento de protecção pessoal, cuidados imediatos pós-exposição (Varghese, G. *et al.* 2003). Relativamente ao paciente fonte, quando este é comprovadamente seropositivo, o risco de seroconversão tende a ser maior quando a doença se encontra numa fase sintomática ou até no estadio de SIDA. Ambos são períodos de intensa replicação viral e onde estes indivíduos apresentam cargas virais mais elevadas (Kohn, W. *et al.* 2003). A contagem de células CD4+T e o tipo de terapia medicamentosa antiretroviral que este esteja a tomar (importante para a determinação de resistência) deve ainda ser considerado. (Younai, F. S. *et al.* 2001)

A transmissão ocupacional de um microrganismo na prática de medicina dentária pode ocorrer do paciente para o profissional, do profissional para o paciente ou entre pacientes, destacando-se o VIH, VHB e VHC como os agentes infecciosos mais vulgarmente associados (Zenkner, C. 2006). As lesões percutâneas, como os golpes/cortes, perfurações e picadas de agulha têm demonstrado ser o mais provável e prevalente meio de transmissão durante o curso dos tratamentos (Buichi, Y. 2000). Factos reportados pelo CDC entre 1981 e 1999 demonstram que durante este período houve um total de 56 casos documentados de VIH adquirido ocupacionalmente nos EUA- 86% (48 casos) foram confirmados como sendo lesões percutâneas enquanto só 9 % (5casos) resultou de exposição ao nível das mucosas (CDC 1999). Factores como: a especialidade cirúrgica; o tipo de procedimento a realizar e a duração do mesmo; momento do dia em que é executado e o emprego de certas técnicas (como as que implicam manusear os tecidos a ser excisados ou perfurados directamente com os dedos), têm vindo a mostrar-se determinantes para a ocorrência de acidentes que culminam com perfurações dos tecidos percutâneos do operador. (White, M. *et al.* 1993)

Também tem sido reportadas exposições ocupacionais no contexto pós-operatório, nomeadamente durante a limpeza, transporte e montagem de instrumentos, bem como durante a separação e manuseamento dos resíduos e lixos resultantes das consultas. (Younai, F. S. *et al.* 2001)

No contexto do vírus VIH, vários estudos foram sendo realizados ao longo dos anos, com o intuito de tentar determinar o risco real de seroconversão decorrente de exposições ocupacionais e durante os tratamentos dentários e a esmagadora maioria é peremptória em afirmar que este é muito reduzido (Scully, C. *et al.* 2006). Estudos prospectivos em todo o mundo indicam que o risco médio de infecção por VIH depois de uma exposição percutânea com sangue contaminado é de 0,3 % (variando entre 0,2%-0,5%) (Bell, 1997) e que após a exposição de membranas mucosas dos olhos nariz ou boca, o risco é de aproximadamente 0,1% (Ippolito *et al.* 1993). Capilouto *et al.* (1992), mostraram que o risco cumulativo anual de infecção para dentistas é 57 vezes maior para o VHB do que o VIH, e de que o risco de morrer como resultado de uma exposição ocupacional ao VHB é cerca de 1,7 vezes maior. Na realidade estudos relativos às taxas de seroprevalencia entre dentistas de pacientes com VIH, demonstram que a Medicina Dentária é uma área associada a um risco relativamente baixo de transmissão do VIH (0,008%) (Gerberding, J. 1994), estando registados em todo o mundo cerca de 319 casos confirmados de transmissão ocupacional do VIH a profissionais de saúde e só 9 envolvem médicos dentistas. (Smith, A. *et al.* 2001)

Os riscos de transmissão para pacientes tem sido reportadamente menores, sendo estes calculados entre 1/40.000 e 1/400.000, considerando cirurgias extensas. De facto, estes riscos são de tal forma reduzidos que outras complicações como choque por anestésicos, e até insuficiência coronária aguda durante os procedimentos cirúrgicos tem demonstrado ser mais prevalentes que a transmissão do VIH na prática clínica (Campos, M. 1999). Longfield *et al.* (1994) investigaram um grupo de 1631 pacientes de profissionais de saúde oral seropositivos e com outros patogéneos sanguíneos como o VHB e VHC, e abrangendo um total de 12.164 procedimentos (20,5% dos quais invasivos), não registaram nenhuma infecção ocupacional dos primeiros.

A infecção pelo VIH ocupacional, só pode ser confirmada quando a seroconversão se encontra associada temporalmente com um evento de exposição ou acidente ocupacional e na qual todas as outras formas de adquirir o vírus foram excluídas. Para tal, é necessário que a serologia do individuo em causa seja comprovadamente negativa pelo menos um ano antes ou um mês após da ocorrência, e posteriormente positiva no período de um ano após a exposição. A infecção ocupacional pode ainda ser

comprovada quando a estirpe do vírus presente no indivíduo exposto corresponde àquela encontrada no indivíduo fonte, após técnica de *sequenciamento do ARN* (Ciesielski, C. 2003; Santos, D. 2010). É ainda de salientar, que ao nível das profissões de saúde torna-se muitas vezes necessário comprovar uma infecção no contexto da actividade profissional para que os profissionais envolvidos possam recolher os benefícios e compensações daí decorrentes, sendo muitas vezes necessário que estes apresentem documentação a comprovar a seroconversão. (Cunha, T. *et al.* 2006)

### **3.2- Métodos de controlo da infecção e prevenção da contaminação**

Apesar do desenvolvimento, nos últimos anos de regimes medicamentosos compostos por diversas drogas com efeito antiretroviral para o VIH, e que têm sido incluídos em esquemas profilácticos para profissionais de saúde e pacientes que sofrem uma exposição ocupacional, grande importância continua a residir na prevenção desses mesmos acidentes e exposições. Na realidade, muitos autores consideram que a prevenção é a forma mais eficaz de limitar a disseminação de patógenos contaminantes, e desta forma a infecção cruzada durante a prestação dos cuidados de saúde (Cunha, T. *et al.* 2006).

Nos tratamentos dentários, o número de ocorrências potencialmente contaminantes, foi drasticamente reduzida a partir de 1993 quando o CDC introduziu *guidelines* (revistas em 2003), com o propósito de orientar os médicos dentistas a conseguir uma prática profissional mais segura para todos os envolvidos no acto clínico (Moloughney, B. 2001). Neste sentido, o profissional de Medicina Dentária começou a poder controlar significativamente os riscos de transmissão de patógenos como o VIH, durante os cuidados de saúde através da aplicação dos métodos de protecção universal que incluem: utilização de equipamentos de protecção pessoal ou EPI; prevenção da exposição a sangue e a outros fluidos biológicos potencialmente infectados; prevenção de acidentes com instrumentos perfurocortantes; manejo adequado dos acidentes de trabalho que envolvam exposição a sangue a fluidos orgânicos e ainda o respeito pelos procedimentos de descontaminação e do destino de dejectos e resíduos nos serviços de saúde. (Jorge, A. 2004)

As “medidas de protecção universal”, mais tarde designadas por “medidas de protecção padrão”, representam um conjunto de práticas cuja finalidade é a promoção da assepsia e conseqüente redução do risco ocupacional e de transmissão de microrganismos nos serviços de saúde (Martins, 2001). O termo universal vem ainda acentuar a importância destas medidas e alertar para a necessidade de serem usadas sempre de uma forma generalizada em todos os pacientes. Particularmente no que concerne à infecciosidade do vírus VIH, este uso generalizado torna-se fundamental, pois a identificação dos indivíduos portadores do vírus por parte dos profissionais de saúde é na maioria das vezes muito difícil. Isto deve-se ao facto da doença assumir por um lado, períodos assintomáticos muito prolongados e que podem durar anos sem qualquer tipo de manifestação, fazendo com que muitas vezes os próprios pacientes não estejam conscientes do facto de serem seropositivos e ainda pelo facto de muitos pacientes, e porque testagem compulsiva do VIH não é permitida na maioria dos países, não divulgarem o seu estado serológico ao profissional que os atende (CDC, 2003). (Cottone, *et al.* 1991) reforçam que todos os pacientes devem assim ser considerados como infectados e deste modo como potenciais transmissores da doença e como tal devem ser tratados respeitando as normas de protecção universal e controlo da infecção.

Torna-se por isso fundamental implementar um protocolo específico para lidar com a infecção cruzada na prática de medicina dentária e que seja adoptado e respeitado pelo profissional e toda a equipa envolvida na prestação dos cuidados ao paciente, havendo para isso várias medidas que podem ser utilizadas e que actuando em diferentes níveis são capazes de interferir na cadeia de infecção, proporcionando um atendimento mais seguro ao paciente (Kohn, 2004). Tais procedimentos podem envolver diferentes níveis de actuação: em relação aos profissionais de medicina dentária, aos instrumentos, acessórios e equipamento e ao paciente. (Jorge, A. 2004)

### **Em relação aos profissionais de Medicina Dentária**

Aqui se destacam os EPI ou barreiras de protecção pessoal, que têm a finalidade de impedir que microrganismos provenientes dos pacientes e através de sangue, fluidos biológicos, secreções e excreções contaminem o profissional de saúde e a sua equipa (Jorge, A. 2004). Neste campo deve ser enfatizada a utilização de luvas, máscaras,

óculos de protecção ou viseira, barrete e bata (contudo em procedimentos mais invasivos é preferível o uso de uma farda impermeável). No caso das luvas, vários autores preconizam o uso de dois pares (particularmente para procedimentos cirúrgicos de longa duração ou com sangramento profuso), e apesar do seu emprego ter sido muito questionado, a verdade é que estas têm demonstrado eficácia em evitar o contacto de sangue e outros fluidos com as mãos e ainda em reduzir significativamente o volume de sangue inoculado (acima de 50%) no caso de lesões percutâneas. (Ministério da Saúde, 2000). As luvas devem ser sempre utilizadas, mesmo num simples exame da cavidade oral, contudo o seu uso deve ser restringido ao contacto com o paciente, não sendo admissível a manipulação de objectos com as mesmas fora do campo de trabalho (canetas, fichas de pacientes, maçanetas, etc). Devem ainda ser trocadas entre pacientes, não dispensando a sua utilização a lavagem das mãos. A lavagem de mãos deve ser sempre enfatizada, não só por permitir diminuir a carga microorgânica presente nas mesmas e antes da introdução das luvas, mas também por que muitas vezes as luvas podem sofrer pequenas alterações e defeitos decorrentes do seu uso. (Cunha, T. *et al.* 2006)

A utilização de barreiras protectoras permite proteger profissionais de saúde de possíveis acidentes, e ainda as suas mucosas (boca, nariz, olhos) que ficam muito frequentemente expostas a agentes contaminantes sob a forma de aerossóis, gotículas e salpicos. Neste sentido, torna-se particularmente importante que as vestimentas utilizadas pelo profissional, caso não sejam descartáveis, sejam substituídas pelo menos diariamente, e tal como o calçado só devem ser usadas dentro do consultório e das áreas de trabalho. É ainda aconselhável que, caso as roupas se encontrem muito contaminadas, sejam previamente lavadas com uma solução aquosa de Hipoclorito de Sódio ou então ser submetidas à temperatura de 70° por 15 a 30 minutos antes de se proceder à lavagem convencional das mesmas. (Jorge, A. 2004)

### **Instrumentos, acessórios e equipamento**

Os instrumentos perfuro-cortantes (agulhas, laminas, etc) com que os médicos dentistas lidam diariamente na sua prática clínica, requerem um manuseamento apropriado e muito cuidadoso por forma a evitar acidentes que possam propiciar a infecção cruzada,

especialmente após os tratamentos, quando estes podem conter sangue e restos de fluidos biológicos. O manuseamento de agulhas deve ser aqui enfatizado, especialmente em procedimentos como a administração de anestésicos e suturas. Nestas situações deve ser evitado a palpação e manuseamento dos tecidos directamente com os dedos, como no caso de administração da anestesia para o alveolar inferior na qual a bochecha deve ser afastada não com os dedos da mão auxiliar mas com um espelho. O reencapsulamento das agulhas deve também ser evitado, devendo estas ser depositadas em recipientes próprios, rígidos e que devem estar facilmente acessíveis no local de trabalho. No entanto, perante a necessidade de efectuar múltiplas injeções com uma só agulha, o operador deve colocar a protecção entre cada injeção. O encapsulamento deve ser realizado com uma só mão (e com a cápsula pousada no tabuleiro), ou então com o auxílio de um instrumento que permita segurar a cápsula sem a utilização directa dos dedos. (Cunha, T. *et al.* 2006)

Um elevado número de acidentes ocupacionais tem ainda sido registado em procedimentos extra-orais e muitas das vezes após a própria intervenção clínica, como no manuseamento de instrumentos durante a sua limpeza, preparação dos mesmos para esterilização, ou até em trabalhos de laboratório, sendo por isso aconselhável o uso de luvas e outros equipamentos de protecção na realização dos mesmos. A esterilização é um aspecto muito importante das medidas de controle de infecção. Contudo mediante o objectivo e grau de contaminação do instrumento, pode ser necessário realizar uma descontaminação ou limpeza prévia. A descontaminação pode ser conseguida por intermédio da imersão dos instrumentos numa solução desinfectante ou em água em ebulição por pelo menos 30 minutos, ou ainda com recurso a uma autoclavagem sem o ciclo de secagem. De seguida é aconselhável fazer-se uma pequena limpeza com água e sabão em que deve ser enfatizada a fricção mecânica. Esta pode ser realizada manualmente ou através um aparelho de ultra-som e utilizando para isso detergentes ou soluções desencrostantes. Após secagem do material este deve ser esterilizado ou desinfectado, e só após ter arrefecido à temperatura ambiente, ser armazenado em armários ou gavetas destinadas a esse fim. (Jorge, A. 2004)

Relativamente ao processo de esterilização propriamente dito, instrumentos que penetram nos tecidos, como agulhas e laminas, devem ser autoclavados ou esterilizados

em ar quente, enquanto todos os outros devem ser esterilizados com calor ou mergulhados numa solução de glutaraldeído a 2% e lavados manualmente antes de serem armazenados. (DHICC, 1993)

Cuidado especial deve ser dado às peças de mão e contra-ângulos, particularmente às partes interiores que podem tornar-se contaminadas com material de um paciente e depois expelido durante o uso em pacientes subsequentes. Deste modo, estas devem ser desmontadas e limpas (se possível esterilizadas), tal como as linhas de água dos instrumentos rotativos que devem também ser adequadamente limpas e descarregadas (Lewis, D. 1992).

