

**INVESTIGACIÓN**

La percepción del portador de VIH/SIDA sobre el odontólogo

Bruna Ariella Aguiar Muniz¹, Diene Carvalho Belo da Fonte¹, Saulo Cabral dos Santos¹

1. Programa de Prótese e Cirurgia Buco Facial, departamento de Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

Declararam não haver conflito de interesse.

El modelo de organización humana configura sociedades divididas en grupos formados a partir de la identificación entre individuos. Los atributos y características de las personas se utilizan como herramientas capaces de categorizarlas y definir su “identidad social”¹. A pesar de toda la pluralidad de la población, los puntos que huyen de la masa homogénea dominante son hostilizados. Se crean conceptos de lo que es normal y de lo que es poco común, y así nacen los estigmas sociales.

El término “estigma” hace referencia a la condición o particularidad juzgada como nociva para el colectivo, capaz de disminuir el valor del individuo y de marginarlo en la sociedad. Comúnmente, el estigma se torna mayor que el sujeto: sus cualidades quedan disueltas por la marca que cargan y, debido a esa representación social, pasan a ser rechazados y/o aislados².

En la década de 1980, el descubrimiento del virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) inquietó a todo el mundo, principalmente por traer polémica en la relación enfermedad *versus* comportamiento sexual³. Por ser denominada, en sus comienzos, “peste gay” o “cáncer gay”, estimuló el prejuicio que ya afectaba a algunas minorías⁴. Otro punto determinante para estigmatizar el SIDA fue su asociación con usuarios de drogas inyectables⁵.

La correlación de la enfermedad con determinados grupos y estilos de vida fue determinante para la construcción histórica, cultural, imaginaria y social de la pandemia⁶. Por todos estos factores, el miedo a ser infectado por VIH se presentó como reflejo de un pronóstico oscuro, sin cura y fatal. Esto generó una repercusión significativa en el ámbito de la salud y fue responsable de cambios en la postura de profesionales – principalmente de los dentistas, cuyo manejo de instrumentos odontológicos con fluidos corporales (saliva y sangre) generaba una alerta sobre el riesgo de contagio y su consecuente resistencia a atender a los portadores de la enfermedad⁷.

Por lo tanto, se torna extremadamente importante analizar el escenario actual del SIDA, así como observar si el odontólogo se encuentra más seguro e informado para lidiar con el virus, según la perspectiva de los infectados. De esta forma, este trabajo pretendió delinear cuál es la representación social que las personas que conviven con la enfermedad – en este caso, frequentadores de la ONG Gestos – tienen de sus dentistas, a partir de sus vivencias y de las percepciones de la atención odontológica.

Método

Se trata de un estudio cuantitativo realizado en la ONG ya mencionada, ubicada en Recife (Pernambuco, Brasil). Hace 25 años, la institución se dedica a los derechos humanos de los seropositivos y a la formación de agentes multiplicadores de información en las comunidades periféricas. En este contexto, la percepción de la atención de los odontólogos podría tornarse más amplia, más acorde con la realidad, dado que las personas con poca visión crítica y sin un entendimiento claro de los derechos tienden a no distinguir tan bien las situaciones de discriminación vivenciadas por ellas mismas.

La muestra estuvo compuesta por 67 portadores de VIH/SIDA, que participaban en las actividades promovidas por la organización. Se incluyeron en la investigación voluntarios con diagnóstico positivo de VIH, de ambos sexos, de edad mayor o igual a 18 años y que se hubieran sometido, al menos una vez, a cualquier tipo de tratamiento odontológico. Los individuos fueron contactados durante sus actividades y visitas a la ONG.

Todos los participantes recibieron una carta explicando los objetivos y procedimientos del estudio, además de un documento de consentimiento libre e informado. En la propia ONG se aplicó un cuestionario orientado a explorar la relación paciente/dentista, el acceso y la atención odontológica. El documento tenía diecisiete preguntas, de las cuales quince eran objetivas y dos abiertas. No fue necesario identificar a los participantes en las fichas de recolección de datos.

