



FIOCRUZ



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS
OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE**

LIZALDO ANDRADE MAIA

FORTALEZA – CE

2014

LIZALDO ANDRADE MAIA

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS
OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS
EM FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Educação na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

FORTALEZA – CE

2014

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M217 Maia, Lizaldo Andrade
Atenção à saúde bucal: arranjos e dispositivos operados no cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids em Fortaleza-CE. / Lizaldo Andrade Maia. -- 2014.
102 f. : tab.
Orientador: Meyer, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fortaleza, CE, 2014.
1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Saúde Bucal. 4. Serviços de Saúde Bucal. I. Título.
CDD - 22.ed. – 617.601

LIZALDO ANDRADE MAIA

**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS
OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da
Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre
em Saúde da Família.

Aprovada em 25/04/2014

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz
Orientadora


Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto
Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Membro Efetivo


Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Membro Efetivo

À memória de meu pai.

Para

Fernanda,

Mamãe Bebê e

Mariana,

Cotidianas fontes de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que vivem com HIV/Aids e aos dentistas que confiaram em mim e se dispuseram, gentilmente, a serem sujeitos deste estudo, tornando possível sua realização.

À professora Dra. Anya Pimentel, pela competência, dedicação, tranquilidade e paciência durante todo o processo de orientação, mas, sobretudo, pela compreensão e respeito às minhas dificuldades e no auxílio para superação das mesmas.

Aos professores doutores da banca, Sharmênia Nuto, Ana Patrícia Pereira Morais e Fabrício Bitu, por terem aceitado participar deste processo. Em especial à professora Dra. Sharmênia Nuto e Dr. Fabrício Bitu, pelas relevantes contribuições na qualificação e na orientação para construção do questionário e do banco de dados.

Aos coordenadores de saúde bucal, Lorena Lodo, Régia Oliveira, Fernando Amorim, Luiza de Paula e Margarida Sampaio que facilitaram o acesso aos dentistas.

Aos servidores dos SAE municipais que colaboraram na sensibilização dos pacientes para participar da pesquisa.

A Erico Menezes, bolsista de Iniciação Científica da Fiocruz, pela eficiência na digitação dos dados, e Geane Marinho (UFC), pela atenta conferência dos formulários.

A Janete Romão e Marcos Paiva (Coordenação Hepatites Virais e DST/Aids), pelas informações epidemiológicas e apoio junto aos SAE.

A Ivanília Timbó (SMS) e a professora Léa Bezerra (UFC), pela liberação de parte de minhas atividades durante a coleta de dados.

A todo o corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, nucleadoras UECE/Fiocruz, especialmente às professoras Ana Patrícia Pereira Morais, Annatália Gomes, Irismar Almeida, Rocineide Ferreira, Fátima Antero e à memória de Maria Lúcia Barreto por todo conhecimento, amor, generosidade, atenção, carinho e ensinamentos partilhados. E ao professor José Maria Ximenes pelo talento, afeto e didática ímpar.

A todos os colegas de mestrado. A Cybele Peixoto, Eduardo Fofão, Joyce Portela, Eliene Mascarenhas e Herta Ribeiro pelos desafios dos trabalhos em equipe, cumplicidade, confiança, confidências e conversas ao pé do ouvido. A Francisco Feitosa, por dividir sua poética e ética sertanejas; Ana Paula, Marta Machado, Aglair Braz, Edilberto Araújo e Roberta Alves, por compartilhar suas fortalezas e sensibilidades. A Mailson Carvalho, por sua garra e leveza. Aos gestores Rosane de Lucca, Riksberg Leite, Talita Alves e Márcia Gomes, pelas construtivas teimas. À simplicidade de Tereza Souza e a discrição da Krishna Petrola. Aos “Doutores quixadaenses” Marcos Oliveira e Francimeiry Amorim,

pela identificação, reflexivas trocas de experiências e a sincera amizade. E a saudade do conectado Marquinho Messias.

Às amigas e colegas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Verinha Dantas, Maria Elisa, Geórgia Paiva, Juliana Andrade e Ana Paula Silveira, por todo incentivo e sensibilidade nos momentos difíceis.

Aos facilitadores do Curso de Regulação do SAMU, Cláudio Azevedo, Juliana Araújo, Eduardo Santos, Antônio Leonel, Nancy Pinheiro e Márcia Campos pelo companheirismo e solidário apoio.

À secretária Cláudia Freire (UECE), Paulo Viana, Geisa Silva e Wagner Alves (Fiocruz), pela disponibilidade e atenção; a Maria Brito (UECE) pelo singular cafezinho e por toda ajuda.

A todos meus companheiros do Núcleo Cebes CE, que contribuíram para mais esta conquista de minha caminhada em defesa do SUS, em especial a Jander Nogueira, Sônia Nogueira, Érico Dias, Pablo Alves, Fabíola Lima e Ester Melo que contribuíram com o projeto e dicas preciosas para entrevista.

À professora Lígia Giovanella (ENSP/Fiocruz) que dedicou horas de seu descanso semanal para avaliar a proposta de pesquisa e ofereceu pertinentes contribuições ao texto.

Ao caro amigo e professor Sergio Luz (UFC), pela convivência desde a graduação que rendeu intensos aprendizados e ensinamentos políticos.

Aos companheiros que trabalharam comigo na SMS de Fortaleza com os quais muito aprendi: Reginaldo Alves, Renata Mota, Mônica Campos, Talita Bezerra, Cláudia Freitas, Paola Gondim, Paula Erandy, Marise The, Ylanne Ybiapina, Juliana Araújo, David Gosson, Renata Luzia, Dione Silveira, Luciana Carvalho, Nádia Luna, Beth Amaral, Neusa Goya, Juliana de Paula, Elias Silva, Ana Paula Brilhante, Ozanira Aquino e Poliane.

À convivência com os colegas da SER V, Terezinha Muniz, Lourdes Rufino, Clarice Tavares, Adriana Ximenes, Aderson Martins, Récio Araújo, Natalia Campos, Zilderval Façanha, Boanerges Becco, Ednea Miranda, Patrícia Suassuna, Janvier Moraes, Andrea Moreira, Cecília Meireles, Paula Adrienne, Ivna Maciel, Sinhara Garcia, Silvines Sobrinho, Eliane Soares, Elisângela, Josy, Jamice, Diana, Clotilde, Rosângela, Nemézia, Tereza, Elmo, Gil, Joel, Aila, Shérica, Andrea, Gorete, Leda, Júnior, Luzia, Socorrinha, Pretinha e Ritinha.

Às irmãs Lúcia e Lucimar e à memória de Lincoln e Luiz; e ao meu primo Mainha, Ana Laís e Manu por toda força.

Muitíssimo obrigado a todos.

Poeta, cantô de rua,
Que na cidade nasceu,
Cante a cidade que é sua,
Que eu canto o sertão que é meu.
Se aí você teve estudo,
Aqui, Deus me ensinou tudo,
Sem de livro precisá
Por favô, não mêxa aqui,
Que eu também não mexo aí,
Cante lá, que eu canto cá.

Você teve inducação,
Aprende munta ciência,
Mas das coisa do sertão
Não tem boa esperiência.
Nunca fez uma paioça,
Nunca trabaiou na roça,
Não pode conhecê bem,
Pois nesta penosa vida,
Só quem provou da comida
Sabe o gosto que ela tem.
PATATIVA DO ASSARÉ

RESUMO

Nas primeiras décadas de disseminação do HIV, ser diagnosticado com a Aids era uma sentença de morte. A partir da década de 1990, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência, a Aids deixou de ser uma doença terminal, diminuiu sua mortalidade, tornando-se uma doença crônica. As pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) estão cada vez mais presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos serviços de saúde bucal, sendo importante a avaliação do cuidado à saúde bucal deste grupo de pacientes. A presente pesquisa teve como objetivo investigar características da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no SUS do município de Fortaleza, sob a ótica dos usuários e cirurgiões-dentistas. É um estudo quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza – CE com dentistas e PVHA. A amostra dos cirurgiões-dentistas, aleatória estratificada pelas diferentes regiões do município, foi de 156 profissionais da equipe de saúde bucal dos Centros de Saúde da Família (CSF) e 14 dos Centros Especializados de Odontologia (CEO). O questionário estruturado aplicado aos profissionais abordou, além dos aspectos demográficos e socioeconômicos, questões de dimensão de processo da atenção à saúde bucal às PVHA, incluindo os tipos de procedimentos realizados, a forma de organização do acolhimento com classificação de risco da demanda e questões relativas à humanização do cuidado. A amostra dos usuários, definida por conveniência, foi de 241 PVHA. Os dados foram coletados através de questionário estruturado, abordando a dimensão de processo e resultado, satisfação dos usuários, bem como humanização da atenção. A média de idade dos profissionais é 38,0 ($\pm 7,5$) anos, 68,3% são mulheres e 67,1% são casados. Observou-se que 37,1% dos profissionais cursaram Especialização em Saúde da Família, e que 51,2% não conhecem os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA. Para 69,4%, a estrutura física do consultório odontológico não é satisfatória para atendimento às PVHA, e para 57,6%, as condições de biossegurança do CSF/CEO são insatisfatórias para o atendimento às PVHA. Sessenta por cento atendem às PVHA, entretanto atenderam em média quatro pacientes; 33,3% informaram que o atendimento é prioritário e 74,5% avaliaram o atendimento como satisfatório. Para 58,8% dos profissionais estar bem informado sobre as condutas frente ao paciente influenciam sua decisão em atender; 84,3% afirmaram que o usuário fica satisfeito com o atendimento recebido. A idade média dos usuários é 37,8 ($\pm 9,6$) anos, 68,3% são do sexo masculino, 75,9% denominaram-se pardos, 63,1% são solteiros, 52,3% não têm filhos e 87,6% nasceram no Ceará. Sobre o grau de instrução, 24,1% têm ensino fundamental incompleto, 32,8% têm ensino médio completo e 5,8% concluíram ensino superior; 20,3% não têm renda, 24,5% ganham até um salário-mínimo e 34,4% recebem entre um e dois salários-mínimos. Considerando a procura dos usuários para atendimento, 64,3% consultaram-se com o dentista nos últimos dois anos; 50,6% usaram o consultório particular, 32,4% plano de saúde e 31,1% usaram o CSF ou CEO. A nota média que o paciente atribuiu ao atendimento do profissional foi de 7,6 ($\pm 2,5$), 73,6% declararam-se muito satisfeitos ou satisfeitos e 26,4% pouco ou insatisfeitos com o atendimento. Referente aos cirurgiões-dentistas, conclui-se que o conhecimento apropriado sobre questões técnicas relacionadas à infecção pelo HIV, educação permanente direcionada para PVHA oferecida aos profissionais, boas condições de trabalho e infraestrutura satisfatória, incluindo biossegurança, bem como experiência profissional prévia com estes usuários é o principal fator associado à disposição para o atendimento a este grupo de pacientes. Considerando o ponto de vista dos usuários, conclui-se que a atenção à saúde bucal das PVHA em Fortaleza obteve avanços relativos à humanização e à diminuição do preconceito, no entanto, precisa melhorar na organização da referência dos usuários e aumentar o acesso destes aos serviços.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. HIV/Aids. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

In the early days of HIV dissemination, a diagnosis of AIDS was considered a death sentence. However, with the introduction of highly-active antiretroviral therapy in the 1990s, AIDS mortality decreased and the condition is now seen as chronic rather than terminal. An increasing number of persons with HIV/AIDS (PWHAs) are becoming users of the Brazilian Unified Healthcare System (SUS), which includes oral health services. The evaluation of oral healthcare services accessed by this group of patients is important. Thus, the purpose of this study was to evaluate the characteristics of SUS-provided oral healthcare services for PWHAs in Fortaleza from the perspective of both users and professionals. This is a quantitative, descriptive and analytical study, which was realized in the municipality of Fortaleza-CE with dentists and PWHAs. The sample of professionals was random and geographically stratified and consisted of 156 professionals from oral health teams at Family Health Program clinics (CSF) and 14 professionals from specialized odontology centers (CEO). Using a questionnaire, information was collected on demographic and socioeconomic aspects and on processes adopted in the care of PWHAs, covering specific techniques, risk classification of the demand, and humanized care. The sample of users was defined by convenience and included 241 PWHAs. Using a structured questionnaire, information was collected on processes and results, satisfaction and humanized care. The professionals in the sample were aged 38.0 ± 7.5 years on the average, 68.3% were female, 67.1% were married, and 37.1% were specialists in Family Health. On the other hand, 51.2% had no knowledge of the main lab tests employed in the monitoring of PWHAs. According to 69.4%, the physical structure of the office was not appropriate to treat PWHAs, and 57.6% believed the biosafety conditions at their work places (CSF/CEO) were unsatisfactory in this respect. Sixty percent reported treating PWHAs (4 patients on the average). In 33.3% of cases, PWHAs were given priority status, and 74.5% believed the treatment they provided was satisfactory. To 58.8% of the sample, knowledge of appropriate techniques made a difference in their willingness to treat PWHAs, and 84.3% believed users were satisfied with the care. The users in the sample were aged 37.8 ± 9.6 years on the average, 68.3% were male, 75.9% were dark-skinned (by their own definition), 63.1% were single, 52.3% had no children and 87.6% were born in Ceará. As for the level of schooling, 24.1% of the users had not completed elementary school, 32.8% had graduated from high school, while 5.8% had a college degree. One fifth (20.3%) had no income, 24.5% earned ≤ 1 minimum wage, and 34.4% earned between 1 and 2 minimum wages. With regard to oral healthcare seeking, 64.3% had seen a dentist in the preceding 2 years, 50.6% attended private dental offices, 32.4% were covered by health insurance, and 31.1% attended CSF or CEO clinics. Users rated the care received as 7.6 ± 2.5 (on a scale from 1 to 10), 73.6% reported being "satisfied" or "very satisfied" with the treatment, while 26.4% were "not very satisfied". In conclusion, specific knowledge of the technical aspects related to HIV infection, permanent education for dentists regarding PWHAs, appropriate working conditions and facilities (including biosafety) and experience in providing oral healthcare for PWHAs were the main factors associated with willingness to treat this patient population. Based on the users' responses, it may be concluded that oral healthcare of PWHAs in Fortaleza has improved with regard to humanization and prejudice, but patient referral and access of PWHAs to oral healthcare services are still in need of improvement.

Key words: Evaluation in health. HIV/AIDS. Oral health. Oral healthcare services.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Dados referentes à formação e educação dos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.	53
Tabela 1 - Dados referentes à formação e educação dos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013. (Continuação)	54
Tabela 2 - Dados referentes à estrutura das unidades, informados pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.	55
Tabela 2 - Dados referentes à estrutura das unidades, informados pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013. (Continuação)	56
Tabela 3 - Dados sobre os dispositivos no atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.	57
Tabela 4 - Dados sobre os dispositivos no atendimento referentes aos aspectos que influenciam o profissional a atender às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.	58
Tabela 5 - Dados referentes à humanização do atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.	59

ARTIGO 2

Tabela 1 - Dados referentes à forma de acesso, resolução do problema e tratamento completo nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.	74
Tabela 2 - Dados referentes à participação em atividade educativa, comparação do serviço público com o particular e discriminação ou resistência por parte da equipe nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.	75
Tabela 3 - Dados referentes à estrutura física do consultório odontológico e distância deste da residência do usuário. Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.	76
Tabela 4 - Dados referentes aos dispositivos da humanização do cuidado nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ACS Agente Comunitário de Saúde
Aids Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB Auxiliar de Saúde Bucal
CD Cirurgião-Dentista
CSF Centro de Saúde da Família
CEO Centros Especializados de Odontologia
CESAU Conselho Estadual de Saúde
CIES Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisas
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB Equipe de Saúde Bucal
ESF Estratégia de Saúde da Família
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS\WHO Organização Mundial da Saúde\ World Health Organization
PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH Política Nacional de Humanização
PSF Programa Saúde da Família
PVHA Pessoas que vivem com HIV/Aids
SAE Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids
SER Secretaria Executiva Regional
SESA Secretaria Estadual de Saúde
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SMSE Sistema Municipal de Saúde Escola
SPSS Statistical Package for Social Science
SUS Sistema Único de Saúde
TARV Terapia com antirretrovirais
TSB Técnico em Saúde Bucal
UECE Universidade Estadual do Ceará
UFC Universidade Federal do Ceará
UNAIDS United Nations Programme on HIV/Aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Etiologia, epidemiologia e formas de transmissão do HIV/Aids.....	15
1.2 Atendimento odontológico ao paciente portador de HIV/Aids.....	18
1.3 Estratégia Saúde da Família /Saúde Bucal.....	20
1.4 Humanização e Educação permanente em saúde	23
1.5 Avaliação em saúde	26
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	31
3.1 Material e métodos	31
3.1.1 Coleta de dados	32
3.2 Explicação sobre os artigos.....	33
4 ARTIGOS.....	34
4.1 Artigo 1 - Atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids em Fortaleza-CE na perspectiva dos cirurgiões-dentistas.....	34
4.2 Artigo 2 - Saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids em Fortaleza-CE: a ótica dos usuários.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	84
ANEXO.....	99

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento Sanitário que foram incorporados à atual Constituição Federal. A Carta, batizada pelo presidente da Assembleia Nacional Constituinte de “Constituição Cidadã”, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado do processo de mobilização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira ao longo das décadas de 1970 e 1980. O capítulo dedicado à saúde na nova constituição cria o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando a saúde como um ‘direito de todos e dever do Estado’ (BRASIL, 1988).

O texto constitucional prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Tendo em vista à atenção integral ao paciente, bem como a integração entre os profissionais, o SUS deve garantir assistência às gestantes, bebês, diabéticos, idosos, pacientes com disfunção renal, transplantados e portadores de HIV/Aids, entre outros. O tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) deve ser realizado pelo generalista na atenção básica, seguindo procedimentos de rotina odontológica (BRASIL, 2008). Também são atribuições do SUS, de acordo com o artigo 200 da Constituição e da Lei n.º 8080/90, em seus três níveis de governo, além de outras, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2008). Neste sentido, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais têm realizado vários processos formativos junto aos profissionais do SUS. Como exemplo pode-se citar capacitações para o atendimento às PVHA.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da então Coordenação Nacional de DST/Aids com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), ministrou curso para profissionais dentistas (gestores e profissionais dos serviços assistenciais), de cinco microrregiões de saúde do estado. Este processo objetivou formar facilitadores de educação permanente em saúde bucal/HIV/Aids com a intenção de incluir e/ou ampliar o atendimento odontológico às pessoas vivendo com HIV/Aids nos Centros Especializados de Odontologia (CEO) e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os facilitadores tornar-se-iam multiplicadores do conhecimento em seus respectivos municípios.

O município de Fortaleza deu continuidade ao processo educativo com os

profissionais da atenção básica em 2008. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) firmou uma cooperação técnica entre a Coordenação Municipal de Saúde Bucal, a Coordenação de DST/Aids e o curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) para formar 150 profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, ou seja, dentistas e auxiliares, em um curso teórico-prático de 60 horas-aula, tendo como propósito facilitar o acesso ao tratamento clínico odontológico das PVHA. Além deste, outros processos de formação, como a Residência de Medicina e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Especialização em Saúde da Família, também foram desenvolvidos (FORTALEZA, 2008).

Entretanto, pouco se sabe sobre os efeitos destes processos de educação permanente e de outras ações de incentivo ao atendimento do paciente HIV/Aids no município de Fortaleza. Sabendo do aumento da prevalência e da cronificação do HIV/Aids e que estes pacientes estão cada vez mais presentes na rede de atenção à saúde bucal, há a necessidade do profissional estar preparado e disposto a atender esta população. Porém, existe escassez de dados em relação a isto.

Pesquisa realizada por Pinheiro, Nóbrega-Therrien, Almeida e Almeida (2009) mostrou que estudos de avaliação da formação dos cirurgiões-dentistas estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Revela também que há necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores, apontando a importância de modificar o ensino aproximando-o da Estratégia Saúde da Família em outras regiões do Brasil.

Dessa forma, compreende-se a importância de conhecer os cenários das práticas dos trabalhadores de atenção básica em saúde bucal relativos à assistência odontológica às PVHA, considerando o processo de educação permanente desenvolvido com as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Assim, esta pesquisa se propõe a investigar o processo de atenção à saúde bucal para os pacientes vivendo com HIV/Aids.

1.1 Etiologia, epidemiologia e formas de transmissão do HIV/Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), classificada em 1982, é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O vírus ataca o sistema imunológico, atingido principalmente os linfócitos T, responsáveis pela defesa do organismo que fica mais vulnerável a diversas doenças, desde um simples resfriado, tuberculose ou câncer. Ser portador do vírus HIV não é a mesma coisa que ter Aids. Há muitas pessoas soropositivas que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença (RODRIGUES JÚNIOR; CASTILHO, 2004; BRASIL, 2000).

Os primeiros sintomas da Aids podem surgir após aproximadamente um mês da contaminação, podendo ser febre alta, mal estar, dor de garganta e tosse seca. Estes sintomas iniciais da doença duram em média 14 dias e podem ser confundidos com outras doenças, como a gripe comum. Os principais sintomas da Aids surgem, em média, após 10 anos da contaminação, quando o organismo apresenta pouca quantidade de glóbulos brancos. Dentre outros sintomas, apresenta febre persistente, tosse seca prolongada, suor noturno, cefaleia, dor articular ou muscular, perda de peso, diarreias, manchas avermelhadas ou pequenas erupções na pele (GASPARIN *et al.*, 2009).

As manifestações orais mais comuns associadas com a infecção do vírus HIV são candidíase, leucoplasia pilosa, gengivite ulcero-necrosante aguda, osteomielite, sinusite, carcinoma epidermóide, ulcerações atípicas, doenças de glândulas salivares e infecções virais por citomegalovírus (CMV), vírus herpes, papiloma vírus e varicela-zoster (GASPARIN *et al.*, 2009).