As superfícies de trabalho devem ser apropriadamente desinfectadas, limpas e cobertas entre pacientes, podendo para isso utilizar-se álcool 70%, compostos sintéticos do iodo, solução alcoólica de cloroexidina (2 a 5% em álcool a 70%), compostos fenólicos ou hipoclorito de sódio (0,5%) de acordo com o material da superfície. Ainda relativamente aos materiais e impressões que vão ser trabalhadas laboratorialmente, estas devem ser sempre lavadas e desinfectadas previamente, tendo em atenção para adequar o desinfectante ao tipo de material utilizado para a produção das mesmas. O uso de luvas e equipamento de protecção torna-se mais uma vez essencial para o manuseamento das mesmas. (Jorge, A. 2004)

Por fim, os instrumentos não-reusáveis, e após a sua utilização, devem ser separados e colocados em recipientes rígidos, resistentes e de fácil acesso. (Ministério da Saúde, 2000)

### **Referente ao paciente**

A redução da carga de microorganismos na cavidade oral do paciente pode contribuir para diminuir o potencial de infecção cruzada durante um tratamento oro-dentário. Para tal podem-lhe ser fornecidas soluções de bochecho: solução de clorexidina (de 0,12 a 0,2%), compostos de iodo (iodo-povidona de 1 a 1,5%) e água oxigenada a 10 volumes. (Jorge, A. 2004)

É recomendado ainda o uso constante de uma aspiração de alto volume e uma adequada ventilação do local de trabalho, conseguindo-se desta forma minimizar a formação de aerossóis e partículas e contribuindo para um ambiente de trabalho mais limpo. As tubagens dos ejetores de saliva e aspiradores devem ser adequadamente limpas, descarregadas e, se necessário, desinfectadas. (DHICC, 1993)

### **3.3- O que fazer em caso de acidente/exposição ocupacional?**

Frequentemente as práticas preventivas não são suficientes para evitar exposições ocupacionais, e nestes casos, são as condutas pós-exposição que procurarão evitar as infecções que daí possam decorrer. De uma forma geral os procedimentos pós-exposição, quando indicados, devem ser iniciados o mais rapidamente possível e podem ter de incluir: cuidados imediatos, tratamento profilático e acompanhamento pós-exposição. (Gonçalves, A. *et al.* 2009)

Após o acidente ou exposição ocupacional, é recomendado que o profissional, se possível, interrompa imediatamente o procedimento que se encontrava a realizar e lave abundantemente com água e sabão, só com água, ou com soro fisiológico (no caso de mucosas) a área atingida ou lesão resultante. Estas não devem ser friccionadas ou esfregadas, pois poderia facilitar-se a inoculação dos vírus e outros microrganismos nos tecidos, ainda que seja aconselhável, no caso de existência de lesão, exercer-se pressão em torno da mesma, por forma a estimular o seu sangramento e assim tentar reduzir o número de microrganismos presentes no local da exposição. Não existe evidência de que o uso de antissépticos locais para o cuidado das lesões diminui o risco de transmissão do VIH, como tal estes não são recomendados. (Smith, A. *et al.* 2001)

Após os cuidados imediatos terem sido devidamente prestados, a exposição deve ser documentada, e um relatório da mesma deve ser produzido de forma a incluir (Gonçalves, A. *et al.* 2009):

- Nome e identificação do médico dentista e do paciente envolvido;
- Data e hora da exposição;

- Detalhes da exposição: duração, quantidade de material biológico envolvido e severidade da mesma (sangramento, profundidade da lesão) e no caso de exposição a mucosa ou pele (o grau de abrasão das mesmas, e a região do corpo acometida);
- Detalhes dos procedimentos envolvidos: onde e como ocorreu a exposição, tipo de instrumental associado à mesma (agulhas, laminas); condições do material no momento da exposição (se já tinha sido usado e se encontrava muito contaminado);
- Informação sobre a fonte de exposição: procurar saber sobre o estado serológico da mesma e caso haja positividade para algum tipo de patógenos sanguíneos como o VIH, procurar conhecer o estadió da doença, a carga viral, a contagem de células CD4 +T, bem como o tipo de terapia antiretroviral que esteja realizar e a existência de história médica de resistência viral;
- Dados relativos à pessoa exposta: história médica; presença de marcadores para as principais estirpes de hepatite e imunização;
- Registrar ainda o tipo de aconselhamento prestado ao indivíduo exposto; os cuidados pós-exposição administrados e “*follow up*”.

É aconselhável por isso que o profissional seja avaliado nas primeiras 4 horas por um médico com experiência na área e através do qual deve receber o apoio e aconselhamento necessário. Bem como realizar testes serológicos regulares por forma a confirmar ou excluir a presença infecção. No caso do VIH, estes devem ser efectuados no momento da exposição (*Baseline*) e repetidos à sexta semana, 3, 6 e 12 meses após a exposição (Cunha, T. *et al.* 2006). Da mesma forma, ao paciente, caso este seja a fonte da exposição e o seu estado serológico não seja conhecido, deve ser pedido consentimento para a realização dos referidos testes e assegurada confidencialidade sobre o resultado dos mesmos. (Gomez, F. *et al.* 1997)

Todas estas informações sobre a exposição ocupacional, sobre o estado serológico do paciente fonte e sobre o estado imunológico do indivíduo exposto, vão contribuir para o planeamento e para determinar o risco de infecção que o caso apresenta. A avaliação deste risco torna-se desta forma fundamental para avaliar a necessidade do profissional exposto iniciar um regime profilático com drogas e caso seja necessário, definir qual o

mais adequado ao caso. Estudos aconselham os profissionais de saúde a iniciar o regime profilático com drogas antiretrovirais se o risco proveniente da exposição ocupacional for significativo, caso contrário os efeitos laterais e toxicidade que a maioria destas drogas apresenta não compensam este risco (Santos, D. 2010). Pode ainda ser necessário que o profissional em cause tenha que adequar algumas das suas condutas e deste modo ser aconselhado a: parar a amamentação, evitar gravidez pelo menos por um período de 6 meses, praticar sexo seguro, evitar doar sangue ou sêmen, entre outros. (Cunha, T. *et al.* 2006)

### **QuimioProfilaxia Pós-exposição (PPE)**

O uso de drogas antiretrovirais no contexto das exposições ocupacionais tem demonstrado uma eficácia considerável em reduzir o risco de infecção ocupacional. No caso do VIH, a *Zidovudina* (ZDV) demonstrou ser capaz de reduzir em mais de 80% o risco de seroconversão quando usada profilaticamente. Contudo pensa-se que o uso de uma terapia combinada, na qual várias drogas que actuam em diferentes fases da replicação virica são incluídas, é mais eficaz que os regimes de monoterapia em que só uma droga, normalmente a ZDV, é administrada. (Ashtiani, R. *et al.* 2009)

O CDC considera a existência de dois grandes regimes de quimioprofilaxia para o VIH: (CDC, 2001)

- Regime básico: incorpora duas drogas antiretrovirais (normalmente a ZDV e Lamivudina) e é usado em situações de risco relativamente reduzido. Este regime não tem um poder antiretroviral tão grande como o expandido, contudo possui menos efeitos adversos e significativamente menos toxicidade;
- Regime expandido: constituído por três ou quatro drogas (ZDV, *Lamivudina* e um inibidor de protease) e indicado para exposições que representam um risco aumentado de transmissão. Este regime, porque inclui um inibidor de protease (*Indinavir*), apresenta uma toxicidade mais marcada e a sua prescrição deve ser cuidadosamente ponderada.

A alta toxicidade das drogas antiretrovirais é uma realidade que deve ser seriamente considerada e como tal, a prescrição deste tipo de terapias, só deve ser feita quando se verificar ser mesmo necessário. Embora os efeitos adversos como náusea, vômitos e diarreia, geralmente tendam a desaparecer com a interrupção dos regimes profiláticos, alguns sintomas mais sérios têm vindo a ser associados, como: nefrolitíase, hepatite e pancitopenia, chegando mesmo a haver casos de indivíduos que precisam de transplantes hepáticos. Neste sentido é importante que o profissional de saúde que esteja a tomar este tipo de medicação seja seguido cuidadosamente por um profissional médico qualificado, que controle, não só, a eficácia do regime medicamentoso mas também os efeitos adversos daí decorrentes. (Johnson, S. *et al.* 2000) De uma forma geral, a quimioprofilaxia com drogas antiretrovirais para o VIH deve ser considerada em qualquer um dos seguintes casos: lesão percutânea (perfuração com agulha ou corte com objecto afiado); mordedura indutora de lesão nas mãos do dentista por um paciente seropositivo com a presença de sangue do mesmo na boca; contacto com membrana mucosa ou pele não íntegra (como pele abrasionada, dermatite ou ferida aberta) de material potencialmente infectado; contacto prolongado com pele íntegra. (Varghese, G. *et al.* 2003)

As situações de exposição ocupacional devem ser consideradas como emergências médicas e assim possibilitar, caso seja necessário, que as medidas profiláticas sejam iniciadas o mais rapidamente possível. No caso do VIH, este *timing* torna-se deveras importante pois, após a exposição inicial, o vírus replica-se dentro das células dendríticas da pele e mucosa antes de espalhar-se através dos vasos linfáticos e promover a infecção. Este atraso na propagação da infecção sistémica proporciona a oportunidade para o uso de drogas antiretrovirais capazes de travar a replicação vírica (Santos, D. *et al.* 2010).

A PPE tem por isso demonstrado perda de eficácia quando administrada a partir das 36 horas, devendo ser iniciada entre 1 a 2 horas após a exposição. Daí a importância dos testes serológicos rápidos e da necessidade do regime ser iniciado precocemente mesmo quando os resultados destes não estão ainda disponíveis dentro do período pretendido. Do mesmo modo, no caso dos resultados serem negativos, deve-se ter em consideração

a possibilidade de falsos negativos devido ao período de janela imunológica. (Ashtiani, R. *et al.* 2009)

O fracasso da PPE pode ter uma multiplicidade de causas como: a existência de uma cada vez mais comum resistência viral às drogas administradas; grandes quantidades de partículas víricas ou existência de grandes inóculos responsáveis pela contaminação; início atrasado ou profilaxia de curta duração e que não respeita o período mínimo de quatro semanas ou 28 dias e ainda factores associados ao estado imunológico do hospedeiro. (CDC, 1998)

#### **4- Ética e os seus princípios**

Ética pode ser definida como um ramo da filosofia voltada para a apreciação e estudo sobre a vida moral. A palavra “ética” provem do grego *ethos* e significava originalmente *carácter* ou *conduta*, enquanto a palavra “moral” é proveniente do latim *mores* e significa *hábito* ou *costume*. Por vezes, estes dois termos são usados alternadamente e num contexto em que procuram aludir ao carácter e virtudes de um indivíduo (Frey, W. *et al.* 2008). A ética procura clarificar as questões à cerca daquilo que é errado ou certo numa determinada situação e desta forma demonstrar a complexidade das mesmas. Esta complexidade resulta do facto de que a maioria das teorias éticas e dos julgamentos morais são altamente contestáveis e ainda que algumas normas, valores ou princípios sejam generalizadamente aceites e usados para servirem de base à criação dos códigos de conduta profissional e de leis. Nenhuma teoria ética produz inequívocas conclusões capazes de convencer todas as pessoas. Este facto por sua vez é devido à existência de uma sociedade e por consequência de uma ética, cada vez mais pluralista e que assenta na existência de diferentes crenças, valores, culturas e pontos de vista que influenciam a nosso conceito do que é certo ou errado. (Benn, C. *et al.* 1996)

Por outro lado, a lei é a promulgação de um estatuto ou costume com o intuito de permitir ou proibir determinadas acções e cujo incumprimento acarreta a imposição de castigos ou punições sobre o incumpridor (Bridgman, A. *et al.* 2002). Embora a lei e a ética tenham similaridades, pois ambas definem um padrão de comportamento esperado e exigido pela sociedade, a primeira pode ser melhor definida como a soma total de

regras e regulamentos através dos quais esta é governada, ao passo que a segunda, por outro lado, diz respeito a regras formais ou informais cujo propósito é guiar o comportamento de indivíduos ou grupos de pessoas. No mesmo sentido, enquanto os direitos legais se encontram fundamentados na lei os direitos éticos são baseados nos princípios e valores éticos. (Frey, W. *et al.* 2008)

O termo “*Bioética*” foi apresentado pela primeira vez em 1971 pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselder Potter, na sua obra “*Bioethics: bridge to the future.*”. Segundo este autor a bioética deveria ser considerada uma nova disciplina e que, com o auxílio das ciências biológicas, procura melhorar a qualidade de vida do ser humano, permitindo a participação deste na evolução biológica e preservando a harmonia universal. Esta abrange ainda a *macrobioética* orientada para as questões ecológicas e relacionadas com a preservação da vida humana e a *microbioética* focada mais restritivamente nas relações entre médico e paciente, instituições de saúde públicas ou privadas e entre essas instituições e os profissionais da saúde (Bechelani A. 2003). Na verdade este conceito tornou-se de tal maneira amplo que abrange não só as questões éticas relacionadas com a prática clínica (aplicada aos cuidados de saúde), mas também em tudo que interfere com o fenómeno vital (Antunes, A. 1998). É por isso hoje definida como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. (Clotet, J. 2003)

A análise das questões éticas relacionadas com as práticas médicas e conduta dos profissionais de saúde para com os pacientes é feita utilizando com referência principal os 5 princípios da Bioética e que foram enunciados pela primeira vez por Beauchamps e Childress em 1994. Estes princípios não possuem uma ordem hierárquica valorativa particular, daí que não se possa dar mais importância a um sobre todos os outros, devendo por isso ser interpretados casuisticamente e de acordo com cada circunstância específica. São ainda parte integrante das profissões de saúde, particularmente na medicina dentária, e procuram assegurar que os seus profissionais actuem sempre, tendo em consideração a dignidade daqueles que tratam e daqueles com que se relacionam (Antunes, A. 1998):

- **Autonomia:** O princípio de autonomia ao encontrar-se alicerçado na doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais, diz respeito ao direito que cada indivíduo tem ao seu auto-governo e auto-determinação e assegura, desta forma, a possibilidade do paciente tomar decisões individuais de uma forma autónoma, desde que este seja capaz de fazê-lo e desde que estas não interfiram com a dignidade e integridade de terceiros. Na prática clínica este princípio obriga os profissionais de saúde a respeitar a vontade do paciente ou do seu responsável e a ter sempre em linha de conta os seus valores e crenças.
- **Beneficência:** Pelo facto de na tradição hipocrática, o médico não ser encorajado a informar o paciente sobre o seu diagnóstico e tratamento e desta forma a obter um consentimento que melhor expresse a vontade deste acerca do curso terapêutico a tomar, a relação entre ambos encontrava-se maioritariamente alicerçada no princípio da beneficência. Este princípio, proveniente então de uma visão profundamente paternalista e que desconsidera totalmente a autonomia do paciente, coloca o clínico no papel de “pai” e obriga-o a tratar o doente como um “filho” procurando sempre o seu bem e actuando sempre de acordo com o máximo interesse deste.
- **Não-Maleficência:** O princípio da não-maleficência defende que nenhum dano pode ser provocado ao paciente seja este praticado de forma intencional ou negligente.