El análisis se realizó a partir de la prueba Chi-cuadrado de Pearson o por la prueba exacta de Fisher, cuando no se daban las condiciones para utilizar la primera (técnicas de estadística inferencial), con un margen de error del 5%. Uno de los factores de riesgo serían las posibles limitaciones del individuo para responder al cuestionario. Sin embargo, la comprensión más amplia de la relación profesional de salud/paciente, especialmente en el caso de los pacientes bajo condiciones estigmatizantes, puede ser vista con una de las principales contribuciones de este estudio.

El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) y respetó los aspectos éticos vigentes, de acuerdo con la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466/2012⁸. Los participantes firmaron el documento de consentimiento libre e informado para la investigación con seres humanos.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 67 individuos, 38 hombres y 29 mujeres, siendo el grupo etario prevaeciente el de 40 a 62 años (55,2%). En cuanto a la orientación sexual, la mayoría eran heterosexuales, seguidos por homosexuales y bisexuales (Tabla 1).

Tabla 1. Participantes según franja etaria, sexo y orientación sexual. Recife, Brasil, 2014

	n	%
Franja etaria (años)		
Hasta 39	27	40,3
40 a 62	37	55,2
Ausente en el sistema	3	4,5
Sexo		
Masculino	38	57
Femenino	29	43
Orientación sexual		
Heterosexual	38	56,7
Homosexual	20	29,8
Bisexual	3	4,5
Ausente en el sistema	6	9
Total	67	100

En base a los datos, el 90% de los encuestados ya habían pasado al menos por una consulta odontológica. Después del diagnóstico positivo de la enfermedad, el porcentaje de visitas al dentista cayó al 84%. Los motivos de la renuncia fueron variados: el 25% tuvo miedo de la reacción del odontólogo; el 10% no quería revelar a nadie su diagnóstico, y el 4,5% se sintió atemorizado de que el profesional asociara la enfermedad a la homosexualidad.

Los pacientes que omitieron la seropositividad del dentista correspondieron al 31%, en contraste al 60% que informaron el diagnóstico. De estos últimos, el 31% relató un cambio de postura del profesional. Al ser interrogados sobre la probable razón de eso, el 20% atribuyó la alteración de comportamiento a la falta de información y/o prejuicio del dentista y el 7% al temor a la contaminación por el virus.

Se observó que el 27% de los participantes experimentó algún tipo de discriminación por parte del profesional. En consecuencia, el 57% cree que ocultar la enfermedad al odontólogo es la mejor forma de garantizar el tratamiento. Incluso con los casos de omisión, la mayoría de los pacientes (78%) consideró importante informar al profesional el diagnóstico.

Tras la confirmación de la seropositividad en la anamnesis, la experiencia de renunciar a un

tratamiento odontológico fue informada por el 22% de los encuestados. Frente a la negativa, el 51% cree que los dentistas están menos dispuestos a atender a los portadores.

Tabla 2. Conductas y relación paciente/dentista. Recife, 2014

	n	%
¿Usted se sintió discriminado por dentistas?		
Sí	18	27
No	40	60
Ausente en el sistema	9	13
Evitar decirle al dentista que es seropositivo, ¿garantiza, en su opinión, que el tratamiento va a ser ejecutado?		
Sí	38	57
No	24	36
Ausente en el sistema	5	7
¿Usted cree que es necesario informarle al dentista que tiene VIH/SIDA?		
Sí	52	78
No	15	22
Total	67	100

