



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



VANESSA BENIGNO MOTA

**CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS, PRÁTICAS CLÍNICAS E
SEXUAIS DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Teresina
2017

VANESSA BENIGNO MOTA

**CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS, PRÁTICAS CLÍNICAS E
SEXUAIS DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Linha de Pesquisa: Análise de Situação de Saúde em Odontologia

Orientadora: Prof^a Dr^a. Simone Souza Lobão Veras Barros

Teresina

2017

CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS, PRÁTICAS CLÍNICAS E SEXUAIS DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

COMISSÃO EXAMINADORA

1) Profa. Dra. Simone Souza Lobão Veras Barros

Titulação: Doutora em Patologia Bucal

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Profa. Dra. Meire Coelho Ferreira

Titulação: Doutora em Odontologia

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Suplente:

1) Profa. Dra. Carmen Milena Rodrigues Siqueira Carvalho

Titulação: Doutora em Odontologia

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Teresina

2017

Dedico

Primeiramente a Deus, que permitiu finalizar mais essa etapa da minha vida, me dando forças durante os momentos mais difíceis desta jornada.

Aos meus amados pais Jaira Mendes Benigno Mota e Frederico Jorge da Silva Mota pelo apoio, carinho e amor incondicionais. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, ao meu pai e a minha irmã, Daniele Benigno Mota, que forneceram todo o suporte para a realização deste sonho, estando ao meu lado durante essa jornada.

Ao meu namorado, Luis Fernando Neri de Aguiar, por estar sempre me escutando e me fortalecendo com palavras e gestos tão sutis mas de fundamental importância para eu seguir em frente.

A minha orientadora Simone Souza Lobão Veras Barros, por toda a compreensão, ensinamentos, experiência e dedicação. Agradeço de coração por ter me acolhido tão bem e estar sempre firme mesmo diante de tantos empencilhos enfrentados, porém combatidos, durante esse período de mestrado.

A todos os professores e funcionários do programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPI, pelos conhecimentos transmitidos.

A Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, a doutoranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, Karinna Alves Amorim de Sousa, e a toda equipe de apoio do curso de Enfermagem, em especial as alunas de graduação Vanessa e Cristhia, por contribuírem fortemente para a execução desse trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente a Daylana Pacheco, por serem companheiros e compartilharem os momentos de alegria e os de dificuldades.

Às alunas da graduação (Jessyara e Nádia) que me ajudaram na mobilização dos alunos para a aplicação do formulário da pesquisa. Obrigada por estarem presentes em momentos fundamentais para que tudo ocorresse como o planejado!

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Meire Coelho Ferreira, Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura e Profa. Dra. Carmem Milena Siqueira Campos de Carvalho, por terem aceitado estarem presentes, dispondo de tempo e conhecimento para correção deste trabalho.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART	Terapia Anti Retroviral
CDC	Centro de Controle de Doenças
CDCP	Centro de Controle de Doenças e Prevenção
CDCPs	Centros de Controle de Doenças e Prevenção
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
PcP	Prevenção Com Positivos
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
SSPS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Práticas sexuais de alunos de odontologia de uma universidade pública. Teresina, Piauí, Brasil, 2016 (n=148).....	45
Tabela 2- Dados relacionados às práticas clínicas e exposição parenteral de alunos de Odontologia de uma universidade pública. Teresina, Piauí, Brasil, 2016 (n=148).....	48
Tabela 3- Conhecimento sobre como é transmitido o vírus HIV segundo variáveis independentes do estudo (n=148).....	49
Tabela 4- “Uso de preservativo nas relações sexuais” segundo variáveis independentes do estudo (n=148).....	50
Tabela 5- Diferença das médias das variáveis numéricas do estudo entre as categorias da variável dependente do estudo. (n=148).....	51
Tabela 6- “Sofreu algum acidente com material biológico” segundo variáveis independentes do estudo (n=148).....	52

SUMÁRIO

	p.
1. RESUMO.....	9
2. INTRODUÇÃO.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
REFERÊNCIAS.....	28
4 ARTIGO.....	38
RESUMO.....	39
INTRODUÇÃO.....	40
MATERIAL E MÉTODOS.....	42
População e amostra.....	42
Análise Estatística.....	42
RESULTADOS.....	44
DISCUSSÃO.....	53
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	61
5. PRESS RELEASE	66
6. PRODUÇÃO INTELECTUAL	67
7. ANEXOS	71
8. APÊNDICES	80

1.0 RESUMO

O controle da infecção pelo HIV constitui um problema de saúde pública por comprometer o sistema imunológico e provocar repercussões sistêmicas graves. O objetivo desse trabalho foi avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS, práticas clínicas e sexuais de estudantes de odontologia de uma universidade pública. O estudo foi do tipo transversal, realizado com alunos do curso de Odontologia que cursavam disciplinas clínicas (n=148, taxa de resposta de 91,9%) que responderam a um questionário contendo questões fechadas e semiabertas. Para análise dos dados, foram realizadas análises estatísticas descritiva e inferencial (teste qui-quadrado, teste exato de Fisher e Mann-Whitney), ao nível de significância de 5%. Os alunos pesquisados reconheceram corretamente como formas de transmissão do HIV: sangue (100%), relação sexual (99,3%), transmissão vertical (58,1%) e compartilhamento de material contaminado (94,6%) e como formas de prevenção: uso de preservativo (100%) e não compartilhar agulhas e seringas (99,3%). Quanto a frequência de uso de preservativo nas relações sexuais, 37% assinalaram “sempre”, 55,5% “às vezes” e 7,6% “nunca”. Nas práticas clínicas, 99,3% afirmaram utilizar EPIs, 28,4% já sofreram acidente perfurocortante, sendo a agulha o agente de exposição mais citado (32,5%) e na maioria dos casos (54,8%) nenhuma medida foi tomada após o acidente. Os alunos investigados exibiram bom conhecimento acerca de HIV/AIDS e atitudes preventivas adequadas no atendimento clínico e manejo de instrumentais perfurocortantes, entretanto ainda precisam ser motivados no que diz respeito ao uso de preservativo nas relações sexuais e orientados quanto aos cuidados pós-exposição acidental com material biológico.

Palavras-chave: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Estudantes de Odontologia, Conhecimentos, Educação em Odontologia.

2.0 INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas de saúde pública na contemporaneidade é a alta prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com destaque para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este é um retrovírus com genoma de Ácido Ribonucléico (RNA), citopático e não-oncogênico, que é capaz se integrar ao genoma do hospedeiro e levar ao desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Em todo o mundo, o controle do HIV constitui um dos principais problemas de saúde pública (Cohen et al., 2005) e configura entre os objetivos de desenvolvimento do milênio, aprovados por todos os Estados membros das Nações Unidas (WHO, 2015).

Desde o início da pandemia de AIDS no mundo na década de oitenta, mais de 78 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 39 milhões morreram. O relatório global produzido pela UNAIDS, órgão das Nações Unidas criado para o combate da infecção, estimou que naquele ano 35 milhões de pessoas viviam com o HIV e 1,5 milhão morreram de doenças oportunistas associadas à AIDS. Estima-se ainda que dezenove milhões das pessoas que vivem com HIV desconhecem seu *status* sorológico de positividade para o vírus (UNAIDS, 2014).

Os estudantes de Odontologia devem possuir conhecimento adequado do processo da doença, manifestações orais e modos de transmissão de HIV/AIDS (McCarthy et al., 1999; Oliveira et al., 2002; Erasmus et al., 2005). Ao receber informações e ter experiência clínica com pacientes com HIV/AIDS e outras doenças infecciosas, esses acadêmicos são levados a desenvolver atitudes positivas sobre o tratamento desses pacientes. Tais atitudes os ajudarão a cumprir seu dever legal e moral de tratar todos os pacientes com doenças infecciosas, enquanto cumprem as medidas de controle de infecção necessárias para evitar a propagação da doença (Kuthy et al., 2007).

Os estudantes de Odontologia podem ser um grupo particularmente vulnerável para adquirir uma infecção por muitas razões, incluindo práticas deficientes de controle de infecção (Rogers e Goodno, 2000; Azodo et al., 2013), treinamento insuficiente (Kohn et al., 2003; Kotelchuck et al., 2004), fadiga (Kohn et al., 2003), falta

de experiência (Younai et al., 2001; Kotelchuck et al., 2004) e de habilidade (Younai et al., 2001). Lesões acidentais constituem risco de exposição a patógenos transmitidos pelo sangue, como o HIV, para as pessoas que trabalham com seringas hipodérmicas e outros instrumentais perfurocortantes. Tais lesões ocorrem mais frequentemente durante procedimentos invasivos, como injeção para bloqueio de nervos, e durante o reencapamento da agulha após o uso (Kotelchuck et al., 2004; Ramos-Gomez et al., 1997).

Cerca de 90% da população brasileira de 15 a 54 anos de idade é sexualmente ativa e 4,0% de indivíduos nessa faixa etária teve mais de 5 parceiros eventuais em um ano (Brasil, 2006b). Sabe-se que o papel dos múltiplos parceiros sexuais é cada vez mais reconhecido como importante para a transmissão de ISTs, como HIV/AIDS (Myers et al., 2012). Estudantes universitários são, em sua maioria, jovens ou adultos jovens, portanto se enquadram nas faixas etárias de maior risco de infecção pelo HIV.

O objetivo desse trabalho foi avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS, práticas clínicas e sexuais de estudantes de odontologia de uma universidade pública.

3.0 REVISÃO DE LITERATURA

Como norma do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFPI (PPGO), a revisão da literatura será descrita na ordem cronológica em que os artigos foram publicados. A revisão de literatura foi realizada utilizando-se a base eletrônica de dados *PubMed/Medline/Scielo*. Os seguintes descritores foram pesquisados: *HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, dental students, knowledge, dental education*.

3.1) *Infecção por HIV*

3.1.1) *Características do vírus*

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus com genoma de Ácido Ribonucléico (RNA), da família *Retroviridae* e subfamília *Lentivirinae*, pertencente ao grupo de retrovírus citopáticos e não-oncogênicos. Esse vírus utiliza, para se multiplicar, uma enzima denominada transcriptase reversa, a partir da qual integra-se ao genoma do hospedeiro. O HIV-1 foi isolado em 1983 de pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos Estados Unidos da América (EUA). Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2 (Brasil, 2006b).

A infecção pelo HIV leva a imunodeficiência do sistema imunológico através da queda progressiva da contagem de linfócitos T-CD4+, a qual está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS (Brasil, 2006b).

3.1.2) *Características das populações infectadas pelo vírus*

O primeiro caso de HIV foi reconhecido nos EUA em 1981 e desde então tem sido diagnosticado em populações em todo o mundo (CDC, 1981). Inicialmente, os indivíduos considerados de maior risco para a infecção pelo HIV eram homens envolvidos em atividades homossexuais e usuários de drogas intravenosas (CDC, 2003).

A AIDS em sua primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada. Em seguida, de

1987 a 1991, passou a caracterizar-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis. Nos últimos anos, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres (feminização da epidemia). Hoje, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual (em 1991, 15,7%; em 1997, já se atinge a cifra de 36,3%; em 2003, 58,3%, mantendo-se essa tendência até os dias atuais) (Brasil, 2006b).