Os princípios da beneficência e não-maleficência, decorrentes da visão hipocrática, foram durante muitos anos aqueles que serviram de base para a prática das profissões médicas. Contudo o grande ênfase que tem vindo a ser dado sobre a autonomia do paciente na relação deste com o profissional médico, impõe cada vez mais a necessidade de agir de acordo com o princípio do *primum non nocere* (agir no melhor interesse, sem prejudicar e causar dano e de acordo com a vontade daquele que procura os cuidados de saúde) para que a intervenção clínica seja eticamente responsável. O princípio da justiça requer que os recursos na área da saúde, tal como os benefícios e os riscos que daí advêm, sejam equitativamente distribuídos pela sociedade. O princípio da vulnerabilidade resulta da constatação de que determinadas pessoas, por apresentarem

algum tipo de fragilidade (idosos, crianças, doentes em coma, deficientes) podem ver a sua integridade física ou psicológica ser ameaçada, exigindo-se desta forma ao profissional uma intervenção que vise salvaguardar os interesses destas. (Antunes, A. 1998)

## **5- O paciente seropositivo: questões ético-legais**

### **5.1- Discriminação no tratamento dentário ao paciente seropositivo**

Os aspectos éticos relativos à problemática do VIH centram-se particularmente na relação médico paciente e mais propriamente em questões como a confidencialidade e o direito à privacidade sobre o estado de seropositividade; consentimento informado para a realização de testes serológicos, bem como a obrigatoriedade de realização dos mesmos; acesso a cuidados de saúde e experimentações como forma de obtenção de drogas em desenvolvimento, entre outros (Schuklenk, U. 2003). Ainda na relação médico paciente o VIH levantou inúmeras discussões, fundamentalmente sobre a necessidade de humanização do atendimento a pacientes seropositivos e muito devido aos cada vez mais frequentes relatos de discriminação, de recusa, e de abandono dos infectados, por parte dos profissionais de saúde oral, na prática de medicina Dentária (Ramos, D. 2003). Muitas destas atitudes de estigma e discriminação resultam da difusão de conhecimentos e preconceitos totalmente erróneos e infundados sobre os riscos que o vírus representa, o potencial de transmissibilidade do mesmo e os meios de prevenção, bem como de uma tendência a associar esta epidemia com determinados grupos sociais tendencialmente discriminados e segregados pela sociedade, como é o caso dos homossexuais e usuários de drogas intravenosas. (Senna, M. *et al.* 2001)

Apesar das evidências científicas que comprovam claramente que o risco de transmissibilidade ocupacional do vírus VIH de um paciente infectado para o dentista é extremamente reduzido e mesmo após as directivas do CDC (criadas em 1993 e revistas em 2003), implementarem definitivamente medidas de protecção universal e de controlo da infecção em meio clínico, que mostraram ser de uma grande eficácia, em evitar a disseminação do vírus, vários estudos comprovam ainda a existência de atitudes

discriminatórias por parte dos profissionais de saúde oral relativamente a pacientes seropositivos, evidenciando atitudes negativas como recusa de tratamento, tratamentos apressados ou até mesmo atitudes de desprezo durante as consultas, encaminhamento do paciente para outros profissionais sem motivo justificável e ainda cobrança de valores avultados pelos tratamentos realizados (Discacciati, J. *et al.* 2001). Os estudos referem que factores como: medo de contágio; receio de perda de pacientes, ao saberem que o profissional atende portadores de doenças infecto-contagiosas; falta de conhecimentos sobre o risco e a infecciosidade da doença e percepção do risco ocupacional são os principais responsáveis por estas posturas discriminatórias e estigmatizantes por parte dos médicos dentistas. (Godin, G. *et al.* 1999)

Estas atitudes contribuem para um clima de desconfiança dos pacientes infectados relativamente aos médicos dentistas, especialmente no que concerne à confidencialidade sobre a seu status serológico e ao receio que esta seja desrespeitada durante o acto clínico e são desta forma as principais responsáveis por afasta-los dos cuidados de saúde oral e da realização dos testes serológicos muitas vezes necessários para o controle e monitorização da doença. Os pacientes não querem ter de enfrentar as consequências pessoais, económicas e pessoais que um possível diagnóstico de SIDA poderia implicar. Este tipo de atitudes para além de ser eticamente errada não impede a infecção cruzada, nem tão pouco protege o profissional de um possível contágio pelo paciente, sendo ainda responsável pela manutenção e disseminação da doença, ao obrigar muitas vezes os pacientes seropositivos a esconder a sua condição de portadores ao médico dentista. Segundo este artigo cerca de 30 % dos pacientes seropositivos não divulgam o seu estado serológico ao Médico Dentista (Giuliani, M. *et al.* 2009). Sankar, A. *et al.* (2002), comprovam que o médico dentista pode ser uma fonte de estigma e discriminação contra os pacientes seropositivos e recomendam que só a difusão de um conhecimento e informação adequado entre estes profissionais, conjuntamente com uma adequada supervisão clínica durante o tratamento a estes pacientes pode assegurar melhores atitudes. Seacat J. *et al.* (2008) reporta o estudo realizado pela *AIDS COST AND UTILIZATION* no qual, de um grupo de 1424 pacientes com VIH só 9.1% receberam tratamento dentário durante períodos em que manifestaram sintomas orais associados ao VIH ou aos seus tratamentos.

Gibeaut, J. (1997) refere que, ao nível da comunidade médica, as atitudes discriminatórias são particularmente comuns na classe profissional dos dentistas e cita os estudos realizados por Scott Burris (1995), no qual um em cada cinco indivíduos seropositivos, num grupo de 272 inquiridos, sofrera algum tipo de discriminação nos últimos 5 anos durante tratamentos dentários; e ainda o inquérito publicado na *American Journal of Public Health* (1992), que revelou que um número considerável dos 1533 indivíduos homo e bissexuais entrevistados viram o seu tratamento ser completamente recusado por um médico dentista só pelo facto de serem portadores do vírus VIH.

Mudanças significativas têm ocorrido, ao longo dos anos, no que diz respeito ao flagelo do VIH e têm contribuído para influenciar as percepções dos médicos dentistas face à doença. Ao nível epidemiológico a epidemia que maioritariamente se centrava ao nível de grupos populacionais com comportamentos de risco, tende agora a atingir toda a população, com especial incidência no sexo feminino e por transmissão vertical nas crianças (Kaste, L. *et al.* 2008). Da mesma forma, os progressos terapêuticos conseguidos também alteraram o curso da doença e por fim a legislação relacionada com o tratamento destes pacientes tem sofrido também muitas alterações e sido alvo de muitos debates (Bennet, M. *et al.* 1995). Desde a sua descoberta nos Estados Unidos em 1981, diversos países têm procurado reforçar e implementar leis que assegurem protecção aos seropositivos contra atitudes discriminatórias e que, particularmente na área da saúde, lhes têm assegurado direitos variados, como: um acesso universal e irrestrito aos cuidados de saúde como qualquer outro cidadão; o direito de receberem uma informação completa sobre o seu diagnóstico, planeamento, tratamento, aconselhamento, e ainda de serem ouvidos em qualquer condição; protecção contra publicidade e informação enganosa; livre acesso aos meios legais; direito ao anonimato e privacidade; e o direito a ser indemnizados por acção ou omissão danosa odontológica/médica. (Radicchi, R. 2001)

Também os códigos de ética que regem as profissões médicas são peremptórios em proibir a discriminação dos pacientes por parte dos seus profissionais, mesmo que muitas das vezes não invoquem o VIH especificamente nos seus estatutos. Estes representam ainda os preceitos mais básicos das profissões de saúde e que colocam o

paciente, independentemente da sua condição, como o objectivo central dos cuidados médicos, tal como é enunciado do artigo 7º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM):

“O Médico deve prestar a sua actividade profissional por forma não discriminatória, sem prejuízo do disposto no presente diploma.”

Desde 1992 a *AwDA (American With Disabilities Act)*, nomeadamente no *Title III*, confere protecção aos pacientes portadores do vírus VIH contra a discriminação no sector público e, de acordo com esta, a postura perante estes indivíduos deve ser a mesma assumida para qualquer outro paciente. Tal como a *American Dental Association*, que através do *Principles of Ethics and Codes of Professional Conduct* (2011), alerta os profissionais de saúde oral para a necessidade de desenvolverem e manterem actualizados os conhecimentos científicos e os seus níveis de competência técnica, devendo ainda assumir um carácter condizente com os estatutos das profissões médicas e que promova aderência aos princípios éticos. Este código encoraja o dentista a conduzir a sua prática de forma a proteger, especialmente os mais carentes, e diz na secção 3 relativa ao princípio da Beneficência:

“(...) profissionais têm o dever de agir sempre em benefício dos outros. Segundo este princípio, a obrigação primária de um dentista é o serviço em prol do paciente e da comunidade em geral. O mais importante aspecto desta obrigação é a prestação dos cuidados dentários de uma forma competente e oportuna e dentro dos limites das circunstâncias clínicas apresentadas pelo paciente e ainda prestando a devida consideração às suas necessidade, desejos e valores (...)”

A discriminação, especialmente quando direccionada para doentes com patologias infecto-contagiosas, acarreta profundas consequências ao nível da saúde pública, pois dificulta a identificação dos indivíduos acometidos, ficando desta forma a capacidade de prevenção da transmissão do vírus e prestação de cuidados de saúde apropriados largamente comprometidos. É ainda de salientar, que os Médicos Dentistas podem sofrer sanções éticas, civis e penais, como resultado de comportamentos discriminatórios, pois nenhum cidadão pode sofrer discriminação de qualquer forma e ou sob qualquer pretexto. (Firmino, R. 2010)

Código de Ética Odontológico, mais especificamente a *Resolução CFO-179 de 19 de Dezembro de 1991*, pronuncia-se quanto à importância de o Médico Dentista nunca assumir uma posição discriminatória, independentemente das circunstâncias e diz no seu artigo 2º:

"A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto".

É necessário que o Médico Dentista seja conhecedor destas leis para o correcto exercício da sua profissão, não sendo admissível que este procure somente a excelência na sua área de competência clínica, e negligencie a componente deontológica da mesma. O exercício da Medicina Dentária com segurança só pode ser conseguido, por isso, quando o profissional concilia o aprimoramento técnico e científico, com o respeito e cumprimento dos códigos de conduta profissionais, e que incluem os direitos e deveres de todos aqueles que estão envolvidos directamente no acto clínico praticado. O Médico Dentista tem ainda obrigação de se manter actualizado relativamente às leis e normas referentes ao VIH/SIDA e que possam influenciar a sua actividade profissional, pois esta doença serve como um padrão para todas as outras doenças que requerem notificação por parte dos profissionais de saúde, além de permear a relação médico paciente em todos os campos relativos ao direito dos cidadãos. (Radicchi, R. 2001)

No campo das responsabilidades, o paciente seropositivo tem também o dever de fornecer as informações adequadas sobre o seu estado de saúde ao profissional de medicina dentária, para que este possa tomar as medidas de protecção mais adequadas e planear a sua intervenção de acordo com as debilidades e problemas físicos que o VIH possa acarretar. (Silva, L. *et al.* 2007)

## **5.2- Responsabilidade do Médico Dentista face ao paciente com VIH**

### **5.2.1- Obrigação de Tratar Pacientes com VIH**

O Médico Dentista tal como qualquer outro profissional médico, tem obrigações para com a comunidade. Obrigações estas que vêm estipuladas nos seus códigos de conduta profissional e que procuram assegurar, entre outras coisas, que a sua actividade seja regida sempre de acordo com o máximo interesse e bem-estar dos seus pacientes (beneficência) e sem causar qualquer dano a estes (não-maleficiência). No que ao VIH/SIDA diz respeito, já em 1988 a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmava que:

"os Médicos Dentistas têm a obrigação humana e profissional de tratar e atender as pessoas infectadas com o VIH. Deste modo, a classe médico-dentária pode, conjuntamente com outros trabalhadores de saúde, psicólogos, assistentes sociais, etc., apoiar os infectados e enfermos. A SIDA e os problemas relacionados com a mesma não desaparecerão num futuro próximo. É a hora dos dentistas aceitarem desempenhar as suas funções para combater e prevenir a enfermidade, especialmente nos países onde a infecção por VIH representa um problema de saúde pública muito sério".