Tabla 3. Comportamiento del dentista y negación del tratamiento

	n	%
¿Usted ya ha dejado de recibir tratamiento odontológico luego de informar que tiene VIH/SIDA?		
Sí	15	22
No	34	51
Ausente en el sistema	18	27
¿Usted cree que los dentistas atienden normalmente a los pacientes VIH seropositivos?		
Sí	18	27
No	28	42
A veces	6	9
No sé	3	4
Ausente en el sistema	12	18
¿Por qué motivo cree usted que hay cambios en la forma de atención?		
Prejuicio	22	33
Falta de información del profesional	7	10
Falta de amor al trabajo	2	3
Miedo de lo que otros pacientes van a pensar	1	1,5
Sólo atienden bien en las unidades de referencia	1	1,5
Ausente en el sistema	34	51
Total	67	100

Discusión

El perfil epidemiológico de los portadores del virus sufrió importantes transformaciones a lo largo de los años, acompañando la dinámica de comportamiento y la cultura de la sociedad. La antigua matemática de la infección por VIH, relacionada con grupos de riesgo y su culpabilización, cedió lugar a un cuadro con fuertes rasgos de envejecimiento, heterosexualización y feminización⁹. Sin embargo, el estereotipo inicial de hombres jóvenes, delgados y de orientación homosexual puede todavía persistir en el imaginario colectivo, facilitando la no adopción de medidas preventivas de aquellos que no encajan en este perfil.

El “envejecimiento” de la epidemia sugiere diversos factores: cambios en el comportamiento sexual del anciano; mayor actividad sexual sin protección, subestimando los riesgos de infección en edades avanzadas; eficacia de las terapias antirretrovirales y mayor expectativa de vida¹⁰. En 2010, la franja etaria entre 40 y 49 años fue la que tuvo mayor proporción de casos notificados por los Sistemas de Información de Salud (24,8%). En 2011, el grupo de edad con mayor tasa de incidencia fue de 35 a 39 años. Otro dato importante se refiere al período entre 1998 y 2010, cuando aumentaron los casos de SIDA en adultos en el rango entre 50 y 59 años o más^{11,12}. Corroborando estas estadísticas, la muestra de la presente investigación estuvo compuesta mayoritariamente (55,2%) por individuos de edad más avanzada (entre 40 y 62 años).

El análisis evidenció un carácter de heterosexualización coherente con el nuevo diseño de la diseminación de la enfermedad, presentando una predominancia de heterosexuales (57%). Se constata que la tendencia de asociar el VIH a los homosexuales está realmente ultrapasada con esta reconstrucción del perfil del infectado. Entre 1998 y 2010, hubo un aumento del 12% en los casos que involucran a individuos heterosexuales del sexo masculino, de 13 años de edad o más. En contrapartida, la tasa de homosexuales contaminados en el mismo período cayó del 31,1% al 29,7%^{11,12}.

La diferencia entre los infectados del sexo masculino y femenino viene disminuyendo a lo largo de las décadas. En 1985, por cada 26 casos entre hombres, había uno entre mujeres. En 2010, esa relación varió a 1,7 hombres por cada mujer. Y vale resaltar que, entre 2000 y 2005, se verificó la inversión: 0,9 casos entre hombres por cada mujer^{11,13}. El aumento de la transmisión del virus

por relación heterosexual contribuyó al creciente número de casos en mujeres. La contaminación del sexo femenino por esta vía representa más del 75% de los casos de SIDA¹⁴.

El estudio de Santos y colaboradores¹⁵ también sostuvo la asociación entre la heterosexualización y la marcada feminización del nuevo perfil epidemiológico. Siguiendo esta tendencia, la muestra del presente artículo presentó una diferencia sutil entre el porcentaje de hombres y mujeres. Claramente, el predominio de hombres infectados cedió lugar al equilibrio entre los sexos con el transcurso del tiempo.

Los portadores de VIH, inseguros en cuanto a la reacción del dentista, son el retrato del abandono del tratamiento, de la baja demanda de asistencia o de la omisión de informaciones durante la anamnesis. La representación social negativa de la enfermedad repercute tanto en la introversión del paciente como en las conductas inadecuadas de los dentistas no preparados. En el área de la salud, la negación de la atención, los protocolos exagerados de bioseguridad y/o la ruptura del secreto del historial médico son algunos ejemplos de prácticas discriminatorias¹⁶.