A principal forma de exposição ao HIV em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais frequente. A transmissão sanguínea associada ao uso de drogas injetáveis também é frequente devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. A transmissão mediante transfusão de sangue é cada vez menos frequente, considerando a adoção de medidas de controle deste tipo de contágio. A transmissão vertical é decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, e a ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

Corrêa *et al.* (2009) afirmam que, quando corretamente adotadas as medidas de proteção, o risco de contaminação é praticamente nulo. Estudos extensos indicam que o HIV não é transmissível por picada de inseto, nem por contato social no local de trabalho, na escola ou no domicílio. Também não existem casos de transmissão do vírus HIV por aerossóis, resultantes durante a atividade clínica odontológica. Em relação à presença do vírus da HIV na cavidade oral, há evidências que a saliva não é um veículo eficaz para sua transmissão, já que possui proteínas que funcionam como uma barreira natural na transmissão do vírus. Dentre elas, pode-se citar a enzima inibidora de protease secretada pelos leucócitos. Além disso, a hipotonicidade da saliva, que provoca a lise celular, também representa mais um obstáculo na transmissão por esta via (BRASIL, 2000; COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; MCCARTHY *et al.*, 2002).

Nas primeiras décadas de disseminação da Aids, ser diagnosticado com a doença era estar sentenciado à morte. O Brasil foi pioneiro no mundo na implementação de estratégias de controlar a epidemia com a instituição da Lei 9.133, de 1996, que já previa a distribuição gratuita no SUS de medicamentos aos portadores de HIV e doentes com Aids (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

Hoje, em todo o mundo, 33,5 milhões de pessoas vivem com o vírus HIV, sendo que destes, 2,3 milhões novos casos surgiram em 2012. Neste mesmo ano, 1,6 milhões de pessoas morreram por enfermidades relacionadas à Aids no planeta. No Brasil, segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids. No ano de 2012, foram notificados 39.185 novos casos de Aids no Brasil. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos cinco anos, sendo a taxa de incidência de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A mortalidade média anual, desde 1998, é de 11 mil pessoas (UNAIDS, 2013; BRASIL, 2013).

No Ceará, segundo informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde o primeiro caso conhecido da doença em 1983 a julho de 2013 foram registrados de 13.208 casos de Aids, com uma taxa de incidência, em 2012, de 14,1 casos por 100.000 habitantes. Em Fortaleza, foram registrados 8.027 (60,8% dos casos estaduais) casos no mesmo período. Em 2012, foram notificados 621 casos novos, gerando uma taxa de incidência de Aids em Fortaleza de 24,8 casos por 100.000 habitantes, muito superior à do estado (BRASIL, 2013; CEARÁ, 2013).

A partir do final da década de 1990, a história natural da Aids sofreu uma transformação substancial logo após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência. Deixou de ser uma doença terminal, de progressão rápida e alta letalidade; diminuiu sua mortalidade e a incidência de doenças oportunistas e aumentou a esperança de vida das pessoas com Aids e, conseqüentemente, tornou-se uma doença crônica (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

Após trinta anos de descoberta da Aids, que no início da epidemia era associada aos homossexuais, ainda hoje existe preconceito em relação às pessoas acometidas pela doença. Há também, nos serviços de saúde bucal, a falta de acesso ao paciente portador de HIV/Aids, seja por medo dos profissionais de contaminação ou por despreparo para o atendimento (FORTALEZA, 2008). O cuidar de pessoas com HIV/Aids deve fazer parte do dia a dia das equipes de saúde bucal, sendo necessária a prática do cuidado humanizado, a fim de valorizar o ser humano, promovendo solidariedade, universalidade, integralidade, respeito e preceitos éticos, bem como ampliação do acesso ao atendimento clínico (PINHEIRO;

VIEIRA; PEREIRA; BARROSO, 2005). Entretanto, pouco se sabe se esta é uma realidade encontrada nos serviços odontológicos brasileiros.

1.2 Atendimento odontológico ao paciente portador de HIV/Aids

Na área odontológica, o desconhecimento inicial da doença, bem como de seus aspectos clínicos, além do preconceito gerado em torno da estigmatização das PVHA, causou sérias limitações no tratamento desses pacientes. Muitos cirurgiões-dentistas ainda não se sentiam suficientemente preparados e capacitados para atenderem às PVHA, principalmente quando estes já apresentam algumas complicações clínicas. A insegurança sentida pelo profissional faz com que muitos deles prefiram evitar o seu atendimento. Porém, o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids não é mais complexo que o de outros pacientes com comprometimento clínico. Também é importante ressaltar que os primeiros sinais clínicos da imunodeficiência associados ao HIV aparecem, com muita frequência, na cavidade oral, o que pode possibilitar ao cirurgião-dentista um papel relevante no diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e no tratamento desse grupo de pacientes (BRASIL, 2000).

Nesta perspectiva, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a reconhecer os sinais e sintomas causados pela presença do vírus no organismo porque muitos indivíduos infectados desconhecem sua condição. Sempre que houver suspeita de infecção pelo HIV, o cirurgião-dentista solicita o diagnóstico sorológico e encaminha o paciente ao infectologista para exames complementares e tratamento adequado. Com relação aos pacientes já diagnosticados e que procuram tratamento odontológico, muitos profissionais se sentem inseguros em atendê-los. Para Corrêa e Andrade (2005), os principais motivos são: medo do risco pessoal de contágio, dúvidas quanto à eficácia das medidas de controle de infecção cruzada, receio de perder outros pacientes caso soubessem que eles tratam portadores do vírus HIV e medo de contaminação por parte do pessoal auxiliar.

No entanto, muitos pacientes infectados são assintomáticos, desconhecem ou não revelam seu diagnóstico ao cirurgião-dentista (e.g., por receio de serem discriminados). Assim, é fato que muitos profissionais já atenderam usurários com HIV sem saberem. Por isso, os profissionais de saúde devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados, sendo que as normas universais de biossegurança, que são importantes para evitar contaminação de diversas doenças e afecções, devem ser adotadas como rotina em todo e qualquer atendimento. Todas as medidas de proteção da equipe e o do paciente devem ser praticadas indiscriminadamente, como o uso dos equipamentos de proteção individual e

esterilização por meio de autoclave (BRASIL, 2000; PATTON, 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005).

O objetivo principal do tratamento odontológico neste grupo de pacientes é melhorar a sua qualidade de vida e, para isso, é fundamental revisar sua história médica através de uma boa anamnese. Por isso o prognóstico pode ser mais seguro quando o profissional tem conhecimento que o paciente tem o HIV. Além disso, é relevante dialogar com o paciente para avaliar sua expectativa em relação ao tratamento (e.g., alívio da dor, melhoria da estética etc.), suas condições emocionais e financeiras (PATTON, 2003). O estado emocional do paciente pode refletir diretamente na sua capacidade de aderir ao tratamento, comparecendo às consultas e fazendo uma boa higienização oral. A condição financeira influencia a capacidade do paciente de se alimentar corretamente (melhorando ou piorando seu estado nutricional e, portanto, sua condição geral) e a possibilidade de custear um tratamento particular ou mesmo comprar insumos de higiene bucal. Esse autor afirma que dialogar com o paciente é a melhor estratégia para explicar que uma boa higiene oral é fundamental para evitar ou amenizar o aparecimento de lesões e infecções que podem afetar o seu estado de saúde geral.

Segundo Souza (2007), o profissional cirurgião-dentista deve adotar uma boa conduta de acolhimento às PVHA. Para tanto, este deve adquirir conhecimentos básicos sobre a doença, como sua etiologia, manifestações bucais e alterações sistêmicas que interferem no processo saúde-doença-intervenção da cavidade oral. É importante também entender a necessidade ou não de indicação de profilaxia antibiótica ao realizar procedimentos invasivos, dúvida muito frequente dos cirurgiões-dentistas que atendem estes pacientes. Importante salientar que em casos avançados de Aids deve haver uma equipe multiprofissional (clínico geral, infectologista, patologista, assistente social, psicólogo, dentista), necessária para uma atenção integral a este paciente. Dessa forma, a referência e contra referência para outros níveis de atenção são essenciais, dependendo dos agravos encontrados, tendo em vista a integralidade do cuidado. É importante enfatizar que, além do aspecto técnico, o cirurgião-dentista deve ser sensível às necessidades de um atendimento humanizado e ético das PVHA.

Todavia, o modelo de atenção humanizado enfrenta o desafio de apropriação dos seus princípios pelos profissionais de saúde bucal. A formação dos cirurgiões-dentistas no Brasil tem sido sistematicamente criticada por seu caráter excessivamente tecnicista, gerando uma visão fragmentada e reducionista do processo saúde-doença, em detrimento de aspectos fundamentais, como, por exemplo, uma relação paciente e profissional mais humanizada. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades

sociais em saúde bucal e é conduzida, na maioria das vezes, sem debate com os organismos de cogestão e de participação social do SUS (NARVAI, 2006).

Considerando a fragilidade na formação dos profissionais é fundamental destacar a importância da articulação dos serviços com os processos de educação permanente em saúde para a inclusão do atendimento aos usuários que tem HIV/Aids no cotidiano dos trabalhadores da saúde bucal. Incluir os dispositivos da humanização no atendimento é necessário, pois a Aids é uma infecção crônica, sem cura e ainda com prognóstico reservado, onde o número de pacientes infectados vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos. Com a prática da humanização no atendimento aos pacientes há uma tendência de ampliação do acesso dos usuários aos serviços, melhora na qualidade da atenção, tendo em vista a integralidade do cuidado, considerando que, mesmo com campanhas de sensibilização das pessoas quanto ao preconceito, o doente de Aids ainda é estigmatizado por considerável parcela da sociedade (PINHEIRO; VIEIRA; PEREIRA; BARROSO, 2005; BRASIL, 2000). Neste sentido, faz-se necessário criar caminhos a fim de resgatar a cidadania das pessoas que vivem com HIV/Aids. É um desafio dos serviços articularem práticas no sentido de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, sobretudo promovendo saúde.

Entendendo os preceitos da ESF, que possui a coordenação da atenção à saúde e articulação com os diversos níveis do cuidado, evidencia-se a importância desta no cuidado destes pacientes.

1.3 Estratégia Saúde da Família/Saúde Bucal

O texto constitucional define saúde como direito de todos e dever do estado e cria o SUS. O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990 pelas Leis Orgânicas da saúde (a 8080/90 e a 8142/90) surge como resultado de um amplo debate em torno do movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1997).

Buscando melhorar a democratização do acesso à assistência e o princípio da universalidade, foi lançado, nacionalmente, em 1994, como modelo de organização da atenção primária, o Programa Saúde da Família (PSF), que atualmente é denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 648 / GM de 2006, as equipes são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por um “território vivo” com população entre 3.000 e 4.000 habitantes, e o máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde (ACS). Em 2000, foi incorporada à ESF a Equipe de

Saúde Bucal, através da Portaria Ministerial nº 1.444. A inserção da Odontologia na ESF pode ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: modalidade 1, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e a modalidade 2, composta por um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2008).

Andrade (2006) afirma que cada equipe da ESF deve assumir o compromisso sanitário de acompanhamento das famílias da área adscrita delimitada, considerando seu cotidiano de vida. As Equipes da ESF têm uma aproximação singular com a realidade local, e assim devem focalizar suas ações na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos. Estas ações devem ser implementadas de forma individual e coletiva e de maneira contextualizada com a realidade da população vinculada ao território.

A ESF elege, logo no início de sua implantação, como ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Como estratégia de reorientação do novo modelo assistencial, superando o modelo médico-hegemônico então dominante com a atenção focada na doença, a Estratégia Saúde da Família pressupõe processo de trabalho, no qual a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. A assistência é desenvolvida por meio de equipe multiprofissional, unindo um núcleo interdisciplinar de práticas e saberes, envolvendo responsabilização sanitária, adscrição de clientela e controle social (ANDRADE, 2006).

Na estratégia, o território é muito mais que uma delimitação geográfica, sendo nesse espaço que se reconstruem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida dos sujeitos – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença/cuidado e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, conhecer, compreender, tratar e controlar, passam a ser uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe. Sendo assim, a noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença-intervenção da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância, mas assumir uma postura proativa de proteção (BRASIL, 2008).

A incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal visa transpor o modelo de organização e prática anterior, centrada no equipamento odontológico, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe.

Os profissionais da equipe de Saúde Bucal devem se empenhar na construção desse novo modo de operar as ações, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, aproximando os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. Essa ligação com os usuários traz a chance de se construir junto aos sujeitos uma autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, pode-se estabelecer um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, considerando os saberes de cada ator, ensinar e aprender (BRASIL, 2008).

Considerando o processo de organização das demandas assistenciais, as Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família devem acolher e prestar assistência a pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais, transplantados e HIV positivos. Então, o tratamento das PVHA deve ser realizado sem preconceitos, na atenção básica seguindo procedimentos de rotina odontológica. A equipe de saúde bucal deve ser orientada para ampliar o acesso aos serviços de saúde, adequando o processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população no sentido de que o usuário deve se sentir acolhido, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. Apenas deve ser encaminhado ao atendimento a nível secundário - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e terciário – ambiente hospitalar, quando apresentar complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para exames de lesões de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades de maior complexidade, tais como endodontia, prótese etc. (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008).

Importa salientar que a assistência aos usuários que tem HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família deve considerar a singularidade destes sujeitos, sua complexidade, sua subjetividade e vulnerabilidade e sua inserção sociocultural no ambiente em que vivem. A equipe deve desenvolver relações acolhedoras de vínculo e responsabilização do processo de cuidado humanizado ao paciente, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Contudo, para que o profissional possa desenvolver estas ações, é necessário que o mesmo esteja qualificado.

1.4 Humanização do cuidado e educação permanente em saúde

Para Deslandes (2006), o conceito de humanização considera a valorização e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Como parte do processo de humanizar a atenção à saúde, Merhy (1997) destaca o acolhimento, constituindo-se como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde. Este busca alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas e resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. O acolhimento tem a finalidade de favorecer a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária e, conseqüentemente, disparar reflexões e mudanças na forma como se organizam estes serviços.

Assim, considerando os avanços que a prática da humanização pode significar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), visando efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2004a).

A PNH caracteriza-se por diretrizes como autonomia dos sujeitos, a corresponsabilidade, grupalização, o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva na cogestão dos processos (CAMPOS, 2005; BARROS, MORI, BASTOS, 2007). Neste sentido, a PNH procura transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas, tirando-as das relações de poder hierarquizadas, e reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem dialogar com a experiência dos sujeitos (BRASIL, 2004a).

A PNH considera que as mudanças nos processos de atenção e gestão se efetivam se construídas com a ampliação da autonomia e vontade dos sujeitos envolvidos, que compartilham responsabilidades. Os usuários do sistema não são só meros pacientes e os trabalhadores que não são apenas trabalhadores, mas seres humanos reconhecendo o papel de cada um. “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p.4).

Para Campos (2005), essas práticas devem buscar um atendimento de qualidade ancorado num saber consagrado e apoiado em regularidades do processo saúde e doença. Ressalta também a dimensão da subjetividade e o contexto sociocultural do usuário, com o envolvimento de gestores, trabalhadores de saúde e movimentos sociais organizados da sociedade civil. Este cuidado humanizado é importante, principalmente, em grupos mais vulneráveis, como as PVHA.

Para implementar dispositivos de humanização no cuidado, pode-se lançar mão de estratégias como, por exemplo, os processos de educação permanente em saúde para os trabalhadores e gestores articulados em serviço.

A educação permanente em saúde, entendida como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das unidades de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Parte, portanto, da reflexão crítica sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, partindo do comprometimento individual no coletivo e abre espaços para o grupo se manifestar e juntos construir um cotidiano de trabalho melhor, tendo em vista a integralidade (CECCIM, 2005).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde escolhe a Educação Permanente como ato político de defesa do trabalho no SUS, lançando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta escolha decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores a mais vigorosa implementação do SUS. Assim, a PNEPS é uma proposta político-pedagógica, voltada para formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Configura-se como uma proposta de ação para tentar contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, incluindo ainda a organização dos serviços, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação, sendo que o objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho (BRASIL, 2009).

A PNEPS constitui-se num trabalho articulado no quadrilátero do sistema de saúde, ou seja, com participação da gestão, das instituições formadoras, dos trabalhadores e do controle social com vistas à identificação de problemas cotidianos, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde, respeitando a singularidade de todos os sujeitos envolvidos neste processo (BRASIL, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a condução em cada estado da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), compostas por representantes de gestores, trabalhadores, instituições de ensino com curso na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. O Estado do Ceará instituiu três CIES nas macrorregiões de Sobral, Cariri e Fortaleza, fazendo parte desta a capital do estado. Cada CIES constrói um Plano Regional de Educação Permanente levando em conta as necessidades regionais e municipais. É imperativo que este plano seja discutido e aprovado no Conselho Estadual de Saúde (CESAU) (BRASIL, 2009; CEARÁ, 2008).

Nesta perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza iniciou seu processo de educação permanente em saúde, através do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), que realizou os cursos de residência de Medicina de Família e Comunidade, envolvendo profissionais médicos e de Residência Multiprofissional em Saúde Família e Comunidade. Esta última com a formação voltada à estratégia NASF e fortalecimento da ESF, com profissionais das diversas áreas de saúde (e.g. enfermeiras, dentistas, psicólogos, assistentes-sociais, dentre outras). O SMSE também ofertou curso de imersão em saúde da família; cursos de atualização para trabalhadores e gestores; especialização multiprofissional em saúde da família; especialização em gestão em saúde dos serviços de saúde e preceptoria de território nos seis Distritos de Saúde do município; HumanizaSus (5.000 profissionais) e atualização em HIV/Aids. Em todos estes cursos foram abordados aspectos do processo de trabalho em saúde, da humanização da atenção, do controle social, da cogestão, etc. Dentre estes, destaca-se no âmbito da assistência às PVHA, o curso de atualização em atendimento aos usuários que têm HIV/Aids (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008; BARRETO, 2006; FORTALEZA, 2007).

Desta forma, na perspectiva de ampliar este processo de educação permanente para atenção básica, o SMSE em parceria com a Universidade Federal do Ceará promoveu um curso teórico-prático de atendimento odontológico às PVHA, carga horária de 60 horas-aula, tendo como público alvo os trabalhadores das equipes de saúde bucal da ESF. O principal propósito do curso era facilitar o acesso ao tratamento clínico odontológico das PVHA. O curso teve como objetivos contribuir para a integração das políticas de saúde bucal e de DST/HIV/Aids no município de Fortaleza, com foco na integração das redes assistenciais; sensibilizar e capacitar os cirurgiões-dentistas e auxiliares em saúde bucal da prefeitura de Fortaleza para o atendimento às PVHA na relação profissional-paciente; elaborar o

fluxograma de atendimento clínico para PVHA em Fortaleza; e produzir uma cartilha educativa para PVHA abordando cuidados com a saúde bucal e prevenção de doenças da boca na infecção por HIV/Aids (FORTALEZA, 2008). Porém, há limites na avaliação do impacto das ações de educação permanente do SMSE na assistência à saúde bucal dos usuários que têm HIV/Aids.

1.5 Avaliação em Saúde

Vieira-da-Silva (2005) considera a avaliação como sinônimo de pesquisa avaliativa e a define como uma aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação das ciências sociais para analisar programas e projetos de intervenção. Também relaciona a avaliação “ao processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo” (VIEIRA-da-SILVA, 2005, p. 15).

As formas de avaliação mais discutidas na literatura são a somativa e formativa. A primeira é realizada após o fim do programa e objetiva prestar contas com uma audiência externa, como, por exemplo, um órgão gestor ou financiador. A formativa é frequentemente conduzida durante a implementação de um programa, tendo por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo. Nos dois tipos a definição do que Hartz (1997) denominou “foco da avaliação” requer o diálogo entre os especialistas em avaliação e os clientes. A autora também discute a avaliação normativa, que resulta a partir da aplicação de critérios e normas nos projetos e programas (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Hartz (1997) destaca que a avaliação desempenha um papel não somente na produção de resultados e julgamentos, mas também no aprendizado como consequência da avaliação, inclusive para todo corpo social nela interessado, aumentando o poder dos participantes envolvidos nos processos. Assim, a avaliação se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a ela relacionados a melhor compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los. A autora aponta a importância da avaliação nos avanços e limites alcançados, nas últimas décadas, nas políticas públicas em diversos países, incluindo o Brasil.

A avaliação como instrumento de gestão em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS. Deve auxiliar na identificação de problemas e reorientar ações e serviços desenvolvidos, bem como avaliar a incorporação de novas práticas de saúde aos processos de trabalho e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população usuária do sistema (VIEIRA-da-SILVA, 2005). Para esta autora, a avaliação de políticas,

programas e projetos perpassa todos os níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, a avaliação é considerada importante, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, levando em conta a verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores epidemiológicos de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias.

Como avaliar significa realizar um julgamento de valor, Contandriopoulos (2006), concordando com Hartz (1997), considera que deve ser aplicado um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo aos diferentes atores envolvidos se posicionarem e construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Essa definição considera a avaliação tanto como uma intervenção formal, quanto visualiza as ligações e diferenças entre as áreas da pesquisa, avaliação e tomada de decisão; áreas estas que se interligam, mas não se sobrepõem. As informações produzidas pela avaliação não necessariamente se traduzem em tomada de decisão imediata, no entanto tem-se a expectativa de que elas possam contribuir para o julgamento da situação avaliada e, assim, ter uma influência positiva sobre as decisões.

Não é possível avaliar sem formar opinião, julgar ou emitir juízo de valor sobre um determinado assunto, mas pode-se tentar fugir do caráter negativo meramente punitivo, reforçando a dimensão educativa do processo na busca de um SUS com qualidade e que seja mais humano, resolutivo e equânime (BRASIL, 2005).