Segundo *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) (2014), a prevalência mundial do HIV foi estimada sendo 28 vezes maior entre as pessoas que injetam drogas, 12 vezes maior entre os profissionais do sexo, 19 vezes maior entre homens gays e homens que fazem sexo com outros homens e até 49 vezes maior entre mulheres transgêneros do que entre o restante de mulheres. No Brasil, populações-chave, como gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo, respondem pela maioria de casos novos de HIV (Brasil, 2015a).

As taxas de mortalidade por AIDS, ainda que equilibradas nacionalmente, mostram decréscimo importante em alguns estados brasileiros (Sul e Sudeste), que seguem derrubando a mortalidade por AIDS no país. Em contrapartida, ainda há muito o que fazer em estados nos quais a mortalidade cresceu em 2014 (Norte e Nordeste) (Brasil, 2015a).

Seguindo uma série histórica, houve evolução da epidemia de AIDS em relação a dados disponíveis desde 1980, sendo que pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção por 100.000 habitantes caiu para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos 12 anos. Dentre os destaques relevantes, o crescimento de HIV/AIDS na juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante (Brasil, 2015a).

3.1.3) Fluidos orgânicos contendo vírus

Além de sangue e fluidos corporais contendo sangue visível, sêmen e secreções vaginais também são considerados potencialmente infecciosos. O vírus também pode estar presente no líquido cefalorraquidiano, líquido sinovial, líquido

pleural, fluido peritoneal, fluido pericárdico e líquido amniótico, dos quais desconhece-se o risco de infecção por HIV. Fezes, secreções nasais, escarro, saliva, lágrimas, suor, urina e vômito não são considerados potencialmente infecciosos a menos que contenham sangue. O risco de infecção por HIV a partir destes fluidos e materiais é extremamente baixo (CDC, 2001).

Assim, embora o HIV tenha sido isolado de vários fluidos corporais que contenha células inflamatórias, somente o contato com sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno contaminados têm sido implicados como fontes de infecção desse vírus (Brasil, 2006b).

3.2) Transmissão do HIV

3.2.1) Via sexual

A transmissão sexual, através de contato heterossexual ou homossexual desprotegido, é a principal causa de aquisição do HIV (CDC, 2003; Mah e Halperin, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a transmissão heterossexual é a mais frequente do ponto de vista global (Brasil, 2006b).

Segundo Mah e Halperin (2010), o papel dos múltiplos parceiros sexuais é cada vez mais reconhecido como importante para a transmissão de infecções por via sexual, como HIV/AIDS. Tal papel se justifica biologicamente pela variabilidade na viremia ao longo da infecção pelo HIV, em particular durante a infecção aguda, que ocorre nas três primeiras semanas a dois meses após a aquisição viral, quando a carga viral está muito alta tanto no sangue como no sêmen, resultando no aumento genital do HIV (Pilcher et al., 2004). Wawer et al. (2005) e Pinkerton (2007) relataram maior probabilidade de transmissão do HIV durante a infecção aguda em comparação com períodos de infecção assintomática ou tardia. Assim, as parcerias múltiplas aumentam a probabilidade geral de que parceiros não infectados tenham relações sexuais e sejam expostos a parceiros que estejam infectados durante uma infecção aguda (Mah e Halperin, 2010).

3.2.2) Via sanguínea

Entre as formas de transmissão do HIV, estão o compartilhamento de equipamentos contaminados de injeção por usuários de drogas intravenosas (Friedland et al., 1985) e as transfusões de sangue e derivados (Brasil, 2006b).

3.2.3) Vertical (gestação, parto e pós-parto)

A transmissão do HIV de mãe para filho – transmissão vertical – pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto, no parto e pela amamentação. A realização do pré-natal, com oferecimento da testagem para o HIV e do aconselhamento pré e pós-teste, aumenta as chances da gestante ter um bebê saudável, por possibilitar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante soropositiva para o HIV e de seu recém-nascido. As gestantes que não realizaram o pré-natal, ou que apesar de terem realizado não tenham sido testadas para o HIV, ou que embora testadas para o HIV não tenham recebido o resultado sobre sua condição sorológica, deverão ter ao final da gestação (3º trimestre) ou na hora do parto a oportunidade de realizar esse diagnóstico com testes rápidos anti-HIV (Brasil, 2006b).

Segundo Sama et al. (2017), esse tipo de transmissão consiste em um grande desafio para a saúde pública e o conhecimento materno das formas de transmissão e prevenção é importante para reduzir a aquisição pediátrica de HIV.

3.2.4) Por via ocupacional

A conscientização do risco de transmissão ocupacional do HIV aos profissionais de saúde remonta a dezembro de 1984, quando o primeiro caso de infecção por HIV transmitida com agulha foi relatado (ANONYMOUS, 1984).

Embora tenham sido documentados episódios de transmissão do HIV após exposição cutânea não intacta (CDC, 1987), o risco médio de transmissão por esta via não foi quantificado com precisão, mas estima-se ser inferior ao risco de exposição à membrana mucosa (Fahey et al., 1991). Segundo Ippolito et al. (1993), o risco médio de transmissão do HIV após uma exposição percutânea a sangue infectado pelo vírus foi estimado em cerca de 0,3% e após uma exposição da membrana mucosa, de aproximadamente 0,09%.

A exposição ocupacional ao sangue ou a outros fluidos corporais constitui um pequeno, mas significativo risco de transmissão de HIV e de outros agentes patogênicos para os profissionais da saúde (MMWR, 2001; Sagoe-Moses et al., 2001). Dessa forma, o risco de infecção cruzada vem em foco particular nas práticas médicas e odontológicas (Borsum e Gjermo, 2004).

Kermode et al. (2005) afirmaram que mais de 90% das infecções por HIV que ocorrem entre esses profissionais provêm anualmente de países em desenvolvimento onde a segurança ocupacional é uma questão negligenciada.

3.3) Tratamento

No final dos anos 1990, houve uma evolução no tratamento para HIV/AIDS sob a forma de terapia anti-retroviral (ART), particularmente com o advento de inibidores de protease (Flexner, 1998). Esta terapia prolonga a vida de pessoas com HIV/AIDS, pois é responsável por uma drástica redução das infecções oportunistas e complicações decorrentes da infecção pelo HIV (Greenspan et al., 2004; Puthanakit et al., 2005).

Segundo Stine (2009), embora não tenham sido descobertas cura ou vacinas eficazes para HIV/AIDS até o momento, os sucessos da ART beneficiaram particularmente as populações com risco de desenvolver a doença. A vida prolongada dessas populações juntamente com a incidência de novas infecções a cada ano contribuem para um aumento constante do número de pessoas infectadas pelo HIV (Ellepola et al., 2011).

O objetivo final do tratamento consiste em suprimir a carga viral das pessoas infectadas pelo HIV. A supressão viral é um marcador da redução da probabilidade não só de as pessoas que vivem com HIV/AIDS apresentarem doenças clínicas, tais como doenças oportunistas (Kilmark e Mutasaapollo, 2012), como também da transmissão do HIV por estas pessoas (Montaner et al., 2014). Com essa supressão, as taxas de mortalidade diminuíram e muitas pessoas vivendo com HIV foram capazes de tratar esta condição como infecção crônica (McGrath et al., 2014).

3.4) Prevenção

Um dos principais meios de prevenção contra infecção pelo HIV via sexual é o uso de preservativos nas relações sexuais, pois segundo Morris et al. (1996) e Morison et al. (2001), tal infecção pode ser resultado de relações sexuais desprotegidas.

A transmissão via sanguínea pode ser prevenida por meio de controle da qualidade pelos bancos de sangue e aconselhamento de usuários de drogas. Enquanto que na prevenção da via vertical de transmissão, utilizam-se intervenções como a cirurgia cesariana, o uso de medicação quimioprolíptica na parturiente HIV+ e em seu recém-nascido, e a não-amamentação (Brasil, 2006b).

Já a infecção pelo HIV através de via ocupacional é em grande parte prevenida através de controle rigoroso de infecção, precauções universais, utilização de dispositivos seguros, eliminação adequada de resíduos e gestão rápida das exposições, incluindo a profilaxia pós-exposição (PEP) de HIV (estimada em reduzir a soroconversão do HIV em 81%) (Cardo et al., 1997).

Uma das formas de prevenção de infecção por HIV abrange os indivíduos já soropositivos, como forma de barrar a propagação do vírus. Embora o risco de transmissão do HIV com uso consistente de terapia antiretroviral seja baixo, não é zero (Wilson et al., 2008). A prevenção com positivos (PcP) tem três objetivos complementares em indivíduos infectados pelo HIV: (1) redução de comportamentos sexuais de alto risco; (2) reduzir o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e abuso de álcool, quando relevante; e (3) otimização dos cuidados clínicos (Wechsberg et al., 2012).

Uma meta-análise recente de 21 ensaios clínicos randomizados mostrou que as intervenções de PcP, incluindo intervenções individuais ou de grupo, reduziram significativamente a frequência de relações sexuais anal e vaginal sem preservativo (Yin et al., 2014).

Portanto, as intervenções do PcP encorajam as pessoas que vivem com HIV/AIDS a tomarem medidas para manter e melhorar a saúde, prevenir a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) a parceiros sexuais, evitar a partilha de agulhas e a gravidez indesejada, como forma de limitar a

transmissão do HIV das mães infectadas pelo HIV para os recém-nascidos (Munsakul et al., 2016).

Assim, as intervenções comportamentais e outras intervenções de redução de riscos, tais como a Prevenção com Positivos, continuam a ser importantes ferramentas para prevenir a transmissão do HIV (Baiputhong et al., 2017).

3.5) Testes rápidos para HIV/AIDS

Todos os testes de HIV devem incluir aconselhamento pré/pós-teste, que é considerado de natureza informativa e inclui dados de transmissão e prevenção, o significado dos resultados do teste e como obter mais informações ou aconselhamento de prevenção (CDC, 2001).

Quanto ao momento do diagnóstico de infecção de HIV/AIDS, não existe um único modo padrão de definir o diagnóstico tardio. A definição mais frequente se dá por meio da contagem de menos de 200 células de CD4/mm³ (Adler et al., 2009) no momento em que o paciente se apresenta pela primeira vez ao serviço de saúde para a testagem.

Historicamente, o diagnóstico do HIV envolvia testes laboratoriais prolongados para anticorpos contra o HIV em sangue colhido por punção venosa, necessitando de equipamento e pessoal especializados para sua realização (Walsh et al., 2010).

No início dos anos 2000 foram introduzidos os testes rápidos de diagnóstico para o HIV que utilizam sangue total de dedo ou fluido oral, com um resultado estabelecido em menos de uma hora. Devido ao baixo custo, facilidade, confiabilidade e velocidade de uso, estes testes são agora amplamente utilizados como um meio de diagnóstico por países de baixo recurso, além disso podem ser realizados por pessoas leigas treinadas adequadamente (Walsh et al., 2010; Flynn et al., 2017).

3.6) HIV e Odontologia

3.6.1) Normas de atendimento odontológico de pacientes com HIV/AIDS

O Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDCP) já orientava em 1988 a considerar que todos os pacientes estariam infectados com um patógeno transmitido

pelo sangue, independentemente dos seus estados sorológicos. Apesar disso, Bennett et al. (1995) verificaram que muitos dentistas ao redor do mundo se recusavam e/ou tornavam-se relutantes em tratar pacientes com HIV/AIDS, devido à falta de conhecimento sobre o risco de transmissão do vírus.