A postura dos médicos dentistas face ao paciente seropositivo é bem esclarecida por Radicchi, R. (2001), e vai muito além da simples obrigatoriedade dos mesmos em prestar atendimento a estes pacientes. É por isso dever dos profissionais de saúde oral assumirem uma postura pró-activa e efectuar: o diagnóstico, solicitar os testes para o VIH, manter o sigilo, observar estritas normas de biossegurança e fazer notificação compulsória, entre outras competências. O Médico Dentista e a sua equipa desempenham assim um papel muito importante no atendimento a pacientes seropositivos, devendo fazer parte das suas obrigações (Ministério da Saúde, 2000):

- Assegurar que o paciente seropositivo seja tratado respeitando integralmente as normas de segurança;
- Vigiar as manifestações orais da doença, providenciando os cuidados apropriados e dando continuidade aos tratamentos orais de rotina;
- Se necessário, deve orientar e encaminhar o paciente para um serviço de saúde apropriado, e notificar a doença às entidades epidemiológicas competentes;
- Integrar as equipas multidisciplinares que normalmente tratam estes pacientes, procurando manter-se actualizado sobre os aspectos técnicos, clínicos, éticos e psicossociais da epidemia;
- Garantir um tratamento digno, humano e sigiloso, e agir de forma a não prejudicar a relação médico-paciente.

Na verdade, até à data poucos profissionais de saúde são VIH positivos, e muito menos podem comprovar ter contraído a infecção como resultado do cumprimento dos seus deveres profissionais (Benn, C. *et al.* 1996). O Médico Dentista encontra-se assim proibido de recusar assistência ou abandonar o paciente só com base na seropositividade mesmo com o propósito de evitar a transmissão ocupacional para si, para a sua equipa ou até para outros pacientes. Esta posição é sustentada por um cada vez mais vasto número de estudos realizados no campo dos riscos ocupacionais que afirmam que o risco de transmissão deste vírus só por si, e associado aos tratamentos dentários, é muito baixo e que pode ser ainda mais reduzido com a adopção das medidas de protecção universal e controlo da infecção. Da mesma forma, e porque o acto de recusa é visto como um comportamento discriminatório, anti-ético e não condizente com o preconizado nos códigos deontológicos das profissões médicas, o profissional em causa pode incorrer numa punição administrativa e pecuniária, respectivamente, sendo que esta última compreenderá os danos materiais e morais sofridos pela pessoa lesada, apurados em acção judicial (Azevedo, M. 2002).

Esta questão levanta-se essencialmente para os Médicos Dentistas que trabalham ao nível da estrutura privada, pois para aqueles ligados ao serviço público, tal como para todos os restantes profissionais de saúde, esta questão não é sequer colocada. (Sgreccia E. 1997). A ADA faz referência a esta questão na secção 4 do *Principles of Ethics and Codes of Professional Conduct* (2011):

“- O dentista tem a obrigação geral de prestar assistência aos que dela necessitarem. Uma atitude de não prestar tratamento a um indivíduo pelo facto de este estar infectado com o Vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatite B, Hepatite C ou com outro tipo de agente potencialmente contaminante, é antiética. As decisões relacionadas com o tipo de tratamento dentário a ser prestado ou com encaminhamentos do paciente para outros profissionais devem ser feitos de acordo com os mesmos princípios aplicados para outros pacientes. Desta forma, e tal como com todos os outros pacientes, o dentista deve determinar se necessita de outra experiência, equipamento, conhecimentos ou capacidades. O dentista deve ainda determinar, e após consulta do médico do paciente quando necessário, se o estado de saúde do paciente seria significativamente comprometido pela prestação do tratamento dentário.”

Não obstante, o Médico Dentista não está obrigado por Lei a atender todo e qualquer indivíduo que procure o seu estabelecimento privado, desde que não seja uma situação urgente. Contudo se esta recusa se encontrar fundamentada unicamente no estado de

seropositividade do paciente, o profissional pode ser acusado de conduta errada e antiética e como uma forma de violação da legislação antidiscriminatória (e que em muitos países não alberga o sector privado) (Firmino, R. 2010). Para além das situações de urgência médica, a recusa pode ser inviabilizada pela ausência de outro profissional para a prestação dos cuidados ou quando esta possa acarretar danos irreversíveis ao paciente (CEM, art. 7º e 58º).

A existência de um compromisso, com uma instituição pública ou privada, para atender casos de determinada natureza (como pacientes com VIH), é outra das situações que impede o médico de recusar o atendimento, contudo é direito do clínico verem satisfeitas todas as normas de segurança e que devem estar de acordo com as directivas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, devendo este ter acesso a todos os recursos para prevenção e protecção contra a infecção com base nos conhecimentos científicos disponíveis (CREMESP, 2001). Neste sentido os médicos dentistas têm todo o direito de se recusarem a realizar a sua actividade profissional, em âmbito público ou privado, desde que as condições de trabalho não sejam dignas, seguras ou salubres (Silva, L. *et al.* 2007).

O tratamento dentário a pacientes seropositivos pode e deve ser prestado em ambulatório, no consultório dentário, para a maioria dos pacientes seropositivos, desde que sejam tomadas as precauções necessárias para que o mesmo se proceda com segurança para todos os intervenientes incluindo profissional de saúde oral, todo o seu *staff* e outros pacientes do consultório. Como tal, e caso isso não se verifique ou ainda na presença de pacientes medicamente comprometidos e que requeiram atendimento numa estrutura de cuidados especializados, estes devem ser orientados nesse sentido por parte do dentista. (McCarthy, G. *et al.* 1999)

### **5.2.2- Consentimento Informado e teste serológico obrigatório**

O respeito pela autonomia dos pacientes, como um dos princípios éticos fundamentais das profissões de saúde, requer que estes não sejam submetidos a procedimentos

diagnósticos ou terapêuticos sem antes receberem as informações necessárias acerca dos mesmos e darem para isso o seu voluntário consentimento (Benn, C. *et al.* 1996). Porém isto implica um dever por parte do médico de fornecer todas as informações necessárias para que a tomada de decisão seja possível, bem como procurar discutir com estes as consequências e riscos que poderão advir da tomada das mesmas. E, por outro lado, a capacidade do paciente compreender claramente o propósito de todos os procedimentos que o médico possa propor, o que os resultados dos mesmos iriam implicar e ainda as complicações que poderiam advir caso este se recusasse a dar consentimento para os mesmos. Como tal, para além de uma boa comunicação, o termo do consentimento deve ser grafado numa linguagem simples e compreensível e nunca deve ter carácter impositivo, podendo ainda ser explícito, quando é dado oralmente ou por escrito, ou implícito, quando o paciente manifesta através de atitudes e comportamentos a aceitação de se submeter à terapêutica proposta. (WMA, 2009)

O Consentimento Informado está especialmente indicado para procedimentos que o clínico considere arriscados, devendo ser escrito e assinado pelo doente ou responsável legal (no caso de ser menor ou incapaz), tal como o CDOM refere no seu art. 39º. O Código de ética Médica orienta ainda todos os profissionais a obterem um consentimento válido, antes de realizarem qualquer procedimento nos seus pacientes, excepto em situações que representem perigo de vida (art. 46º CEM). De uma forma geral, existem duas situações nas quais o médico não terá que obter o consentimento do paciente: quando este entrega a tomada decisão ao médico ou a terceiras partes, quer devido à complexidade da matéria em causa ou porque o paciente tem confiança total e aceita submeter-se totalmente à capacidade de decisão do médico, contudo este deve ainda procurar esclarecer e manter o paciente informado; e ainda quando a divulgação de informação poderia causar dano ao paciente, quer físico, psicológico ou emocional. (WMA, 2009)

Todavia para que o consentimento informado seja válido, determinadas condições têm de ser verificadas, especialmente no que concerne ao paciente. Este deverá ser considerado competente na esfera decisional, situação que normalmente é legalmente verificada a partir dos 18 anos de idade (ainda que o menor o possa fazer em determinadas circunstâncias), deverá ser ainda consciente, mentalmente competente e

não ser sujeito a qualquer tipo de coerção que influencie a sua decisão (Antunes, A. 1998). A competência deve ser considerada no campo cognitivo e aqui o sujeito deve ser capaz:

- Comunicar adequadamente uma escolha ou tomada de decisão;
- Compreender a realidade da sua condição clínica, da sua gravidade e da natureza da doença que padece;
- Estar consciente das diversas opções de tratamento, bem como da sua natureza, e possíveis inconvenientes dos mesmos;
- Compreender as implicações e possíveis prejuízos que uma recusa do tratamento proposto poderia implicar (Brouillette, M. *et al.* 2005)

Existem ainda outras situações em que o paciente não reúne as condições necessárias para dar o consentimento válido, tal como: crianças menores, indivíduos afectados por determinadas condições neurológicas ou psiquiátricas, indivíduos temporariamente inconscientes ou comatose e por isso necessitam de alguém que os substitua na tomada de decisões, podendo este ser um responsável legal, familiar, ou até o próprio médico como acontece em situações de emergência, ou quando não exista outro substituto. O médico pode ainda intervir e segundo a *Declaração dos Direitos do Paciente*, ter um papel mais activo, quando na sua opinião o referido substituto não age de acordo, com os máximos interesses do enfermo, ou ainda de acordo com as preferências do mesmo se estas forem conhecidas. (Antunes, A. 1998)

O consentimento explícito não necessita ser obtido em todas as situações, especialmente quando o procedimento em causa e pelo seu cariz rotineiro, não acarreta risco para o paciente. Na maioria das vezes um consentimento implícito ou uma clara vontade do paciente em ser submetido ao mesmo é suficiente. No entanto, o teste serológico para o VIH não se inclui nesse contexto, não só pelo facto da condição patológica subjacente a ser diagnosticada ser incurável, mas também devido às consequências económicas, sociais e pessoais que uma possível divulgação pública do estado de seropositividade poderia ter para o paciente. Como tal a testagem compulsória ao VIH é uma atitude anti-ética, independentemente do propósito da mesma e só pode ser realizada após consentimento para tal, por parte do paciente (Benn, C. *et al.* 1996). Kipper, D. *et al.*

(1998), citando o Conselho Federal de Medicina, nomeadamente o Parecer nº11/92, alertam ainda para os profissionais de saúde que a realização de um teste serológico, para além do respeito pelo consentimento do paciente, requer que lhe seja garantido sigilo sobre o resultado do mesmo e assegurado que, ainda que este se recuse a realizá-lo, não sofrerá qualquer tipo de dano ou prejuízo decorrente da decisão.

O médico dentista deve pedir consentimento para a realização de testes ao VIH como forma de diagnóstico e ainda após um acidente ocupacional, permitindo assim despistar o estado de serológico do paciente e determinar, não só, a necessidade de realização de profilaxia pós-exposição com drogas antiretrovirais e no caso de ser necessário o regime mais adequado. No entanto, estes testes não têm comprovado melhorar a segurança para as equipas médicas e outros pacientes nos serviços de saúde, pois têm demonstrado falhas ao diagnosticar uma grande percentagem de falsos negativos (período janela), porque dependem sempre da autorização do paciente e porque em todos os casos (independentemente do estado serológico do paciente) é dever do Médico Dentista aplicar e respeitar as normas de protecção universal e controle de infecção necessárias, pois só estas garantem um atendimento seguro com riscos de transmissão do vírus muito reduzidos. (Brouillette, M. *et al.* 2005)

### **5.2.3- Sigilo Profissional e o paciente seropositivo**

A definição de sigilo profissional não sendo fácil é apresentada, segundo o dicionário *Aurélio*, como um sinónimo de segredo, sendo ainda referido como o “dever ético que impede a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão”. O segredo profissional pode ser visto assim como um *direito-dever* pois salvaguarda, por um lado o direito que o individuo tem à intimidade e privacidade (direitos fundamentais presentes no art. XII da Declaração Universal dos Direitos do Homem e promulgada em 1948 pelas Nações Unidas), muito em particular no que diz respeito a questões relacionadas com a saúde e coloca, por outro, uma obrigação sobre os profissionais de assegurarem a confidencialidade das informações que lhe são prestadas, deste modo garantindo que a autonomia do doente seja respeitada (Peres, S. *et al.* 2008). O conceito subjacente ao sigilo profissional e que representa um dos principais pilares da ética médica deve estender-se a tudo aquilo que chega ao conhecimento do clínico e que

possa advir: do contacto com o paciente, anamnese, observação clínica do mesmo, exames complementares de diagnóstico e procedimentos administrativos, devendo ser respeitado mesmo após a morte do mesmo (Francisconi, C. *et al.* 1998), e tal como é referido no art. 68º do CDOM. O seu incumprimento, para além de desrespeitar os códigos deontológicos das profissões médicas e ser por isso visto como uma conduta antiética e moralmente errada, representa uma profunda violação do art. 195º do Código Penal Português e pode deste modo trazer graves consequências legais para o profissional em causa.

O respeito pela confidencialidade das informações clínicas dos pacientes torna-se especialmente importante no caso da presença de doenças infecto-contagiosas como o VIH/SIDA, não só pelas graves consequências pessoais e sociais que poderiam advir para o paciente após uma divulgação generalizada do seu estado serológico, mas também porque ao assegurar-se a confidencialidade deste tipo de informações o paciente encontra-se mais seguro e confiante para procurar ajuda médica, criando-se assim uma oportunidade para melhor prevenir e controlar a disseminação da doença (Archer, L. *et al.* 2001). O receio pela violação do dever do sigilo nos cuidados de saúde oral, afigura-se assim como um dos principais motivos que leva os pacientes a esconderem a sua condição de portadores do vírus VIH. Situação esta que é altamente prejudicial para pacientes e dentistas, pois os primeiros acabam por não receber os cuidados mais apropriados à sua condição médica de portadores de patologia infecto-contagiosa e imunossupressora e os segundos com base na errada ideia de estarem a tratar um paciente seronegativo e não adoptando por isso as medidas de protecção universal necessárias ou então não iniciando os procedimentos profiláticos no caso de acidente, encontram-se num risco maior de contrair a infecção. A não divulgação do estado serológico do paciente ao médico dentista torna-se assim numa questão de saúde pública, sendo fundamental que os segundos estejam conscientes do mesmo. (Charbonneau, A. *et al.* 1999)

Ainda em relação ao VIH, é dever do Médico Dentista assegurar que o sigilo é respeitado por todos aqueles que colaboram consigo no atendimento e prestação de cuidados ao paciente seropositivo (Peres, S. *et al.* 2008) e, devido à competência que lhe é legalmente atribuída para solicitar a realização de exames serológicos, da

obrigatoriedade de manter confidencialidade sobre o resultado dos mesmos. (Antunes, A. 1998).