Ampliando o conceito de qualidade, Donabedian (1990) descreveu os Sete Pilares da Qualidade:

Eficácia: capacidade da ciência da medicina produzir melhorias na saúde e no bem-estar dos usuários. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria da saúde, cujo estado de eficácia tenha estabelecido como aceitável; melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. A efetividade pode ser especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Eficiência: medida do custo com o qual certa melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado forem igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Otimização: é o emprego da relação custo benefício na assistência à saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser.

Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de seus familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado e das características da relação entre o profissional de saúde e o usuário no processo de cuidado.

Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade em geral.

Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimos à sociedade.

Para Donabedian (2003), no setor de saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte do usuário, considerando os valores sociais existentes. Entretanto, a prestação da assistência à saúde é realizada por grupos heterogêneos de profissionais, com formações educacionais distintas.

Donabedian (2003) afirma que a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: a ciência do cuidado à saúde, que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade, bem como valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Nessa visão, a qualidade não pode ser inteira e isoladamente julgada em termos técnicos por profissionais da saúde, as preferências de usuários e da sociedade devem ser consideradas.

Portanto, a avaliação no setor de saúde não se restringe à verificação do cumprimento dos objetivos propostos, pois até estes devem ser avaliados. Devem-se estabelecer níveis mínimos e máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade (DONABEDIAN, 2003).

Donabedian (1980), defendendo que a avaliação deve ser implementada visando uma melhor resolutividade dos serviços, afirma que seu objetivo é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, de maneira a impedir a exploração ou a incompetência, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos objetivando a qualidade.

Para a avaliação da qualidade da atenção de serviços de saúde, Donabedian (2003) utilizou propostas de abordagens em três categorias/dimensões, a saber: estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura avalia, basicamente, as características dos recursos que se empregam na atenção, considerando os componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção à saúde; descrição das características da capacidade instalada dos serviços e equipamentos de saúde; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, experiência, relacionando seus vínculos de trabalho e nível de capacitação, individualmente.

É importante salientar que, na avaliação da estrutura, alguns itens relativos às condições físicas/instalações poderão ser passíveis de sanções aplicadas pelo órgão de vigilância sanitária competente, devendo haver notificação quanto às infrações encontradas.

A avaliação de processo aborda a relação entre profissional-usuário, analisando a competência do profissional no tratamento, ou seja, os procedimentos realizados no paciente com respeito à sua doença, como diagnóstico, prevenção e educação em saúde. O processo se refere ao conjunto de ações realizadas na atenção direta à saúde, desde a atenção básica aos demais níveis de complexidade, referência e contra referência, fluxos, política de educação permanente, etc. (DONABEDIAN, 2003).

O estudo do resultado relaciona-se com o produto final da assistência prestada. Trata dos efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos usuários, como resultado da interação ou não com os serviços de saúde; a satisfação de padrões e expectativas do usuário com a atenção recebida considerando a natureza multifacetada do estado de saúde. Portanto, o resultado deverá contemplar as mudanças verificadas no estado de saúde da população, por meio da análise da evolução dos indicadores epidemiológicos, além dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e da Vigilância da Saúde (DONABEDIAN, 2003).

Assim, ao medir o resultado da assistência prestada, é indispensável contemplar a importância da estrutura e do processo, uma vez que esses refletem a qualidade do serviço como um todo. Destaca-se que os componentes estrutura, processo e resultado são independentes, todavia, interagem entre si e com o comportamento individual dentro do contexto sócio/político/cultural em que está inserido (DONABEDIAN, 2003; DONABEDIAN, 1980). Esta pesquisa utilizará os referenciais caracterizadas por este autor, focando nas categorias da estrutura, processo e resultado.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as características da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos usuários e cirurgiões-dentistas.

2.2 Específicos

- Identificar as características da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza;
- identificar a satisfação dos usuários que vivem com HIV/Aids em relação à atenção à saúde bucal recebida junto ao Sistema Único de Saúde no município de Fortaleza;
- investigar a dimensão relacional no processo de atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos usuários e cirurgiões-dentistas;
- verificar os parâmetros da humanização do cuidado existentes no processo de atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids, sob a ótica dos usuários e cirurgiões-dentistas.

3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está organizada no formato de artigo, em que dois manuscritos, descritos posteriormente, foram utilizados para responder os objetivos do projeto de pesquisa. Assim, teremos a seguir uma descrição sucinta dos materiais e métodos utilizados na pesquisa, incluindo a coleta de dados, e dois artigos científicos que apresentarão, entre outras informações, os resultados e a discussão dos achados da presente pesquisa. Ao final, apresentar-se-á uma consideração final dos achados, assim como as referências utilizadas durante todo o projeto de pesquisa, os anexos e apêndices da dissertação.

3.1 Material e métodos

O presente estudo se afilia ao pressuposto quantitativo e se caracteriza como transversal descritivo-analítico com a intenção de compreender a realidade, considerando os objetivos propostos já apresentados. A referida abordagem foi escolhida porque o estudo envolve coleta de dados em um ponto fixo do tempo, retratando uma determinada situação e o perfil do fenômeno naquele momento (POLIT, 2004; GIL, 2009).

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza – CE em duas fases. A primeira com os profissionais cirurgiões-dentistas da equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família e Centros Especializados de Odontologia. A segunda fase foi com PVHA cadastradas e atendidas, nos Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids (SAE) que utilizam, ou não, o consultório odontológico dos Centros de Saúde da Família e dos Centros Especializados de Odontologia gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A população da primeira fase do estudo foi composta pelos 270 cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal dos 91 CSF, das seis SER e dos dois CEO geridos pelo município de Fortaleza.

A população da segunda fase, pessoas que vivem com HIV/Aids residentes no município de Fortaleza foi totalizada em 2.153 usuários cadastradas nos oito SAE municipais, segundo dados da Célula de Vigilância Epidemiológica e da Coordenação Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais da SMS.

No desenho amostral da primeira fase do estudo foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, através de sorteio, estratificada por SER, considerando a proporcionalidade de cada regional, com o universo de 256 cirurgiões-dentistas cadastrados nas equipes de Saúde Bucal, assim como 14 cirurgiões-dentistas dos CEO. Para a amostra ser representativa fixou-se o nível de significância em 95% e o erro amostral em 5%. Foram

entrevistados 156 cirurgiões-dentistas das ESF e os 14 dos dois CEO.

Em relação à segunda fase do estudo, considerando o número de pessoas que vivem com HIV/Aids cadastradas nos SAE municipais, ou seja, a população (N=2.153), com nível de significância fixado em 90% e o erro amostral em 5%, a amostra foi calculada em 241 usuários. Nesta fase, o desenho amostral foi definido por conveniência e estratificada por SAE, na qual o pesquisador entrevistou os sujeitos que estavam presentes no serviço para consulta com o infectologista da unidade.

3.1.2 Coleta de Dados

A coleta de dados da primeira fase foi realizada nos meses de julho a setembro de 2013, totalizando 170 profissionais. Na aplicação do questionário estruturado aos profissionais da amostra, em seu local de trabalho, ocorreram somente duas recusas. O profissional numerado imediatamente inferior na lista foi entrevistado para substituição da recusa. O questionário abordou questões de dimensão de processo da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids, incluindo os tipos de procedimentos realizados, a forma de organização do acolhimento com classificação de risco da demanda, questões relativas à humanização como clínica ampliada, escuta qualificada, fatores que influenciam na disposição do atendimento etc., e as iniciativas empreendidas após a realização da capacitação específica (APÊNDICE A).

Em relação à coleta de dados da segunda fase foi aplicado um questionário a amostra de 241 pessoas que vivem com HIV/Aids cadastrados nos SAE. O pesquisador entrevistou os usuários presentes agendados para o infectologista, excluindo os pacientes de primeira consulta e que não residem em Fortaleza. Contabilizou-se que, do total de usuários convidados, seis se recusaram a participar do estudo. O questionário focou a dimensão de processo e resultado, satisfação dos usuários, bem como humanização da atenção (APÊNDICE B).

Os aspectos legais desta pesquisa obedecem à Resolução 196/96/Versão 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP). A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o número 357.459 (ANEXO), em 24/06/2013, seguindo suas recomendações. Todos os sujeitos entrevistados, aos quais se preservou o anonimato, concordaram em participar do estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D).

3.2 Explicação sobre os artigos

Esta dissertação está sendo apresentada no formato de artigos. Cada artigo busca responder determinados objetivos da pesquisa. A seguir, é apresentada uma descrição sumária de cada manuscrito com os seus respectivos objetivos, considerando o objetivo geral do trabalho.

Artigo 1 - Atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids em Fortaleza-CE na perspectiva dos cirurgiões-dentistas

Este artigo busca descrever a dimensão relacional no processo de atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas dos CSF e CEO, bem como investigar características da atenção e verificar a existência de parâmetros da humanização do cuidado.

Artigo 2 - Saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids em Fortaleza-CE: a ótica dos usuários

Este texto examina as características da atenção sob a ótica dos usuários e analisa a satisfação das pessoas que vivem com HIV/Aids em relação à atenção à saúde bucal recebida junto ao Sistema Único de Saúde, no município de Fortaleza. Também busca identificar dispositivos da humanização do cuidado existentes no atendimento aquele grupo de pacientes.

4 ARTIGOS

4.1 ARTIGO 1: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

RESUMO

Este artigo busca descrever a dimensão do processo de atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas dos Centros de Saúde da Família e nos Centros Especializados de Odontologia (CEO). É um estudo quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza – CE com 156 profissionais cirurgiões-dentistas da equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família e 14 dos Centros Especializados de Odontologia, utilizando-se de amostragem aleatória estratificada pelas diferentes regiões do município. A média de idade dos profissionais é 38,0 ($\pm 7,5$) anos, 68,3% são mulheres e 67,1% são casados. Observou-se que 37,1% dos profissionais cursaram Especialização em Saúde da Família, e que 51,2% não conhecem os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA. Para 69,4%, a estrutura física do consultório odontológico não é satisfatória para atendimento às PVHA, e para 57,6%, as condições de biossegurança do CSF/CEO são insatisfatórias para o atendimento às PVHA. Sessenta por cento atendem às PVHA, entretanto estes atenderam em média quatro pacientes nos últimos oito anos; 33,3% informaram que o atendimento é prioritário e 74,5% avaliaram o atendimento como satisfatório. Para 58,8% dos profissionais, estar bem informado sobre as condutas frente ao paciente influenciam sua decisão em atender; 84,3% afirmaram que o usuário ficou satisfeito com o atendimento. Observa-se que o conhecimento apropriado sobre questões técnicas relacionadas à infecção pelo HIV, educação permanente direcionada para PVHA oferecida aos profissionais, boas condições de trabalho e infraestrutura satisfatória, incluindo biossegurança, bem como experiência profissional prévia com estes usuários são os principais fatores associados à disposição para o atendimento a este grupo de pacientes. Conclui-se que o investimento na estrutura dos serviços juntamente com a estratégia de Educação Permanente em Saúde são as principais formas de enfrentamento às barreiras destacadas pelos profissionais para o atendimento, melhorando o acesso humanizado e diminuindo a iniquidade em saúde bucal das PVHA.

Palavras-chave: HIV/Aids. Saúde bucal. Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT

Current status of oral healthcare services for persons with HIV/AIDS in Fortaleza (Ceará) from the perspective of the professionals

In this quantitative and descriptive-analytical study we describe the current status of oral healthcare services for persons with HIV/AIDS (PWHAs) in Fortaleza within the Brazilian Unified Healthcare System (SUS) from the perspective of the professionals. The sample of professionals was random and geographically stratified and consisted of 156 dentists from oral health teams at Family Health Program clinics (CSF) and 14 dentists from specialized odontology centers (CEO) in Fortaleza. The professionals in the sample were aged 38.0 ± 7.5 years on the average, 68.3% were female, 67.1% were married, and 37.1% were specialists in Family Health. On the other hand, 51.2% had no knowledge of the main lab tests employed in the monitoring of PWHAs. According to 69.4%, the physical structure of the office was not appropriate to treat PWHAs, and 57.6% believed the biosafety conditions at their work places (CSF/CEO) were unsatisfactory in this respect. Sixty percent reported treating PWHAs (on the average 4 patients over the preceding 8 years). In 33.3% of cases, PWHAs were given priority status, and 74.5% believed the treatment they provided was satisfactory. To 58.8% of the sample, knowledge of appropriate techniques made a difference in their willingness to treat PWHAs, and 84.3% believed users were satisfied with the care. Specific knowledge of the technical aspects related to HIV infection, permanent education for dentists regarding PWHAs, appropriate working conditions and facilities (including biosafety) and experience in providing oral healthcare for PWHAs were the main factors associated with willingness to treat this patient population. Investments in the structure of the services and the adoption of a permanent health education strategy were seen by the professionals as priority measures to solve current problems in oral healthcare, promote humanized access and reduce inequalities suffered by PWHAs.

Key words: HIV/AIDS. Oral health. Oral healthcare services.

INTRODUÇÃO

Hoje, em todo o mundo, 33,5 milhões de pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo que destes, 2,3 milhões novos casos surgiram em 2012. Neste mesmo ano, 1,6 milhões de pessoas morreram por enfermidades relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no planeta. No Brasil, segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids. No ano de 2012, foram notificados 39.185 novos casos de Aids no Brasil. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos cinco anos, sendo a taxa de incidência de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A mortalidade média anual, desde 1998, é de 11 mil pessoas (UNAIDS, 2013; BRASIL, 2013).

No Ceará, segundo informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde o primeiro caso conhecido da doença em 1983 a julho de 2013 foram registrados de 13.208 casos de Aids, com uma taxa de incidência, em 2012, de 14,1 casos por 100.000 habitantes. Em Fortaleza, foram registrados 8.027 (60,8% dos casos estaduais) casos no mesmo período. Em 2012, foram notificados 621 casos novos, gerando uma taxa de incidência de Aids em Fortaleza de 24,8 casos por 100.000 habitantes, muito superior a do estado. A epidemia apresenta uma tendência de crescimento desde 2006, ano que sucedeu a introdução da terapia antirretroviral no país (TARV), que aumentou a sobrevida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2013; CEARÁ, 2013).

Na década de 1990, a Aids deixou de ser uma doença terminal, de progressão rápida e alta letalidade, diminuiu sua mortalidade e, conseqüentemente, tornando-se uma doença de característica mais crônica. Então, considerando sua prevalência e cronificação, a Aids é, atualmente, um importante problema de saúde pública mundial. Torna-se necessária a garantia de atenção integral a estes pacientes, cada vez mais presentes na rede de atenção à saúde bucal (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

A Constituição brasileira de 1988 prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Tendo em vista a atenção integral ao paciente, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir assistência a toda a população, independentemente de seu problema de saúde, incluindo portadores de HIV/Aids (BRASIL, 1988; BRASIL, 2008).

Nesse sentido, considerando o processo de organização das demandas assistenciais, a atenção à saúde bucal às PVHA deve ser realizada prioritariamente pelo dentista na atenção primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF). As Equipes de Saúde Bucal (ESB),

que são parte integrante da ESF, devem ser orientadas para ampliar o acesso aos serviços de saúde, adequando o processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população, no sentido de que o usuário deve se sentir acolhido, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. As PVHA somente devem ser referenciadas ao atendimento em nível secundário, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou terciário, ambiente hospitalar, quando apresentarem complicações sistêmicas avançadas, e/ou necessidade de encaminhamento para tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades de maior complexidade, tais como endodontia, prótese etc. (BRASIL, 2008).

Importante salientar que a assistência às PVHA na ESF deve considerar a singularidade destes sujeitos, sua complexidade, subjetividade, vulnerabilidade e sua inserção sociocultural no ambiente em que vivem. A equipe deve desenvolver relações acolhedoras de vínculo e responsabilização do processo de cuidado humanizado ao paciente, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Contudo, para que o profissional possa desenvolver estas ações, é necessário que o mesmo esteja qualificado e tenha condições de estrutura física para tanto. Sabe-se que o SUS tem o dever de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2008). Neste sentido, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais têm realizado vários processos formativos junto aos profissionais do sistema. Pode-se citar como exemplos de processos de formação desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a Residência de Medicina de Família e Comunidade, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a Especialização em Saúde da Família e o Curso específico para o atendimento às PVHA (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008; FORTALEZA, 2008).

Pesquisa realizada por Pinheiro, Nóbrega-Therrien, Almeida e Almeida (2009) mostrou que estudos de avaliação da formação dos cirurgiões-dentistas estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Revela também que há necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores, apontando a importância de modificar o ensino, aproximando-o da Estratégia Saúde da Família em outras regiões do Brasil.

Dessa forma, compreende-se a importância de conhecer os cenários das práticas dos trabalhadores de atenção básica em saúde bucal relativos à assistência odontológica às PVHA, considerando os processos de educação permanente desenvolvidos, o acesso dos usuários e a estrutura das unidades de saúde. Assim, este artigo busca descrever a dimensão relacional no

processo de atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas dos Centros de Saúde da Família e nos Centros Especializados de Odontologia, bem como investigar características da atenção e verificar a existência de parâmetros da humanização do cuidado.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza – CE com os profissionais dentistas da equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família e Centros Especializados de Odontologia.

A população do estudo foi composta pelos 270 cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde Bucal dos 91 CSF das seis SER e dos dois CEO do município de Fortaleza. No desenho amostral do estudo foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, através de sorteio, estratificada pelas diferentes regiões do município. Com o universo de 256 cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde Bucal, assim como 14 cirurgiões-dentistas dos CEO, fixou-se o nível de significância em 95% e o erro amostral em 5%, assim foram entrevistados 156 cirurgiões-dentistas das ESF e os 14 dos CEO.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores devidamente treinados, entre os meses julho a outubro de 2013. O questionário abordou, além dos aspectos demográficos e socioeconômicos, questões de dimensão do processo da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids, incluindo os tipos de procedimentos realizados, a forma de organização do acolhimento com classificação de risco da demanda, questões relativas à humanização como clínica ampliada, escuta qualificada, fatores que influenciam na disposição do atendimento etc., e as iniciativas empreendidas após a realização da capacitação específica.

Os dados coletados foram digitados no software estatístico Epidata 3.1, processados e analisados no Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os dados colhidos da amostra foram distribuídos em tabelas de frequência apresentadas nos resultados descritivos. A análise estatística para estudar a associação entre as variáveis dicotômicas processou-se através de referência cruzada, calculando o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), o Teste T Independente e o Teste de Correlação de Spearman. O valor de “p” foi considerado significativo quando menor ou igual a 0,05.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o nº 357.459, seguindo suas recomendações. Todos os

entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 170 dentistas, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, distribuídos proporcionalmente nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e nos dois CEO. Entre estes, 116 (68,3%) são do sexo feminino, 114 (67,1%) casados. A idade variou entre 27 a 61, com média de 38,0 ($\pm 7,5$) anos. A maioria dos profissionais, 146 (85,9%) nasceu no Ceará, e 113 (66,5%) têm renda mensal entre 8 e 11 salários mínimos; 32 (18,8%) ganham mais que 11 salários mínimos.

Em relação à formação e processos de educação dos profissionais, detectou-se que a maioria, 102 (60%), graduou-se entre 2000 e 2006, e 118 (69,4%) em universidade pública. Quanto a curso de especialização, 63 (37,1%) cursaram Especialização Saúde da Família, 69 (40,6%) concluíram outros cursos e apenas 15 (8,8%) não têm especialidade. Cinquenta e nove (34,7%) dentistas informaram ter feito um curso de formação específica (de 60 horas aula) ao atendimento às PVHA. Dentre estes, 47 (79,7%) afirmaram que este curso auxiliou na assistência ao paciente. Todos os profissionais possuem vínculo estatutário, nenhum concluiu doutorado e 156 (91,8%) têm carga horária no serviço público de 40h. A Tabela 1 apresenta as informações de formação detalhadas.

Analisando os dados sobre o conhecimento em HIV/Aids relacionados ao atendimento odontológico prestado pelos cirurgiões-dentistas, verificou-se que 87 (51,2%) profissionais não conhecem os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA, 42 (24,7%) conhecem parcialmente e apenas 41 (24,1%) têm conhecimento dos exames. Dentre os dois últimos grupos, os exames citados foram: hemograma completo [63 (75,9%)], contagem de células CD4 [56 (67,5%)] e carga viral [36 (43,4%)]. Somente 31 (18,2%) cirurgiões-dentistas informaram saber quando, durante o tratamento odontológico das PVHA, há necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica. Dentre estes, 29 (93,5%) afirmaram que a profilaxia deve ser feita em paciente com CD4 abaixo de 200 (resposta correta) e dois (6,5%), em todos os pacientes (resposta errada). Quando perguntado se sabe em que tipos de procedimentos é prescrita a profilaxia, 68 (40%) responderam sim. Apenas 11 (6,5%) dentistas disseram saber o tipo de medicação que deve ser prescrita, considerando a quantidade de células de CD4. Seis (3,5%) profissionais afirmaram que a medicação deve ser oral com CD4 entre 50 e 200 células e cinco (2,9%) que deve ser venosa com menos de 50 células.