McCarthy et al. (1999) afirmaram que não é apenas antiético, mas também é ilegal que um dentista ou um estudante de odontologia recuse tratamento a um paciente soropositivo e Oliveira et al. (2002) enfatizaram que, desde 1988, a OMS declarou que todos os dentistas devem tratar pacientes soropositivos.

De acordo com o Código Brasileiro de Ética em Odontologia (CFO, 2002), artigo 6, parágrafo IV, "Existe uma violação ética se o paciente for abandonado, exceto por uma razão justificável". No entanto, ainda não foi promulgada legislação específica para o tratamento de paciente HIV positivo ou para o direito do profissional de saúde soropositivo a praticar odontologia no Brasil (Sposto et al., 2003). Para Borsum e Gjermo (2004), dentistas têm a responsabilidade profissional e ética de fornecer tratamento a pacientes com HIV e AIDS.

Como as pessoas que são diagnosticadas com HIV têm atualmente maior expectativa de vida devido ao sucesso das terapias anti-retrovirais, elas vão exigir cuidados de saúde cada vez mais competentes e compassivos, incluindo a saúde oral (Seacat et al., 2009). É importante ressaltar que em muitos casos o *status* de infecção por HIV não é conhecido pelo paciente no momento inicial da visita. Além disso, muitos pacientes soropositivos para o HIV, mesmo cientes de sua condição, são pouco propensos a revelá-lo ao dentista (Kasat et al., 2014).

3.6.2) *Risco de transmissão do HIV*

Estudos de taxas de soroprevalência do HIV entre dentistas estabeleceram que a odontologia está associada a um risco relativamente pequeno de transmissão do HIV (0 a 0,08%) (Klein et al., 1988; Gruninger et al., 1992; Gerberding, 1994).

Segundo Porter et al. (1990), no consultório odontológico, em comparação com outros ambientes de cuidados de saúde, lesões cortantes são mais prováveis devido

a um pequeno campo de operação, movimentos frequentes do paciente e a variedade de instrumentos dentários afiados utilizados na prática diária.

No entanto, apesar dos procedimentos terapêuticos odontológicos envolverem frequentemente sangue e saliva que podem conter uma variedade de patógenos e microorganismos transmissíveis, como o HIV, a possibilidade de transmissão desse vírus no ambiente de saúde bucal é muito baixa, desde que sejam observadas precauções padrão (Oliveira et al., 2002; Hu et al., 2004; Esrasmus et al., 2005).

De acordo com Esrasmus et al. (2005), embora a possibilidade de transmissão do HIV no ambiente de saúde bucal seja muito rara, os profissionais de saúde que entram em contato com sangue e produtos sanguíneos fazem parte da categoria profissional de alto risco para contaminação cruzada. À medida que mais pessoas ficam infectadas com HIV/AIDS, a probabilidade de profissionais de saúde bucal tratando mais pacientes com HIV/AIDS aumentará. Como resultado, haverá um risco aumentado para os profissionais de saúde bucal de se infectar por causa de lesões de agulha e outros modos de transmissão.

3.6.3) Controle de infecção

Existem procedimentos de controle de infecção baseados em evidências para proteger tanto os pacientes como os profissionais de odontologia contra patógenos transmitidos pelo sangue, como o HIV. As diretrizes para odontologia emitidas em 1993 e atualizadas em 2003 pelos Centros de Controle de Doença e Prevenção (CDCPs) são consideradas como o "padrão-ouro". O risco estimado de transmissão de HIV de dentistas de prática geral para seus pacientes é reconhecido como mínimo se as diretrizes de controle de infecção forem estritamente aderidas. No entanto, a falta de informação e o fraco treinamento em controle de infecção resultam em baixa conformidade do profissional com as práticas recomendadas e atitudes negativas particularmente contra pacientes infectados com HIV (CDC, 1993; CDC, 2003; Kermodé et al., 2005; Acosta-Gío et al., 2008).

3.6.4) Detecção precoce da infecção por HIV/AIDS

O diagnóstico precoce, combinado com outros serviços de prevenção, pode diminuir a incidência do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade (Institute of Medicine, 2000; Paltiel et al., 2005; Marks et al., 2005; Marks et al., 2006).

Lesões orais se apresentam muitas vezes como sinais e sintomas precoces de infecção por HIV/AIDS (Ramirez-Amador et al., 1998; Lim et al., 2001). Entre estas, candidíase oral, sarcoma de Kaposi e leucoplasia pilosa oral (Coogan e Greenspan, 2005; Yengopal e Naidoo, 2008) estão presentes em 50 a 70 por cento de todos os casos de HIV/AIDS (Yengopal e Naidoo, 2008). O reconhecimento dessas manifestações orais pelos profissionais de odontologia é de fundamental importância na detecção e diagnóstico precoce da infecção (Ajayi Yo e Ajayi Eo, 2008).

3.7) Estudantes de Odontologia e HIV

Os estudantes de odontologia podem ser um grupo particularmente vulnerável para adquirir uma infecção por muitas razões (Rogers e Goodno 2000; Younai et al., 2001; Konh et al., 2003; Kotelchuck et al., 2004; Azodo et al., 2013), especialmente no que diz respeito a exposição a patógenos transmitidos pelo sangue, como o HIV. Acidentes com agulhas ou outros instrumentos cortantes podem ocorrer principalmente durante procedimentos invasivos ou durante o reencapamento de agulha. (Ramos-Gomez et al., 1997; Kotelchuck et al., 2004).

Concentrando-se em estudantes de odontologia dos 3º, 4º e 5º ano de curso de faculdades públicas e privadas em Cartum, no Sudão, o estudo de Nasir et al. (2008) avaliou a prevalência e correlação socioeconômica dos conhecimentos dos estudantes, fontes de informação e relato de necessidade de posterior educação relacionada ao HIV e AIDS. Na época da pesquisa (março a maio de 2007), o número total de estudantes de odontologia registrada foi 782, dos quais 642 (taxa de resposta de 82%, com idade média de 21,7 anos, 72% meninas) responderam questionários anônimos auto-administrados em ambientes de sala de aula supervisionadas. Cerca de metade dos estudantes de odontologia reconheceu a necessidade de mais educação em todas questões relacionadas com o HIV, variando de 75% (questões básicas relacionadas a HIV/AIDS) a 84% (manejo de paciente). Apenas 38% dos

estudantes tiveram soma correta de pontuação sobre vários grupos de risco ocupacional de entrar em contato com HIV/AIDS.

Sadegui e Hakimi (2009) avaliaram o conhecimento e as atitudes em relação ao HIV/AIDS de estudantes iranianos de odontologia. Cinquenta e três itens de questionário auto-administrado foi aplicado nos 750 estudantes de odontologia que participaram do 10º Congresso Estudantil de Odontologia em Isfahan, Irã. A taxa de resposta global do questionário foi de 60,7%. O total de escores médios de conhecimentos e atitudes foram de 82,1% e 57,4%, respectivamente. Não houve diferenças significativas nos escores de conhecimento ou atitude entre os estudantes masculinos e femininos.

Brailo et al. (2011) avaliaram um grupo de estudantes de odontologia sobre o conhecimento de HIV, Vírus da Hepatite B (HBV) e Vírus da Hepatite C (HCV); as atitudes e percepções de risco sobre o tratamento de pacientes com HIV, HBV e HCV e identificaram fatores associados com o conhecimento e a vontade de tratar esses pacientes. Um questionário anônimo foi administrado a 534 estudantes na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb, Croácia. A taxa de resposta foi de 71,9%. Eles constataram que o conhecimento dos alunos aumentou a cada ano de estudo. Estudantes do terceiro, quarto e quinto anos (seniores) tiveram atitudes mais profissionais e foram significativamente mais positivos sobre obrigação profissional dos dentistas para tratar pacientes que são HIV-positivos do que estudantes no primeiro e segundo anos (júnior). Mais estudantes do sexo feminino que do sexo masculino afirmaram que o tratamento odontológico de rotina representa um risco significativo de infecção pelo HIV e hepatite.

Guruprasad e Chauhan (2011) realizaram um estudo transversal que avaliou o conhecimento, atitude e prática sobre o risco de transmissão do HIV através de acidentes com agulhas entre estudantes de odontologia. A pesquisa incluiu estudantes do terceiro e quarto anos e internos, totalizando 120 alunos que responderam a um questionário semi-aberto auto-administrado. Eles verificaram que 11% dos alunos não tinham conhecimento de que o vírus poderia ser transmitido através de agulhas infectadas. Uma proporção significativa dos alunos do terceiro ano (67,5%) não tinha conhecimento do método correto de descarte de agulhas e seringas

descartáveis, quando comparados aos internos (42,5%). Cerca de 26% disseram que iriam promover o sangramento ativo no local da lesão em caso de acidente com perfuro cortante e 30% afirmaram que tomariam a profilaxia pós-exposição.

Ryalat et al. (2011) abordaram a suspeita do nível deficiente a respeito da compreensão sobre HIV/AIDS entre estudantes de odontologia clínicos e pré-clínicos da Universidade da Jordânia. Foram distribuídos questionários aos estudantes de odontologia do quinto ano (n=121) e do terceiro ano (n=144) do ano letivo de 2008/2009. Uma porcentagem significativamente maior de alunos do quinto ano, quando comparados com alunos do terceiro ano, relatou que o ensino recebido sobre as precauções de infecções cruzadas e barreiras odontológicas foi adequado. A maioria (84,2%) dos alunos do quinto ano estavam cientes de que indivíduo portador de anticorpos anti-HIV pode ser um portador de HIV, somente 57,7% dos alunos do terceiro ano estavam cientes deste fato. Maioria reconheceu a associação entre sarcoma de Kaposi, candidíase oral e leucoplasia pilosa com HIV/AIDS, mas o conhecimento da associação entre HIV/AIDS com lesões menos frequentes foi inadequado.

Ellepola et al. (2011) avaliaram os conhecimentos relacionados e as atitudes a respeito de HIV/AIDS entre estudantes de Odontologia Clínica na Universidade do Kuwait. Foi aplicado um questionário com 60 perguntas para examinar conhecimentos em várias categorias e 13 perguntas para examinar atitudes em relação à doença. A pesquisa revelou que quase 58% dos entrevistados demonstraram um alto nível de conhecimento. Maioria dos alunos (63,6%) manifestaram atitude negativa. O escore sobre o conhecimento do vírus e do processo da doença dos estudantes do quinto ano foi significativamente maior do que os do último ano. No entanto, não foi observada diferença significativa em relação às outras categorias de conhecimentos. Apesar do alto nível de conhecimento, a maioria dos estudantes revelou atitude negativa em relação a HIV/AIDS.

Estudo transversal realizado por Askarian et al. (2012) avaliou a frequência de lesões causadas por agulhas em estudantes de odontologia, enfermagem e obstetrícia e seus conhecimentos e práticas de prevenção dessas lesões. Foi preenchido um questionário por 264 dentistas e 435 enfermeiros e estudantes de

obstetrícia. Cinquenta e dois por cento dos estudantes de odontologia e 48% dos estudantes de enfermagem e obstetrícia da Universidade de Medicina responderam ao questionário. Setenta e três por cento dos alunos relataram pelo menos uma lesão causada por agulha no ano anterior. As atividades mais frequentemente associadas com lesões envolveram agulha usada durante amostragem venosa ou injeção intravenosa em ambos os grupos estudados, seguidas por sutura de feridas em estudantes de enfermagem e obstetrícia e re-encapamento em estudantes de odontologia.