Esta posição é seguida pela ADA, que na secção 1.B do *Principles of ethics and Codes of Professional Conduct* se pronuncia acerca da obrigatoriedade do profissional de saúde oral respeitar a autonomia do paciente mantendo a confidencialidade sobre os dados clínicos do mesmo. Este código alerta ainda o Médicos Dentistas que devem tentar obter um consentimento prévio por escrito antes de divulgarem informações privadas e de cariz sensível (como a seropositividade) sobre os pacientes, a colegas a quem tenham encaminhado o paciente ou que tenham procurado essa informação (caso o paciente em causa mude de dentista). Também, quando o dentista responsável pelo tratamento necessitar de consultar outros colegas ou médicos sobre o caso do paciente e não lhe for possível manter a identidade do mesmo anónimo, deve procurar previamente o seu consentimento escrito antes de o fazer. No caso do paciente se recusar a consentir que tal informação seja divulgada o dentista pode considerar o término da relação médico-paciente. (ADA, 2011)

No entanto, a problemática do sigilo profissional nem sempre se assume como uma questão simples e directa, particularmente quando a integridade física de terceiros ou a saúde pública é posta em causa, situação aliás frequente na área das doenças infectocontagiosas. Se por um lado o sigilo restringe o médico de revelar qualquer tipo de informação a uma terceira parte, os princípios de beneficência e não-maleficência exigem a promoção da saúde e protecção da vida e da integridade física da comunidade e de todos aqueles que, ao virem a contactar com o paciente, se encontrem num risco aumentado de sofrer algum tipo de dano ou prejuízo (Benn, C. *et al.* 1996). Como tal, o sigilo profissional, não tem um cariz absoluto, podendo o médico em circunstâncias muito específicas, justificadamente quebrá-lo (Melo, H. 2001). Leonne S. *et al.* (2001) referem que, neste contexto, o médico não só é dispensado da obrigação de sigilo que tem para com o paciente, como tem o dever de reportar esta informação aos directamente envolvidos e ainda às autoridades sanitárias responsáveis, como no caso de notificação da doença. Este autor salienta que é obrigação do médico procurar sempre o bem comum e considerá-lo como algo superior ao simples direito de discrição dos seus pacientes:

“- (...)se o paciente recusar ou for incapaz de revelar a sua doença ou a sua seropositividade quando está seguramente em jogo o bem ou o direito de outros saberem e pressupondo que este tenha sido adequadamente informado acerca das suas responsabilidades jurídicas e morais que derivam do seu comportamento, o médico é autorizado, por princípios de solidariedade, a fornecer pessoalmente a informação ao cônjuge ou ao parceiro com quem ele vive. Em suma, (...) cabe ao médico, por justa causa colectiva e social, tutelar a saúde dos sujeitos conviventes com pessoas com possibilidade de transmitirem o contágio e por elas não informados, dando-lhes essa informação, não devendo, então ficar sujeito à sanção penal prevista.”

Esta obrigação em que o médico têm de precaver o bem da comunidade e ainda participar e promover medidas de defesa sanitária vem claramente enunciada no art.72º do CDOM. A *American Medical Association* apoia esta posição e recomenda os médicos, que se deparam com pacientes seropositivos na sua prática clínica e que pondo em risco terceiros são incapazes ou se negam a voluntariamente informar os envolvidos à cerca da sua condição de portadores, a seguirem as seguintes indicações:

- Tentar tornar o paciente consciente da sua responsabilidade relativamente à integridade física e saúde daqueles com quem se relaciona e assim convencê-lo a revelar a sua seropositividade aos que se encontram em risco de contrair a sua doença;
- Caso esta indicação se verifique infrutífera, o médico deve tentar contactar as autoridades responsáveis;
- Caso não o consiga fazer-lo ou estas não salvaguardem a situação, o médico tem o dever de informar os envolvidos, por ele próprio. (AMA, 1998)

Rueff, M. (2007) alerta no entanto, que o Código Penal Português tem uma visão mais restritiva sobre esta temática, particularmente nos seus arts.34º/36º, pois só permite quebra do sigilo por parte do médico quando este prestar simultaneamente os seus serviços ao paciente seropositivo e àqueles que através deste se encontram num risco aumentado de ser contaminados. No caso desta condição não se verificar ou se o médico não conseguir identificar indivíduos em risco, este deve preservar a confidencialidade sobre o estado de seropositividade do paciente. Ainda assim, no caso de existência de perigo de transmissão de doença a terceiros ou ameaça à saúde pública é dever do médico avisar as autoridades de saúde.

De uma forma geral, o paciente VIH positivo pode ver o sigilo profissional legitimamente quebrado pelo seu prestador de cuidados nas seguintes condições (CREMESP, 2001):

- Se existir autorização expressa do paciente para tal;
- Com o intuito de cumprir um dever legal, como nos casos de notificação compulsória da doença, ou até preenchimento de um atestado de óbito;
- Quando a saúde e integridade física de terceiros, especialmente daqueles que mais intimamente se relacionam com o paciente seropositivo, se encontra em risco (comunicantes sexuais ou indivíduos que partilham o consumo de drogas endovenosas) e a quem o paciente se nega a divulgar a sua condição.

Deve por fim ser salientado que o médico dentista é muitas vezes solicitado a prestar avaliações e cuidados de saúde no âmbito laboral e do emprego e neste contexto deve o profissional preservar as informações obtidas dos funcionários e trabalhadores, em particular aquelas que violem a intimidade dos mesmos (como o estado serológico) e desta forma respeitar as obrigações de confidencialidade que tem para com estes. À entidade empregadora deve ser unicamente fornecida informação sobre o estado de aptidão do paciente para a actividade laboral a que se destina. (Silva, L. *et al.* 2007)

#### **5.2.4- Notificação Obrigatória do VIH**

O Médico Dentista tal como qualquer outro profissional médico reconhecido em Portugal, tem a obrigação de cumprir os termos declarados no art. 2º da Portaria nº 258/2005, de 16 de Março, emitida pelo Ministério da Saúde, que inclui o VIH como pertencente ao grupo de doenças de declaração obrigatória. Segundo esta medida legislativa a declaração torna-se obrigatória aquando do diagnóstico da infecção, independentemente do estágio (assintomático, sintomático, ou SIDA) em que ela se encontrar no momento e ainda sempre que for verificada a mudança de estadiamento ou óbito. (Rueff, M. 2007)

Esta norma coloca o VIH erradamente ao mesmo nível de outras doenças, muito mais contagiosas, como a tuberculose, sífilis ou até a lepra, e que todo o processo de notificação, tal como indicado na referida norma, deve ser conduzido de forma a respeitar o anonimato do paciente acometido e com todas as garantias de confidencialidade sobre o seu estado de seropositividade. A notificação do VIH, para fins de vigilância epidemiológica e correcta determinação do número de infectados deve ser dirigida ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. (Rueff, M. 2007)

## **6- Médico Dentista seropositivo: implicações ético-legais**

A seropositividade do profissional de Medicina Dentária é uma realidade, que tem ganho cada vez mais espaço no universo de preocupações desta classe profissional. Apesar de maior atenção ser dada ao potencial de exposição e risco ocupacional que médicos dentistas enfrentam na prestação de cuidados de saúde oral a pacientes seropositivos, a situação contrária de transmissão (dos dentistas para os pacientes) durante os tratamentos dentários, tem-se revelado ser fonte de problemas e controvérsias tanto para o médico, como para os dirigentes de instituições e serviços de saúde, ao sofrerem acusações de negligência com a saúde e integridade física dos seus pacientes. (Campos, M. 1999) Muitos destes problemas, de cariz ético, são o resultado da difusão de ideias e preconceitos totalmente erróneos, e claramente contrários à evidência científica actual, que se versa sobre os perigos que um profissional de saúde seropositivo representa para os seus pacientes. (Roth, V. *et al.* 2005)

A procura de um equilíbrio de direitos entre o prestador de cuidados, neste caso o médico dentista, e os seus pacientes, é visto como o principal causador dos conflitos éticos relacionados com o estado de seropositividade do primeiro. O direito à privacidade e confidencialidade do estado de saúde de um indivíduo é universal, seja este profissional de saúde ou não e encontra-se mesmo consagrado na declaração dos direitos do Homem, na constituição da República Portuguesa (artigo 26.º CRP), e até mesmo no Código Civil Português (artigo 80.º CCP). Os médicos possuem ainda o direito de promoverem a sua carreira e viverem livres de qualquer forma de discriminação sobre o seu estado serológico (tal como qualquer outro cidadão). Por

outro lado, os pacientes, a quem os cuidados de saúde são dirigidos, possuem diversos direitos, reconhecidos até nos códigos de conduta das profissões médicas e que procuram assegurar a defesa dos seus interesses e integridade física durante a prestação do acto terapêutico, bem como regular a sua relação com os profissionais de saúde. O direito ao consentimento informado e autonomia do paciente são dois exemplos e tem vindo a ser claramente questionado se, a restrição de informação no que concerne ao estado de saúde do médico (neste caso se ele é seropositivo), não é uma atitude paternalista de violação dos princípios acima mencionados. (Magnavita, N. 2007)

De forma a dar uma resposta cabal a toda esta problemática e tentar orientar os médicos dentistas que, inadvertidamente, se tornam seropositivos no decurso da sua prática profissional, vários códigos de ética e organismos têm-se pronunciado ao longo dos anos. Particularmente no início da epidemia, o clima crescente de criminalização e “sensacionalismo” sobre o potencial de transmissão do vírus dos profissionais para os pacientes e ainda a ausência de um conhecimento científico seguro e amplo sobre este grupo de doenças infecto-contagiosas, bem como de uma terapia medicamentosa efectiva para lidar com as mesmas, contribuíram para a implementação de medidas demasiado restritivas para os profissionais infectados (Flint, S. R. *et al.* 2011). Na Medicina Dentária há a destacar o caso registado pelo *Center of Disease Control* (CDC), em 1990, em que a confirmação da contaminação ocupacional de 6 pacientes por um médico dentista seropositivo culminou com a tomada de um conjunto de medidas punitivas para os profissionais de saúde oral que, eventualmente, viessem a ficar infectados. Muitas não chegaram a ser efectivamente implementadas pois mostraram aumentar ainda mais o clima de discriminação, sem contudo conseguir melhorar a segurança e diminuir os riscos de infecção cruzada. (Campos, M. 1999)

O desenvolvimento científico que se tem verificado ao longo dos anos, e em particular desde o aparecimento do vírus VIH no campo das doenças infecciosas, juntamente com um cada vez mais profundo conhecimento da história natural da doença, dos riscos reais que ela apresenta, e ainda da sua crescente tratabilidade, têm possibilitado o desenvolvimento de regras de conduta e políticas mais adequadas para lidar com a mesma. Croser, D. reforça esta ideia, alertando para a necessidade de uma abordagem ao VIH no que à elaboração de códigos de conduta profissional diz respeito, mais

baseada em dados empíricos concretos e provenientes de estudos científicos adequadamente controlados, em particular sobre o risco de transmissão deste vírus entre profissionais e pacientes e não tanto numa percepção pública e social que, muitas vezes errónea, promove generalização do clima de medo e estigmatização sobre os infectados. (Croser, D. 2006)

No que diz respeito ao Médico Dentista seropositivo há a realçar a existência de três grandes questões éticas e com implicação legal que se destacam na interacção destes com a comunidade (Ozar, D. *et al.* 2002):

1. A primeira relaciona-se com o facto de os profissionais de saúde infectados serem impedidos de continuarem a sua prática profissional por completo ou de realizar os procedimentos mais invasivos e que, como tal, comportam mais risco para o paciente;
2. A segunda questão, foca-se na problemática da divulgação do estado de seropositividade do médico dentista aos seus pacientes;
3. A terceira, se os médicos dentistas, independentemente da sua condição serológica, tem a obrigação de se submeterem a testes para o HIV.

Torna-se fundamental para Campos, M. fornecer informações e orientações específicas que guiem os profissionais infectados, quanto às suas actividades, assegurando que estas sejam conduzidas, de forma mais segura para o paciente, do ponto de vista biológico, mas também evitando constrangimentos demasiados para o profissional acometido, do ponto de vista ético-legal. (Campos, M. 1999)

## **6.1- Restrição da prática profissional**

O VIH é único na forma como tem desencadeado respostas por parte do público e dos profissionais de saúde. As preocupações com a sua transmissão durante os cuidados de saúde oral têm sido exageradamente divulgados e escrutinados, apesar dos inúmeros estudos que vêm sendo realizados não registarem seroconversão em pacientes que são tratados por dentistas seropositivos (Jaffe, H. *et al.* 1994; Robert *et al.*, 1995; CDC, 2003; Scully, C. *et al.* 2006).