As informações referentes à estrutura dos CSF e CEO demonstram que o serviço foi interrompido por falta material/manutenção, para todas suas atividades clínicas, inclusive para atendimento às PVHA, em quase todas as unidades [167 (98,2%)]. Setenta e dois (42,3%) profissionais afirmaram que o serviço parou entre quatro meses e um ano; 28 (16,5%) afirmaram a interrupção do serviço por mais de um ano. Somente três cirurgiões-dentistas (1,8%) informaram que o serviço não parou nos 12 meses anteriores à pesquisa. Sobre a percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico às PVHA usando todos os equipamentos de proteção individual, detectou-se que 127 (74,7%) dentistas afirmaram ser o risco baixo ou muito baixo. Ainda 15 (8,8%) responderam que o risco é alto. Em relação à estrutura física do consultório odontológico, 118 (69,4%) afirmaram não ser satisfatória para atendimento às PVHA e também 98 (57,6%) consideram que as condições de biossegurança do CSF/CEO são insatisfatórias para o atendimento às PVHA. Todos informaram que esterilização é realizada por autoclave, no entanto somente 6 (3,5%) profissionais disseram que é realizado controle biológico do processo de esterilização. As informações sobre a estrutura das unidades de saúde estão detalhadas na Tabela 2.

Sobre o processo de atendimento às PVHA, 102 (60%) dentistas relataram que atendem ao paciente, enquanto que 68 (40%) não atendem. Destes, 60 (88,2%) profissionais afirmaram não atender porque este grupo de pacientes não procuraram o serviço. Em relação à marcação das consultas odontológicas das PVHA, 45 (44,1%) disseram que este processo é igual ao dos outros usuários. Um terço dos profissionais, 34 (33,3%), informou que o atendimento às PVHA é prioritário; 25 (24,5%) são por demanda espontânea; 18 (17,6%) são por encaminhamento do SAE; nove (8,8%) é por marcação uma vez no mês por ordem de chegada; sete (6,9%) é por agendamento no sistema de marcação de consultas da unidade; três (2,9%) é por acolhimento com classificação de risco. A maioria dos dentistas 76 (74,5%) avaliaram o atendimento como satisfatório, com nota média de 7,9 ($\pm 1,2$), variando entre 5,0 e 10,0. A Tabela 3 apresenta mais informações acerca dos dispositivos do atendimento às PVHA.

Considerando os aspectos que influenciam o dentista a atender às PVHA, constatou-se que 60 (58,8%) profissionais assinalaram que estar bem informado sobre as condutas frente ao paciente influenciam sua decisão em atender, e 33 (32,4%) destacaram a participação no Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008. A Tabela 4 contém os dados detalhados.

Na Tabela 5 estão os dados referentes à humanização do atendimento odontológico às PVHA nos CSF e CEO.

Para verificar a influência de algumas variáveis sobre a realização do atendimento do paciente HIV/Aids, utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado relacionando a variável ‘Você atende às PVHA no serviço público (ESF ou CEO)’ com as seguintes: ‘Sexo’; ‘Filhos’; ‘Curso Especialização’; ‘Durante sua graduação, você desenvolveu alguma atividade curricular e/ou extracurricular com as PVHA?’; ‘Qual a sua percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico às PVHA usando equipamentos de proteção individual?’; ‘Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008?’; ‘Universidade de graduação’; ‘Você conhece os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA?’; ‘Você considera que a estrutura física do consultório odontológico é satisfatória ou adequada para atendimento às PVHA?’; ‘Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?’; ‘Depois de graduado, antes de ingressar no ESF/CEO em Fortaleza, você desenvolveu alguma atividade que envolveu o atendimento às PVHA?’

Verificou-se que há uma relação entre a percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico e o fato de atender o paciente HIV/Aids no serviço público (χ^2 ; $p=0,031$), onde aqueles profissionais que responderam perceber um risco muito baixo ou baixo atendem mais do que os profissionais que disseram ser o risco médio ou alto. Atestou-se também uma associação entre a participação no Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids de 60h oferecido pela SMS em 2008 e o atendimento ao paciente HIV/Aids no serviço público (qui-quadrado; $p=0,0001$), onde os cirurgiões-dentistas que participaram do curso atendem mais que os profissionais que não frequentaram o curso. Da mesma forma, verificou-se associação entre a participação no Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids e ter desenvolvido alguma atividade com atendimento ao paciente HIV/Aids (qui-quadrado; $p=0,0001$), onde os cirurgiões-dentistas que desenvolveram alguma atividade com PVHA atendem mais do que os profissionais que não tiveram esta experiência.

Analisando o conhecimento clínico do dentista sobre os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento do paciente HIV/Aids e o atendimento ao paciente HIV/Aids no serviço público, constatou-se uma relação (qui-quadrado; $p=0,035$), onde os profissionais que responderam conhecer os exames laboratoriais atendem mais do que os que não conhecem.

Nesse mesmo sentido, observou-se dependência entre as variáveis ‘considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA’ e ‘atende às PVHA no serviço público’ (qui-quadrado; $p=0,012$). Os profissionais que

responderam serem satisfatórias as condições de biossegurança do serviço atendem mais do que os que responderam não.

Para verificação se há correlação entre 'nota que o profissional atribui ao seu atendimento às PVHA' e 'ano de graduação' e 'ano de ingresso na Secretaria Municipal de Saúde', utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman. Não se observou nenhuma correlação entre as variáveis ($p > 0,05$).

Para verificar se a nota que o profissional atribui ao seu atendimento ao paciente HIV/Aids é influenciada por variáveis dicotômicas realizou-se o Teste T Independente, utilizando como variável de teste a nota e variáveis de grupamento as seguintes: 'Sexo'; 'Tem curso de especialização'; 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008?'; 'Procedimentos que realiza (Exame clínico, Exame estomatológico, Profilaxia e Flúor, Restaurações, Exodontias, Raspagem, Urgência, Educação em Saúde)'; 'Você considera que o atendimento odontológico às PVHA no CSF/CEO é satisfatório?'; 'Você considera que o usuário está satisfeito com seu atendimento?'; 'Você considera que oferece um atendimento com respeito e atenção'; 'Você considera que repassou ao paciente sobre o atendimento as informações com clareza?'; 'Você acredita que acolhe, escuta a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identifica os riscos e a vulnerabilidade dele, oferece uma escuta qualificada ao paciente?'; 'Você acredita que pratica o dispositivo da clínica ampliada buscando ajuda em outros setores além da saúde (intersectorialidade)?'

Considerando o relacionamento entre as variáveis dicotômicas descritas acima, observou-se relação significativa apenas entre a nota e ter curso de especialização. Os profissionais que não possuem curso de especialização se atribuem uma nota mais alta ($9,1 \pm 1,2$), quando comparado aos que tem especialização ($7,8 \pm 1,1$).

O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar se a variável 'Procedimentos que realiza (Exame clínico, Exame estomatológico, Profilaxia e Flúor, Restaurações, Exodontias, Raspagem, Urgência, Educação em Saúde)' tem correlação com as seguintes: 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008?'; 'Você se sente apto a realizar o atendimento às PVHA?'; 'Você considera que o atendimento odontológico à PVHA no CSF/CEO é satisfatório?'; 'Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?'

Relacionados os dados observou-se que existe uma relação entre as variáveis 'Realiza Restaurações' e 'Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?' (qui-quadrado; $p = 0,034$), na qual os profissionais

que afirmaram ser as condições de biossegurança satisfatórias realizam mais restaurações. Também se verificou uma relação entre a variável ‘Realiza Raspagem’ e ‘Você se sente apto a realizar o atendimento às PVHA?’ (qui-quadrado; $p=0,043$), na qual os profissionais que afirmaram se sentirem aptos a realizar o atendimento fazem mais raspagem. Aferiu-se uma relação entre a variável ‘Realiza Educação em saúde’ e ‘Você considera que o atendimento odontológico às PVHA no CSF/CEO é satisfatório?’ (qui-quadrado; $p=0,025$), onde os profissionais que consideram o atendimento odontológico ao paciente satisfatório praticam mais atividade de Educação em Saúde. Da mesma forma, no relacionamento entre as variáveis ‘Realiza Educação em saúde’ e ‘Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008?’ há uma associação (qui-quadrado; $p\leq 0,001$). Os profissionais que participaram do Curso de Formação de 60h realizam mais procedimentos de Educação em Saúde.

DISCUSSÃO

Esta é a primeira vez que uma pesquisa com esta magnitude, abordando quase todos os aspectos da operacionalização do cuidado às PVHA, envolvendo dentistas de todas as unidades da ESF (atenção primária) e CEO (atenção secundária), é realizada no Estado do Ceará. Com a mesma, pode-se observar a real situação do atendimento das PVHA no serviço público da quinta maior cidade do país, que é responsável pelo atendimento da vasta maioria da população, entendendo seus pontos positivos e limitadores. Entre os achados, é importante destacar que: os cirurgiões-dentistas ainda atendem poucos pacientes, ou seja, o atendimento às PVHA na capital é limitado; os profissionais que acreditam serem satisfatórias as condições de biossegurança das unidades de saúde tendem a ter mais disposição a atender este grupo de pacientes, o que demonstra que a infraestrutura e as condições de trabalho, incluindo biossegurança, ainda são limitantes ao atendimento desta parcela da população; os dentistas que fizeram educação permanente direcionada para PVHA se sentem mais sensíveis e aptos a prestar serviços odontológicos a estas pessoas, e, conseqüentemente, o fazem mais; a humanização do cuidado é apontada como um aspecto importante na relação profissional-paciente. Desta forma, a discussão abaixo focará primordialmente estes aspectos, tentando relacioná-los a todos os demais dados coletados e a literatura pertinente.

Sobre o processo de atendimento às PVHA, os cirurgiões-dentistas que não se propõem a atender estes pacientes apontam como motivos principais o medo de contaminação, paciente não ter procurado o serviço, profissional não se sentir capacitado e não desejar se envolver com este grupo de pacientes. Estas justificativas são coerentes com

pesquisa de Nunes e Freire (1999), cujos principais motivos de recusa ao atendimento são: medo do risco pessoal de contágio, dúvidas quanto à eficácia das medidas de controle de infecção cruzada, receio de perder outros pacientes caso soubessem que eles tratam portadores do vírus HIV. Camurça (2008) pesquisou sobre a existência de assistência odontológica às PVHA na ESF em Fortaleza. O estudo observou que 58,06% dos cirurgiões-dentistas que sabiam da existência de PVHA em sua área de abrangência, somente 29,57% afirmaram atender PVHA nos CSF, sabendo que o paciente era infectado por HIV. Este percentual é considerado baixo, comparando-se com o presente estudo, mas deve-se observar que no ano da pesquisa de Camurça a rede de atenção à saúde bucal das PVHA não estava estruturada e os cirurgiões-dentistas ainda não haviam sido capacitados na temática.

Sena, Guimarães e Pordeus (2005) relatam que, de acordo com a literatura, os principais fatores associados com a disposição para o atendimento de PVHA são: preconceito; medo do contágio; atitudes frente à epidemia; conhecimento técnico sobre a infecção pelo HIV; percepção sobre risco ocupacional; experiência anterior com pacientes portadores de HIV/AIDS. Pesquisa realizada em Natal – RN descobriu que 68% dos cirurgiões-dentistas afirmaram se sentir aptos a atender PVHA e 29% não se consideraram preparados (RODRIGUES; DOMINGOS SOBRINHO; SILVA, 2005). Na presente pesquisa, mais da metade dos dentistas afirmaram que se sentem aptos a realizar o atendimento às PVHA, pouco mais de 10% não se sentem aptos e um quarto sente-se parcialmente aptos. Os motivos citados por estes dois últimos grupos foram falta de: informação, capacitação técnica, capacitação do pessoal auxiliar, estrutura da unidade de saúde, insegurança e medo contaminação.

Investigou-se também que os cirurgiões-dentistas, depois de graduados, antes de ingressar no ESF/CEO em Fortaleza desenvolveram alguma atividade envolvendo o atendimento odontológico às PVHA, atendem mais do que os profissionais que não tiveram esta experiência. Estes resultados corroboram com estudos anteriores, que demonstram a necessidade de capacitação e sensibilização profissional para o atendimento às PVHA (RODRIGUES; DOMINGOS SOBRINHO; SILVA, 2005; SENA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005).

Sobre o processo de organização de assistência odontológica às PVHA, Sena, Guimarães e Pordeus (2005) afirmam que o atendimento na cidade de Belo Horizonte, por ser centralizado em um serviço de referência, se mostrou insuficiente para atender a alta demanda. Esta forma de atendimento, além de ser insuficiente, tem o potencial de estigmatizar os usuários deste serviço, pois todos os pacientes que se dirigem a esta unidade

de saúde são automaticamente identificados com o HIV ou com a Aids. O município de Fortaleza, tentando superar estas limitações, optou por uma atenção à saúde bucal das PVHA descentralizada, buscando melhorar o acesso, onde o paciente pode procurar diretamente o CSF ou é referenciado pelo SAE. Entretanto, observou-se neste estudo que, desde o ano de 2006, mais da metade dos cirurgiões-dentistas que se dispõem a atender esta população, o fizeram somente com um ou dois pacientes. Desta forma, apenas 429 pacientes foram atendidos pelos 102 profissionais investigados, média de quatro pacientes por cirurgião-dentista nos últimos oito anos, quantidade muito baixa, especialmente considerando que em torno de 7 mil PVHA residem em Fortaleza. Sabendo que a maioria destes usuários tem necessidade de tratamento odontológico, com CPO-D médio de 15,3 (ARAÚJO, 2010) e pertencem à classe econômica baixa, dependente do SUS para a assistência odontológica, estes achados são ainda mais alarmantes. É importante frisar que esta realidade não é nova no município, muito menos existente apenas em solo cearense. A pesquisa de Camurça (2008), realizada em Fortaleza, apontou que a maioria dos cirurgiões-dentistas, 89,1% atendeu de 1 a 2 pacientes; apenas 6,5% dos cirurgiões-dentistas atenderam de 3 a 4 pacientes; 4,4% dos profissionais atenderam mais de 5 PVHA. Ribeiro, Melo e Freire (2006), estudando a atenção à saúde bucal às PVHA em Aracaju - SE, observaram que 41% dos 56 entrevistados afirmaram ter atendido paciente HIV positivo sabendo de sua condição, mas destes, 95% atenderam apenas um paciente.

No presente estudo, um terço dos cirurgiões-dentistas informou que o atendimento às PVHA é prioritário; um quarto é por demanda espontânea e a minoria dos atendimentos é por encaminhamento do SAE. Este dado demonstra, mais uma vez, a fragilidade do sistema de atenção à saúde das PVHA no município de Fortaleza, que apesar de ter tentado inovar, no sentido de ampliação e universalização do cuidado, tem esbarrado na fragilidade das redes de atenção do município. Segundo Mendes (2011), os sistemas fragmentados tem sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, pois os pontos de atenção à saúde ficam isolados uns dos outros e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde (ASS) e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção terciária à saúde (ATS) nem com os sistemas de apoio. Esta desarticulação compromete o atendimento não só desta parcela da população, mas sim de todo o grupo de pacientes atendidos pelo SUS. Desta forma, estratégias diferenciadas são necessárias para otimizar os serviços de saúde e aprimorar o cuidado à população.

Uma das estratégias para aumentar o acesso à assistência à saúde bucal das PVHA, segundo diversos autores, é a instituição de processos de educação permanente para as equipes (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005). Nesta perspectiva, a SMS em parceria com Universidade Federal do Ceará promoveu um curso de formação teórico-prático de 60 horas-aula, específico no atendimento odontológico aos usuários com HIV/Aids, tendo como público alvo os trabalhadores das equipes de saúde bucal da ESF. Além de facilitar o acesso ao tratamento clínico odontológico das PVHA, o curso teve, dentre outros, os seguintes objetivos: contribuir para a integração das políticas de saúde bucal e de DST/HIV/Aids no município de Fortaleza e sensibilizar e capacitar os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal da SMS para o atendimento (FORTALEZA, 2008). No presente estudo, um terço dos cirurgiões-dentistas fez o referido curso de 60h. Dentre os que concluíram o curso, a grande maioria dos profissionais afirmou que este os auxiliou na assistência às PVHA. Observou-se uma associação entre a participação no curso de formação e o atendimento às PVHA, onde os cirurgiões-dentistas que assistiram ao curso atendem mais. Este dado comprova a necessidade de formação profissional, que deve incluir sensibilização, para o atendimento desta parcela da população. Sena, Guimarães e Pordeus (2005) e Ribeiro, Melo e Freire (2006) concluíram, em seus estudos, que programas de educação permanente para a equipe de saúde bucal, relacionados à epidemia de HIV/Aids, constituem-se em importante estratégia para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade do atendimento odontológico ofertado a estes pacientes.

Sobre o conhecimento necessário para o atendimento às PVHA, várias questões foram feitas em relação à ciência dos exames laboratoriais mais importantes, a necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica e o tipo de medicação utilizada nestes casos. Verificou-se que a metade dos cirurgiões-dentistas conhecem total ou parcialmente os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA. Poucos cirurgiões-dentistas informaram saber quando durante o tratamento odontológico das PVHA há a necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica, e menor ainda foi o número destes profissionais que sabiam o tipo de medicação a ser utilizada. Apesar de não ter se encontrado na literatura estudos específicos relacionados com o conhecimento dos exames laboratoriais importantes, há estudos conflitantes em relação à percepção dos profissionais sobre sua capacidade de atender PVHA. Marques (2006), em pesquisa com 230 cirurgiões-dentistas do município de Recife – PE descobriu que 71(31%) profissionais se acham muito capazes de reconhecer e diagnosticar manifestações da Aids na cavidade bucal. Resultados observados por Ribeiro, Melo e Freire (2006) indicam que a maioria dos profissionais se considera capacitado, por isso tem disposição em atender PVHA.

É importante mencionar que, no presente estudo, há uma associação positiva entre as variáveis conhecer os exames laboratoriais e atender PVHA, assim como entre ter feito o curso específico de HIV (60h) e conhecer os exames laboratoriais. Observa-se, desta forma, a fragilidade do conhecimento específico dos CD de Fortaleza em relação ao cuidado de PVHA, assim como a dependência destes em relação à formação específica na área. É interessante dizer que, mesmo tendo os profissionais que fizeram o curso melhor conhecimento na área, muitos destes continuam deficitários de informação sobre questões importantes no cuidado deste grupo de pacientes. Portanto, fica clara a fragilidade dos processos de formação organizados para estes profissionais. Esta fragilidade, na verdade, pode ser consequência da falta de continuidade dos processos de formação, que teriam um maior potencial educativo, caso fossem, verdadeiramente, processos de educação permanente em serviço (CECCIM, 2005).

No presente estudo identificou-se que mais da metade dos cirurgiões-dentistas consideram insatisfatórias as condições de biossegurança para atendimento de PVHA, enquanto que um quinto as consideram parcialmente satisfatória ou satisfatória. Sabendo que biossegurança é uma condição alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, talvez não seja razoável falar em biossegurança parcial, alcança-se ou não (BRASIL, 2002). Importante destacar a gravidade deste problema, pois mais da metade dos profissionais afirmaram não existir biossegurança nos CSF/CEO, no entanto, atendem, conscientemente ou não, pacientes com diferentes tipos de enfermidades infectocontagiosas, PVHA ou não. Este dado é preocupante por evidenciar o risco que usuários e profissionais estão correndo. Sabe-se que o risco de contaminação da Aids neste ambiente é muito baixo, entretanto, é bastante alto em outras doenças, como no caso da hepatite B, onde os dados demonstram risco de até 30% (COTRAN, 2000). Os profissionais investigados parecem ter consciência desta limitação, haja vista que mais de um terço destes sugerem a biossegurança como uma atividade a ser aprimorada nas unidades de saúde, correlacionando esta necessidade a garantia de maior aptidão destes em relação ao atendimento de PVHA. Coerentemente com pesquisa de Cavalcante *et al.* (2006), observou-se, no presente estudo, associação entre condições de biossegurança e 'atende às PVHA no serviço público', onde os profissionais que afirmaram serem satisfatórias as condições de biossegurança do serviço atendem mais do que os que responderam não.

Estudos afirmam que, quando corretamente adotadas todas as medidas universais de proteção, o risco de contaminação durante o atendimento odontológico às PVHA é baixo.

Estima-se que após um acidente percutâneo, o risco de soro-conversão seja de 0,3% e após uma exposição mucocutânea a sangue contaminado, o risco é de 0,09% (MCCARTHY *et al.*, 2002). Também não existem casos de transmissão do vírus HIV por aerossóis, resultantes da atividade clínica odontológica (MARQUES, 2006; COTRAN, 2000). Resultados da pesquisa de Sena, Guimarães, e Pordeus (2005) indicam que os cirurgiões-dentistas que apresentaram maior disposição para o atendimento odontológico às PVHA tinham uma percepção correta sobre o risco de contaminação ocupacional durante o atendimento odontológico, usando os equipamentos de proteção individual. Esta associação também foi relatada por Marques (2006), que reafirma ser a avaliação correta sobre o risco ocupacional ao HIV um fator importante na disposição de profissionais de saúde para o atendimento às PVHA. Esta associação entre a percepção do risco de contaminação e o fato de atender PVHA no serviço público também foi detectada na presente pesquisa. Os profissionais que afirmaram perceber um risco muito baixo ou baixo atendem mais do que os profissionais que disseram ser o risco médio ou alto. Fica claro, assim, que a biossegurança influencia, consciente ou inconscientemente, a disponibilidade do profissional em atender pacientes que possuem conhecida doença infectocontagiosa.