Entre los sujetos estudiados, los principales motivos alegados para desistir del tratamiento odontológico, después de la confirmación de la infección, fueron: miedo de la reacción del dentista (25%); temor por la falta de discreción del diagnóstico por parte del equipo (10%); además, la aprehensión por prejuicios sobre el modo de contaminación (4,5%). Los hallazgos, por lo tanto, refuerzan los datos de otros trabajos^{4,6,7,17} y revelan cuánto puede verse comprometida la asistencia odontológica por la angustia de sufrir discriminación.

La falta de preparación de los profesionales de odontología en el campo de las relaciones humanas, especialmente en relación con la acogida y el respeto a las diversidades, parece distanciar a los pacientes. Esta constatación refuerza la urgente necesidad de estimular la humanización en la formación académica para que los profesionales de salud puedan efectivamente atender a las necesidades de los pacientes.

Se encontró un índice de discriminación del 27%, comparativamente inferior a algunos trabajos ya relatados^{4,17}, pero aún significativo. En el análisis de Garbin y colaboradores¹⁷, cuya muestra estuvo compuesta por 69 portadores de VIH/SIDA, en el municipio de Três Lagoas (Mato Grosso do Sul, Brasil), más del 49% de los participantes

relataron un suceso de discriminación por parte de algún profesional del área de la salud. En el estudio de Lelis y colaboradores⁴, el porcentaje de casos similares también fue alto – mayor o igual al 40% – atribuyéndose a enfermeros, odontólogos y médicos. Las prácticas discriminatorias de los profesionales hacia los portadores de VIH/SIDA relatadas en ambos estudios^{4,17} tienen continuidad con los hallazgos de la presente investigación: negación o resistencia a la atención por parte del dentista, aislamiento físico o cualquier otro tipo de tratamiento diferenciado hacia el paciente.

Es importante destacar que, independientemente de las variaciones estadísticas, hay mucho prejuicio con los portadores del virus y esto puede llevarlos a omitir el diagnóstico como artificio de defensa. Por esta razón, más del 55% de los participantes en este trabajo afirmaron que ocultar la seropositividad al odontólogo durante el cuestionario de la anamnesis es la mejor forma de garantizar el tratamiento (generalmente se pregunta: “¿Ya se realizó el test de VIH? Si lo hizo, ¿cuál fue el resultado?”).

Esta estadística es preocupante, dado que garantizar la atención a partir de esta omisión puede crear un ciclo capaz de comprometer la integralidad de la asistencia y su efectividad. Se habla de una pérdida cualitativa de la asistencia porque algunas patologías orales están directamente asociadas al virus. Si el dentista no conoce la condición sistémica del enfermo, la cohesión del equipo que acompaña al individuo puede verse afectada, y el tratamiento puede verse fragmentado. Por lo tanto, la historia médica completa del usuario es fundamental para el mejor acompañamiento. Del odontólogo se espera que el diagnóstico de SIDA no sea visto como una alerta para el exceso de cuidados, dado que los protocolos de bioseguridad siempre orientan al profesional a considerar a todo paciente como potencialmente infectado⁷.

Más del 50% de los encuestados tuvieron la percepción de que los dentistas, después de tomar conocimiento de la seropositividad, se volvieron menos dispuestos a atenderlos. Las posibles razones sugeridas para el cambio de actitud en la atención fueron la falta de información del profesional (20%) y el miedo a la contaminación (7%).