Myers et al. (2012) realizaram um estudo transversal com estudantes de odontologia de uma escola dental dos EUA para avaliar seus conhecimentos sobre a transmissão sanguínea de patógenos e de manejo de exposições; a frequência de exposições a patógenos de transmissão sanguínea; e as associações entre a exposição prévia, o conhecimento, a percepção do conhecimento e as atitudes em relação à prática. Duzentos e vinte estudantes (72,1%) responderam à pesquisa, e 215 (70,5%) responderam a perguntas sobre as exposições. A prevalência de exposições a patógenos de transmissão sanguínea foi de 19,1% e foi maior entre estudantes clínicos do que em pré-clínicos. Acidentes percutâneos ocorreram em 87,5% das pessoas expostas. Todos os alunos (pré-clínicos e clínicos) responderam corretamente a um maior número de perguntas sobre a transmissão de patógenos (66,7%) do que sobre o manejo pós-exposição (25,0%). Menos da metade relatou conhecimento adequado de transmissão e manejo (47,5% e 37,3%, respectivamente). Oito por cento dos entrevistados reconheceram uma falta de vontade para realizar procedimentos em pacientes com HIV.

Azodo et al. (2013) avaliaram estudantes de odontologia da Escola Federal de Tratamento e Tecnologia Dental, do Estado de Enugu, Nigéria, quanto aos conhecimentos, atitudes e boa vontade para tratar pacientes com HIV. Este estudo transversal foi realizado com o uso de um questionário de vinte e seis itens. O nível de conhecimento da transmissão do HIV e prevenção entre os entrevistados foi alta. No entanto, equívocos sobre a transmissão do HIV através de doação de sangue, picada de mosquito e compartilhamento de copos e pratos foram anotados. Descrições errôneas de HIV como inofensivo, auto-limitado, infecção sensível aos

antibióticos, vírus do castigo e infecção contagiosa também foram relatadas. Cerca de três quartos (74,3%) manifestaram disposição em tratar pacientes com HIV e 87,6% expressaram confiança em sua capacidade de prevenir a aquisição ocupacional de HIV.

Aggarwal e Panat (2013) avaliaram o conhecimento relacionado ao HIV/AIDS e as atitudes entre os 460 estudantes de odontologia do Instituto de Odontologia, Bareilly, Índia, utilizando um questionário auto-administrado estruturado com cinquenta e três perguntas. A taxa de resposta foi de 79,7%. O total de escores médios de conhecimentos e atitudes foram de 78,8% para excelente e 77,7% para positiva, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de conhecimento e atitude de homens e mulheres. Quanto às manifestações orais, candidíase e sarcoma de Kaposi foram os mais identificados.

O estudo transversal de Fotedar et al. (2013) avaliou o conhecimento e as atitudes em relação a pacientes com HIV/AIDS entre estudantes de odontologia em Shimla, Índia. Em novembro de 2011, foi aplicado questionário auto-administrado com quarenta e cinco itens. O escore médio de conhecimento foi de 68,3% para bom conhecimento, sendo este significativamente maior no grupo clínico do que no grupo pré-clínico.

Azodo et al. (2014) investigaram os conhecimentos e os equívocos sobre a infecção pelo HIV e a vontade para tratar pacientes infectados pelo HIV dos estudantes de odontologia nigerianos da Faculdade Federal de Terapia e Tecnologia Dental Enugu, Nigéria. O conhecimento sobre o modo de transmissão e prevenção do HIV entre os entrevistados foi alto, embora com alguns equívocos. Especificamente, o equívoco sobre a transmissão do HIV através de mordida de mosquito foi um dos maiores entre os entrevistados no período mais avançado do que os do período mais baixo. No entanto, 10,6%, 6,1% e 4,0% de inquiridos descreveram erroneamente o HIV como inofensivo, auto-limitado e infecção responsiva a antibióticos, respectivamente.

Oberoi et al. (2014) avaliaram o conhecimento e atitude dos estudantes de clínicas odontológicas indianas para o tratamento dos pacientes com HIV/AIDS e

fontes de informação sobre questões relacionadas com o HIV. Os dados foram coletados de estudantes de três cursos de Odontologia. O conhecimento correto sobre a prática de controle de infecções (técnica de barreira) foi encontrado somente entre 15,50% dos entrevistados. Os entrevistados tinham conhecimento suficiente sobre as manifestações orais de HIV/AIDS.

Premadasa et al. (2015) investigaram sobre o conhecimento de alunos de Odontologia a respeito da transmissão e manifestações orais do HIV/AIDS e das suas atitudes em relação à obrigação de tratar esses pacientes. De 109 estudantes em 4 anos de um programa de graduação dental de 6 anos, 106 responderam a um questionário. Os escores de conhecimento médio para homens e mulheres foram 38 e 40, respectivamente, embora a diferença entre eles não tenha se mostrado estatisticamente significativa. Os níveis de conhecimento do quarto, terceiro e segundo ano foram semelhantes, mas significativamente maior do que do primeiro ano. A pontuação média para atitude foi de 14 dos 24, sem diferenças significativas entre os sexos e anos de estudo.

Lee et al. (2016) analisaram atitudes, conhecimentos, preparação e boa vontade para tratar pessoas com HIV/AIDS de dentistas e estudantes de Odontologia de hospitais e escolas de Odontologia de cinco regiões da China e determinaram os fatores associados à disposição destes para tratar tais pacientes. As perguntas da pesquisa incluíram demografia, bem como quatro categorias sobre o tratamento de pessoas com HIV/AIDS: conhecimento, atitude, preparação e vontade de tratar. Foram recolhidos 394 (84%) e 462 (90%) questionários de dentistas e estudantes de Odontologia, respectivamente. Os escores médios dos dentistas indicaram conhecimento pobre, atitude negativa, preparação adequada e vontade neutra de tratar, já os escores médios dos estudantes: conhecimento pobre, atitude negativa, preparação adequada e vontade positiva de tratar. Quarenta e cinco por cento dos dentistas e 59% dos estudantes de Odontologia tiveram escores que indicaram disposição positiva para tratar de pessoas com HIV/AIDS. Atitude foi o único fator consistentemente correlacionado com a boa vontade de tratar. Dentistas e estudantes de odontologia mostraram escores baixos em todas as categorias, exceto para a preparação.

Os estudantes universitários, inclusive de Odontologia, são constituídos predominantemente por jovens dentro da faixa etária de maior risco de transmissão de HIV/AIDS. Embora existam muitos trabalhos na literatura abordando conhecimentos sobre esse vírus e atitudes com relação à prevenção desta infecção no ambiente clínico, há uma lacuna com relação ao comportamento sexual desses indivíduos. É relevante, portanto, que essa questão seja levantada, levando em consideração inclusive o fato desses jovens, como estudantes de saúde, serem formadores de opinião nessa área.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 197p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis pneumonia, Los Angeles. MMWR 1981; 30: 250-2.

Centers for Disease Control and Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention. CDC semi-annual HIV/AIDS surveillance report 2000. At: www.cdc.gov/hiv/stats.htm. Accessed: June 5, 2003.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Global Report. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport> >.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano IV, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

CDC. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral and revised recommendations for HIV screening of pregnant women, 2001. MMWR 2001; 50(No. RR-19):1-85.

Mah TL, Halperin DT. Concurrent sexual partnerships and the HIV epidemics in Africa: evidence to move forward. AIDS Behav 2010; 14: 11–16.

Pilcher CD, Tien HC, Eron JJ, Vernazza PL, Leu SY, Stewart PW, et al. Brief but efficient: Acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. The Journal of Infectious Diseases 2004; 189(10): 1785–1792. doi: :10.1086/386333.

Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, Serwadda D, Xianbin L, Laeyendecker O, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. The Journal of Infectious Diseases 2005; 191(9): 1403–1409. doi:10.1086/429411.

Pinkerton SD. Probability of HIV Transmission During Acute Infection in Rakai, Uganda. *AIDS and behavior* 2008; 12(5): 677-684. doi:10.1007/s10461-007-9329-1.

Friedland GH, Harris C, Butkus-Small C. Intravenous drug abusers and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): demographic, drug use, and needle-sharing patterns. *Arch Intern Med* 1985; 145: 1423-7.

Sama CB, Fetei VF, Tindong M, Tanyi JT, Bihle NM, Angwafo. Prevalence of maternal HIV infection and knowledge on mother-to-child transmission of HIV and its prevention among antenatal care attendees in a rural area in northwest Cameroon. *PloS One* 2017; 12(2): e0172102.

Anonymous. Needlestick transmission of HTLV-III from a patient infected in Africa. *Lancet* 1984; 2:1376-7.

CDC. Recommended infection-control practices for dentistry, 1987. *MMWR* 1987; 49(No. RR-8).

Fahey BJ, Koziol DE, Banks SM, Henderson DK. Frequency of nonparenteral occupational exposures to blood and body fluids before and after universal precautions training. *Am J Med* 1991; 90(2):145-53.

Ippolito G, Puro V, De Carli G. Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers. *Arch Int Med* 1993; 153: 1451-8.

Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2001, 50(RR-11):1-52.

Sagoe-Moses C, Pearson RD, Perry J, Jagger J. Risks to health care workers in developing countries. *N Engl J Med* 2001; 345(7):538-541.

Borsum KM, Gjermo PE. Relationship between knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among dental school employees and students. *Eur J Dent Educ* 2004, 8(3): 105-10.

Kermode M, Holmes W, Langkham B, Thomas MS, Gifford S. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne infection among health care workers in rural north Indian healthy care settings. *Am J Infect Control* 2005, 33: 34-41.

Flexner C. HIV-protease inhibitors. *NEJM* 1998; 338(18): 1281–93. doi: 10.1056/NEJM199804303381808.

Greenspan D, Gange SJ, Phelan JA, Navazesh M, Alves ME, MacPhail LA, et al. Incidence of oral lesions in HIV- 1-infected women: reduction with HAART. *J Dent Res* 2004; 83:145-50.

Puthanakit T, Oberdorfer A, Akarathum N, Kanjanavanit S, Wannarit P, Sirisanthana T, et al. Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected children participating in Thailand's National Access to Antiretroviral Program. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 100-7.

Stine GJ. *AIDS update 2009: an annual overview of acquired immune deficiency syndrome*. New York: Mc- Graw Hill Higher Education, 2009.

Ellepola ANB, Sundaram DB, Jayathilake S, Joseph BK, Sharma PN. Knowledge and Attitudes About HIV/AIDS of Dental Students from Kuwait and Sri Lanka. *J Dent Educ* 2011; 75: 574-81.

Kilmarx, PH, Mutasa-Apollo, T. Patching a leaky pipe: the cascade of HIV care. *Curr. Opin HIV AIDS*, [S.I.] 2013; 8(1): 59-64.

Montaner, JS, Lima, VD, Harrigan, PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV Treatment as Prevention” experience in a Canadian setting. *PLoS One*, [S.I.] 2014; 9(2), p. e87872.

McGrath JW, Winchester MS, Kaawa-Mafigiri D, Walakira E., Namutiibwa F, Birungi J, et al. Challenging the paradigm: anthropological perspectives on HIV as a chronic disease. *Med Anthropol* 2014; 33(4): 303–17. doi: 10.1080/01459740.2014.892483.

Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, Handcock MS. Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand. *AIDS* 1996; 10(11): 1265–71.

Morison L, Weiss HA, Buvé A, Caraël M, Abega SC, Kaona F, et al. Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2001; 15(Suppl 4): 61–9.

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needles tick Surveillance Group. *N Engl J Med* 1997; 337(21): 1485-90.

Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet* 2008; 372(9635): 314–20. Epub 2008/07/29. doi: 10.1016/S0140 6736(08)61115-0. pmid:18657710.

Wechsberg WM, Golin C, El-Bassel N, Hopkins J, Zule W. Current interventions to reduce sexual risk behaviors and crack cocaine use among HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep* 2012; 9: 385-93.

Yin L, Wang N, Vermund SH, Shepherd BE, Ruan Y, Shao Y, et al. Sexual risk reduction for HIV-infected persons: a meta-analytic review of "positive prevention" randomized clinical trials. *PLoS One* 2014; 9(9): e107652. doi: 10.1371/journal.pone.0107652. pmid: 25243404.

Munsakul W, Lolekha R, Kowadisaiburana B, Roongpisuthipong A, Jirajariyavej S, Asavapiriyant S, et al. Dual contraceptive method use and pregnancy intention among people living with HIV receiving HIV care at six hospitals in Thailand. *Reproductive health* 2016; 13:8. doi: 10.1186/s12978-016-0123-2. pmid: 26842976.

Baiphuthong B, Anekthananon T, Munsakul W, Jirajariyavej S, Asavapiriyant S. Implementation and assessment of a prevention with positives intervention among people living with HIV at five hospitals in Thailand. *PLoS One* 2017; 12(2): e0170558. doi: 10.1371/journal.pone.0170558.

Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ. Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care*, [S.I.] 2009; 21(3): 284-93.

Walsh A, Ndubani P, Simbaya J, Dicker P, Brugha R. Task sharing in Zambia: HIV service scale-up compounds the human resource crisis. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(1):272. doi: 10.1186/1472-6963-10-272.

UNAIDS. Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013; Geneva: 148 p. 2013.

Flynn DE, Johnson C, Sands A, Wong V, Figueroa C, Baggaley R. Can trained lay providers perform HIV testing services? A review of national HIV testing policies. *BMC Research Notes* 2017; 10: 20. doi:10.1186/s13104-016-2339-1.

CDC. Guidelines for the Prevention and Control of Congenital Syphilis, 1988. *MMWR* 1988; 37 (S-1): 1-13.

Bennett ME, Weyant RJ, Wallisch JM, Green G. Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(4): 509-14.

McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK. Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89(4): 541–5.

Oliveira ER, Narendran S, Falcão A. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. *AIDS Care* 2002;14(4): 569–76.

Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica (Dentistry ethical code). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia 2002.

Sposto MR, Santos SG, Domaneschi C, Navarro CM, Onofre MA. Knowledge valuation of dental students about HIV infection before and after an informative lecture. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(2): 125-32.

Seacat JD, Litt MD, Daniels AS. Dental Students Treating Patients Living with HIV/AIDS: The Influence of Attitudes and HIV Knowledge. *J Dent Educ* 2009; 73: 437-44.

Kasat VO, Saluja H, Ladda R, Sachdeva S, Somasundaram KV, Gupta A. Knowledge, attitude and practices toward post exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus among dental students in India. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4: 543-8.

Klein RS, Phelan JA, Freeman K, Schable C, Friedland GH, Trieger N, et al. Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *N Eng J Med* 1988; 318: 86-90.

Gruninger SE, Siew C, Chang S-B, Clayton R, Leete JK, Hojvat SA, et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection among dentists. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 57-64.

Gerberding JL. Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, hepatitis C, and cytomegalovirus among health care personnel at risk for blood exposure: final report from a longitudinal study. *J Infect Dis* 1994; 170: 1410-7.

Porter KM, Scully C, Porter S, Theyer Y. Needlestick injuries to dental personnel. *J Dentistry* 1990; 18: 258-62.

Hu SW, Lai HR, Liao PH. Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward hepatitis B virus, hepatitis C virus, and HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS Patient Care STDS* 2004; 18(10): 587-93.

Erasmus S, Luiters S, Brijlal P. Oral hygiene and dental students' knowledge, attitude, and behaviour in managing HIV/AIDS patients. *Int J Dent Hyg* 2005; 3(4): 213-7.

CDC. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. *MMWR* 1993 42(No. RR-8).

CDC. Guidelines for infection control in dental health-care settings, 2003. *MMWR* 2003 52(No. RR-17).

Acosta-Gío AE, Borges-Yáñez SA, Flores M, Herrera A, Jerónimo J, Martínez M, et al. Infection control attitudes and perceptions among dental students in Latin America: implications for dental education. *International Dental Journal* 2008; 58: 187-93.

Institute of Medicine. No Time to Lose: Making the Most of HIV Prevention. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage III GR, Losina E, Zhang H, et al. Expanded screening for HIV in the United States: an analysis of costeffectiveness. *N Engl J Med* 2005; 352(6): 586–595.

Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Metaanalysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39(4): 446–453.

Marks G, Crepaz N, Janssen R. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447–1450.

Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Ponce-de-Leon S. Oral manifestations of HIV infection by gender and transmission category in Mexico City. *J Oral Pathol Med* 1998;27:135-40.

Lim AA, Leo YS, Lee CC, Robinson AN. Oral manifestations of human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2001; 30: 600-6.

Coogan MM, Greenspan JCS. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization* 2005, 83:700-706.

Yengopal V, Naidoo S. Do oral lesions associated with HIV affect quality of life? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106:66–73.

Ajayi YO, Ajayi EO. Dental students' knowledge of human immunodeficiency virus. *Journal of dentistry* 2008; 36: 374-78.

Rogers B, Goodno L. Evaluation of interventions to prevent needlestick injuries in health care occupations. *Am J Prev Med* 2000; 18(4 Suppl):90-8. DOI: 10.1016/S0749-3797(00)00145- 8.

Younai FS, Murphy DC, Kotelchuck D. Occupational exposures to blood in a dental teaching environment: results of a ten-year surveillance study. *J Dent Educ* 2001; 65(5): 436–48.

Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for infection control in dental health-care settings--2003. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52(No RR-17):1-61.

Kotelchuck D, Murphy D, Younai F. Impact of underreporting on the management of occupational bloodborne exposures in a dental teaching environment. *J Dent Educ* 2004; 68(6): 614–22.66)

Azodo CC, Ehizele AO, Umoh A, Okechukwu R. Nigerian Dental Therapy Students' Knowledge, Attitude, and Willingness to Care for Patients with HIV. *J Dent Educ* 2013; 77: 793-800.

Ramos-Gomez F, Ellison J, Greenspan D, Bird W, Lowe S, Gerberding JL. Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in dental teaching clinics: A prospective study. *J Am Dent Assoc* 1997; 128:1253-61.

Kuthy RA, Heller KE, Riniker KJ, McQuistan MR, Qian F. Students' opinions about treating vulnerable populations immediately after completing community-based clinical experiences. *J Dent Educ* 2007; 71(6): 646–54.

Nasir EF, Åstrøm NA, David J, Ali RW. HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan- a cross sectional study. *BMC Public Health* 2008; 8:286.

Sadeghi M, Hakimi HH. Iranian Dental Students' Knowledge of and Attitudes Towards HIV/AIDS Patients. *J Dent Educ* 2009; 73: 740-45.

Brailo V, Pelivan I, Škaričić J, Vuletić M, Dulčić N, Cerjan-Letica G. Treating Patients with HIV and Hepatitis B and C Infections: Croatian Dental Students' Knowledge, Attitudes, and Risk Perceptions. *J Dent Educ* 2011; 75: 1115-26.

Guruprasad Y, Chauhan DS. Knowledge, attitude and practice regarding risk of HIV infection through accidental needlestick injuries among dental students of Raichur, India. *Natl J Maxillofac Surg* 2011; 2: 152-5.

Ryalat ST, Sawair FA, Shayyab MH, Amin WM. The knowledge and attitude about HIV/AIDS among Jordanian dental students: (Clinical versus pre clinical students) at the University of Jordan. *BMC Research Notes* 2011; 4:191.

Askarian M, Malekmakan L, Memish ZA, Assadian O. Prevalence of needle stick injuries among dental, nursing and midwifery students in Shiraz, Iran. *GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär* 2012; 7(1): 1-5.

Myers JE, Myers R, Wheat ME, Yin MT. Dental Students and Bloodborne Pathogens: Occupational Exposures, Knowledge, and Attitudes. *J Dent Educ* 2012; 76: 479-86.

Aggarwal A, Panat SR. Knowledge, Attitude, and Behavior in Managing Patients with HIV/AIDS Among a Group of Indian Dental Students. *J Dent Educ* 2013; 77: 1209-17.

Fotedar S, Sharma KR, Sogi GM, Fotedar V, Chauhan A. Knowledge and Attitudes about HIV/AIDS of Students in H.P. Government Dental College and Hospital, Shimla, India. *J Dent Educ* 2013; 77:1218-24.

Azodo CC, Omili MA, Akeredolu PA. Nigerian dental technology students and human immunodeficiency virus infection: Knowledge, misconceptions and willingness to care. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4:330-5.

Oberoi SS, Marya CM, Sharma N, Mohanty V, Marwah M, Oberoi A. Knowledge and attitude of Indian clinical dental students towards the dental treatment of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immune-deficiency syndrome (AIDS). *International Dental Journal* 2014; 64: 324–32.

Premadasa G, Sadek M, Ellepola A, Sreedharan J, Muttappallymyalil J. Knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS: a survey among dental students in Ajman, UAE. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2015; 6: 147–55.

Lee C, Fan Y, Starr JR, Dogon IL. Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. *Journal of Public Health Dentistry* 2016; 1-9.

4. ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

Artigo formatado de acordo com as normas do periódico “*Journal of Dental Education*”.

Folha de rosto

Conhecimento sobre HIV/AIDS, práticas clínicas e sexuais de estudantes de Odontologia

Autores:

Vanessa Benigno Mota – Estudante do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil. benigno.vanessam@gmail.com. 86 9 9830 3183.

Simone Souza Lobão Veras Barros – Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Mestrado), Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil. slobaobarros@yahoo.com.br. 86 9 9978 6464.

Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Simone Souza Lobão Veras Barros

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bloco 5 – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Bairro Ininga / CEP: 64049-550 Teresina – Piauí – Brasil

Telefone: 86 9 9830 3183 / E-mail: slobaobarros@yahoo.com.br

RESUMO

Finalidade/Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS, práticas clínicas e sexuais de estudantes de odontologia de uma universidade pública. **Métodos:** O estudo foi do tipo transversal, realizado com alunos do curso de Odontologia que cursavam disciplinas clínicas (n=148, taxa de resposta de 91,9%) e responderam a um questionário contendo questões fechadas e semiabertas. Para análise dos dados, foram realizadas análises estatísticas descritiva e inferencial (teste qui-quadrado e teste exato de Fisher), ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Os alunos reconheceram corretamente como formas de transmissão do HIV: “sangue” (100%), “relação sexual” (99,3%), “transmissão vertical” (58,1%) e “compartilhamento de material contaminado” (94,6%) e como formas de prevenção: “uso de preservativo” (100%) e “não compartilhar agulhas e seringas” (99,3%). Quanto a frequência de uso de preservativo nas relações sexuais, 37% assinalaram “sempre”, 55,5% “às vezes” e 7,6% “nunca”. Nas práticas clínicas, 99,3% afirmaram utilizar EPIs, 28,4% já sofreram acidente perfurocortante, sendo a agulha o agente de exposição mais citado (32,5%) e na maioria dos casos (54,8%) nenhuma medida foi tomada após o acidente. **Conclusão:** Os alunos exibiram bom conhecimento acerca de HIV/AIDS e atitudes preventivas adequadas no atendimento clínico e manejo de instrumentais perfurocortantes, entretanto ainda precisam ser motivados no que diz respeito ao uso de preservativo nas relações sexuais e orientados quanto aos cuidados pós-exposição acidental com material biológico.