Sabe-se, entretanto, que outros aspectos influenciam o dentista a atender às PVHA. Na presente pesquisa, observou-se que a solidariedade ao paciente foi assinalada por dois terços dos profissionais. Este achado é relevante, considerando o contexto de medo, preconceito e estigmatização relacionados à doença, ainda hoje presente, apesar das intensas campanhas de sensibilização da sociedade civil e profissionais de saúde desenvolvidas ao longo das últimas décadas. Por isto é interessante que a equipe de saúde bucal esteja sensível para acolher, levando em conta os aspectos relativos à humanização do cuidado, sobretudo neste grupo de pacientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1988 considera que os cirurgiões-dentistas têm obrigação humana e profissional de atender às PVHA, inserido numa equipe multiprofissional, aceitando o desafio de combater e prevenir a doença, especialmente nos países onde a infecção por HIV representa um sério problema de saúde pública, como o Brasil (OMS, 1988). No presente estudo, quase a totalidade dos cirurgiões-dentistas relatou que o fato de estarem cientes da obrigação ética os influencia em atender as PVHA. Para Discacciatti (1997), cirurgião-dentista não pode se negar a atender as PVHA, e, portanto, esta assistência é um imperativo ético. Então, qualquer forma de discriminação sofrida pelos usuários ou recusa ao tratamento é considerada infração ética. O Código de Ética Odontológica afirma que a odontologia deve ser exercida em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou

pretexto (CFO, 2012). Entretanto, sabe-se que não é a força da lei que vai obrigar o cirurgião-dentista a atender às PVHA e outros grupos vitimados por preconceito, mas sua sensibilização e inclusão dos dispositivos da humanização do cuidado, que devem ser praticados cotidianamente.

Constatou-se também que mais da metade dos profissionais entrevistados na presente investigação assinalaram que estar bem informado sobre as condutas frente às PVHA influenciam sua decisão em atender. Também se evidenciou que mais de dois terços da amostra destacaram, como influência na decisão de atender, a participação no Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008. Estas duas variáveis estão muito interligadas, pois o acúmulo de informações sobre HIV/Aids pode ser consequência da participação no curso. Estes dados são coerentes com os descobertos por Marques (2006). De acordo com esta autora, estar bem informado sobre o tratamento para PVHA e ter participado de programas de educação continuada em atendimento a este pacientes influenciam 93,1% e 81,6%, respectivamente, a decisão de os profissionais atenderem.

Em 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, superando um contexto de vínculo precário por meio de cooperativas, contratou por concurso público médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros para atuar em 300 equipes da ESF. Neste mesmo ano, a gestão municipal tomou a decisão política de adotar a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde. Nos anos seguintes foram desenvolvidos diversos processos de educação permanente, inclusive curso de atendimento odontológico às PVHA, nos quais foi abordada a humanização da atenção. Como mencionado anteriormente, a prática deste cuidado humanizado é importante, principalmente, em grupos mais vulneráveis, como as pessoas que vivem com HIV/Aids. No presente estudo, a vasta maioria (84,3%) dos cirurgiões-dentistas que atendem PVHA afirmam que o usuário ficou satisfeito com seu atendimento, assim como, quase unanimemente (97,1%), os profissionais consideram que oferecem um atendimento com respeito e atenção. Quando questionados se acolhem, escutam a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificam os riscos e a vulnerabilidade dele, oferecem uma escuta qualificada às PVHA, 60,8% responderam sim, 31,4% em parte e 7,8% não. Quanto à prática da clínica ampliada, somente 22,5% cirurgiões-dentistas responderam sim e 16,7% em parte. Não se localizou na literatura estudo desta natureza que possa ser comparado à presente pesquisa. Estes dados apontam para uma sensibilização, pelo menos do ponto de vista da autoavaliação profissional, em relação à questão da humanização do cuidado. Isto é positivo, não só no aspecto do cuidado humanizado, mas também na

perspectiva de que os profissionais respondam bem as capacitações realizadas. Assim, fica claro que se deve incentivar a formação profissional nas áreas de interesse do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Fortaleza, aconteceu uma importante e oportuna articulação entre as coordenações de Hepatites Virais e DST/Aids e Saúde Bucal da SMS, no sentido de ampliar o acesso à consulta odontológica às PVHA. Estas articulações resultaram no estabelecimento que as PVHA, com necessidades de tratamento odontológico, seriam encaminhadas pelos SAE para serem atendidas de forma descentralizadas nos centros de saúde. Apesar deste conceito interessante de descentralização, que possibilita que o tratamento seja feito mais perto da residência do paciente e com menor chance de estigmatização no serviço, constatou-se que, desde 2006, mais da metade dos cirurgiões-dentistas que atenderam PVHA, somente o fizeram com um ou dois pacientes. Assim apenas 429 usuários foram atendidos pelos 102 profissionais entrevistados, que representam 60% dos profissionais entrevistados. Observa-se que esta quantidade é baixa, pois Fortaleza tem em torno de sete mil PVHA e boa parte é de classes sociais que dependem do SUS.

Conclui-se com esta pesquisa que o conhecimento apropriado sobre questões técnicas relacionadas à infecção pelo HIV, educação permanente direcionada para PVHA oferecida aos profissionais, boas condições de trabalho e infraestrutura satisfatória, incluindo biossegurança, bem como experiência profissional prévia com estes usuários são os principais fatores associados à disposição para o atendimento a este grupo de pacientes. Os profissionais que não se sentem aptos ao atendimento às PVHA apontaram como principais motivos falta de: informação, capacitação técnica, capacitação do pessoal auxiliar, estrutura da unidade de saúde, insegurança e medo contaminação. Assim, o investimento na estrutura dos serviços juntamente com a estratégia de Educação Permanente em Saúde, pautados nas necessidades da população, são as principais formas de enfrentamento a estas barreiras, que, se superadas, podem melhorar consideravelmente o acesso com atenção humanizada, e, conseqüentemente diminuir a iniquidade em saúde bucal das PVHA.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.B. **Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará –2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Memórias das reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde**. Brasília: Comissão de Biossegurança em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Versão preliminar. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_prelimi_nar_pdf_34434.pdf> Acesso em: 02 de jan. de 2014.

BUCHALA, C.M.; CAVALHEIRO, T.R. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a Aids: uma proposta de core set. **Acta Fisiatr**. 2008; 15(1):42-8.

CAMURÇA, V. V. **Assistência odontológica a pessoas portadoras de HIV/Aids na rede pública de saúde de Fortaleza**: política de atenção e atuação do PSF. 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.

CAVALCANTE, C. A. T.; GONÇALVES, D. H. A.; MAIA, D. K. A.; OLIVEIRA SÁ, E. A.; SOUZA, E.; SOUSA, J. N. M. B. **A atenção em saúde bucal para DST/HIV/AIDS na rede municipal de Belo Horizonte**: diagnóstico loco-regional. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Núcleo de Epidemiologia (NUVEP). **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012, Rio de Janeiro, 2012.

CHAGAS, R.A.; NUTO, S.A.S; ANDRADE, L.O.M. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza(CE). **Divulgação Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, (42): 35-50, abr. 2008.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 7, p.168-232.

DISCACCIATTI, J.A.C. Disposição de cirurgiões-dentistas para atender indivíduos em risco para a infecção pelo HIV ou com AIDS. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia; Universidade Federal de Minas Gerais, 1997.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação da Rede de Atendimento Odontológico para Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Prefeitura de Fortaleza**, Fortaleza, 2008.

MARQUES, K.M.G. **Perfil dos cirurgiões-dentistas frente ao atendimento odontológico de paciente HIV positivo na cidade do Recife**. Tese (Doutorado em Odontologia). Camaragibe – PE: Universidade de Pernambuco, 2006.

MCCARTHY, G.M.; SSALI, C.S.; BEDNARSH, H.; JORGE J.; WANGRANGSIMAKUL K.; PAGE-SHAFFER, K. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. **Oral Dis**. 2002;8 (Suppl 2):126-35.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

NUNES, M.F.; FREIRE M.C.M. AIDS e Odontologia: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas. **ROBRAC**, Goiás, 1999; 8(26):7-10.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Responsabilidades éticas e profissionais dos cirurgiões-dentistas com respeito aos pacientes com HIV positivo e aos pacientes com aids**. Actualidade Odontológica. 1988;30(1):37-39.

PINHEIRO, F.M.C; NÓBREGA-THERRIEN, S. M; ALMEIDA, M. E. L; ALMEIDA, M. I. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO**, Porto Alegre, 57(1):99-106, jan.-mar. 2009.

RIBEIRO, V. N.; MELO, A. U. C.; FREIRE, L. N. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju-SE em relação aos pacientes com HIV/Aids. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 561 - 574, 2006.

RODRIGUES, M. P.; DOMINGOS SOBRINHO, M.; SILVA, E. M. Os cirurgiões- dentistas e as representações sociais da Aids. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 463 – 472, 2005.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 102-311, jan./fev. 2005.

UNAIDS. **UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS**. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland, 2013.

Tabela 1 - Dados referentes à formação e à educação dos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Ano graduação						
1976-1989	28	16,5	27	17,3	1	7,1
1990-1999	40	23,5	35	22,4	5	35,7
2000-2006	102	60,0	94	60,3	8	57,2
Universidade de graduação						
Pública	118	69,4	109	69,9	9	64,3
Privada	52	30,6	47	30,1	5	35,7
Curso de Especialização						
Saúde pública/coletiva	21	12,4	20	12,8	1	7,1
Saúde da família	63	37,1	60	38,5	3	21,4
Pacientes Especiais	2	1,2	2	1,3	-	-
Outros	69	40,6	59	37,8	10	71,4
Não tem	15	8,8	15	9,6	-	-
Curso de Mestrado						
Saúde pública/coletiva	3	1,8	3	1,9	-	-
Saúde da família	-	-	-	-	-	-
Pacientes Especiais	-	-	-	-	-	-
Outros	9	5,3	7	4,5	2	14,3
Não tem	158	92,9	146	93,6	12	85,7

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

Continua

Tabela 1 - Dados referentes à formação e à educação dos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013. (Continuação)

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Outro trabalho						
Trabalha só na SMS	70	41,2	67	42,9	3	21,4
Consultório particular	81	47,6	71	45,5	10	71,4
Empresa privada	1	0,6	1	0,6	-	-
Plano de saúde	3	1,8	3	1,9	-	-
SESA	7	4,1	7	4,5	-	-
SMS outro município	6	3,5	5	3,2	1	7,1
Outro	2	1,2	2	1,3	-	-
Professor na área	3	1,8	2	1,3	1	7,1
Curso de formação de 60h atendimento às PVHA						
Sim	59	34,7	54	34,6	5	35,7
Não	50	29,4	49	31,4	1	7,1
Não estava na SMS	61	35,9	53	34,0	8	57,1
Este curso auxiliou na assistência às PVHA^a						
Sim	47	79,7	42	77,8	5	35,7
Não	4	6,8	4	7,4	-	-
Parcialmente	8	13,6	8	14,8	-	-
Outros processos de educação SMS auxiliam na assistência às PVHA?						
Sim	50	29,4	45	28,8	5	35,7
Não	111	65,3	102	65,4	9	64,3
Parcialmente	9	5,3	9	5,8	-	-
Atividade com PVHA na graduação^b						
Sim	22	12,9	22	14,1	-	-
Não	145	85,3	131	84,0	14	100
Não lembra	3	1,8	3	1,9	-	-
Atividade com PVHA depois da graduação^b						
Sim	28	16,5	25	16,0	3	21,4
Não	142	83,5	131	84,0	11	78,6

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

a. O total destes refere-se a n=59, que fizeram o curso.

b. Atividade que envolveu o atendimento ao paciente HIV/Aids

Tabela 2 - Dados referentes à estrutura das unidades informada pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Material de consumo para ESB						
Sim	30	17,6	28	17,9	2	14,3
Não	70	41,2	67	42,9	3	21,4
Parcialmente	70	41,2	61	39,1	9	64,3
Serviço interrompido por falta material/manutenção						
Não foi interrompido	3	1,8	2	1,3	1	7,1
Menos de 1 semana	6	3,5	3	1,9	3	21,4
Entre 1 e 4 semanas	11	6,5	8	5,1	3	21,4
Entre 1 e 2 meses	19	11,2	17	10,9	2	14,3
Entre 2 e 4 meses	31	18,2	27	17,3	4	28,6
Entre 4 e 6 meses	32	18,8	31	19,9	1	7,1
Entre 6 meses e 1 ano	40	23,5	40	25,6	-	-
Mais de um ano	28	16,5	28	17,9	-	-
Há pacientes com atendimento prioritário						
Sim	147	86,5	145	92,9	2	14,3
Grupos pacientes citados^a						
Crianças	68	40,0	68	43,6	2	14,3
Idosos	87	51,2	86	55,1	1	7,1
Gestantes	141	82,9	141	90,4	2	14,3
Diabéticos	84	49,4	84	53,8	2	14,3
Hipertensos	84	49,4	84	53,8	2	14,3
Pessoas que vivem com HIV/Aids	49	28,8	48	30,8	1	7,1
Apto ao atendimento às PVHA						
Sim	109	64,1	97	62,2	12	85,7
Não	19	11,2	18	11,5	1	7,1
Parcialmente	42	24,7	41	26,3	1	7,1
Motivos citados para Não/Parcialmente apto a atender^b						
Falta de informação	40	65,6	38	64,4	2	14,3
Falta de capacidade técnica	15	24,6	15	25,4	-	-
Falta de capacitação auxiliares	12	19,7	12	20,3	-	-
Falta de estrutura	17	27,9	17	28,8	-	-
Insegurança e medo contaminação	17	27,9	17	28,8	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

Continua

- A soma ultrapassa 100%, considerando que o profissional pode citar mais de um grupo.
- O total destes refere-se aos que Não são ou Parcialmente aptos (n=61). A soma ultrapassa 100%, porque o profissional pode citar mais de um motivo.

Tabela 2 - Dados referentes à estrutura das unidades informada pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013. (Continuação)

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Sugestão para gestão^c						
Melhorar estrutura física	51	30,0	51	32,7	-	-
Educação para os dentistas	138	81,2	127	81,4	11	78,6
Educação para os auxiliares	91	53,5	80	51,3	11	78,6
Insumos suficientes	50	29,4	49	31,4	1	7,1
Garantir EPI	46	27,1	41	26,3	5	35,7
Melhorar biossegurança	62	36,5	58	37,2	4	28,6
Esterilização eficiente	28	16,5	27	17,3	1	7,1
Percepção do risco de contaminação durante atendimento às PVHA						
Muito Baixo	58	34,1	50	32,1	8	57,1
Baixo	69	40,6	65	41,7	4	28,6
Médio	28	16,5	26	16,7	2	14,3
Alto	15	8,8	15	9,6	-	-
Estrutura física consultório satisfatório atendimento às PVHA						
Sim	30	17,6	26	16,7	4	28,6
Não	118	69,4	110	70,5	8	57,1
Em parte	22	12,9	20	12,8	2	14,3
Biossegurança do CSF/CEO satisfatórias						
Sim	37	21,8	31	19,9	6	42,9
Não	98	57,6	91	58,3	7	50,0
Em parte	34	20,0	33	21,2	1	7,1
Não sei	1	0,6	1	0,6	-	-
Esteriliza com autoclave no próprio CSF/CEO						
Sim	151	88,8	137	87,8	14	100,0
Não	19	11,2	19	12,2	-	-
Controle biológico esterilização						
Sim	6	3,5	5	3,2	6	42,9
Não	117	68,8	113	72,4	7	50,0
Não sei	47	27,6	38	24,4	1	7,1
Conhece fluxo referência das PVHA						
Sim	24	14,1	22	14,1	2	14,3
Não	133	78,2	121	77,6	12	85,7
Em parte	13	7,6	13	8,3	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

a. A soma ultrapassa 100%, pois o profissional pode citar mais de uma sugestão.

Tabela 3 - Dados sobre os dispositivos no atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Atende ao paciente						
Sim	102	60,0	94	60,3	8	57,1
Não	68	40,0	62	39,7	6	42,9
Porque não atende^a						
Medo contaminação	2	2,9	2	3,2	-	-
Não é capacitado	2	2,9	2	3,2	-	-
Não se envolver	2	2,9	2	3,2	-	-
Paciente não procurou	60	88,2	54	87,1	6	100,0
Outros	2	2,9	2	3,2	-	-
Paciente procurasse atenderia?^b						
Sim	49	81,7	43	79,6	6	100,0
Não	11	18,3	11	20,4	-	-
Quantos pacientes atendeu						
1 a 2	52	51,0	50	53,2	2	25,0
3 a 5	36	35,2	33	35,1	3	37,5
6 a 35	14	13,8	11	11,7	3	37,5
Quais procedimentos^c						
Exame clínico	100	98,0	92	97,9	8	100,0
Exame estomatológico	89	87,3	81	86,2	8	100,0
Profilaxia e Flúor	76	74,5	72	76,6	4	50,0
Restaurações	98	96,1	92	97,9	6	75,9
Exodontias	79	77,5	73	77,7	6	75,5
Raspagem	84	82,4	80	85,1	4	50,0
Urgência	75	73,5	72	76,6	3	37,5
Educação em saúde	75	73,5	71	75,5	4	50,0
Tratamento completo						
Sim	89	87,3	82	87,2	7	87,5
Não	13	12,7	12	12,8	1	12,5
Resistência das auxiliares						
Sim	34	33,3	34	36,2	-	-
Não	65	63,7	57	60,6	8	100,0
Não sei	3	2,9	3	3,2	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

- O total destes refere-se aos que Não atendem (n=68). A soma ultrapassa 100%, porque o profissional pode citar mais de um motivo.
- O total destes refere-se aos que Não procuraram o serviço (n=60).
- A soma ultrapassa 100%, porque o profissional citar mais de um procedimento.

Tabela 4 - Dados sobre os dispositivos no atendimento referentes aos aspectos que influenciam o profissional a atender às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Solidariedade ao paciente						
Sim	78	76,5	73	77,7	5	62,5
Não	18	17,6	15	16,0	3	37,5
Em parte	6	5,9	6	6,4	-	-
Serviço de referência						
Sim	35	34,3	35	37,2	-	-
Não	32	31,4	26	27,7	6	75,0
Em parte	15	14,7	14	14,9	1	12,5
Desconhece o serviço	20	19,6	19	20,2	1	12,5
Estar bem informado						
Sim	60	58,8	53	56,4	7	87,5
Não	25	24,5	24	25,5	1	12,5
Em parte	17	16,7	17	18,1	-	-
Participação curso de 60h^a						
Sim	33	76,7	30	75,0	3	100,0
Não	4	9,3	4	10,0	-	-
Em parte	6	14,0	6	15,0	-	-
Realização profissional						
Sim	73	71,6	68	72,3	5	62,5
Não	18	17,6	16	17,0	2	25,0
Em parte	11	10,8	10	10,6	1	12,5
Ciente da Obrigação ética						
Sim	94	92,2	87	92,6	7	87,5
Não	5	4,9	4	4,3	1	12,5
Em parte	3	2,9	3	3,2	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

a. O total destes refere-se aos que atendem e participaram do curso (n=43).

Tabela 5 - Dados referentes à humanização do atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013.

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Usuário ficou satisfeito						
Sim	86	84,3	78	83,0	8	100,0
Não	3	2,9	3	3,2	-	-
Em parte	12	11,8	12	12,8	-	-
Não sei	1	1,0	1	1,1	-	-
Atende com respeito e atenção						
Sim	99	97,1	91	96,8	8	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Em parte	3	2,9	3	3,2	-	-
Passou as Informações de forma clara						
Sim	73	71,6	66	70,2	7	87,5
Não	-	-	-	-	-	-
Em parte	29	28,4	28	29,8	1	12,5
Acolhe, escuta a queixa, os medos, a vulnerabilidade						
Sim	62	60,8	58	61,7	4	50,0
Não	8	7,8	6	6,4	2	25,0
Em parte	32	31,4	30	31,9	2	25,0
Prática a clínica ampliada						
Sim	23	22,5	22	23,4	1	12,5
Não	59	57,8	52	55,3	7	87,5
Em parte	17	16,7	17	18,1	-	-
Não sei	3	2,9	3	3,2	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS.

4.2 ARTIGO 2

SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE: A ÓTICA DOS USUÁRIOS

RESUMO

Este estudo objetivou investigar as características da atenção à saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) sob a ótica destes usuários, observando a satisfação em relação à atenção recebida junto ao Sistema Único de Saúde no município de Fortaleza. Estudo quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza – CE com PVHA cadastradas nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE). Os sujeitos da pesquisa foram 241 usuários, definidos por conveniência e estratificados por SAE. Os dados foram coletados através de questionário estruturado, abordando a dimensão de processo e resultado, satisfação dos usuários, bem como humanização da atenção. A idade média dos usuários é 37,8 ($\pm 9,6$) anos, 68,3% são do sexo masculino, 75,9% denominaram-se pardos, 63,1% são solteiros, 52,3% não têm filhos e 87,6% nasceram no Ceará. Sobre o grau de instrução, 24,1% têm ensino fundamental incompleto, 32,8% têm ensino médio completo e 5,8% concluíram ensino superior; 20,3% não têm renda, 24,5% ganham até um salário-mínimo e 34,4% recebem entre um e dois salários-mínimos. Considerando a procura dos usuários para atendimento, 64,3% consultaram-se com o cirurgião-dentista nos últimos dois anos; 50,6% usaram o consultório particular, 32,4% plano de saúde e 31,1% Centro de Saúde da Família (CSF) ou Centros Especializados de Odontologia (CEO). A nota média que o paciente atribuiu ao atendimento do profissional no serviço público (CSF e CEO) foi de 7,6 ($\pm 2,5$), 73,6% declararam-se muito satisfeitos ou satisfeitos e 26,4% pouco ou insatisfeitos com o atendimento. Em relação à humanização, 86,7% estão muito satisfeitos ou satisfeitos em respeito e atenção no atendimento por parte do cirurgião-dentista e 80,9% estão muito satisfeitos ou satisfeitos com o acolhimento, a escuta da queixa, compreensão dos medos, angústias e vulnerabilidade, por parte do profissional. Conclui-se que a atenção à saúde bucal das PVHA em Fortaleza obteve avanços relativos à humanização e à diminuição do preconceito, no entanto, precisa melhorar na organização da referência dos usuários e aumentar a acessibilidade.