Os códigos de conduta profissional, que regularizam as profissões de saúde, incluindo a medicina dentária, fundamentam-se cada vez mais nestes pressupostos e são unânimes em garantir que o médico dentista seropositivo poderá continuar a trabalhar e a executar procedimentos de medicina dentária sem restrições, especialmente na era actual em que a terapia antiretroviral se encontra tão desenvolvida e tem demonstrado empiricamente uma eficiência notável quer na supressão da carga viral, quer na recuperação da imunidade do infectado (Flint, S. R. *et al.* 2011). Neste sentido, a *American Dental Association* (ADA) conjuntamente com um vasto número de Autores defendem abertamente que é discriminatória a atitude de restringir a prática profissional a médicos dentistas seropositivos, desde que sejam cumpridos determinados requisitos e obrigações por parte destes, nomeadamente a adopção das medidas de protecção universal e controlo da infecção com a finalidade de assegurar uma prática o mais segura possível para o paciente e toda a equipa médica. (Magnavita, N. 2007)

As responsabilidades do profissional infectado passam ainda por manter actualizados os conhecimentos sobre a sua condição clínica, procurar ajuda médica especializada e submeter-se à terapêutica adequada (no caso do VIH e através de terapêutica anti-retroviral, a carga viral deve ser a mais baixa possível por forma a diminuir o potencial de infecção em caso de acidente ocupacional) (Campos, M. 1999). Segundo Gardam, M. *et al.*, o médico dentista deve ainda assegurar que representa um risco mínimo para os seus pacientes especialmente na realização de procedimentos invasivos, sendo para tal aconselhável: que esteja a ser tratado, apresente carga viral indetectável, esteja assintomático e procure reforçar os seus conhecimentos sobre as medidas de protecção padrão. (Gardam, M. *et al.* 2001)

Contudo, segundo as *guidelines* emitidas em 1991 pelo CDC, ainda que o médico dentista seropositivo não deva sofrer restrições ao nível da sua prática profissional, particularmente se cumprir as medidas anteriormente mencionadas, este é aconselhado a informar, primeiramente, os órgãos reguladores da sua profissão com a finalidade de ser conduzida uma revisão do seu caso por uma comissão de peritos. Após averiguação por parte desta comissão, o profissional em causa é informado à cerca da imposição de algum tipo de restrição ou não à sua actividade profissional. Como tal e até esta decisão ser tomada, o organismo recomenda os profissionais envolvidos a privarem-se de

realizar procedimentos invasivos ou propensos à exposição, ainda que na realização destes representem um risco muito reduzido para o paciente. Este órgão garante que todo o processo deve ser conduzido, respeitando o direito de confidencialidade do profissional seropositivo, tal como quando procura ajuda médica especializada decorrente da sua condição de portador. (CDC, 1991)

Campos, M. cita o encontro realizado nos finais de 1990 e designado: “*O profissional de saúde seropositivo: regras opcionais para indivíduos, instituições e estados*”, no qual foi determinado que, os esforços para identificar e descobrir quais os profissionais de saúde contaminados com o simples propósito de restringir o seu trabalho, não são justificáveis, salientando a importância da implementação definitiva das medidas de protecção padrão e ainda de políticas que dão cobertura e apoio a estes profissionais, pois estas têm demonstrado serem bem mais efectivas do que a exclusão e punição dos mesmos. Destaca ainda que devem fazer parte dos direitos dos profissionais infectados com VIH e como resultado de contaminação ocupacional: o aconselhamento pós-exposição com um especialista, confidencialidade da sua condição clínica, direito ao trabalho, indemnização financeira e retreinamento na implementação de práticas clínicas seguras, pois estas não são só atitudes mais éticas, mas também mais eficazes na prevenção da disseminação do vírus VIH. (Campos, M. 1999)

Gostin, L. afirma que os médicos dentistas portadores de doenças infecto-contagiosas devem ser devidamente acompanhados com o intuito de detectar precocemente qualquer indício de incapacidade que advenha da sua condição clínica (fadiga, demência ao VIH, entre outros), e que os impeça de conduzir a sua prática com eficácia e segurança para os pacientes (Gostin, L. 2002). Defende ainda a existência de compensações financeiras por meio de dispositivos legais compensatórios para os profissionais que viessem a ser impedidos ou decidissem não exercer a sua profissão. Esta posição é reforçada por Greco N. *et al.* que referem que o profissional de saúde seropositivo deve ver a sua capacidade de trabalho avaliada periodicamente, só se tornando justificável o seu afastamento e restrição da actividade profissional, quando esta se encontra de tal forma diminuída, decorrente da sua condição, que lhe é impossível cumprir o seu dever. (Greco D. *et al.* 1993)

Os Médicos Dentistas seropositivos podem então ver a sua prática profissional restringida ou revogada, quando alguma das seguintes condições é satisfeita (Perry, J. *et al.* 2006):

- Quando a sua condição não lhes permite prestar os tratamentos de forma mais adequada;
- Quando não respeitam as medidas de protecção padrão e controlo de infecção;
- Caso tenham ocorrido, ou haja suspeitas, de transmissão ocupacional associado ao profissional;

Os médicos dentistas infectados, tal com outros profissionais de saúde, gozam ainda de diversos direitos legais, mas também de responsabilidades, decorrentes da sua condição de portadores de doença infecciosa. Estas leis, que muitas vezes variam entre países, asseguram a protecção destes profissionais contra atitudes discriminatórias, e ainda se pronunciam em muitos outros aspectos determinantes para a prática clínica do médico contaminado (confidencialidade, restrição das actividades de cuidados de saúde, teste, direitos públicos diversos, entre outros). No que a Portugal diz respeito, o código de trabalho Português é aquele que mais directamente aborda a problemática do trabalhador, neste caso o profissional de saúde com doença crónica, particularmente na relação com a sua entidade empregadora, e refere no artigo 73º:

“ 1 - O trabalhador com deficiência ou doença crónica é titular dos mesmos direitos e está adstrito aos mesmos deveres dos demais trabalhadores no acesso ao emprego, à formação e promoção profissionais e às condições de trabalho, sem prejuízo das especificidades inerentes à sua situação.

2 - O Estado deve estimular e apoiar a acção do empregador na contratação de trabalhadores com deficiência ou doença crónica.

3 - O Estado deve estimular e apoiar a acção do empregador na readaptação profissional de trabalhador com deficiência ou doença crónica superveniente.”

O *American with Disabilities Act (AwDA)*, nomeadamente no *Title 42; secção 12112* de 2008, adopta o conceito de *deficiência*, para os profissionais seropositivos, e assegura que estes têm igualdade de direitos quando comparados com outros profissionais, em diversas questões, como acomodações públicas e emprego. Esta lei proíbe um empregador de discriminar contra um trabalhador qualificado e com algum tipo de deficiência (seropositividade) em qualquer aspecto da relação empregadora: solicitação de emprego, contratação e despedimento, avanço e formação profissional,

compensações e benefícios, e ainda condições e privilégios de empregabilidade. Contudo o profissional de saúde infectado deve ser estritamente qualificado e capaz de realizar as funções essenciais do seu trabalho com eficiência e segurança, e com ou sem “*adaptações razoáveis*”. O termo “*adaptações razoáveis*” está relacionado com um conjunto de ajustamentos ao nível dos processos de candidatura/solicitação de emprego, ambiente de trabalho ou na forma como este é realizado e que possibilita um profissional qualificado mas com uma deficiência ser capaz de cumprir a sua função laboral. A discriminação de um empregador ocorre quando estas adaptações não são reconhecidas nem respeitadas, não havendo por parte deste a criação de condições adequadas para que estes profissionais possam trabalhar, como: remoção de barreiras estruturais, horários de trabalhos modificados/adaptados, prestação de ajuda auxiliar ou até reestruturação do emprego. A AwDa não impede os empregadores de usarem padrões de qualificação em relação às funções essenciais da sua actividade profissional e que sejam consistentes com as necessidades destas, desde que esses mesmo padrões não sejam usados como pretexto para afastar profissionais com deficiências. Afirma ainda que os empregadores podem-se negar a contratar um profissional, com base na existência de uma ameaça directa para a segurança e saúde dos outros. Contudo só após uma individualizada avaliação do profissional em causa e baseada em firmes princípios/opiniões de saúde pública, pode este ser considerado com uma ameaça. (AwDA, 2008)

Contudo Pereira, A. afirma que nesse caso deverá permitir-se uma mudança na actividade funcional do trabalhador, a qual não deverá acarretar perda de regalias nos termos da legislação do trabalho e cita o *CNECV* : - “os trabalhadores atingidos pela SIDA deverão ser tratados numa base idêntica à dos trabalhadores atingidos por outras doenças graves que afectem o desempenho da sua função. Quando a condição física destes trabalhadores se deteriorar, convirá proceder, se possível, à reorganização dos locais e dos horários, a fim de lhes permitir continuar a trabalhar durante o maior período de tempo possível.” (Pereira, A. 2007). É ainda dever da entidade empregadora dar condições adequadas de trabalho ao profissional afectado e adequadas à sua condição clínica, suporte social e psicológico e ainda assegurar o direito à assistência médica do seu empregado com a devida confidencialidade que o mesmo merece. (Greco, D. *et al.* 1993)

Em caso de acidente, com exposição ocupacional do paciente a sangue de um médico dentista contaminado com vírus VIH, este deve reportar imediatamente a situação ao paciente exposto e procurar fornecer as condições adequadas para que este inicie o mais rapidamente possível a profilaxia com drogas antiretrovirais e ainda obter o consentimento para que este possa realizar os testes serológicos convencionais. (Magnavita N. 2007)

## **6.2- Teste e divulgação do estado serológico do profissional seropositivo**

Em 1985, o CDC alertou para a possibilidade de o vírus VIH poder ser transmitido ocupacionalmente para os pacientes de unidades de saúde e a partir de profissionais infectados. Em 1986, as primeiras normas enunciadas por este órgão defendiam que é desnecessário a realização rotineira de serologia *anti-VIH* em profissionais de saúde envolvidos em procedimentos invasivos, uma vez que o risco de transmissão é extremamente baixo. Contudo o relato da transmissão de um médico dentista no início dos anos 90 para pelo menos 6 dos seus pacientes, desencadeou um aceso debate quanto aos riscos de transmissão ocupacional e formas de controle, chegando mesmo a cogitar-se a realização periódica destes tipos de teste para todo o profissional de saúde envolvidos em práticas invasivas como é o caso dos Médicos Dentistas. (Greco, D. *et al.* 1993)

Ainda assim, muitos países não possuem regulamentação clara relativamente aos profissionais seropositivos ou com outras doenças infecto-contagiosas. Contudo, estes não são obrigados legalmente a submeterem-se a testes serológicos, especialmente por razões laborais, como forma de avaliação médica e são protegidos na maioria dos países da Europa contra o comportamento intrusivo da sua entidade empregadora. (Magnavita, N. 2007)

Pereira, A. cita a *Comissão Nacional de Protecção de Dados* que defende que o profissional de saúde portador de VIH, na qualidade de candidato a emprego, não está obrigado nem a fornecer informação que diga respeito ao estado de seropositividade

nem a ser submetido a qualquer teste para averiguação da mesma. Este tipo de informação não pode ser utilizada para impedir alguém de obter um emprego, nem para fundamentar o seu despedimento, enquanto o trabalhador em causa se encontrar apto do ponto de vista clínico (Pereira, A. 2007) O empregador é livre para decidir quem deve empregar, mas não lhe é permitido exigir o teste serológico para o VIH como condição de admissão ou manutenção do emprego ou cargo público, pois interfere indevidamente na privacidade e intimidade dos trabalhadores. (Greco, D. *et al.* 1993)

Em Portugal, o Código de Trabalho Português pronuncia-se e protege o profissional em causa não só relativamente aos testes serológicos compulsivos, mas também relativamente à divulgação de informação confidencial:

#### Artigo 16.º

##### **Reserva da intimidade da vida privada**

“- 1 - O empregador e o trabalhador devem respeitar os direitos de personalidade da contraparte, cabendo-lhes, designadamente, guardar reserva quanto à intimidade da vida privada.

2 - O direito à reserva da intimidade da vida privada **abrange quer o acesso, quer a divulgação** de aspectos atinentes à esfera íntima e pessoal das partes, nomeadamente relacionados com a vida familiar, afectiva e sexual, com o estado de saúde e com as convicções políticas e religiosas.”

#### Artigo 17.º

##### **Protecção de dados pessoais**

“- 1 - O empregador não pode exigir ao candidato a emprego ou ao trabalhador que preste informações relativas à sua vida privada, salvo quando estas sejam estritamente necessárias e relevantes para avaliar a respectiva aptidão no que respeita à execução do contrato de trabalho e seja fornecida por escrito a respectiva fundamentação.

2 - O empregador não pode exigir ao candidato a emprego ou ao trabalhador que preste informações relativas à sua saúde ou estado de gravidez, salvo quando particulares exigências inerentes à natureza da actividade profissional o justifiquem e seja fornecida por escrito a respectiva fundamentação.

3 - As informações previstas no número anterior são prestadas a médico, que só pode comunicar ao empregador se o trabalhador está ou não apto a desempenhar a actividade, salvo autorização escrita deste.

4 - O candidato a emprego ou o trabalhador que haja fornecido informações de índole pessoal goza do direito ao controle dos respectivos dados pessoais, podendo tomar conhecimento do seu teor e dos fins a que se destinam, bem como exigir a sua rectificação e actualização.”

#### Artigo 19.º

##### **Testes e exames médicos**

“- 1 - Para além das situações previstas na legislação relativa a segurança, higiene e saúde no trabalho, o empregador não pode, para efeitos de admissão ou permanência no emprego, exigir ao candidato a emprego ou ao trabalhador a realização ou apresentação de testes ou exames médicos, de qualquer natureza, para comprovação das condições físicas ou psíquicas, salvo quando estes tenham por finalidade a protecção e segurança do trabalhador ou de terceiros, ou quando particulares exigências inerentes à

actividade o justifiquem, devendo em qualquer caso ser fornecida por escrito ao candidato a emprego ou trabalhador a respectiva fundamentação.

2 - O empregador não pode, em circunstância alguma, exigir à candidata a emprego ou à trabalhadora a realização ou apresentação de testes ou exames de gravidez.

3 - O médico responsável pelos testes e exames médicos só pode comunicar ao empregador se o trabalhador está ou não apto para desempenhar a actividade, salvo autorização escrita deste.”

A análise do artigo 19.º 1, pressupõem no entanto, que o trabalhador pode ver o seu direito de confidencialidade e privacidade restringido pela necessidade de salvaguardar interesses superiores de outros trabalhadores, de terceiros ou da comunidade em geral, tornando-se nesses casos justificável que a avaliação serológica do mesmo seja divulgada à entidade empregadora, por forma a que esta possa tomar as devidas precauções (Pereira, A. 2007). Este autor cita ainda o seguinte *Acórdão do Tribunal Constitucional* para demonstrar a necessidade do trabalhador, ter de sujeitar-se, muitas vezes e em determinadas situações a certos exames:

“no âmbito das relações laborais, tem-se por certo que o direito à protecção da saúde, a todos reconhecido no artigo 64º, n.º 1 CRP, bem como o dever de defender e promover a saúde, consignado no mesmo preceito constitucional, não podem deixar de credenciar suficientemente a *obrigação para o trabalhador de se sujeitar*, desde logo, aos exames médicos necessários e adequados para assegurar – tendo em conta a natureza e o modo de prestação do trabalho e sempre dentro de critérios de razoabilidade – que ele *não representa um risco para terceiros*; por exemplo, para minimizar os riscos de acidentes de trabalho de que outros trabalhadores ou o público possam vir a ser vítimas, em função de deficiente prestação por motivo de doença no exercício de uma actividade perigosa; ou para *evitar situações de contágio para os restantes trabalhadores ou para terceiros*, propiciadas pelo exercício da actividade profissional do trabalhador.”