Estos resultados encuentran respaldo en el estudio de Senna, Guimarães y Pordeus¹⁸, que evaluaron la disposición de los odontólogos para tratar a pacientes seropositivos en Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). El análisis observó conductas positivas de parte de los dentistas más informados

en cuanto a los riesgos de contaminación y los protocolos de exposición accidental. En contrapartida, hubo menor disposición de parte de los profesionales con historias de accidentes punzocortantes, aun siendo mínimo el riesgo de infección por vía percutánea con sangre contaminada (0,3%)¹⁹. De esta forma, el nivel de conocimiento del profesional y la probabilidad de accidentes con material biológico contaminado parece influir directamente en la forma en que los seropositivos son tratados en el consultorio.

Feltrin, Navarro y Sposto²⁰ constataron que, a pesar de un mayor dominio de la comunidad científica sobre la enfermedad, la opinión de muchos profesionales aún permanecía sumida en la inseguridad y la desinformación. Su investigación involucró a 265 odontólogos y los resultados fueron alarmantes: más del 35% de los entrevistados consideraron a los usuarios de drogas inyectables como el grupo de riesgo más afectado y, el 18,3%, a los hombres homosexuales. Además, constató que más del 50% de los dentistas no atenderían a los pacientes si supieran de la serología positiva.

En comparación con la realidad de 1997 diagnosticada por Feltrin, Navarro y Sposto²⁰, en nuestros días, el presente trabajo muestra que la opinión pública, aunque sigue siendo discriminatoria, es más flexible. Para el 33% de los entrevistados en la ONG Gestos, el prejuicio del odontólogo es el principal factor para el cambio en la forma de la atención después de ser informados sobre la condición de seropositividad. Los números evidencian que el conocimiento técnico adquirido sobre la enfermedad a lo largo de los años no es suficiente para transformar el comportamiento discriminatorio del profesional.

La bioseguridad excesiva y la responsabilización del individuo son indicios contundentes de la discriminación sugerida por los participantes, datos también compartidos por el estudio de Jovic-Vranes y colaboradores²¹. Las estadísticas del estudio revelaron que más del 80% de los profesionales usaron protección individual adicional en la atención a seropositivos y que el 5% atribuyó culpa al portador por la infección. Además, señaló a los odontólogos como el grupo profesional más preocupado por el riesgo de infección.

Aunque la omisión de la serología positiva fue reportada, la mayoría de los portadores (78%) afirmó que era necesario informar al dentista. Esta conciencia demuestra la comprensión de la importancia de relatar el cuadro de salud al profesional; no obstante, frente al dilema entre la posibilidad

de que se niegue la atención y el riesgo de alguna complicación por la omisión, algunos pacientes prefieren asumir el riesgo. También es plausible la percepción del riesgo de exposición ocupacional que envuelve a los dentistas, así como a otros profesionales del área de la salud que manipulan fluidos corporales y materiales punzocortantes. En la categoría médica, el odontólogo figura con la segunda profesión más afectada por accidentes de naturaleza biológica²².

Aunque la falta de bagaje teórico sobre el SIDA es la gran responsable del rechazo a los pacientes seropositivos, otro factor crítico también forma parte de este panorama: la vulnerabilidad. Según Czeresnia y Freitas²³, el principio de vulnerabilidad considera la posibilidad de exposición de las personas al riesgo y a la enfermedad como resultado de diversos aspectos, no sólo individuales. Ésta se ve influenciada por tres ejes: el componente individual, el social y el programático.

El primero se refiere al nivel de información que el individuo posee sobre el problema, al modo en que interpreta esas informaciones y a la posibilidad de incorporarlas en sus prácticas cotidianas. El componente social analiza cómo esa capacidad individual puede verse influenciada por aspectos sociopolíticos, mediáticos y culturales de la sociedad actual. Por último, el programático se refiere a los recursos de prevención y protección de los individuos a partir de las políticas públicas en las esferas regional y nacional. Al traer estos conceptos al contexto del presente trabajo, se percibe que adoptar nuevas posturas es algo bastante complejo y no depende exclusivamente del aspecto individual – aquí simbolizado por el conocimiento que cada profesional tiene sobre el virus y su capacidad de incorporar nuevas actitudes al día a día.