Palavras-chave: Avaliação. HIV/Aids. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT**Current status of oral healthcare services for persons with HIV/AIDS in Fortaleza (Ceará) from the perspective of the users**

In this quantitative and descriptive-analytical study we describe the current status of oral healthcare services for persons with HIV/AIDS (PWHAs) in Fortaleza within the Brazilian Unified Healthcare System (SUS) from the perspective of the users. Defined by convenience, the sample consisted of 241 users registered with and stratified by SAE (a social service for PWHAs). Using a structured questionnaire, information was collected on work processes and results, satisfaction and humanized care. The users in the sample were aged 37.8 ± 9.6 years on the average, 68.3% were male, 75.9% were dark-skinned (by their own definition), 63.1% were single, 52.3% had no children and 87.6% were born in Ceará. As for the level of schooling, 24.1% of the users had not completed elementary school, 32.8% had graduated from high school, while 5.8% had a college degree. One fifth (20.3%) had no income, 24.5% earned ≤ 1 minimum wage, and 34.4% earned between 1 and 2 minimum wages. With regard to oral healthcare seeking, 64.3% had seen a dentist in the preceding 2 years, 50.6% attended private dental offices, 32.4% were covered by health insurance, and 31.1% attended CSF or CEO clinics. Users rated the care received as 7.6 ± 2.5 (on a scale from 1 to 10), 73.6% reported being “satisfied” or “very satisfied” with the treatment, while 26.4% were “not very satisfied”. With regard to humanized care, 86.7% were “satisfied” or “very satisfied” with the respect and attention shown by the dentist, and 80.9% were “satisfied” or “very satisfied” with the dentist’s understanding of the patient’s complaints, fears, anxiety and vulnerability. Based on the users’ responses, it may be concluded that oral healthcare services for PWHAs in Fortaleza has improved with regard to humanization and prejudice, but patient referral and access of PWHAs to dental services are still in need of improvement.

Key words: Evaluation. HIV/AIDS. Oral health. Oral healthcare services.

INTRODUÇÃO

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a proporcionar acesso universal e gratuito para o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), através da Lei 9.133, de 1996. É importante destacar que antes desta lei já havia no país a previsão de distribuição gratuita de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todas as enfermidades, incluindo HIV/Aids. Entretanto, foi com a Lei 9.133 que a distribuição dos medicamentos direcionados para as PVHA foi feita de forma mais sistemática e organizada. Com a introdução da terapia antirretroviral (TARV) no final da década de 1990, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) deixou de ser uma doença terminal, de alta letalidade, aumentando a expectativa de vida destas pessoas e melhorando sua qualidade de vida. Apesar dos avanços, e considerando a alta prevalência e sua taxa de morbimortalidade, a doença é considerada um importante problema de saúde pública no País (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009; BUCHALA, 2008).

Em todo o mundo, 33,5 milhões de pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo que destes, 2,3 milhões casos novos surgiram em 2012. Todos os dias 6,8 mil pessoas são infectadas pelo vírus. No Brasil, a epidemia de Aids torna-se visível na década de 1980 e nos anos subsequentes foram notificados progressivamente novos casos. Hoje, 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil. Em 2012, foram notificados 39.185 casos novos da doença no País, sendo a taxa de incidência de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. No Ceará, desde 1983 a julho de 2013 foram registrados de 13.208 casos de Aids, com uma taxa de incidência, em 2012, de 14,1. Em Fortaleza, foram registrados 8.027 (60,8% dos casos estaduais) casos no mesmo período. Em 2012, foram notificados 621 casos novos, com incidência de Aids em Fortaleza, de 24,8 casos por 100.000 habitantes, muito superior a do estado (BRASIL, 2013; CEARÁ, 2013; UNAIDS, 2013).

Para assegurar a garantia da universalidade às PVHA, resultante num esforço constante de fazer valer o direito constitucional de que a saúde é um direito de todos, o Ministério da Saúde estimulou os estados e municípios a implantação dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), a partir da década de 1990. Este serviço ambulatorial dispõe de equipes multidisciplinares que são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes através da realização periódica de consultas e exames laboratoriais, como contagem de linfócitos T CD4 e da carga viral, além da dispensação da medicação (BRASIL, 1998; COSTA *et al.*, 2006).

A gestão da saúde de Fortaleza, desde 2005, ano de criação do primeiro SAE municipal, vem ampliando o acesso ao tratamento ambulatorial das PVHA, com a descentralização deste serviço nos territórios das Secretarias Executivas Regionais (SER), de modo que, hoje existem oito SAE vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). (BRASIL, 1998; FORTALEZA, 2011).

Com o aumento da sobrevida das PVHA, estas estão cada vez mais presentes na rede de atenção à saúde bucal, e o profissional deve estar disposto, bem como preparado para atendê-las. Este atendimento é importante para este grupo devido às suas necessidades bucais, além de ser a cavidade bucal um dos primeiros locais onde aparecem lesões visíveis relacionadas à Aids. Isto torna a equipe de saúde bucal uma importante aliada no tratamento transdisciplinar deste grupo de pessoas e estratégica no diagnóstico precoce da doença.

No município de Fortaleza, as PVHA que têm necessidade de tratamento odontológico são atendidas por meio de demanda espontânea ou encaminhadas pelos SAE para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou para os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) (BRASIL, 1998; FORTALEZA, 2011). Entretanto, para que o cuidado odontológico seja resolutivo, é necessário, além do acesso e qualidade do serviço, a adesão do usuário ao tratamento.

Sabe-se que a satisfação dos usuários tem relação com a adesão deste ao tratamento e a qualidade do mesmo, inclusive no que diz respeito aos parâmetros da humanização do cuidado, considerando suas singularidades, vulnerabilidades e subjetividades. Quando a equipe desenvolve relações acolhedoras de vínculo e responsabilização do processo de cuidado humanizado de qualidade, ancorado na atenção integral, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos, há maior possibilidade de adesão ao tratamento, e, conseqüentemente, o acesso tende a ser ampliado (DESLANDES, 2006). Todavia, é subjetiva a apreciação destes atributos, o que urge a avaliação deste atendimento pelo usuário.

É importante frisar que as pesquisas sobre satisfação não podem ser confundidas com pesquisas de qualidade. Entretanto, de acordo com Donabedian (1984) e Castro e Machado (2008), a satisfação dos usuários é importante para a medida de qualidade do serviço, pois proporciona informações sobre o êxito do profissional em alcançar as expectativas deles e pode ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços.

Desta forma, este artigo examina as características da atenção sob a ótica dos usuários e analisa a satisfação das pessoas que vivem com HIV/Aids em relação à atenção à saúde bucal recebida junto ao SUS, no município de Fortaleza. Também busca identificar

dispositivos da humanização do cuidado existente no atendimento àquele grupo de pacientes.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza – CE com as PVHA.

A população do estudo foi composta por 2.153 pessoas que vivem com HIV/Aids residentes no município de Fortaleza, cadastradas nos oito SAE municipais, segundo dados da Célula de Vigilância Epidemiológica e da Coordenação Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais. Considerando a população, a amostra foi calculada em 241 usuários, fixando-se o nível de significância em 90% e o erro amostral em 5%. Para viabilizar a pesquisa, o desenho amostral foi definido por conveniência e estratificado por SAE. O pesquisador entrevistou os sujeitos que estavam presentes no serviço para consulta com o infectologista da unidade.

Os dados foram coletados através da aplicação de questionário estruturado entre os meses de agosto a dezembro de 2013. Foram excluídos os pacientes de primeira consulta, com diagnóstico em menos de dois anos ou que não residiam em Fortaleza. O questionário estruturado focou a dimensão de processo e resultado, satisfação dos usuários, bem como humanização da atenção.

Os dados coletados foram digitados no software estatístico Epidata 3.1, processados e analisados no Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Os dados colhidos da amostra foram distribuídos em tabelas de frequência apresentadas nos resultados descritivos. A análise estatística para estudar a associação entre as variáveis dicotômicas processou-se através de referência cruzada, calculando o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2). O valor de “p” foi considerado significativo quando menor ou igual a 0,05.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o nº 357.459, seguindo suas recomendações. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 241 usuários cadastrados e distribuídos proporcionalmente nos oito SAE municipais. Ao final da pesquisa, do total de usuários convidados, seis se recusaram a participar da entrevista alegando falta de tempo ou que não se sentiam dispostos a responder perguntas sobre suas vidas. Adicionalmente, houve o caso de um usuário que aceitou participar da pesquisa, mas que ao final da mesma desistiu, tendo sido o questionário

inutilizado. Entre os entrevistados, 161 (68,3%) são do sexo masculino, 76 (31%) são do sexo feminino, três (1,2%) declaram ter os dois sexos e um (0,4%), outro sexo. Em relação à cor da pele, 183 (75,9%) denominaram-se pardos, 29 (12,0%) brancos, 28 (11,6%) negros e um (0,4%) índio. A idade variou entre 18 a 65, com média de 37,8 ($\pm 9,6$) anos. A maioria, 152 (63,1%), é solteira, 126 (52,3%) não têm filhos e 211 (87,6%) nasceram no Ceará. Sobre a religião, 124 (51,5%) são católicos, 59 (24,5%) protestantes, 34 (14,1%) dizem não ter religião e um (0,4%) é ateu. Nove (3,7%) usuários não são alfabetizados, 58 (24,1%) têm ensino fundamental incompleto, 22 (9,1%) têm ensino fundamental completo, 26 (10,8%) têm ensino médio incompleto, 79 (32,8%) têm ensino médio completo, 14 (5,8%) concluíram ensino superior e cinco (2,1%) fizeram mestrado. Sobre os rendimentos, 49 (20,3%) não têm renda, 59 (24,5%) ganham até um salário-mínimo (SM) - R\$ 678,00, 83 (34,4%) recebem entre um e dois S.M (R\$ 678,00 - R\$ 1356,00), 38 (15,8%) ganham entre dois e quatro SM (R\$ 1356,00 e R\$ 2712), 10 (4,1%) entre quatro e seis SM (R\$ 2712,00 e R\$ 4068,00) e dois (0,8%) ganham mais de seis SM (R\$ 4068,00).

Considerando a procura dos usuários para tratamento odontológico em serviços públicos ou privados, 155 (64,3%) consultaram-se com o cirurgião-dentista nos últimos dois anos, 83 (34,4%) não se consultaram, e três (1,2%) afirmaram que nunca foram atendidos por um profissional. Daquele grupo que foi ao cirurgião-dentista, 120 (77,4%) afirmaram que a consulta foi em atendimento de rotina, 19 (12,6%) em emergência e 16 (10,3%) em atendimento especializado. Incluindo toda amostra, 122 (50,6%) entrevistados usam o consultório particular para tratamento odontológico, 78 (32,4%) plano de saúde, 75 (31,1%) usam o CSF ou CEO, 44 (18,3%) sindicato ou associação de classe, 16 (6,6%) faculdade de odontologia ou cursos de especialização e cinco (2,0%) plano funerário.

Considerando o serviço de saúde bucal que usou, 61 (25,3%) PVHA foram atendidas nos CSF, sete (2,9%) pessoas usaram os CEO e 173 (71,8%) não utilizaram nenhum dos serviços. Deste total de 68 PVHA que foram atendidos nos CSF ou CEO, 34 (50,0%) conseguiram o atendimento através de ficha distribuída no dia e 19 (27,9%) foram referenciados pelo SAE. A Tabela 1 detalha os aspectos de satisfação dos usuários em relação ao acesso à consulta.

Quando o usuário compara o atendimento no CSF/CEO em relação ao serviço privado, duas (5,2%) pessoas consideram o serviço público muito melhor ou melhor, 19 (48,7%) pior ou muito pior e 18 (46,1%) igual. Sobre a omissão da condição de HIV positivo, 16 (23,5%) já omitiram. Destes, 14 (87,6%) apontaram como motivo da omissão o receio de discriminação ou de ter atendimento negado. A tabela 2 assinala também os elementos

descritos por estes pacientes em relação à discriminação, preconceito e resistência durante o atendimento.

A tabela 3 apresenta as informações sobre os recursos físicos e materiais, destacando que 32 (47,1%) PVHA informaram que a estrutura física do consultório é adequada e 28 (41,2%) afirmaram que o consultório dispõe de todos os materiais necessários para o atendimento.

A nota que o paciente atribuiu ao atendimento do profissional variou de zero a 10, com média de 7,6 ($\pm 2,5$). Sobre o Grau de satisfação geral do atendimento por parte do cirurgião-dentista, 50 (73,6%) usuários declararam-se muito satisfeitos ou satisfeitos, enquanto que 18 (26,4%) pouco satisfeitos ou insatisfeitos. A Tabela 4 ilustra os dispositivos da humanização do cuidado aos usuários.

Para verificar se há relação entre a variável de acesso ao serviço (“Usuário foi encaminhado pelo SAE ao CSF/CEO” ou “Usuário procurou diretamente o CSF/CEO”) e as variáveis apresentadas nas tabelas 1 a 4, utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado (χ^2) em tabelas de referência cruzada. Verificou-se associação estatisticamente significativa positiva entre a variável de acesso ao serviço e a variável “Como conseguiu acesso a consulta” onde os pacientes que foram encaminhados pelo SAE conseguiram mais acesso ($p \leq 0,001$). Observou-se também uma relação entre a variável de acesso ao serviço e a variável “Mora no bairro perto do CSF/CEO que foi atendido”, onde o usuário que foi encaminhado pelo SAE mora mais distante do local que foi atendido ($p \leq 0,01$).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa é relevante por abranger sujeitos de todos os SAE municipais, que atendem às pessoas que vivem com HIV/Aids residentes no município de Fortaleza, com 2.153 pessoas cadastradas. O estudo, cuja amostra foi de 241 pessoas, aborda os aspectos importantes da atenção à saúde bucal das PVHA, sob a ótica destas. Entre os achados, é importante destacar que: a maioria dos usuários tem baixa escolaridade e condição socioeconômica, e, portanto, depende mais do SUS; o acesso das PVHA aos serviços de saúde bucal municipais é baixo; a principal forma de acesso à consulta odontológica é através de demanda espontânea; poucos usuários participaram de atividades de educação em saúde desenvolvida pela equipe de saúde bucal; as PVHA que omitem ao profissional sua condição o fazem por receio de discriminação ou de ter atendimento negado; na ótica das PVHA a humanização do cuidado é apontada como um aspecto importante na relação profissional-

paciente. Assim, estes aspectos serão priorizados na discussão, relacionando-os aos demais dados relatados nos resultados e dialogando com a literatura especializada.

É importante destacar que, resultante da baixa do sistema imunológico, as PVHA estão mais susceptíveis a infecções oportunistas orais e sistêmicas, de modo que estes usuários precisam de acompanhamento de equipe multiprofissional, incluído o cirurgião-dentista, para evitar complicações preveníveis (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008). No entanto, no presente estudo, o acesso das PVHA aos serviços de saúde bucal municipais é baixo, pois pouco mais de um quarto dos usuários foram atendidas nos CSF/CEO. Este resultado é muito semelhante à pesquisa com 173 PVHA de dois SAE de Fortaleza (ARAÚJO, 2010). Neste mesmo estudo, o autor percebeu uma grande necessidade de tratamento odontológico pelas PVHA, destacando-se o tratamento periodontal para 87,3% dos pacientes, restaurações para 47,4% e procedimentos cirúrgicos, como exodontias e remoção de raízes residuais, para 26,0%.

Esta necessidade de tratamento odontológico das PVHA também está relacionada com suas condições socioeconômicas, pois Araújo (2010) evidenciou que 42,2% de sua amostra não completou o ensino médio, 87,7% recebe até dois salários mínimos e 27,2% estão desempregados, dados também corroborados por Sena, Guimarães e Pordeus (2005) e Pires *et al.* (2008). Na presente pesquisa, quase a metade da amostra estudada não completou o ensino médio, um quarto não tem nenhuma renda e a maioria recebe até dois salários mínimos. Estes valores evidenciam baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade dos participantes do estudo, notadamente, uma população, que, além da vulnerabilidade social, depende da assistência do SUS e necessita de mais acesso ao serviço.

Em relação ao tempo decorrido desde a última consulta ao cirurgião-dentista em qualquer serviço, na presente pesquisa, mais da metade dos usuários fez tratamento odontológico nos últimos dois anos em serviços públicos ou privados e mais de um terço não se consultaram. Nos estudos de Cavalcante *et al.* (2006) e Araújo (2010) 21,0% e 45,1%, respectivamente, desses usuários afirmaram ter consultado um cirurgião-dentista há menos de um ano. Estes achados são relevantes, pois demonstram que boa parte (cerca de um quarto) das PVHA ainda dependem de serviços privados para seu atendimento. Visto que um pouco mais de um quarto das PVHA tiveram atendimento no CSF/CEO e que cerca da metade da população com HIV/Aids de Fortaleza teve atendimento odontológico nos últimos dois anos. Sabendo que os custos de serviços odontológicos particulares são altos e que esta população, em sua maioria, é de nível socioeconômico baixo, evidencia-se, assim, por um lado, o

interesse das PVHA na consulta odontológica e a baixa acessibilidade dos serviços públicos odontológicos a esta população.

Adiciona-se a preocupação da dificuldade de acesso desta população, o baixo nível de atividades de educação em saúde desenvolvida pela equipe de saúde bucal às PVHA. A maioria, mais de dois terços dos 68 usuários que foram atendidos dos CSF/CEO não participaram dessa atividade educativa, resultados concordantes com as pesquisas realizadas por Araújo (2010), Cavalcante *et al.* (2006) e Gonçalves (2011). Esta descoberta é preocupante porque, apesar das PVHA demonstrarem interesse em procurar o atendimento odontológico as ações básicas de educação em saúde não estão sendo efetivadas pela equipe de saúde bucal, fato que contribui para uma má higiene oral, e, conseqüentemente, mais facilidade ao desenvolvimento de doenças periodontais bem como infecções oportunistas orais (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

Como já discutido no presente estudo, além do acesso aos serviços de saúde bucal municipais ser baixo, quase a metade das PVHA relata não terem completado o tratamento odontológico. Poucos usuários afirmaram que receberam orientação do dentista para continuar o tratamento em outro CSF, quando o profissional soube que o paciente tinha HIV. Mais da metade das PVHA interromperam o tratamento devido à falta de material, problema no equipamento ou o CSF passar por reforma. Estas mesmas dificuldades juntamente com o fato de o CSF ser muito cheio e não ter vagas também foram descritas por quase a totalidade dos usuários que tentaram, mas não conseguiram ser atendidos nos serviços municipais. Araújo (2010) destaca a falta de vagas nos serviços públicos como o principal problema das PVHA para conseguir acesso à consulta odontológica, apontado por 46,2% dos usuários. Além disto, este autor ressalta a recusa dos profissionais ao atendimento como um relevante incômodo. Os demais problemas citados na presente pesquisa são legitimados por outros estudos (PIRES *et al.*, 2008; CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Apesar da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza ter implementado política de acolhimento com classificação de risco em alguns CSF, tendo em vista eleger necessidades clínicas prioritárias (FORTALEZA, 2011; NUTO; OLIVEIRA; ANDRADE; MAIA, 2010), na presente investigação, metade das PVHA só conseguiu acesso à consulta odontológica através de demanda espontânea com ficha distribuída no dia. Um terço ingressou no serviço referenciado pelo SAE e nenhum usuário citou o acolhimento como forma de acesso. Não se sabe ao certo o motivo das PVHA não terem procurado, ou terem tido acesso ao acolhimento por classificação de risco. Talvez o receio que algumas PVHA têm da revelação de sua condição de HIV positivo tenha influenciado a não utilização do acolhimento por

classificação de risco das unidades. Corroborando com a influência deste receio na utilização do serviço, destaca-se que mais de um terço dos usuários que tiveram acesso ao CSF/CEO foram atendidos longe do bairro onde residem. E destes, quase a metade solicitam atendimento em serviço longe de onde moram, quando foram encaminhados pelo SAE para o cirurgião-dentista. Pesquisa de Araújo (2010) concluiu que 35% das PVHA preferiam ir para consulta com o cirurgião-dentista em serviços públicos distantes de suas residências. Cavalcante *et al.* (2006) informaram que 49% destes usuários concordaram que preferem ser atendidos em consultório odontológicos públicos distantes do bairro onde moram.

Alguns estudos evidenciaram que mais da metade das PVHA afirmaram não revelar ao cirurgião-dentista sua condição sorológica diante de um tratamento odontológico. As principais justificativas relatadas por essas pessoas para a não divulgação do seu estado sorológico a esse profissional são medo de ter recusado o seu atendimento e receio de serem discriminados ou tratados com preconceito (ARAÚJO, 2010; PIRES, 2008). Na presente investigação, quase um quarto dos usuários que foram atendidos afirmaram já ter omitido alguma vez a condição de HIV positivo durante o atendimento odontológico. Quase 90% das PVHA apontaram como motivos para omissão o medo de ter atendimento recusado ou de serem discriminados.

Considerando todas estas questões em discussão, evidenciou-se também que para efetivação de uma atenção à saúde bucal resolutiva e contínua, é necessária, além de amplo acesso e boa qualidade do serviço, a adesão do usuário ao tratamento. Para tanto, a prática do cuidado humanizado às PVHA, por parte da equipe de saúde bucal, pode contribuir de maneira significativa, apoiando estes usuários na continuidade do tratamento. A humanização da atenção deve ser efetivada no cotidiano dos serviços, concretizando uma boa relação profissional-paciente e buscando a melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2005).

Deslandes (2004) sinaliza que a humanização é uma forma de assistência “que valoriza qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e referências culturais” (DESLANDES, 2004, p.02). Neste sentido, a humanização da atenção busca alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários. Deve-se respeitar a autonomia destes sujeitos, considerando sua singularidade, e, em se tratando da atenção às PVHA, sua vulnerabilidade, levando em conta a subjetividade da doença (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2005; DESLANDES, 2006).