Palavras-chave: HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Estudantes de Odontologia, Conhecimentos, Educação em Odontologia.

INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas de saúde pública na contemporaneidade é a alta prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), com destaque para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este é um retrovírus com genoma de Ácido Ribonucléico (RNA), citopático e não-oncogênico, que é capaz de se integrar ao genoma do hospedeiro e levar ao desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Em todo o mundo, o controle do HIV constitui um dos principais problemas de saúde pública¹ e configura entre os objetivos de desenvolvimento do milênio, aprovados por todos os Estados membros das Nações Unidas².

Desde o início da pandemia de AIDS no mundo na década de oitenta, mais de 78 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 39 milhões morreram. O relatório global produzido pela UNAIDS, órgão das Nações Unidas criado para o combate da infecção, estimou que naquele ano 35 milhões de pessoas viviam com o HIV e 1,5 milhão morreram de doenças oportunistas associadas à AIDS. Estima-se ainda que dezenove milhões das pessoas que vivem com HIV desconhecem seu *status* sorológico de positividade para o vírus³.

Os estudantes de Odontologia devem possuir conhecimento adequado do processo da doença, manifestações orais e modos de transmissão de HIV/AIDS⁴⁻⁶. Ao receber informações e ter experiência clínica com pacientes com HIV/AIDS e outras doenças infecciosas, esses acadêmicos são levados a desenvolver atitudes positivas sobre o tratamento desses pacientes. Tais atitudes os ajudarão a cumprir seu dever legal e moral de tratar todos os pacientes com doenças infecciosas, enquanto cumprem as medidas de controle de infecção necessárias para evitar a propagação da doença⁷.

Os estudantes de Odontologia podem ser um grupo particularmente vulnerável para adquirir uma infecção por muitas razões, incluindo práticas deficientes de controle de infecção^{8,12}, treinamento insuficiente^{10,11}, fadiga¹⁰, falta de experiência^{9,11} e de habilidade⁹. Lesões acidentais constituem risco de exposição a patógenos transmitidos pelo sangue, como o HIV, para as pessoas que trabalham com seringas hipodérmicas e outros instrumentais perfurocortantes. Tais lesões ocorrem mais frequentemente durante procedimentos invasivos, como injeção para bloqueio de nervos, e durante o reencapamento da agulha após o uso^{11,13}.

Cerca de 90% da população brasileira de 15 a 54 anos de idade é sexualmente ativa e 4,0% de indivíduos nessa faixa etária teve mais de 5 parceiros eventuais em um ano¹⁴. Sabe-se que o papel dos múltiplos parceiros sexuais é cada vez mais reconhecido como importante para a transmissão de ISTs, como HIV/AIDS¹⁵. Estudantes universitários são, em sua maioria, jovens ou adultos jovens, portanto se enquadram nas faixas etárias de maior risco de infecção por HIV/AIDS.

O objetivo desse trabalho foi avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS, práticas clínicas e sexuais de estudantes de odontologia de uma universidade pública.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo do tipo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) (#1.523.000, 2016) (Anexo 03).

População e amostra

A pesquisa foi realizada no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella da Universidade Federal do Piauí (UFPI). A população do estudo foi censitária, composta por estudantes do curso de Odontologia que já haviam ingressado nas atividades clínicas, no período da coleta dos dados (setembro a novembro de 2016). Não foram incluídos no estudo os estudantes que haviam efetuado trancamento de matrícula no período da pesquisa.

Os estudantes que aceitaram participar do estudo (n=148) assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01) e responderam a um questionário composto por questões fechadas e semiabertas que abordaram dados sociodemográficos (idade, sexo e estado civil), uso de álcool e outras drogas, práticas clínicas e exposição parenteral, comportamento sexual e conhecimentos sobre o HIV. (Apêndice 02).

Análise Estatística

Os dados foram analisados com a utilização do aplicativo estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.0. Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples com distribuição de frequências absolutas, percentuais simples e medidas de tendência central. Para

avaliar as associações entre variáveis dependentes e independentes categóricas foram aplicados os teste qui-quadrado e exato de Fisher. Para observar as diferenças das médias dentre as categorias da variável dependente foi aplicado o teste de Mann-Whitney, pois os dados apresentaram distribuição não normal. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 161 alunos do curso de Odontologia da UFPI, foram incluídos 148 assim distribuídos: 25 (16,9%) do terceiro período, 15 (10,1%) do quarto período, 22 (14,9%) do quinto período, 16 (10,8%) do sexto período, 24 (16,2%) do sétimo período, 17 (11,5%) do oitavo período e 29 (19,6%) do nono período. A média das idades dos participantes foi de 22,4 anos \pm 2,8. A faixa etária foi de 19 a 42 anos, com 58 alunos (39,2%) com idades até 21 anos, 77 alunos (52%) com idades entre 22 e 25 anos e 11 alunos (7,4%) com mais de 25 anos. Cinquenta alunos (33,8%) eram do sexo masculino e 98 (66,2%) do sexo feminino, sendo 139 (93,9%) solteiros e 9 (6,1%) casados/união estável.

Em relação aos conhecimentos sobre HIV/AIDS, 144 (97,3%) alunos afirmaram que sabiam como é transmitido o HIV e 4 (2,7%) sabiam em parte. Quando perguntados sobre as formas de transmissão do HIV, responderam corretamente os alunos que marcaram “sangue” (148 - 100,0%), “relação sexual” (147 - 99,3%), “transmissão vertical” (86 - 58,1%) e “compartilhamento de material contaminado” (140 - 94,6%). Dois (1,4%) afirmaram erroneamente que beijo e abraço consistem em rotas de transmissão para o vírus. Quando perguntados sobre as formas de prevenção, optaram corretamente os alunos que assinalaram “uso de preservativo” (148 - 100,0%) e “não compartilhar agulhas e seringas” (147 - 99,3%). Sessenta e três (42,6%) e 64 (43,2%) alunos responderam erroneamente que “evitar ter relações sexuais com portadores do vírus” e “não compartilhar objetos pessoais com portadores do vírus”, respectivamente, previnem a transmissão do HIV. Cento e dez estudantes (74,3%) disseram que existem medicamentos contra a AIDS para serem

usados após uma situação de risco, 11 (7,4%) afirmaram erroneamente que não existem e 25 (16,9%) não souberam responder.

Com relação às práticas sexuais, os alunos se comportaram como mostrado na tabela 1.

Tabela 1: Práticas sexuais de alunos de odontologia de uma universidade pública. Teresina, Piauí, Brasil, 2016 (n=148)

Variáveis	n (%)	\bar{x}	\pm	IC 95%	Min-Max
Idade que teve primeira relação		17,6 (2,3)	2,3	17,3; 18,0	11; 23
<16 anos	21 (14,2)				
≥ 16 anos	127 (85,8)				
Tem apenas um parceiro(a)					
Sim	91 (76,5)				
Não	28 (23,5)				
Quantidade de parceiros fixos nos últimos 12 meses		1,2 (0,6)	0,6	1,1; 1,3	0; 4
Com os parceiros fixos você					
Nunca usou camisinha	9 (7,6)				
Usou camisinha em menos da metade das vezes	34 (28,8)				
Usou camisinha em mais da metade das vezes	37 (31,4)				
Usou camisinha em todas as vezes	38 (32,2)				
Quantidade de parceiros eventuais nos últimos 12 meses		3,5 (2,8)	2,8	2,4; 4,6	1; 10
Com os parceiros eventuais você					
Nunca usou camisinha	1 (3,6)				
Usou camisinha em menos da metade das vezes	4 (14,3)				
Usou camisinha em mais da metade das vezes	6 (21,4)				
Usou camisinha em todas as vezes	17 (60,7)				
Usa preservativo nas suas relações sexuais					
Sempre	44 (37,0)				
Nunca	9 (7,6)				
Às vezes	66 (55,5)				
Motivo de não usar preservativo (*)					
Não gosta	10 (16,4)				
Nem sempre tem	8 (13,1)				

Confia no parceiro	30 (49,2)
Relaciona-se com pessoas limpas	3 (4,9)
Outros motivos	10 (16,4)

Legenda: x = *média*, \pm = Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max=
Mínima e máxima. Múltipla resposta = (*)

Quanto ao uso de bebida alcoólica, 121 (81,8%) alunos responderam afirmativamente. Destes, 37 (30,8%) consomem de 1 a 2 vezes por semana e 46 (38,3%) consomem raramente esse tipo de bebida. Quanto ao uso de drogas, 14 (9,5%) alunos admitiram o consumo e relataram como rara a frequência de uso.

Os alunos foram questionados quanto a atitudes durante as práticas clínicas e exposição parenteral (tabela 2).

Tabela 2: Dados relacionados às práticas clínicas e exposição parenteral de alunos de Odontologia de uma universidade pública. Teresina, Piauí, Brasil, 2016 (n=148)

Variáveis	n (%)	%
Faz uso de EPI		
Sim	147 (99,3)	99,3
Não	1 (0,7)	0,7
Quais EPI's(*)		
Jaleco	147 (100,0)	100,0
Óculos	139 (94,6)	94,6
Luvas de procedimento	147 (100,0)	100,0
Capote	89 (60,5)	60,5
Touca	147 (100,0)	100,0
Propé	7 (4,8)	4,8
Outros	29 (19,7)	19,7
Outras medidas utilizadas de proteção visando prevenir exposição accidental (*)		
Atenção	144 (97,3)	97,3
Não reencepe de agulhas	59 (39,9)	39,9
Realização de técnica correta	125 (84,5)	84,5
Uso de sapatos fechados	130 (87,8)	87,8
Aumentar o conhecimento sobre vias de transmissão	65 (43,9)	43,9
Sofreu acidente perfuro cortante		
Sim	42 (28,4)	28,4
Não	106 (71,6)	71,6
Agente de exposição		
Agulha	13 (32,5)	32,5
Lâmina/ Lanceta	3 (7,5)	7,5
Sondas	11 (27,5)	27,5
Outros	13 (32,5)	32,5
Circunstância do acidente		
Adm. de medicamentos	1 (2,4)	2,4
Descarte inadequado de material perfurocortante	1 (2,4)	2,4
Reencepe de agulha	1 (2,4)	2,4
Procedimento odontológico	27 (64,3)	64,3
Lavagem de instrumental	7 (16,7)	16,7
Outros	4 (9,5)	9,5
Medida tomada após acidente		
Notificação	6 (14,3)	14,3
Realização de exame sorológico do paciente fonte	2 (4,8)	4,8
Imunização	3 (7,1)	7,1
Nenhuma medida	23 (54,8)	54,8
Outras	8 (19,0)	19,0

Legenda: Múltipla resposta = (*)

A tabela 3 traz a associação entre a variável dependente “Conhecimento sobre como é transmitido o HIV” e as variáveis independentes “faixa etária”, “sexo” e “período que cursa”. Não houve associação entre essas variáveis.