Todavia os testes de detecção do VIH só serão admissíveis em casos excepcionais. O *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* reconhece que na prática de certas actividades e em determinadas situações o teste da SIDA deve ser exigível e destaca os profissionais de saúde, particularmente aqueles que entram em contacto com órgãos ou fluidos biológicos como é o caso dos Médicos Dentistas e salienta que no caso de seropositividade a confidencialidade destes profissionais deve ser sempre assegurada. (Pereira, A. 2007)

A testagem de rotina dos profissionais infectados com patogéneos infecciosos pode ser justificada desde que pressuponha quatro pontos básicos (Campos, M. 1999):

- Não implique segregação e afastamento dos profissionais testados e cujos resultados sejam positivos;
- Seja resultante de um consentimento informado e totalmente voluntário; (não seja compulsiva)
- Esteja implementado num programa estruturado para providenciar apoio, nomeadamente terapêutico, para aqueles que eventualmente venham a ser testados como positivos;
- Todo o processo de testagem e de adopção do programa deve encontrar-se baseado na confidencialidade sobre a condição do envolvido.

O direito do médico dentista à confidencialidade sobre o seu estado de saúde é estendido à relação que este tem com o paciente. Os pacientes acreditam que o direito a uma decisão e consentimento totalmente informado só é respeitado caso sejam informados sobre o estado serológico do seu médico. No entanto o médico tal como outro qualquer indivíduo têm o direito à privacidade e confidencialidade sobre a sua condição clínica. Como tal, uma divulgação forçada do status serológico do profissional poderia ser socialmente embaraçosa e extensiva, visto que os pacientes, contrariamente ao clínico, não têm o dever de confidencialidade. A doutrina do consentimento informado, não deve obrigar o Médico a revelar o seu estado ao paciente, pois o consentimento requer a divulgação de riscos materiais e não de riscos remotos. (Magnavita, N. 2007).

Requerer que os profissionais de saúde infectados informem os seus pacientes sobre a sua condição clínica e solicitem consentimento para efectuar os tratamentos é inapropriado, e tal consentimento não isenta o profissional infectado das suas responsabilidades éticas e legais de conduzir o tratamento de maneira mais segura para o paciente, nem tão pouco contribui por si só para melhorar a segurança dos pacientes. Políticas que dão cobertura e suporte a estes profissionais são mais efectivas que a exclusão e punição dos mesmos (Campos, M. 1999). Procedimentos designados a proteger o público contra um risco tão baixo através da quebra de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde seropositivos, tem tido o efeito perverso e contrário de diminuir a disponibilidade dos mesmos em declarar o seu *status serológico* e não têm

demonstrado garantir melhor segurança para os pacientes envolvidos. (Pinching, A. 2000)

O teste serológico de médicos dentistas contaminados tem tido um impacto muito limitado na redução da transmissão ocupacional do VIH. Pois em situações de risco ocupacional ou acidentes que envolvam a exposição do paciente a sangue do médico infectado, é este último que tem a responsabilidade de reportar a situação e tornar o paciente conhecedor da mesma, abrindo-se assim a possibilidade de este não o fazer. (Moloughney, B. 2001)

A mesma posição é assumida por Roth, V. *et al.* ao afirmarem que os profissionais de saúde que realizam procedimentos invasivos ou propensos à exposição têm o direito ético de saber o seu estado serológico, podendo ainda determinar a data de realização do mesmo, bem como a frequência com que este é feito não podendo, contudo, ser forçados à sua realização pois seria considerado como uma invasão da privacidade do profissional. Da mesma forma, tanto o teste compulsório como a restrição da actividade profissional do médico infectado não são soluções adequadas pois, o risco de transmissão é baixo e pode ser considerado com uma intrusão nos direitos de privacidade do profissional de saúde, especialmente quando não existe evidência científica de que estas medidas melhoram a segurança dos pacientes. Destaca ainda que estas atitudes seriam altamente limitadores para profissionais que sendo altamente qualificados iriam perder a possibilidade de prestar o seu contributo só pela sua condição de portadores de doenças infecto contagiosas que no caso do VIH, tem associado um risco muito baixo. (Roth, V. *et al.* 2005)

Gostin, L. por isso salienta uma abordagem alternativa em que o teste obrigatório e as medidas restritivas e compulsórias para os profissionais de saúde infectados e que como os médicos dentistas realizam procedimentos invasivos, devem ser substituídas pela implementação obrigatória de técnicas de controlo de infecção e prevenção de lesões percutâneas altamente associadas à transmissão ocupacional do vírus. Na realidade estas técnicas são as únicas medidas que comprovaram reduzir o potencial de infecção cruzada durante o tratamento dentário e cuja adopção não acarreta perda de direitos e conflitos éticos para médicos e pacientes. (Gostin, L. 2000)

### **Practitioners infected with a blood borne pathogen must:**

- Notify their regulatory body and Medical Affairs. Medical Affairs will:
  - Keep this information strictly confidential.
  - Assist the practitioner to obtain medical care to maximize their health and reduce transmissibility.
  - Assist the practitioner to obtain advice from an expert review panel regarding under what circumstances, if any, they may perform exposure-prone procedures.
  - Ensure the expert panel's recommendations are followed.
  - Ensure the practitioner understands and can adhere to universal precautions. The medical practice of practitioners who do not perform exposure-prone procedures and can comply with universal precautions will not be restricted unless patient transmission is documented.
- Report any break in universal precautions to allow for anonymous notification and follow-up testing of the exposed patient.
- Stop performing exposure-prone procedures until the expert panel advises otherwise.

Imagem nº 2 – Procedimentos a serem cumpridos por um médico dentista seropositivo. Adaptado de Roth V. *et al.* 2005

## **III- Conclusão**

As profissões médicas diferenciam-se de todas as outras não só pelo contributo que dão à comunidade através da prestação de cuidados fundamentais de saúde e que constituem uma necessidade básica da vida do homem, mas particularmente pela vertente deontológica e humanista que deve marcar a conduta do profissional médico na relação com os seus pacientes. Neste sentido o médico deve procurar desenvolver os seus conhecimentos ao máximo e mantê-los actualizados como forma de assegurar que presta o melhor serviço àqueles que o procuram. No entanto não pode negligenciar as normas enunciadas nos códigos deontológicos

Através desta monografia é possível verificar que a resposta aos problemas éticos relacionados com o VIH na prestação de cuidados de saúde oral, prende-se não com o desenvolvimento de leis ou normas que restrinjam a actividade profissional dos médicos contaminados; que limitem o acesso dos pacientes seropositivos aos cuidados que tanto

precisem de forma a diminuir o risco de disseminação da doença; que imponham testes serológicos obrigatórios a pacientes que procurem aceder aos tratamentos dentários ou a potenciais grupos de risco, entre outras. Na verdade estas medidas restritivas só vêm acentuar o clima de discriminação e principalmente o risco de infecção cruzada nos cuidados de saúde, pois muitos pacientes seropositivos não estão sequer conscientes do seu estado serológico ou não o divulgam ao seu médico dentista.

A única e mais eficiente forma de dar resposta a este problema passa pela adopção generalizada e para todos os pacientes das medidas de protecção padrão e controle de infecção na prática de medicina dentária. Estas foram as únicas medidas capazes de garantir uma prática clínica segura e com riscos de infecção cruzada praticamente inexistentes, sem no entanto, restringir direitos ou colocar imposições a médicos e pacientes. É responsabilidade do médico dentista adoptar estas medidas e prestar os cuidados necessários a todos aqueles que o procuram, independentemente da sua condição.

Neste sentido, Samico *et al.* afirmam que caso o médico dentista seja procurado por um paciente seropositivo, o importante é não recusar tratamento ao mesmo. No caso de urgência o profissional deve atender o paciente dentro dos seus limites de actuação e em caso de não-urgência ou após a mesma ter sido debelada e se as necessidades do paciente estiverem dentro do âmbito de actuação do médico dentista, este deve atendê-lo normalmente ou encaminhá-lo imediatamente para acompanhamento em um serviço especializado, seja ele público ou privado (particularmente se for medicamente comprometido). (Samico *et al.* 1994)

## IV- Bibliografia

1. Abel S. N. *et al.* (2000). Principles of oral health management for the HIV/AIDS patient: A course of training for the oral health professional. Disponível em: «[http://www.aids-ed.org/pdf/curricula/Princ\\_Oral\\_Health\\_HIV.pdf](http://www.aids-ed.org/pdf/curricula/Princ_Oral_Health_HIV.pdf).» [Consultado em 20/05/11];
2. ADA (2011). Principles of ethics and Code of Professional Conduct. Disponível em: «[http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code\\_of\\_ethics\\_2011.pdf](http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2011.pdf).» [Consultado em: 21/07/11];
3. American Medical Association, (1998). *Code of medical ethics: Current opinions with annotations*. Chicago: American Medical Association; (Section 2.23, “HIV Testing,” pp: 71);
4. Americans with Disabilities Act (2008). Title 42 – Secção 12112. Disponível em: «<http://www.ada.gov/pubs/adastatute08mark.htm#12103>.» [Consultado em 20/07/11];
5. Antunes, A. (1998). Consentimento Informado. *In: Serrão D. et al. (Ed.). Ética em cuidados de saúde*. Porto, Porto Editora. pp:13-27;
6. Aoki, F. (2001). Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. *In: Colombrini M. R. C. et al. (Ed.). AIDS: epidemia e evolução do tratamento*. São Paulo; Atheneu;
7. Archer, L. (2001). *Novos Desafios da Bioética*. Porto. Porto Editora;
8. Ashtiani, R. (2009). Management of Occupational Exposure to HIV in Dental Health Care Workers. *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Science*. vol. 6; no.4. pp:198-205;
9. Azevedo, M. A. V. (2002). *Aids e responsabilidade Civil*. São Paulo; Editora Atlas.
10. Bechelani, A. (2003). Aspectos penais e da bioética na transmissão do vírus HIV. Disponível em: «[http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code\\_of\\_ethics\\_2011.pdf](http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2011.pdf).» [Consultado em 20/07/11];

//intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewArticle/154».

[Consultado em: 17/07/11];

11. Bell, D. M. (1997). Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am. J. Med.* vol. 102(5B). pp:9-15;
12. Benn, C. *et al.* (1996). Ethics, medical ethics and HIV/AIDS. *The Ecumenical Review.* vol. 48; issue 2. pp: 222-232;
13. Bennet, M. *et al.* (1995). Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *JADA.* vol.126. pp:509-514;
14. Bonito *et al.* (2002). Management of Dental Patients Who Are HIV-Positive. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK33702/>. [Consultado em: 25/05/11];
15. Bridgman, A. *et al.* (2002). Informed Consent. In: Lambdem, P. (Ed.). *Dental ethics and Laws.* Abingdon; UK. Radcliffe Medical Press. pp:89-99;
16. Brouillet, M. *et al.* (2005). *HIV and Psychiatry: Training and Resource Manual.* Cambridge; Cambridge University Press;
17. Buischi, Y. P. (2000). *Promoção da saúde bucal na clínica odontológica.* São Paulo: Artes Médicas.
18. Burgardt, *et al.* (1997). *Controle de Infecção em Odontologia.* Curitiba; Champagnat;
19. Campos, M. A. (1999). O Trabalhador da saúde portador do HIV: lições para biossegurança e ética. *Rev Assoc Med Bras.* vol. 4, n. 2. pp:163-168;
20. Capilouto, E. I. *et al.* (1992). What is the dentist's occupational risk of becoming infected with hepatitis B or the human immunodeficiency virus?. *Am J Public Health.* vol.82. pp:587-9;
21. CDC, (2003). Guidelines for infection control in dental health-care settings. *MMWR.* vol.52; n.RR-17. pp:1-61;

22. CDC (2001). Update US Public Health service guideline for management of occupational exposures to HBV, HCV and recommendations for post exposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* vol. (50) 11. pp:1-42;
23. CDC, (1998). Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* vol. 47(RR-7). pp:1-33.
24. CDC, (1991). Update: transmission of HIV during dental procedures. *MMWR* . vol.40. pp: 377-81;
25. CDC, (1990). Public Health Service Statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine post-exposure use. *MMWR.* vol. 39(RR-1). pp:1-14;
26. Charbonneau, A. *et al.* (1999). Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists? *AIDS Care.* vol.11(1). pp:61-70;
27. Cielsiesky, C. (2003). Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol.* vol.24(2). pp:86-96;
28. Clapham, P. R. *et al.* (2001). HIV-1 receptors and cell tropism. *Brit Med Bull.* vol.58. pp:43-59;
29. Clotet, J. (2003). Porque Bioética? In: Clotet, J. (Ed.). *Bioética: Uma aproximação.* Porto Alegre; EDIPUCRS. pp:14;
30. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Disponível em: «[www.republicadireito.com/tabelas/upload/codigomedicina.doc](http://www.republicadireito.com/tabelas/upload/codigomedicina.doc)». [Consultado em:21/07/11];
31. Conselho federal de Medicina, (1988). Código de ética médica -Resolução nº 1.246/88. Disponível em: «[http://www.crmipi.com.br/pdf/codigo\\_etica\\_medica.pdf](http://www.crmipi.com.br/pdf/codigo_etica_medica.pdf) ». [Consultado em 07/07/11];

32. Constituição da Republica Portuguesa (2005). VII revisão constitucional. Disponível em: «[www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf](http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf)». [Consultado em 03/04/11];
33. Cottone, J. A. *et al.* (1989). Hepatitis, HIV infection and AIDS: some issues for the practitioner. *Intern Dent J.* vol.39(2). pp:103-7;
34. Crandall, KA (Ed.), (1999). *The evolution of HIV*. Baltimore: Johns Hopkins Press;
35. CREMESP, (2001). AIDS e ética médica. Disponível em: «[http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/aids\\_etica\\_medica.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/aids_etica_medica.pdf)». [Consultado em 30/06/11];
36. Croser, D. (2006). Written Off. *British Dental Journal.* vol. 201 no. 8. pp:497-499;
37. Cunha, T *et al.*(2006). Princípios de Actuação na Exposição Ocupacional ao HBV, HCV e HIV. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* vol.47. pp:231-239;
38. Discacciati, J. A. *et al.* (1999). Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev Panam Salud Publica.* vol:9(4). pp:234-239;
39. Estrela, C. *et al.* (2003). *Controle de infecção em odontologia*. São Paulo; Artes Médicas;
40. Firmino, R. (2010). A Discriminação no Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de HIV/AIDS. Disponível em: «<http://direitodasaude.blog.br/2010/09/13/a-discriminacao-no-atendimento-a-pacientes.html>». [Consultado em: 28/05/11];
41. Flint, S.R. *et al.* (2011). HIV Transmission in the Dental Setting and the HIV-Infected Oral Health Care Professional: Workshop 1C. *Adv Dent Res.* vol. 23(1). pp:106-111;
42. Francisconi, C. F. *et al.* (1998). Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. *In: Conselho Federal de Medicina. Iniciação à Bioética*. Brasília; Conselho Federal de Medicina. pp: 269-284;