No presente estudo, sobre os dispositivos da humanização do cuidado das PVHA, constatou-se uma nota com média de 7,6 ($\pm 2,5$) que o paciente atribuiu ao atendimento prestado pelo profissional cirurgião-dentista. A maioria dos usuários entrevistados acredita que o profissional está preparado para resolver seus problemas de saúde bucal e declararam-se muito satisfeitos ou satisfeitos em relação ao grau de satisfação geral do atendimento por parte do profissional. Mais de 70% das PVHA atendidas nos CSF/CEO assinalaram que ficaram muito satisfeitos ou satisfeitos, considerando o respeito e atenção e o repasse de informações de forma clara durante o atendimento. Sobre a prática do acolhimento, ancorado na escuta qualificada, compreensão dos medos, angústias e vulnerabilidade do paciente, levando em conta sua singularidade, a maioria respondeu estar muito satisfeito ou satisfeito. No entanto, quase a totalidade dos usuários não soube informar se o cirurgião-dentista praticava a clínica ampliada, se observou esforço do profissional em buscar interações com outros profissionais da ESF ou a ajuda de outros setores no sentido de atender todas as necessidades do usuário.

Os achados do presente estudo são corroborados por pesquisa analisando a humanização em 12 CSF de Fortaleza. Segundo os usuários, a preparação dos profissionais da ESF variou entre 50% a 70%. Os resultados encontrados neste estudo reforçam a noção de que, de acordo com a opinião dos usuários, o cuidado humanizado está ligado com a atenção (62,3%), respeito e educação (65,3%), dos profissionais. A pesquisa levantou a opinião dos usuários sobre o tipo de discriminação no serviço de saúde. Em quase todos os CSF, foi indicada a ocorrência de algum tipo de discriminação, tendo sido destacados abuso de autoridade, orientação sexual, cor/etnia, enfermidade e deficiência física. Ressalte-se que a discriminação por orientação sexual foi citada por 33,3% dos usuários entrevistados (ANDRADE *et. al.*, 2007).

Em contraposição a esta pesquisa de Andrade (2007), na presente investigação, quando perguntado às PVHA que foram atendidas do CSF/CEO se já haviam passado por alguma forma de discriminação durante o atendimento odontológico ou se observou algum tipo de resistência por parte do cirurgião-dentista ou das auxiliares em atendê-lo ou durante o atendimento, uma minoria, somente 5,9% respondeu que sim. Estas descobertas são relevantes, pois comprovam que, ao menos sob a ótica das PVHA atendidas, a equipe de saúde bucal tem oferecido uma assistência humanizada, considerando os resultados discutidos. Analisando o achado de que somente uma minoria se sentiu discriminada de alguma forma durante o atendimento odontológico, percebe-se que houve um avanço relacionado a esta questão do preconceito por parte dos profissionais em atender estes

pacientes. E conseqüentemente, é provável que este fato tenda a favorecer a ampliação do acesso, a integralidade e resolubilidade na assistência das PVHA, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Conclui-se que a humanização do atendimento odontológico das PVHA nos CSF/CEO de Fortaleza pode ser uma ferramenta fundamental no processo de adesão do usuário ao tratamento, bem como sua importância na avaliação destes serviços. Assim, a metodologia utilizada no presente estudo, mesmo que possa apresentar vieses de avaliação positiva, permitiu uma descrição da realidade, com grande parte dos usuários declarando-se satisfeita com a qualidade do serviço odontológico prestado pelas equipes de saúde bucal, embora tenham sido observadas queixas quanto à interrupção do tratamento ocasionadas pela deficiência de recursos físicos e materiais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos avaliativos como este que dimensionam a satisfação do usuário com o serviço são de extrema importância nas implementações das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor saúde, podendo contribuir significativamente no direcionamento e planejamento dos serviços. Finaliza-se afirmando que a atenção à saúde bucal às PVHA em Fortaleza, apesar dos avanços que vêm alcançando em seu processo de implementação, principalmente, relacionados à humanização e à diminuição do preconceito, ainda precisam promover melhorias, notadamente na organização da referência dos usuários, buscando progressos para aumentar o acesso, tornando esta atenção mais equânime.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.B. **Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010.

ANDRADE, J.T.; HOLANDA, V.M.S.; GONDIM, A.P.S. **Em busca do humano: avaliação do Humaniza Sus em ações municipais de saúde em Fortaleza**. Relatório Final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde - CETREDE /UFC; Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva – UECE. Fortaleza - CE, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Alternativas assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da Rede de Serviços de Assistência Especializada (SAE)**. Boletim Epidemiológico – Aids, ano 11, n. 3, p. 7-13, jun./ago. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS DST 2009**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B5E12D537-5F08-484B-9960-F54FE345DC31%7D/Boletim2009_preliminar.pdf/. Acesso em: 22 de março de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Versão preliminar. Brasília, DF, 2013. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf> Acesso em: 02 janeiro 2014.

BUCHALA, C.M.; CAVALHEIRO, T.R. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a aids: uma proposta de core set. **Acta Fisiatr**, São Paulo, 2008; 15(1):42-8.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

CASTRO, H.C.O.; MACHADO, L.Z. A satisfação do dos usuários com o SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 113-34, jul./dez. 2008.

CAVALCANTE, C. A. T.; GONÇALVES, D. H. A.; MAIA, D. K. A.; OLIVEIRA SÁ, E. A.; SOUZA, E.; SOUSA, J. N. M. B. **A atenção em saúde bucal para DST/HIV/AIDS na rede municipal de Belo Horizonte**: diagnóstico loco-regional. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Núcleo de Epidemiologia (NUVEP). **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, 2013.

COSTA, C.R.; COHEN, A.J.; FERNANDEZ, O.F.L.; MIRANDA, K.C.; PASSOS, X.S.; SOUZA, L.K.H. Asymptomatic oral carriage of *Candida* species in HIV-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo, v. 48, n. 5, p. 257-61, 2006.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da Assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>> Acesso em: 31 de Jan de 2014

_____. S.F.; **Humanização dos Cuidados em Saúde**: Conceitos, Dilemas e Práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DONABEDIAN. A. **La calidad de la atención médica** – definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, D.F., 1984.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação da Rede de Atendimento Odontológico para Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Prefeitura de Fortaleza.** Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2010 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:** saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2011.

GONÇALVES, V.B. **Percepções de profissionais e usuários com relação à odontologia na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Mestrado em odontologia em saúde coletiva). Piracicaba, SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2011.

NUTO, S.A.S.; OLIVEIRA, G.C.; ANDRADE, J.V.; MAIA, M.C.G. O acolhimento em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-Ce: um relato de experiência. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010.

PIRES, M. B. O.; MARTELLI JÚNIOR, H.; MELO FILHO, M. R.; CORDEIRO, R. S.; CASTRO, R. Dificuldades percebidas por pacientes vivendo com HIV/AIDS em obter tratamento odontológico. **Arquivos em Odontologia.** 2008; 44(3): 25-30.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 102-311, jan./fev. 2005.

Tabela 1 - Dados referentes à forma de acesso, resolução do problema e tratamento completo nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.

	n	%
Como conseguiu acesso a consulta		
Referenciado pelo SAE	19	27,9
Através do agendamento com o ACS ou ASB	3	4,4
Fichas distribuídas no dia	34	50,0
Através de amigo que trabalha no CSF/CEO	4	5,9
Encaminhado por profissional da ESF	2	2,9
Atendimento emergência	1	1,5
Referenciado do CSF	4	5,9
Através de familiar que trabalha no CSF/CEO	1	1,5
Satisfação com esta forma que conseguiu acesso a consulta		
Sim	56	82,4
Não	10	14,7
Em parte	2	2,9
Tempo que esperou pra ser atendido		
Até meia-hora	21	30,9
Entre meia e uma hora	23	33,8
Entre uma e duas horas	18	26,5
Mais de 2 horas	6	8,8
Ficou satisfeito em relação a esta espera		
Sim	55	80,9
Não	13	19,1
Considera que seu problema foi resolvido?		
Sim	44	64,7
Não	21	30,9
Em parte	3	4,4
O dentista completou o tratamento?		
Sim	37	54,4
Não	31	45,6
Porque o dentista não completou o tratamento		
Falta material, problema no equipamento ou CSF em reforma	18	58,1
Dentista faltou ao trabalho	2	06,4
Dentista não agendou o retorno	4	12,9
Paciente faltou a consulta e não foi remarcar	3	9,7
Dentista soube que usuário era HIV, disse que procurasse outro CSF	4	12,9

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS

Tabela 2 - Dados referentes à participação em atividade educativa, comparação do serviço público com o particular e discriminação ou resistência por parte da equipe nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.

	n	%
Participou de atividade educativa com equipe de saúde bucal		
Sim	18	26,5
Não	50	73,5
Se Sim, foi satisfatória?	18	100,0
Se foi atendido em serviço particular (hospital, consultório, plano de saúde), como classificaria o atendimento prestado no CSF/CEO		
Muito melhor	1	2,6
Melhor	1	2,6
Igual	18	46,1
Pior	15	38,4
Muito pior	4	10,3
Passou por alguma forma de discriminação/preconceito durante o atendimento?		
Sim	2	2,9
Não	66	97,1
Você observou algum tipo de resistência por parte do dentista ou das auxiliares em atendê-lo ou durante o atendimento?		
Sim	4	5,9
Não	64	94,1
Omitiu alguma vez que é HIV+ durante o atendimento odontológico no CSF/CEO?		
Sim	16	23,5
Não	52	76,5
Motivo da omissão que é HIV+ durante o atendimento odontológico no CSF/CEO		
Receio de discriminação	09	56,3
Receio de não ser atendido	5	31,3
Dentista conhecia família do paciente	1	6,3
Pensou que não deveria falar	1	6,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS

Tabela 3 - Dados referentes à estrutura física do consultório odontológico e distância deste da residência do usuário. Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.

	n	%
A estrutura física do consultório do CSF/CEO é adequada para o atendimento?		
Sim	32	47,1
Não	15	22,1
Em parte	3	4,4
Não sei	18	26,5
O consultório do CSF/CEO tem todos os materiais necessários para o atendimento?		
Sim	28	41,2
Não	22	32,4
Em parte	5	7,4
Não sei	13	19,1
Nos últimos 12 meses o serviço parou por falta de material ou manutenção?		
Sim	38	55,9
Não	1	1,5
Não sei	29	42,6
Se Sim, por quanto tempo?		
Entre duas e quatro semanas	2	5,3
Entre um e dois meses	9	23,7
Entre dois e quatro meses	13	34,2
Entre quatro e seis meses	9	23,7
Entre seis meses e um ano	3	7,9
Mais de um ano	1	2,6
Não sei	1	2,6
Mora no bairro perto do CSF/CEO que foi atendido		
Sim	42	61,8
Não	26	38,2
Motivo do atendimento ser longe do bairro do usuário		
Solicitação do usuário	11	42,3
Encaminhamento do SAE	11	42,3
Outro	4	15,4
Dificuldade de deslocamento de sua casa até o CSF/CEO que foi atendido		
Sim	9	13,2
Não	59	86,8

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS

Tabela 4 - Dados referentes aos dispositivos da humanização do cuidado nos serviços de saúde bucal (CSF/CEO). Informações das PVHA cadastradas nos SAE municipais. Fortaleza, Ceará, 2013.

	n	%
O dentista está preparado para resolver seus problemas de saúde bucal?		
Sim	57	83,8
Não	6	8,8
Em parte	1	1,5
Não sei	4	5,9
Grau de satisfação geral do atendimento por parte do dentista		
Muito Satisfeito	15	22,1
Satisfeito	35	51,5
Pouco satisfeito	10	14,7
Insatisfeito	8	11,8
Em relação ao respeito e atenção no atendimento por parte dentista		
Muito Satisfeito	23	33,8
Satisfeito	36	52,9
Pouco satisfeito	6	8,8
Insatisfeito	3	4,4
Em relação ao repasse de informações de forma clara durante o atendimento por parte do cirurgião-dentista		
Muito Satisfeito	19	27,9
Satisfeito	31	45,6
Pouco satisfeito	11	16,2
Insatisfeito	7	10,3
Em relação ao acolhimento, a escutar a queixa, a compreender os medos, angústias, vulnerabilidade, por parte do dentista		
Muito Satisfeito	27	39,7
Satisfeito	28	41,2
Pouco satisfeito	5	7,4
Insatisfeito	8	11,8
Em relação ao esforço do dentista em buscar interações com outros profissionais da ESF ou a ajuda de outros setores no sentido de atender todas as suas necessidades do paciente		
Muito Satisfeito	4	5,9
Satisfeito	2	2,9
Pouco satisfeito	1	1,5
Insatisfeito	3	4,4
Não sei	58	85,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa no programa SPSS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar os avanços da implementação das políticas públicas de saúde do Brasil em relação à Aids nas últimas décadas. Estas, reconhecidas internacionalmente, sobretudo em relação ao acesso gratuito à terapia antirretroviral e implementação de uma rede de serviços de saúde para atender essa população, tem tido um impacto positivo na redução da mortalidade e ampliando o tempo de vida e a qualidade da mesma nos pacientes infectados pelo HIV. Com esta melhoria, torna-se indispensável a organização de um suporte médico-odontológico a estes pacientes, inclusive pensando em estratégias de ampliação do acesso das PVHA aos serviços de saúde bucal.

Observa-se, entretanto, que, apesar da articulação ocorrida em Fortaleza entre as coordenações de Hepatites Virais e DST/Aids e Saúde Bucal da SMS para buscar a ampliação do acesso à consulta odontológica às PVHA nos CSF e CEO, o acesso a este tipo de atendimento ainda é baixo no grupo investigado. Registrou-se que apenas 429 usuários foram atendidos por 102, dos 170 profissionais entrevistados. Nota-se que apenas 60% dos profissionais entrevistados atende, conscientemente, esta população, e mesmo quando o faz, realiza em um número baixo de vezes (cerca de quatro pacientes por cirurgião-dentista). Sabendo que Fortaleza tem em torno de sete mil PVHA, pode-se concluir o baixo acesso desta população aos serviços odontológicos. Ressalta-se que a maioria destes usuários é de classe social baixa e dependente do SUS. Considerando a vulnerabilidade e as necessidades dessa população a problemas odontológicos, como cáries e doença periodontal, além das manifestações orais características da própria doença, torna-se inadmissível esta realidade em um país que é considerado de vanguarda no enfrentamento, pela política pública dos antirretrovirais, do HIV/Aids no mundo.

Conclui-se que os principais fatores associados à disposição para o atendimento a este grupo de pacientes são o conhecimento apropriado sobre questões técnicas relacionadas à infecção pelo HIV, educação permanente relativa ao atendimento das PVHA oferecida aos profissionais, além de experiência profissional prévia com estes usuários, de boas condições de trabalho, infraestrutura e biossegurança satisfatórias. Por outro lado, a falta de informação, insegurança, medo de contaminação e deficiência na estrutura da unidade de saúde são os principais motivos assinalados pelos cirurgiões-dentistas que não se sentem aptos ao atendimento às PVHA. No entanto, avanços foram notados em relação à humanização e à diminuição do preconceito no processo do cuidado destes pacientes.

Por fim, é necessário frisar que, apesar dos avanços, melhorias continuam necessárias nos serviços de saúde bucal, direcionados a esta população, notadamente na organização da referência dos usuários e no acesso. Portanto, sugerem-se investimentos da gestão na melhoria da estrutura dos serviços e em estratégias de Educação Permanente em Saúde para os profissionais do serviço, devendo estes ser pautados nas reais necessidades da população e limitações dos profissionais.

Compreendendo a complexidade do tema, não se almeja esgotar o assunto com esta pesquisa. Neste sentido, propõe-se que novos estudos sejam desenvolvidos sobre a temática, avaliando outras dimensões do processo de cuidado a este grupo de pacientes, considerando as diversas abordagens científicas. Portanto, os resultados deste e de futuros estudos podem contribuir para fortalecer a união entre gestão e atenção, e, conseqüentemente, favorecer uma melhor e mais equânime atenção à saúde das PVHA no município de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O.M.; BARRETO I.C.H.C.; FONSECA, C.D.; HARZHEIM, E. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap.7, p. 88 – 100.

BARRETO, I.C.; ANDRADE, O.M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação Permanente e a construção de sistemas municipais de saúde escola: o caso de Fortaleza – Ceará – Brasil**. Fortaleza, SMS - Sistema Municipal de Saúde Escola, 24p., 2006. Disponível em:< www.saudefortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 22 de mar. de 2011.

BARROS, M.E.B; MORI, M.E; BASTOS, S.S. O Desafio da Humanização dos/nos Processos de Trabalho em Saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, SB; BARROS, MEB (org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Rio Grande do Sul: Editora Unijui, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012**: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 09 de março de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Versão preliminar. Brasília, DF, 2013. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf> Acesso em: 02 de janeiro de 2014.

BUCHALA, C.M; CAVALHEIRO, T.R. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a Aids: uma proposta de core set. **Acta Fisiatr**, São Paulo, 2008; 15(1): 42-8.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Saúde com política estadual de educação permanente. 2008. Disponível em: <<http://intsrv023.ceara.gov.br/pls/portal/PORTAL>>. Acesso em: 22 de março de 2011.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Núcleo de Epidemiologia (NUVEP). **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, 9(16): 161-178, set. 2004-fev, 2005.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CHAGAS, R.A.; NUTO, S.A.S; ANDRADE, L.O.M. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza(CE). **Divulgação Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, (42):35-50, abr. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência &Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11(3): 705-712, 2006.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 7, p.168-232.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. Tratamento odontológico em pacientes HIV/Aids. **Rev. Odonto Ciência** – Fac. Odontologia/PUCRS, v. 20, n. 49, p. 281–289, jul./set. 2005.

CORRÊA, E.M.C.; BITTAR, T.O.; MENEGHIM, M.C.; AMBROSANO, G.M.B.; PEREIRA A.C. Nível de conhecimento e atitudes em relação a HIV/AIDS dos cirurgiões-dentistas da cidade de Piracicaba - SP, Brasil. **Rev Odontol**, UNESP. 2009; 38(6): 329-34.

DESLANDES, S.F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980.

_____. The Seven Pillars of Quality. In **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 114:1115- 1118, 1990.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press, New York, 2003.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação da Rede de Atendimento Odontológico para Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Prefeitura de Fortaleza**. Fortaleza. 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2005**. Fortaleza, 2006. Disponível em: <www.saudefortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 22 de março de 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2006**. Fortaleza, 2007. Disponível em: <www.saudefortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 22 de março de 2011.

GASPARIN, A.B. *et al.* Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009; 25(6): 1307-15.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HARTZ, Z.A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MCCARTHY, G.M.; SSALI, C.S.; BEDNARSH, H.; JORGE J.; WANGRANGSIMAKUL K.; PAGE-SHAFFER, K. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. **Oral Dis**. 2002;8 (Suppl 2):126-35.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec,1997.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 2006; 40(n. esp.): 141-7.

NUNES, M.F.; FREIRE M.C.M. AIDS e Odontologia: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas. **ROBRAC**, Goiás, 1999; 8(26):7-10.

PATTON L.L. HIV Disease. **Dent Clin North Am**. 2003; 47(3):467-92.

PINHEIRO, F.M.C; NÓBREGA-TERRIEN, S. M; ALMEIDA, M. E. L; ALMEIDA, M. I. **A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão**. **RGO (Porto Alegre)**;57(1):99-106, jan.-mar. 2009.

PINHEIRO, P. N. C; VIEIRA, N. F. C; PEREIRA, M. L. D.; BARROSO, M. G. T. O Cuidado Humano: Reflexão Ética Acerca dos Portadores de HIV/Aids. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 569-575, jul/ago. 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n 4, p. 312-317, julho, 2004.

SOUZA, H.M.M.R. Aids e o profissional de Odontologia. **Rev ABO Nac**. 2007; 5(4):256-9.

UNAIDS. **UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS**. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (orgs.). **Avaliação em Saúde**: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005 pp. 15-39.

APÊNDICES

(APÊNDICE A)

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS DENTISTAS DA ESF/CEO

1. ID _____
2. Data _____
3. SER: _____
4. CSF/CEO: _____

Dados Sociodemográficos:

5. Idade: _____

6. Sexo:

M

F

7. Naturalidade: Cidade _____ Estado _____

8. Estado civil:

Casado

Solteiro

Divorciado

Viúvo

União Estável

Outro

8.1. Outro: _____

9. Nº Filhos _____

10. Religião:

Católica

Protestante

Espírita

Origem africana

Ateu

Não tem

Outra

10.1. Outra _____

11. Escolaridade:

11.1. Ano graduação _____

11.2. Universidade de graduação Pública Privada

11.3. Curso de aperfeiçoamento Sim Não

11.3.1 Qual? Saúde Pública/Coletiva S. Família Pac. Especiais Outras Clínicas

11.3.2. Qual outra _____

11.4. Curso de especialização () Sim () Não

11.4.1 Qual? () Saúde Pública/Coletiva () S. Família () Pac. Especiais () Outras Clínicas

11.4.2. Qual outra _____

11.5. Mestrado () Sim () Não

11.5.1 Qual? () Saúde Pública/Coletiva () S. Família () Pac. Especiais () Outras Clínicas

11.5.2. Qual outra _____

11.6. Doutorado () Sim () Não

11.6.1 Qual? () Saúde Pública/Coletiva () S. Família () Pac. Especiais () Outras Clínicas

11.6.2. Qual outra _____

12. Carga-horária semanal no serviço público: () 12h () 20h () 30h () 40h () 60h

13. Vínculo () Estatutário () Celetista/SMS () Terceirizado () Outro

14. Ano ingresso na SMS _____

15. Foi vinculado a ESF em outro município?

() Sim () Não

16. Se sim, quanto tempo(anos)? _____

17. Além do SMS, onde mais trabalha:

() Consultório particular

() Empresa privada

() Plano de saúde

() Hospital Particular

() Não trabalha em outro local

() Secretaria Estadual de Saúde

() SMS Outro município

18.1. Professor na área () Saúde coletiva () Outras disciplinas

18.2. Outro _____

19. Renda mensal:

() Até cinco S.M - R\$ 3390,00

() Entre cinco e oito S.M - R\$ 3390,00 e R\$ 5424,00

() Entre oito e 11 S.M - R\$ 5424,00 e R\$7458,00

() Mais de 11 S.M - R\$ 7458,00

Eficiência do serviço no consultório odontológico

20. Há material de consumo para as atividades da ESB no CSF?

() Sim () Não () Parcialmente;

21. Se Não ou parcialmente, quais materiais mais faltam? _____

22. Nos últimos 12 meses, o serviço foi interrompido por falta de material ou manutenção?

Sim Não;

23. Se Sim, por quanto tempo?

Menos de uma semana

Entre uma e quatro semanas

Entre um e dois meses

Entre dois e quatro meses

Entre quatro e seis meses

Entre seis meses e um ano

Mais de um ano

24. Algum paciente ou grupo tem atendimento prioritário? Sim Não Não Sei

25. Se sim, qual(is)?

25.1 Crianças Sim Não

25.2 Idosos Sim Não

25.3 Gestantes Sim Não

25.4 Diabéticos Sim Não

25.5 Hipertensos Sim Não

25.6 HIV/Aids Sim Não

25.7 Outro _____

26. Durante sua graduação, você desenvolveu alguma atividade curricular e/ou extracurricular que envolveu o atendimento odontológico ao paciente HIV/Aids? Sim Não Não lembro

27. Se sim, por quanto tempo(meses)? _____;

28. Depois de graduado, antes de ingressar no ESF/CEO em Fortaleza, você desenvolveu alguma atividade que envolveu o atendimento odontológico ao paciente HIV/Aids?