Tabela 3: Conhecimento sobre como é transmitido o vírus HIV segundo variáveis independentes do estudo (n=148)

Variáveis independentes	Conhecimento sobre como é transmitido o HIV		p valor*
	Sim n(%)	Em parte n(%)	
Faixa etária (em anos)			<i>0,65</i>
≤ 21	56(96,6)	2(3,4)	
> 21	88(97,8)	2(2,2)	
Sexo			<i>0,18</i>
Masculino	50(100,0)	-	
Feminino	94(85,9)	4(4,1)	
Período que cursa			<i>0,17</i>
3º ao 5º	59(95,2)	3(4,8)	
6º ao 9º	85(98,8)	1(1,2)	
Usa preservativo nas relações sexuais			<i>0,25</i>
Sempre	44(100,0)	-	
Nunca, Às vezes	72(96,0)	3(4,0)	

O p valor foi obtido pelo teste de exato de Fisher.

A tabela 4 traz a associação entre a variável dependente “Usa preservativo nas relações sexuais” e as variáveis independentes “Faixa etária”, “Sexo”, “Período que cursa” e “Estado civil”. Não houve associação entre essas variáveis.

Tabela 4: “Uso de preservativo nas relações sexuais” segundo variáveis independentes do estudo (n=148)

Variáveis independentes	Usa preservativo nas relações sexuais		p valor*
	Sempre n(%)	Nunca/Às vezes n(%)	
Faixa etária (em anos)			0,30
≤ 21	17(43,6)	22(56,4)	
> 21	27(33,8)	53(66,3)	
Sexo			0,29
Masculino	23(48,9)	24(51,1)	
Feminino	21(29,2)	51(70,8)	
Período que cursa			0,50
3º a 5º	18(40,9)	26(59,1)	
6º ao 9º	26(34,7)	49(65,3)	
Estado civil			0,34
Solteiro	42(38,2)	68(61,8)	
Casado/ União estável	2(22,2)	7(77,8)	

O p valor foi obtido pelo teste do qui-quadrado.

A tabela 5 traz a diferença das médias das variáveis numéricas do estudo entre as categorias da variável dependente do estudo. Houve diferença estatística entre a idade dos alunos que usam sempre e os que nem sempre usam preservativo.

Tabela 5: Diferença das médias das variáveis numéricas do estudo entre as categorias da variável dependente do estudo. (n=148)

Variáveis	Usa preservativo nas relações sexuais				p valor
		n	Média	d.p	
Idade (em anos)					<i>0,05</i>
	Sempre	44	22,1	2,2	
	Nem sempre	75	23,1	3,1	
Idade que teve a primeira relação (em anos)					<i>0,10</i>
	Sempre	43	18,1	2,3	
	Nem sempre	75	17,4	2,2	
Número de parceiros fixos nos últimos 12 meses					<i>0,50</i>
	Sempre	36	1,2	0,5	
	Nem sempre	74	1,2	0,7	
Número de parceiros eventuais nos últimos 12 meses					<i>0,91</i>
	Sempre	10	3,4	3,1	
	Nem sempre	17	3,5	2,7	

d.p= Desvio padrão. O p valor foi obtido pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância estatística é fixado em $p \leq 0,05$.

A tabela 6 traz a associação da variável dependente “Sofreu acidente com material biológico” com as variáveis independentes “Faixa etária”, “Sexo” e “Período que cursa”. Não houve associação entre essas variáveis.

Tabela 6: “Sofreu algum acidente com material biológico” segundo variáveis independentes do estudo (n=148)

Variáveis independentes	Sofreu acidente com material biológico		<i>p valor*</i>
	Sim n(%)	Não n(%)	
Faixa etária (em anos)			<i>0,58</i>
≤ 21	15(25,9)	43(74,1)	
> 21	27(30,0)	63(70,0)	
Sexo			<i>0,64</i>
Masculino	13(26,0)	37(74,0)	
Feminino	29(29,6)	69(70,4)	
Período que cursa			<i>0,34</i>
3º ao 5º	15(24,2)	47(75,8)	
6º ao 9º	27(31,4)	59(68,6)	

O p valor foi obtido pelo teste qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Já está bem estabelecido na literatura que as principais vias de transmissão de HIV são sexual e sanguínea¹⁴. No presente estudo, a maioria dos estudantes respondeu que a relação sexual é uma das vias de transmissão do vírus HIV. Apesar de uma porcentagem alta relacionar essa forma de transmissão com aquisição de HIV/AIDS, ainda é preocupante que estudantes desconheçam tal via de transmissão. Todos os alunos pesquisados responderam corretamente que o sangue é uma via de transmissão desse vírus, corroborando com os resultados apresentados por outros autores^{5,15,16}.

Todos os estudantes investigados reconheceram o “uso do preservativo” como um método seguro de prevenção da transmissão de HIV/AIDS, corroborando com os achados de Fotedar et al.¹⁸ (97%) e superando os encontrados por Nasir et al.¹⁷ (50,1%). Entretanto, quando questionados se usavam o preservativo habitualmente, a maioria relatou utilizar às vezes e 7,6% nunca usaram, alegando, em maior parte, confiar no parceiro.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde¹⁹, 25,2% da população brasileira com faixa etária de 15 a 54 anos tiveram início de atividade sexual com menos de 15 anos, 24,9% usam regularmente preservativo com parceiros fixos e 51,5% com parceiro eventual. Apesar da faixa etária do presente estudo ser um pouco diferente, foi observada uma porcentagem menor de estudantes que iniciaram a vida sexual com menos de 16 anos.

Com parceiros eventuais, a maioria (60,7%) respondeu que usaram preservativo todas as vezes, o que mostra uma atitude responsável desses alunos. Com relação aos parceiros fixos, a maior parte dos indivíduos da amostra repetiu a

tendência relatada pelo Ministério da Saúde, de dispensar a utilização de preservativo, mostrando que ainda há indivíduos jovens sexualmente ativos que nunca o utilizaram. Os acadêmicos informaram predominantemente ter apenas um parceiro sexual, mas houve relato de até 4 parceiros fixos e 10 parceiros eventuais no último ano, o que consiste em uma situação de maior risco para infecção por HIV/AIDS, já que o papel dos múltiplos parceiros sexuais é cada vez mais reconhecido como importante para a transmissão do vírus²⁰.

Sabe-se que é possível que usuários de álcool e drogas intravenosas minimizem seus cuidados preventivos contra doenças sexualmente transmissíveis, fazendo, dessa forma, parte de grupos de alto risco para HIV/AIDS²¹. A utilização de drogas tem sido associada a um aumento do risco sexual²² e uma variedade de problemas de saúde²³, incluindo o risco de infecção por HIV e, em combinação com o álcool, uma progressão mais rápida da doença^{24,25}. Neste estudo, foi preocupante a maioria dos alunos afirmar que faz uso de bebida alcoólica, mesmo que a maior parte desses relate frequência rara de consumo. Quanto ao uso de drogas, um número pequeno, mas ainda alarmante de alunos as utiliza. A alteração da capacidade crítica, ocasionada pelo efeito do consumo de substâncias psicoativas faz com que as pessoas que usam drogas apresentem maior dificuldade no uso consistente de preservativos¹⁴.

Com relação a atitude em ambiente clínico, foi constatada uma boa adesão ao uso de equipamentos de proteção individuais (EPIs), porcentagens consideravelmente superiores que as encontradas por Gupta et al.²⁶ (55,1%), realizado com profissionais de saúde e por Erasmus et al.⁶ (31%), com estudantes de Higiene Oral e de Odontologia. No trabalho desenvolvido por Oliveira et al.⁵, tanto o

uso de jaleco como o de touca tiveram adesão extremamente inferior (49,6% e 79,1%, respectivamente) quando comparada à encontrada na presente pesquisa. Da mesma forma, foi observada uma adesão superior ao uso de óculos de proteção em comparação com os achados de Erasmus et al.⁶ (46%) e Askarian et al.²⁷ (47%).

Apesar da porcentagem de alunos que relataram ter sofrido acidente perfuro cortante não ser considerada elevada (28,4%), como no estudo de Askarian et al.²⁷ (83,2%), mostra ainda uma necessidade de orientação dos estudantes em relação aos cuidados preventivos a esse tipo de acidente. Semelhantes ao achado do presente estudo, temos as pesquisas de Kotelchuck et al.¹¹ (32,8%) e Acosta-Gio et al.²⁸ (44%). Já no trabalho de Myers et al.¹⁵, 19,1% dos pesquisados relataram acidente perfurocortante. No estudo de Younai et al.⁹, acidentes com agulhas (36,7%) tiveram destaque praticamente igual ao do atual trabalho (32,5%), enquanto que acidente com sondas foi consideravelmente inferior (7%).

A frequência de acidentes no momento de reencapamento de agulha foi notoriamente inferior a encontrada por Younai et al.⁹ (7%), Gupta et al.²⁶ (8,3%) e Askarian et al., 2012 (22,8%). “Durante o procedimento odontológico” foi a categoria mais contemplada, porém em proporção menor que a verificada por Myers et al.¹⁵ (51,3%). O momento da lavagem de instrumental também foi percebido como delicado para a ocorrência de acidentes ocupacionais, mas não superou os estudos Myers et al.¹⁵ (23,1%) e Younai et al.⁹ (31%). Esse tipo de acidente pode ocorrer devido à não utilização de luvas grossas de borracha e cano longo pelos estudantes durante os processos de limpeza de artigos e ambientes, quando entram em contato com superfícies, artigos, instrumentos e equipamentos contaminados.²⁹ Apesar de porcentagens consideravelmente menores em relação a outros trabalhos, não se pode

subestimar o risco de acidentes ocupacionais envolvendo as situações acima descritas.

De acordo com os achados de Guruprasad et al.³⁰, após acidentes com instrumentais perfuro cortantes, 30% dos alunos fizeram uso da profilaxia pós-exposição para HIV/AIDS. Semelhante a esse estudo, temos Myers et al.¹⁵ (39,1%). No presente trabalho, uma proporção consideravelmente inferior de alunos optou por essa medida, o que mostra uma escassez de informações sobre os cuidados frente acidentes ocupacionais. Sabe-se também da importância de se realizar o teste de HIV do paciente-fonte, porém esta foi a medida menos adotada pelos alunos investigados, sendo consideravelmente menor que em Myers et al.¹⁵ (39,1%).

De acordo com Nasir et al.¹⁷, estudantes com até 21 anos apresentam menor probabilidade de ter bons conhecimentos sobre risco ocupacional relacionados ao HIV/AIDS que estudantes com mais de 21 anos. Na amostra da atual pesquisa não foi detectada diferença estatística entre as faixas etárias. Em concordância com os trabalhos de Ajayi, Ajayi³¹; Brailo et al.³²; Aggarwal et al.³³; Fotedar et al.¹⁸, também não foi encontrada associação entre sexo e conhecimento de transmissão. Já no trabalho de Ellepola et al.³⁴, estudantes do sexo feminino obtiveram pontuações significativamente mais altas de conhecimento de HIV do que os do sexo masculino.