La dinámica comportamental y su enmarañado de factores modificadores encuentran investigaciones²⁴⁻²⁶ en la bibliografía que están en armonía con la teoría de Czeresnia y Freitas²³. Oliveira y colaboradores²⁴ realizaron una investigación con jóvenes de entre 14 y 22 años sobre formas de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la adopción de medidas de protección. Los resultados mostraron una divergencia entre teoría y práctica: aun teniendo conocimiento sobre el tema, seguían exponiéndose a riesgos de contaminación.

Guerriero, Ayres y Hearst²⁵ verificaron una situación similar: todos los participantes en la investigación conocían el SIDA y el preservativo como forma de prevención, sin embargo, ninguno

afirmó usarlo para protegerse en la cotidianidad. Además, las justificaciones señalaban pensamientos de invulnerabilidad a la infección. Fernandes y colaboradores²⁶ también encontraron datos conflictivos al observar que el 77,2% de la muestra conocía las formas de prevención del VIH y la importancia del uso del preservativo, pero más del 72% no lo estaban utilizando.

Es esencial comprender que el sujeto necesita vencer los obstáculos que sobrepasan la esfera individual – principalmente los culturales – para conseguir metabolizar la teoría adquirida y aplicarla en la vida. Los profesionales de salud también son parte del proceso social de contextualización de la enfermedad y, a veces, la información sobre el tema puede no ser suficiente para orientar la conducta, resultando en una atención inadecuada y en infracciones de los preceptos del Código de Ética Odontológica (CEO)²⁷.

Consideraciones finales

Es innegable que el contexto inicial de desinformación y la necesidad de informaciones sobre la nueva epidemia resultaron en la búsqueda de respuestas y modos de prevención que sólo cesaron cuando los denominados “grupos de riesgo” fueron caracterizados como actores del fenómeno del SIDA. El discurso estigmatizante en esa época fue tan difundido que aún hoy permanece enraizado en la cultura brasileña.

Este trabajo constató que los descubrimientos sobre el VIH a lo largo de los años fueron incapaces de disolver el prejuicio y el estigma que alcanzan a los seropositivos, ya que muchos de ellos todavía se sienten discriminados en los servicios de atención a la salud, especialmente en aquellos que no están específicamente dirigidos a la atención de personas con SIDA. La inseguridad y el temor señalados en el presente estudio son un reflejo de la discriminación aún presente tanto en la formación y en la vida profesional de los dentistas como en el área de la salud de forma general.

Es necesario, por lo tanto, que el profesional esté informado sobre la enfermedad y trabaje activamente su comportamiento y las instancias emocionales, de modo que el conocimiento adquirido sea verdaderamente incorporado y puesto en práctica. Además, es esencial fomentar la humanización de la relación paciente-profesional y establecer vínculos que promuevan el bienestar psicosocial y más calidad de vida para el portador.