Sim Não Não lembro

29. Você se sente apto a realizar o atendimento aos pacientes com HIV/Aids?

Sim Não Parcialmente

30. Se Não ou parcialmente, por quê?

30.1. Falta de informação Sim Não;

30.2. Falta de capacitação técnica Sim Não;

30.3. Falta de capacitação do pessoal auxiliar – ASB e TSB Sim Não;

30.4. Falta de estrutura Sim Não;

30.5. Outros _____

31. O que você sugere para os gestores da SMS/Regional para melhorar sua aptidão/ disposição para o atendimento ao paciente com HIV/AIDS?

31.1. Melhorar Infraestrutura física Sim Não;

31.2. Capacitação/treinamento /educação para os CD Sim Não

- 31.3. Capacitação/educação para pessoal auxiliar () Sim () Não
- 31.4. Insumos Suficientes () Sim () Não
- 31.5. Garantir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) () Sim () Não
- 31.6. Melhorar Biossegurança () Sim () Não
- 31.7. Esterilização eficiente () Sim () Não

31.8 Outros _____

32. Qual a sua percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico aos pacientes com HIV/AIDS, usando todos os equipamentos de proteção individual?

- () Muito baixo () Baixo () Médio () Alto

33. Você acredita que os processos de formação que você tem vivenciado na ESF/CEO no município de Fortaleza lhe auxiliam na assistência ao paciente HIV/Aids?

- () Sim () Não () Parcialmente

34. Se sim ou parcialmente, quais os processos formativos mais lhe auxiliaram?

35. Você participou do Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids de 60h oferecido pelo SMS em 2008? () Sim () Não () Não lembro () Não estava na SMS

36. Se Sim, este curso lhe auxiliou na assistência ao paciente HIV/Aids?

- () Sim () Não () Parcialmente

37. Você conhece os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento do paciente HIV/Aids?

- () Sim () Não; () parcialmente

38. Se Sim ou parcialmente, quais:

38.1. Hemograma completo. () Sim () Não

38.2. CD4. () Sim () Não

38.3. Carga viral. () Sim () Não

38.4 Outros _____

39. Você sabe quando durante o tratamento odontológico do paciente HIV/Aids há necessidade do cirurgião-dentista fazer prescrição de profilaxia antibiótica?

- () Sim () Não

39.1 Se Sim, quais?

() Paciente com CD4 abaixo (menos de 200 células CD4)

() Todo paciente

40. Você sabe em que tipos de procedimentos é prescrita a profilaxia?

- () Sim () Não

40.1. Quais procedimentos?

40.2. Cirurgia buço dental. () Sim () Não

40.3 Raspagem periodontal. () Sim () Não

40.4. Biopsia dos tecidos moles e ósseos. () Sim () Não

40.5. Outro _____

41. Você sabe o tipo de medicação que deve ser prescrita, considerando a quantidade de células de CD4? Qual a medicação? Qual dosagem? () Sim () Não () parcialmente

41.1. Medicação oral entre 200 e 50 células. () Sim () Não

41.2. Medicação venosa com menos de 50 células. () Sim () Não

41.3. Dosagem oral recomendada de 2g de amoxicilina 1h antes. () Sim () Não

41.4. Dosagem venosa recomendada de 600mg de lincomicina 1h antes. () Sim () Não

Atendimento ao paciente HIV/Aids

42. Você atende o paciente HIV/Aids no serviço público (ESF ou CEO)?

() Sim () Não;

43. Se Não, por quê?

() Medo de contaminação

() Não se sente capacitado

() Não deseja se envolver com este paciente

() Este paciente não procurou o serviço

43.1 Outro _____

43.2. Se marcou 4, se o paciente procurasse o serviço, atenderia? () Sim () Não

43.3. Quantos pacientes você atendeu? _____

Se NÃO na questão 42, responda o item 43 e passe para a questão N° 65

44. Quais procedimentos você realiza nestes pacientes HIV/Aids?

44.1. Exame clínico() Sim () Não;

44.2. Exame estomatológico() Sim () Não;

44.3. Profilaxia e Flúor() Sim () Não;

44.4. Restaurações() Sim () Não;

44.5. Exodontias() Sim () Não;

44.6 Raspagem () Sim () Não;

44.7 Atendimento de urgência odontológica() Sim () Não;

44.8. Educação em saúde() Sim () Não;

45. Depois da consulta, já fica agendado para o próximo atendimento?

Sim Não

46. Faz Tratamento Completo em pacientes HIV/Aids? Sim Não

47. Você já observou algum tipo de resistência por parte do pessoal auxiliar de sua equipe em atender os pacientes HIV/Aids? Sim Não Não sei

48. O processo de marcação das consultas odontológica ao paciente HIV/Aids no CSF/CEO é igual aos outros grupos de pacientes?

Sim Não Não sei

49. Como é o processo de marcação das consultas odontológica ao paciente HIV/Aids no CSF/CEO?

Acolhimento com Classificação de risco

Marcação uma vez no mês por ordem de chegada

Encaminhamento do SAE

Demanda espontânea

Encaminhamento por outro profissional do CSF

Prioritário

Agendado no Sistema

Não sei

49.1 Outro _____

50. Você considera que o atendimento odontológico ao paciente HIV/Aids no CSF/CEO é satisfatório?

Sim Não Em parte,

51. Se não ou em parte, justifique.

52. Que nota, numa escala de 0 a 10, você daria para o seu atendimento ao paciente HIV/Aids?

ASPECTOS QUE INFLUENCIAM DE FORMA IMPORTANTE A SUA DECISÃO EM TRATAR PACIENTES HIV/AIDS:

53. Solidariedade ao paciente HIV/Aids? Sim Não Em parte

54. O município ter um serviço de referência em atendimento HIV/Aids?

Sim Não Em parte Desconhece o serviço N/A

55. Estar bem informado sobre as condutas frente ao paciente HIV/Aids?

Sim Não Em parte

56. Ter participado do Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids de 60h oferecido pelo SMS em 2008?

Sim Não Em parte N/A porque não participou do curso

57. Por me proporcionar realização profissional? Sim Não Em parte

58. Por estar ciente da obrigação ética em atender paciente HIV/Aids?

Sim Não Em parte

EM RELAÇÃO À HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO:

59. Você considera que o usuário esta satisfeito com seu atendimento?

Sim Não Em parte Não sei

60. Se Não ou em parte, justifique _____

61. Você considera que oferece um atendimento com respeito e atenção?

Sim Não Em parte Não sei

62. Você considera que repassou ao paciente sobre o atendimento as informações com clareza?

Sim Não Em parte Não sei

63. Você acredita que acolhe, escuta a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identifica os riscos e a vulnerabilidade dele, oferece uma escuta qualificada ao paciente?

Sim Não Em parte Não sei

64. Você acredita que pratica o dispositivo da clinica ampliada buscando ajuda em outros setores além da saúde (intersectorialidade)?

Sim Não Em parte Não sei

65. Você conhece o fluxo de referência do paciente HIV/Aids na prefeitura de Fortaleza ?

Sim Não Em parte

66. Você considera que a estrutura física do consultório odontológico é satisfatória ou adequada para atendimento ao paciente HIV/Aids?

Sim Não Em parte Não sei

67. Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids?

Sim Não Em parte Não sei

68. A esterilização é realizada por autoclave?

Sim Não,

69. Se sim, é no próprio CSF? Sim Não

70. Se não, considera que o transporte do instrumental é seguro? Sim Não

71. É realizado controle biológico do processo de esterilização?

Sim Não Não sei

SOBRE RISCO OCUPACIONAL BIOLÓGICO:

72. Quais EPI você usa:

73.1. luvas de procedimento Sim Não As vezes

73.2 luvas estéreis Sim Não As vezes

73.3 Máscara Sim Não As vezes

73.4 Gorro/touca () Sim () Não () As vezes

73.5 Óculos () Sim () Não () As vezes

73.6 óculos paciente () Sim () Não () As vezes

73.7 jaleco manga curta () Sim () Não () As vezes

73.8 jaleco de manga longa () Sim () Não () As vezes

73.9 jaleco descartável () Sim () Não () As vezes

73.10 Máscara Facial () Sim () Não () As vezes

74.Frequência da troca da máscara:

() mais de 1 por turno () uma por turno () uma por dia () uma por semana () qdo suja de sangue
() uma por paciente

75.Como é a limpeza do óculos? () Água e sabão () desinfecção com hipoclorito () álcool 70% ()
álcool absoluto () outro () Não sei

76. Como é a lavagem do jaleco? () uma vez por dia () uma vez por semana () mais de uma vez
por semana () N/A () menos e uma vez por semana

77. Como é a troca do jaleco descartável; () por turno () por dia () por semana () N/A
() uma por paciente

78. Você é vacinado contra Hepatite B?

() Sim () Não; () Não lembro

79.Se Sim, fez o teste Anti HBS () Sim () Não () Não lembro

79.1 É imunizado? () Sim () Não () Não lembro

80. Tem conhecimento de protocolo no caso de acidente perfuro-cortante?

() Sim () Não () em parte

81. Você foi acidentado com material perfuro-cortante?

() Sim () Não

82.Se sim, foi notificado?() Sim () Não () Não lembro

83.O que foi feito? _____

84.Tomou algum medicamento? () Sim () Não

85. Se Sim, Qual _____

(APÊNDICE B)

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DA SAÚDE BUCAL DA ESF/CEO

Data _____ SER: _____ CSF/CEO: _____

Pesquisador _____ N° questionário _____

Dados Sociodemográficos**1. Idade:** _____ **2. Sexo:** () F () M () Os dois**3. Relação à cor da pele, você se considera:**

() Branco

() Pardo

() Negro

() Amarelo

() indígena

() Prefiro não declarar

4. Naturalidade: Cidade _____ Estado _____

5. Estado civil:

() Casado

() Solteiro

() Divorciado

() Viúvo

() União Estável

() Outro: _____

6. N° Filhos()**7. Religião:**

() Católica

() Protestante

() Espírita

() Origem africana

() Outra _____

() Não tem

8. Escolaridade:

() Não alfabetizado

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

- Ensino médio completo
 Superior _____ Mestrado _____ Doutorado _____

9. Profissão: _____

10. Renda mensal:

- Até um salário-mínimo(S.M) - R\$ 678,00
 Entre um e dois S.M - R\$ 678,00 - R\$ 1356,00
 Entre dois e quatro S.M - R\$ 1356,00 e R\$ 2712,00
 Entre quatro e seis S.M - R\$ 2712,00 e R\$ 4068,00
 mais de seis S.M - R\$ 4068,00

Atenção à saúde bucal

11. Você se consultou com o dentista nos últimos dois anos?

- Sim Não

Se Sim, qual objetivo da consulta?

- Atendimento de rotina Emergência Outro _____

12. Você utiliza o SUS para o atendimento odontológico? Sim Não

Se Não, por quê? _____

13. Quais serviços odontológicos você utiliza?

- CSF CEO Plano de Saúde
 Consultório Particular Faculdade
 Outro _____

14. Como você conseguiu o atendimento odontológico no CSF/CEO?

- Referenciado do SAE
 Através do agendamento com o ACS ou ASB
 Fichas distribuídas no dia
 Através de amigo que trabalha no CSF
 Atendimento emergência
 Outro _____

15. Você ficou satisfeito com esta forma de ter conseguido o atendimento no CSF/CEO?

- Sim Não Em parte

Se não, Por quê? _____

16. Você mora no bairro perto do CSF/CEO que foi atendido?

- Sim Não

Se não, Porque teve atendimento no CSF/CEO longe de seu bairro?

- Você solicitou Você foi encaminhado pelo SAE

outro _____

17. Você encontrou dificuldade de se deslocar de sua casa até o CSF/CEO que foi atendido?

Sim Não

18. No dia marcado para o atendimento você foi atendido? Sim Não

Se Não, por quê? _____

19. Quanto tempo você esperou pra ser atendido?

Até meia-hora Entre meia e uma hora

Entre uma e duas horas Mais de duas horas

Em relação a esta espera, você ficou satisfeito? Sim Não

20. Você considera que sua necessidade ou problema foi resolvido?

Sim Não Em parte

Se não, por quê? _____

21. Você considera que a estrutura física do consultório do CSF/CEO é adequada para o atendimento?

Sim Não em parte, Por quê? _____

22. Você considera que o consultório do CSF/CEO tem todos os materiais necessários para o atendimento?

Sim Não em parte, Por quê? _____

23. Você participou de alguma atividade educativa, como, por exemplo, instrução de higiene oral realizada pela ESB no CSF/CEO?

Sim Não, Se Sim, foi satisfatória? Sim Não

24. Se você já foi atendido em outro serviço, como o CSF, CEO, HOSPITAL PÚBLICO, HOSPITAL PARTICULAR, CONSULTÓRIO PARTICULAR, PLANO DE SAÚDE, você classificaria o atendimento prestado aqui como:

Muito melhor Melhor Igual Pior Muito pior;

Por quê? _____

25. Se o dentista fez algum encaminhamento para outro serviço municipal ou estadual, foi fácil marcar o atendimento? Sim Não; Se Não, quanto tempo esperou para ser atendido? Dias ____

Meses ____ Anos ____

26. Você considera que o dentista está preparado para resolver seus problemas de saúde bucal?

Sim Não Em parte, Por quê? _____

27. Você já passou por alguma forma de discriminação durante o atendimento odontológico?

Sim Não; Se Sim, especifique _____

28. Você observou algum tipo de resistência por parte do dentista ou das auxiliares em atendê-lo ou durante o atendimento?

Sim Não, Se sim, conseguiu identificar o motivo _____

29. Você já teve que omitir alguma vez sua condição de HIV positivo durante o atendimento oferecido pelo dentista da CSF/CEO?

Sim Não; Se Sim, Quantas vezes? _____ Porque omitiu? _____

30. Que nota você daria para o atendimento numa escala de 0 a 10? _____

CUIDADO HUMANIZADO

31. Em relação ao grau de *satisfação geral* do atendimento por parte do dentista, como você se considera?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

justifique _____

32. Em relação ao *respeito* como foi o atendimento por parte dentista, como você se considera?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

justifique _____

33. Em relação à *atenção* durante o atendimento por parte do, como você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

justifique _____

34. Em relação ao *interesse* durante o atendimento por parte do dentista, como você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

justifique _____

35. Em relação ao repasse de *informações de forma clara* durante o atendimento por parte do cirurgião-dentista, como você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

Justifique _____

36. Em relação ao *acolhimento*, a escutar sua queixa, a compreender seus medos, angústias, expectativas, sua vulnerabilidade, por parte do dentista, como você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

Justifique _____

37. Em relação ao esforço do dentista em *buscar informações/interações* com outros profissionais da Equipe de Saúde da Família ou a ajuda de outros setores no sentido de atender todas as suas necessidades de saúde, como você se sente?

Muito satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Insatisfeito

justifique _____

(APÊNDICE C) PROFISSIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a):

Este é um convite para você participar da pesquisa “**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE**” de responsabilidade do pesquisador **Lizaldo Andrade Maia** e orientação da Professora Dra. **Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará**. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família para as pessoas que vivem com HIV/Aids nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza. O (a) Senhor (a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa por fazer parte da equipe de Equipe de Saúde Bucal. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso aos mesmos. O Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. O **risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não as responder ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de atendimento odontológico. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar, diretamente, ao pesquisador **responsável: Lizaldo Andrade Maia**; Endereço da Institucional: Av. Augusto dos Anjos, 2466, Bom Sucesso, Fone: (85) 87505186, E-mail: lizaldo@gmail.com. Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, situado a Av. Dedé Brasil, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento. O pesquisador esclareceu dúvidas que foram devidamente explicadas, não restando quaisquer questões a respeito da pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Nome: _____ CSF/CEO _____ SER _____

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante _____ Impressão dactiloscópica



(APÊNDICE D) USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a):

Este é um convite para você participar da pesquisa “**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE**” de responsabilidade do pesquisador **Lizaldo Andrade Maia** e orientação da Professora Dra. **Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, do Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz do Ceará**. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar a atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família para as pessoas que vivem com HIV/Aids nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza. O (a) Senhor (a) foi selecionado (a) para participar da pesquisa por ser usuário do Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids. Sua participação é **voluntária**, pois a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que usa o serviço. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientadora terão acesso aos mesmos. O Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. O **risco** de sua participação é mínimo. Considerando que você pode ficar constrangido com algumas perguntas, você pode não as responder ou desistir de participar da pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de atendimento odontológico. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, diretamente ao pesquisador **responsável: Lizaldo Andrade Maia**; Endereço da Institucional: Av. Augusto dos Anjos, 2466, Bom Sucesso, Fone: (85) 87505186, E-mail: lizaldo@gmail.com. Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, situado a Av. Dedé Brasil, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento. O pesquisador esclareceu dúvidas que foram devidamente explicadas, não restando quaisquer questões a respeito da pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Nome: _____ SAE _____ SER _____

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Impressão dactiloscópica



ANEXO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: ARRANJOS E DISPOSITIVOS OPERADOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM FORTALEZA-CE

Pesquisador: Lizaldo Andrade Maia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16799113.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 357.459

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa se caracteriza por ser um estudo de campo transversal analítico que se afilia ao pressuposto quantitativo, tomando como objeto a atenção à saúde bucal às pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza desenvolvida pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e Centros de Especializado de Odontologia. Constitui um projeto a ser desenvolvido no Mestrado

Profissional em Saúde da Família. Tem como objetivo geral: investigar características da atenção à saúde bucal às pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica dos usuários e cirurgiões-dentistas. A pesquisa será realizada no município de Fortaleza-Ceará nos 92 Centros de Saúde da Família (CSF), das seis secretarias executivas regionais, nos dois Centros de Especializado de

Odontologia(CEO) e nos oito Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids (SAE). A pesquisa será realizada no decorrer de 2013. Os participantes serão selecionados de forma aleatória, compondo uma amostra de 253 cirurgiões-dentistas que são cadastrados nas equipes de Saúde Bucal, 14 cirurgiões-dentistas dos CEO, bem como 241 usuários cadastrados nos SAE. A técnica de coleta de dados será um questionário

específico para os profissionais e usuários. Os dados referentes aos questionários, depois de

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pineiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 357.459

tabulados, serão analisados por meio do programa de análise estatísticas Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), levando em conta os objetivos propostos. Esta pesquisa seguirá a resolução 196/96/Versão 2012 do CNS/MS, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e utilizará termo de consentimento livre e esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Investigar a dimensão de processo na atenção à saúde bucal às pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, sob a ótica usuários e cirurgiões-dentistas.

ESPECÍFICOS:

Identificar a satisfação dos usuários que vivem com HIV/Aids em relação à atenção à saúde bucal recebida junto ao Sistema Único de Saúde no município de Fortaleza.

Identificar características da atenção à saúde bucal às pessoas que vivem com HIV/Aids no Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são mínimos. Considerando que os participantes da pesquisa responderão um questionário, pode haver algum constrangimento em algumas perguntas.

Benefícios: O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área de atendimento odontológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa se afilia ao pressuposto quantitativo e se caracteriza como transversal analítico com a intenção de compreender a realidade considerando os objetivos propostos já apresentados. A referida abordagem foi escolhida porque o estudo envolve coleta de dados em um ponto fixo do tempo retratando uma determinada situação e o perfil do fenômeno naquele momento (POLIT, 2004; GIL, 2009). O estudo será realizado em duas fases. A primeira com os profissionais dentistas da equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família e Centros Especializados de Odontologia. A segunda fase será realizada com pessoas que vivem com HIV/Aids e utilizam o Sistema Único de Saúde do município de Fortaleza, incluindo os Centros de Saúde da Família, os Centros Especializados de Odontologia e os Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids (SAE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada:



Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pineiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 357.459

Riscos e benefícios aos sujeitos, identificados e informa como serão minimizados.
Termo de anuência anexado - Autorização do Sistema Municipal de Saúde Escola.
Critérios de inclusão e exclusão apresentados.
Cronograma adequado.

Recomendações:

Atualizar cronograma. Certificar-se de demais aspectos éticos nas pesquisas relacionadas a pessoas com HIV-AIDS.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

O projeto é relevante, apresenta-se bem fundamentado e respeita as recomendações da Resolução 196/96 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 12 de Agosto de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE



Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br