43. Frey, W. *et al.* (2008). Dental ethics: A brief review. Disponível em: «<http://www.netce.com/courseoverview.php?courseid=703>». [Consultado em 03/07/11];
44. Gardam, M. *et al.* (2001). The HIV-positive dentist: balancing the rights of the healthcare worker and the patient. *CMAJ*. vol.164 (12); pp: 1715-1718;
45. Gerberding, J. L. (1994). Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, hepatitis C, and cytomegalovirus among health care personnel at risk for blood exposure: final report from a longitudinal study. *J Infect Dis*. vol. 170. pp:1410-7;
46. Gibeaut, J. (1997). Dentists, physicians look at HIV patients with different eyes. *ABA Journal*. vol.83. pp:51;
47. Giuliani M. *et al.* (2011). Dental hygienists behaviour towards HIV-positive patients in highly active antiretroviral therapy era: a pilot survey. *International Journal of Dental Hygiene*. vol.9; no.3. pp:204-210;
48. Giulian, M. (2009). Attitudes and practices of dentists treating patients infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *ADF Med Sci Monit*. vol.15(6). pp:49-56;
49. Godin, G. (1999). Understanding the intention of dentists to provide dental care to HIV+ and AIDS patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. vol. 27(3). pp:221-7;
50. Gomez, F. *et al.* (1997). Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in dental teaching clinics: a prospective study. *J Am Dent Assoc*. vol.128. pp:1253-1261;
51. Gonçalves, A. *et al.* (2009). Manual prático de prevenção e controlo da infecção cruzada – procedimentos para a gestão pós-exposição. Disponível em: «[dentalria.com/manage/micro.pdf](http://dentalria.com/manage/micro.pdf)». [Consultado em 20/05/11];
52. Gostin, L. (2002). Rights and Duties of HIV Infected Health Care Professionals. *Health Care Analysis*. vol.10; no.1. pp:67-85;

53. Gostin, L. O. (2000). A proposed national policy on health care workers living with HIV/AIDS and other blood-borne pathogens. *JAMA*. vol. 284(15). pp:1965-70;
54. Gostin, L. O. *et al.* (1993). Privacy and security of personal information in a new health care system. *JAMA*. vol. 270. pp:2487-93.
55. Greco D. B. *et al.* (1993). O caso da AIDS: epidemia da doença, epidemia do medo e seus subprodutos. In: Rigotto, R. (Ed.). *Isto é trabalho de gente*. São Paulo; No prelo. pp: 636-672;
56. Greenspan, D. *et al.* (1997). Oral manifestations of HIV disease. *AIDS Clinical Care*. vol.9; no.4. pp:29-33;
57. Ippolito, G. *et al.* (1993).The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers: Italian Multicenter Study, The Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. *Arch Intern Med*. vol.153. pp:1451-8;
58. Jaffe, H. *et al.* (1994). Lack of HIV transmission in the practice of a dentist with AIDS. *Ann Intern Med*. vol.121. pp:855-859;
59. Johnson, S. *et al.* (2000). Adverse effects associated with use of nevirapine in HIV post-exposure prophylaxis for 2 health care workers. *JAMA*. vol.284. pp:2722-3;
60. Jorge, A. (2002). Princípios de Biossegurança em Odontologia. *Rev. biociênc*. vol.8; no.1. pp:7-17;
61. Kaste, L. M. *et al.* (2007). The Third Decade of HIV/AIDS: A Brief Epidemiologic Update for Dentistry. *JCDA*. vol. 73; no. 10. pp:941-944;
62. Kipper, D. *et al.* (1998). Caso Clínico. *Revista Bioética*. vol. 6; nº 1;
63. Klein, R. S. *et al.* (1988). Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *New Eng J Med*. vol.318(2). pp:86-90;
64. Kohn, W. G. *et al.* (2004). Normas e procedimentos para o controle de infecção nos locais de tratamento odontológico. *JADA. Brasil*. vol. 7; n. 1. pp: 5-19;

65. Kohn, W. G. *et al.* (2003). CDC Guidelines for infection control in dental health - care settings - 2003. *MMWR*. vol. 52(RR-17). pp:1-61;
66. Leone, *et al.* (2001). *Dicionário de Bioética*. Gaia (Porto); Perp.Soc;
67. Lewis, D. *et al.* (1992). Cross-infection risks associated with current procedures for using high-speed dental handpieces. *J Clin Microbiol*. vol.30. pp: 401-6;
68. Little, J.W *et al.* (2002). *Dental management of the medically compromised patient*. St. Louis, MO; Mosby;
69. Longfield, J. *et al.* (1994). Look-back investigation after Human Immunodeficiency Virus seroconversion in a pediatric dentist. *The Journal of Infectious Diseases*. vol.169. pp:1-8;
70. Magnavita, N. (2007). Law, ethics and medicine. The unhealthy physician. *J Med Ethics*. vol. 33. pp:210–214;
71. Mariani, S. (2010). Asymmetric HIV-1 co-receptor use and replication in CD4<sup>+</sup> T lymphocytes. *Journal of Translational Medicine*. vol. 9(Suppl 1). pp:1-9;
72. Martins, M. A. (2001). *Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção, controle*. 2. ed. Rio de Janeiro. Medsi. pp:1116;
73. McCarthy, G. *et al.* (1999). Factors Associated With Refusal to Treat HIV-Infected Patients: The Results of a National Survey of Dentists in Canada. *Am J Public Health*; vol. 89. pp:541-545;
74. Melo, H. (2001). “Comentário” in *Tempo de Vida e Tempo de Morte, Actas do VII Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*, Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. pp: 131;
75. Ministério da Saúde, (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção de VIH/SIDA-2007/10. Disponível em:

- «<http://www.gatportugal.org/media/64/File/Actualidades/portugal/ProgNacionalPrevencao20072010.pdf>». [Consultado em 20/02/11];
76. Ministério da Saúde, (2004). Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Disponível em: «[www.riscobiologico.org/resources/4888.pdf](http://www.riscobiologico.org/resources/4888.pdf)». [Consultado em: 05/05/11];
77. Ministério da Saúde, (2000). Controle de Infecções e prática odontológica em tempos de AIDS – Manual de Condutas. Disponível em: «<http://www.aids.gov.br/publicacao/controle-de-infeccoes-e-pratica-odontologica-em-tempos-de-aids>». [Consultado em 20/07/11];
78. Mirowski, G. (1998). Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men. *Oral diseases*. vol. 4; no.1. pp: 16- 21;
79. Moloughney, B. (2001). Transmission and post-exposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now?. *CMAJ*. vol.165 (4). pp: 445-51;
80. OMS (1988). Responsabilidades éticas e profissionais dos cirurgiões-dentistas em relação aos pacientes HIV positivos e aos pacientes com AIDS. *Actualidad Odontológica*. v.30; no.1. pp:37-39;
81. Ozar, D. *et al.* (2002). HIV and AIDS in patients and dentists. In: Ozar, D. *et al.* (Ed.). *Dental ethics at chairside: professional principles and practical application*. 2ª Edição; Washington DC; Georgetown University Press. pp:203-223;
82. Pascoe, G. *et al.* (2002). HIV/AIDS in Dental Care - A Case-Based Self-Study Module for Dental Health Care Personnel. Disponível em: <http://www.heart-intl.net/HEART/110105/HIVAIDSinDental.pdf>. [Consultado em: 07/06/11];
83. Pereira, A. (2007). Cirurgião Seropositivo. Do Pânico ao Direito. *Lex Medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Ano 4, n.º8. pp: 97-114.
84. Peres, S. *et al.* (2008). Sigilo profissional e valores éticos. *RFO*. vol.13; no.1. pp. 7-13;

85. Perry, J. *et al.* (2006). Infected health care workers and patient safety: A double standard. *Am J Infect Control*. vol. 34. pp:313-9;
86. Phelan, J. A. (1997). Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Med Clin North AM*. vol.81; no.2. pp:511-31;
87. Pinching, A. J. (2000). Infectious health care workers: should patients be told? *J Med Ethics*. vol.26. pp:34-6;
88. Procuradoria-geral Distrital de Lisboa (2008). Código Civil Português (actualizado até à Lei n.º 61/2008, de 31 de Outubro). Disponível em: «<http://www.portolegal.com/CodigoCivil.html>». [Consultado em 19/02/11];
89. Ramos, D. (2003). Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. *In*: Fortes, P. A. (Ed.). *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo. Edições Loyola. pp: 161- 167;
90. Reznik, D. (2006). Perspective – Oral Manifestations. vol. 13; no 5. pp:143-148;
91. Robert L. M. *et al.* (1995). Investigation of patients of health care workers infected with HIV: the Centers for Disease Control and Prevention database. *Ann Intern Med*. vol. 122. pp:653-657;
92. Robinson, P. G. *et al.* (1997). Is erythematous candidiasis associated with advanced HIVdisease? *Oral Dis*. vol. 3; no.1. pp:116-8;
93. Rohn, E. *et al.* (2006). How do Social-Psychological Concerns Impede the Delivery of Care to People with HIV? Issues for Dental Education. *Journal of Dental Education*. vol. 70; no. 10. pp: 1038-42
94. Roth, V. *et al.* (2005). Implementing a policy for practitioners infected with blood-borne pathogens. *Healthc Q*. vol.8. pp: 45-48;
95. Rueff, M. (2007). Direitos Humanos, Acesso à Saúde e VIH/sida. *ArquiMed*. vol. 21, nº 2. pp:0871-3413;
96. Rwenyonyi, C. (2011). Oral Manifestations in HIV/AIDS Infected Children. *Eur J*

*Dent.* vol.5. pp:291-298;

97. Samico, A. H. R. (1994). Panorama da ética profissional. *In: Samico, A. H. R. et al.* (Ed.). *Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia*; 2ª Ed. Rio de Janeiro; Conselho Federal de Odontologia. pp: 6–13;
98. Sanjar, F. *et al.* (2011). Otolaryngologic manifestations in HIV disease - clinical aspects and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* vol.77(3). pp:391-400;
99. Sankar, A. *et al.* (2002). Adherence discourse among HIV+ African American women taking high acting antiretroviral therapy. *AIDS Care.* vol.14. pp:203-18;
100. Santos, D. *et al.* (2010). Regimes de profilaxia após exposição ocupacional ao HIV: revisão da literatura. *Saúde, Ética & Justiça.* vol.15(1). pp:1-9;
101. Schuklenkaidis, U. (2003). Bioethics and public policy. *New Review of Bioethics.* vol. 1; No. 1. pp: 127–144;
102. Scully, C. *et al.* (2006). Immunodeficiency Virus (HIV) Transmission in Dentistry. *J Dent Res.* vol. 85(9). pp:794-800;
103. Scully, C. *et al.* (1991). The level of risk of transmission of human immunodeficiency virus between patients and dental staff. *Br Dent J.* vol. 170(3). pp:97–100;
104. Seacat, J. *et al.* (2009). Dental Students Treating Patients Living with HIV/AIDS: The Influence of Attitudes and HIV Knowledge. *Journal of Dental Education.* vol.73; no. 4. pp:437-444;
105. Senna, M. *et a* (2005). Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: factores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* vol.21(1). pp:217-225;
106. Sgreccia, E. (1997). Bioética e Infecção por HIV. *In: Sgreccia, E. (Ed.). Manual de Bioética: II – aspectos médico-socias.* S. Paulo, Brasil; Edições Loyola. pp:195-224;

107. Shete A. *et al.* (2010). A review on peripheral blood CD4+ T lymphocyte counts in healthy adult Indians. *Indian J Med Res.* vol:132(6). pp:667–675;
108. Silva, L. N. *et al.* (2007). Infecção pelo HIV e a actividade laboral do portador: uma relação ética e legal na visão da odontologia do trabalho. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* vol. 19(1). pp: 35-44;
109. Sirois, D. (1998). Oral Manifestations of HIV Infection and AIDS. *The Mount Sinai Journal of Medicine.* vol. 65. pp:322-332;
110. Smith, A. *et al.* (2001). Management of needlestick injuries in general dental practice. *British Dental Journal.* vol. 190; no. 12. pp: 645–650;
111. UNAIDS, (2006). AIDS epidemic update - Special report on HIV/AIDS. Disponível em: «[http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006\\_EpiUpdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf)». [Consultado em 15/03/11];
112. Varghese, G. M. *et al.* (2003). Post-exposure prophylaxis for blood borne viral infections in healthcare workers. *Postgrad Med J.* vol. Jun.79(932). pp:324-8;
113. Weinert, M. *et al.* (1996). Oral manifestations of HIV infection. *Ann Intern Med.* vol.125; no.6. pp:485-496;
114. White, M. C. *et al.* (1993). Blood contact and exposures among operating room personnel: a multicenter study. *Am J Infect Control.* vol. 21. pp:243-8;
115. WMA, (2009). Medical ethics manual. Disponível em: «[www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics\\_manual\\_en.pdf](http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf)». [Consultado em 30/06/11];
116. Younai, F. S. *et al.* (2001). Occupational exposures to blood in a dental teaching environment: results of a ten-year surveillance study. *J Dent Educ.* vol. May 65(5). pp:436-48;

117. Zakrzewska, J. M. *et al.* (1999). The HIV Patient in General Dental Practice. *PRIMARY DENTAL CARE*. vol.6(1). pp:29-32;
118. Zenkner, C. (2006). Infecção cruzada em odontologia: riscos e directrizes. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino*. vol. 2; no. 3. pp:1-7;