Referências

- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
- Melo ZM. Os estigmas: a deterioração da identidade social. Unicap [Internet]. 2005 [acesso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2VI5C9C>
- Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Abia; 2000.
- Lelis RT, Garbin CAS, Garbin AJI, Soares GB. Vivendo com HIV/aids: estudo da ocorrência de discriminação nos serviços de saúde. Rev Bras Pesq Saúde [Internet]. 2012 [acesso 15 fev 2017];14(4):22-8. Disponível: <https://bit.ly/2Uhxzmu>
- Paulilo MAS, Jeolás LS. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [acesso 29 abr 2017];10(1):175-84. Disponível: <https://bit.ly/2FSt0EG>
- Oltamari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a aids. Estud Psicol [Internet]. 2004 [acesso 29 abr 2017];9(2):317-23. Disponível: <https://bit.ly/2D8nNZd>
- Discacciati JAC, Vilaça ÊL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [acesso 29 abr 2017];9(4):234-9. Disponível: <https://bit.ly/2G2q5e3>
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 8 jun 2018]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1mTMIS3>
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2000 [acesso 17 abr 2017];34(2):207-17. Disponível: <https://bit.ly/2ShgQdb>
- Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2007 [acesso 22 abr 2017];10(4):544-54. Disponível: <https://bit.ly/2FOE2Ln>
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: aids e DST [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 18 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2YNZj0l>
- Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2017];7(10):6039-46. Disponível: <https://bit.ly/2YPaSo3>
- Martins TA, Kerr LRF, Kendall C, Mota RMS. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e aids no mundo. Rev Fisioter S Fun [Internet]. 2014 [acesso 19 abr 2017];3(1):4-7. Disponível: <https://bit.ly/2OQlqxj>
- Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. DST J Bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 [acesso 22 abr 2017];19(1):45-50. Disponível: <https://bit.ly/2ONEjIO>
- Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2002 [acesso 19 abr 2017];5(2):286-310. Disponível: <https://bit.ly/2TW6M9V>
- Brandão BMGM, Pereira VMAO, Góis ARS, Silva CRL, Abrão FMS. Representações sociais da equipe de enfermagem perante o paciente com HIV/aids: uma revisão integrativa. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2017 [acesso 22 abr 2017];11(2):625-33. Disponível: <https://bit.ly/2ONHk5t>
- Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Carmo MP. Bioética e HIV/aids: discriminação no atendimento aos portadores. Rev bioét. (Impr.) [Internet]. 2009 [acesso 24 abr 2017];17(3):511-22. Disponível: <https://bit.ly/2VnXMM6>
- Senna MIB, Guimarães MDC, Pordeus IA. Atendimento odontológico de portadores de HIV/aids: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso 24 jul 2017];21(1):217-25. Disponível: <https://bit.ly/2CWFAIH>
- Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D *et al*. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med [Internet]. 1997 [acesso 24 jul 2017];337(21):1485-90. Disponível: <https://bit.ly/2G0ETKa>
- Feltrin ÉE, Navarro CM, Sposto MR. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à aids e à infecção pelo HIV. Rev Odontol Unesp [Internet]. 1997 [acesso 25 mar 2017];26(2):287-95. Disponível: <https://bit.ly/2WWMFdB>
- Jovic-Vranes A, Jankovic S, Vukovic D, Vranes B, Miljus D. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. Occup Med [Internet]. 2006 [acesso 23 abr 2017];56(4):275-8. Disponível: <https://bit.ly/2CU4Lp6>
- Silva JA, Paula VS, Almeida AJ, Villar LM. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [acesso 23 abr 2017];13(3):508-16. Disponível: <https://bit.ly/2lcGBtC>
- Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca da DST/HIV/aids em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [acesso 22 abr 2017];13(4):833-41. Disponível: <https://bit.ly/2VjAlUH>

25. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [acesso 28 abr 2017];36(Supl 4):50-60. Disponível: <https://bit.ly/2CW7RJ6>
26. Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso 28 abr 2017];16(Supl 1):103-12. Disponível: <https://bit.ly/2Ib2adT>
27. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica: aprovado pela Resolução CFO nº 118/2012 [Internet]. Brasília: CFO; 2012 [acesso 24 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2t4SSH5>

Participación de los autores

Diene Carvalho Belo da Fonte recolectó los datos y realizó el análisis estadístico. Bruna Ariella Aguiar Muniz interpretó los resultados y redactó el artículo. Saulo Cabral dos Santos orientó la investigación y realizó la revisión crítica del trabajo.


Correspondência

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

Bruna Ariella Aguiar Muniz – Graduanda – bruna.ariella@gmail.com

 0000-0003-0194-1964

Diene Carvalho Belo da Fonte – Graduada – diene.carvalho000@gmail.com

 0000-0001-7498-4784

Saulo Cabral dos Santos – Doutor saulodontista@gmail.com

 0000-0001-5231-3576