Na presente pesquisa foi observado um maior conhecimento em alunos nos últimos períodos do curso em relação aos períodos iniciais, sem, entretanto, haver significância estatística. No trabalho de Sadegui et al.³⁵, também foi encontrada uma correlação entre o ano letivo dos alunos e o nível de conhecimento básico, na qual alunos de anos mais avançados tinham um maior conhecimento básico. Em Ryalat et al.³⁶, alunos do quinto ano apresentaram maiores conhecimentos sobre o HIV que

alunos do terceiro ano. Também em Brailo et al.³², o número de respostas corretas quanto ao conhecimento aumentou com o ano de estudo.

A transmissão sexual é a principal responsável pela maioria dos casos notificados de AIDS, e o preservativo (masculino/feminino), quando usado de maneira correta e sistemática, constitui o principal insumo de prevenção, reduzindo o risco de transmissão do HIV e outras DSTs.¹⁴ Foi percebido que os alunos que afirmaram não utilizar preservativo nas relações sexuais ou utilizá-los às vezes, contraditoriamente sabem como o HIV é transmitido, o que mostra que nem sempre o conhecimento se reflete em atitudes preventivas. Adicionalmente, verificou-se que quanto mais velhos e quanto mais avançado o período, menor a porcentagem dos alunos que sempre usam preservativo. Os dados encontrados corroboram com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde¹⁹, pois indicaram também um decréscimo do uso regular de preservativo com o avançar da idade dos participantes, com uso por 39,0% na faixa etária de 15 a 24 anos, 22,0% de 25 a 39 anos e 16,1% de 40 a 54 anos. O crescimento de HIV/AIDS na juventude, ou seja, de 15 a 24 anos, continua sendo uma preocupação¹⁹. A média das idades dos alunos que “usam preservativos sempre” foi estatisticamente inferior que a média das idades dos que “nem sempre usam” ($p = 0,05$), contrariando a expectativa de que indivíduos mais velhos tenham maiores precauções com a saúde. Esse fato pode estar relacionado ao estado civil dos investigados, que mostra uma maior prevalência de alunos casados em faixas etárias mais avançadas.

Foi observada uma porcentagem menor de mulheres, em relação aos homens, que “usam sempre preservativo”, mostrando uma situação de vulnerabilidade do sexo feminino. De acordo com Brasil¹⁴, essa situação pode ser justificada pela dificuldade

enfrentada pelas mulheres na negociação do uso de preservativo, em razão da desigualdade em que prevalece a dominação masculina, principalmente nas parcerias fixas.

Foi detectada uma alta taxa de solteiros que “usam preservativo nunca/às vezes”, corroborando com os dados do Ministério da Saúde¹⁴, que demonstram que os adolescentes costumam dispensar o uso do preservativo quando julgam uma relação como estável. Esta pode ser considerada como aquela que continua após o segundo encontro ou depois de uma semana, ou seja, que se desenvolve em um curto espaço de tempo. Chama atenção também a alta porcentagem de casados/união estável que “usam preservativo nunca/às vezes”, indicando que a confiança no parceiro pode motivar a escolha por esse comportamento sexual de risco.

Foi observado que quanto mais avançado o período cursado, maior ocorrência de acidentes ocupacionais, resultados esperados devido ao aumento do contato desses alunos com pacientes. Os achados corroboram com Younai et al.⁹; Kotelchuck et al.¹¹; Brailo et al.³²; Ryalat et al.³⁶ e Myers et al.¹⁵ e indicam a necessidade de orientações prepatórias desses estudantes antecedendo as atividades clínicas em relação aos cuidados preventivos contra doenças infecciosas.

Atualmente a prática clínica profissional de cirurgiões dentistas tem se mostrado mais acolhedora e humanizada em relação ao atendimento de pacientes infectados pelo HIV, no entanto a discriminação, segregação e rejeição desses pacientes ainda é relatada por muitos pacientes.³⁷ É importante que os alunos de graduação conheçam as formas de transmissão e de proteção individual sem, no entanto, esquecer o foco do atendimento que é o paciente, infectado ou não pelo HIV.

A partir dos achados, recomenda-se elaboração e divulgação de um documento institucional destinado a alunos, funcionários e professores que contenha orientações que tornem as práticas clínicas mais seguras, especialmente no que se refere a prevenção de acidentes perfurocortantes e orientações quanto a medidas a serem tomadas após exposição acidental a material biológico. Ficou clara também a necessidade de transmissão constante de conhecimentos que abordem comportamentos sexuais seguros. O presente trabalho teve como limitação a não aplicação de uma escala de pontuação de conhecimentos por período do curso.

CONCLUSÃO

Os alunos exibiram bom conhecimento acerca de HIV/AIDS e atitudes preventivas adequadas no atendimento clínico e manejo de instrumentais perfurocortantes, entretanto ainda precisam ser motivados no que diz respeito ao uso de preservativo nas relações sexuais e orientados quanto aos cuidados pós-exposição acidental a material biológico.

REFERÊNCIAS

- 1.Cohen LA, Romberg E, Grace EG, et al. Attitudes of advanced dental education students toward individuals with AIDS. *J Dent Educ* 2005; 69(9): 896-900.
- 2.World Health Organization-WHO. Initiative to eliminate mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization, 2015. Em: www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en. Acesso em: 05 de julho 2015.
- 3.UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Global Report. Geneva: UNAIDS, 2014. Em: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport. Acesso em: 05 de julho 2015.
- 4.McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK. Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89(4): 541–5.
- 5.Oliveira ER, Narendran S, Falcão A. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. *AIDS Care* 2002; 14(4): 569–76.
- 6.Erasmus S, Luiters S, Brijlal P. Oral hygiene and dental students' knowledge, attitude, and behaviour in managing HIV/AIDS patients. *Int J Dent Hyg* 2005; 3(4): 213–7.
- 7.Kuthy RA, Heller KE, Riniker KJ, et al. Students' opinions about treating vulnerable populations immediately after completing community-based clinical experiences. *J Dent Educ* 2007; 71(6): 646–54.

8. Rogers B, Goodno L. Evaluation of interventions to prevent needlestick injuries in health care occupations. *Am J Prev Med* 2000; 18(4 Suppl):90-8. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00145- 8.
9. Younai FS, Murphy DC, Kotelchuck D. Occupational exposures to blood in a dental teaching environment: results of a ten-year surveillance study. *J Dent Educ* 2001; 65(5): 436–48.
10. Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for infection control in dental health-care settings--2003. *MMWR Recomm Rep*. 2003; 52(No RR-17): 1-61.
11. Kotelchuck D, Murphy D, Younai F. Impact of underreporting on the management of occupational bloodborne exposures in a dental teaching environment. *J Dent Educ* 2004; 68(6): 614–22.
12. Azodo CC, Ehizele AO, Umoh A, et al. Nigerian Dental Therapy Students' Knowledge, Attitude, and Willingness to Care for Patients with HIV. *J Dent Educ* 2013; 77: 793-800.
13. Ramos-Gomez F, Ellison J, Greenspan D, et al. Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in dental teaching clinics: A prospective study. *J Am Dent Assoc* 1997; 128: 1253-61.
14. Brasil. Ministério da Saúde. HIV/aids, hepatites e outras DST. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 197p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

15. Myers JE, Myers R, Wheat ME, et al. Dental Students and Bloodborne Pathogens: Occupational Exposures, Knowledge, and Attitudes. *J Dent Educ* 2012; 76: 479-86.
16. Lee C, Fan Y, Starr JR, et al. Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. *Journal of Public Health Dentistry* 2016; 1-9.
17. Nasir EF, Åstrøm NA, David J, et al. HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan- a cross sectional study. *BMC Public Health* 2008; 8:286.
18. Fotedar S, Sharma KR, Sogi GM, et al. Knowledge and Attitudes about HIV/AIDS of Students in H.P. Government Dental College and Hospital, Shimla, India. *J of Dent Educ* 2013; 77:1218-24.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano IV, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
20. Mah TL, Halperin DT. Concurrent sexual partnerships and the HIV epidemics in Africa: evidence to move forward. *AIDS Behav* 2010; 14:11–16;34–17.
21. Premadasa G, Sadek M, Ellepola A, et al. Knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS: a survey among dental students in Ajman, UAE. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* 2015; 6: 147–55.
22. Harrell PT, Mancha BE, Petras H, et al. Latent classes of heroin and cocaine users predict unique HIV/HCV risk factors. *Drug Alcohol Depend* 2012; 122:220–7.

23. Garrity TF, Leukefeld CG, Carlson RG, et al. Physical health, illicit drug use, and demographic characteristics in rural stimulant users. *J Rural Health* 2007; 23:99–107.
24. Baum MK, Rafie C, Lai S, et al. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 50:93–9.
25. Baum MK, Rafie C, Lai S, et al. Alcohol use accelerates HIV disease progression. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2010; 26:511–8.
26. Gupta A, Anand S, Sastry J, et al. High risk for occupational exposure to HIV and utilization of post-exposure prophylaxis in a teaching hospital in Pune, India. *BMC Infect Dis* 2008; 8:142.
27. Askarian M, Malekmakan L, Memish ZA, et al. Prevalence of needle stick injuries among dental, nursing and midwifery students in Shiraz, Iran. *GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär* 2012; 7(1): 1-5.
28. Acosta-Gío, AE, Borges-Yáñez SA, Flores M, et al. Infection control attitudes and perceptions among dental students in Latin America: implications for dental education. *International Dental Journal* 2008; 58: 187-93.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 156 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

30. Guruprasad Y, Chauhan DS. Knowledge, attitude and practice regarding risk of HIV infection through accidental needlestick injuries among dental students of Raichur, India. *Natl J Maxillofac Surg* 2011; 2:152-5.
31. Ajayi YO, Ajayi EO. Dental students' knowledge of human immunodeficiency virus. *Journal of dentistry* 2008; 36: 374-78.
32. Brailo V, Pelivan I, Škaričić J, et al. Treating Patients with HIV and Hepatitis B and C Infections: Croatian Dental Students' Knowledge, Attitudes, and Risk Perceptions. *J Dent Educ* 2011; 75: 1115-26.
33. Aggarwal A, Panat SR. Knowledge, Attitude, and Behavior in Managing Patients with HIV/AIDS Among a Group of Indian Dental Students. *J Dent Educ* 2013; 77: 1209-17.
34. Ellepola ANB, Sundaram DB, Jayathilake S, et al. Knowledge and Attitudes About HIV/AIDS of Dental Students from Kuwait and Sri Lanka. *J Dent Educ* 2011; 75: 574-81.
35. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian Dental Students' Knowledge of and Attitudes Towards HIV/AIDS Patients. *J Dent Educ* 2009; 73 (6): 740-5.
36. Ryalat ST, Sawair FA, Shayyab MH, et al. The knowledge and attitude about HIV/AIDS among Jordanian dental students: (Clinical versus pre clinical students) at the University of Jordan. *BMC Research Notes* 2011; 4:191.
37. Park JC, Choi SH, Kim YT, Kim SJ, Kang HJ, Lee JH, Shin SC, Cha YJ. Knowledge and attitudes of Korean dentists towards human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. *J Periodontal Implant Sci* 2011; 41:3-9.

5.0 PRESS RELEASE

Mota, VB; Barros SSLV. Odontologia X Risco de transmissão de HIV/AIDS

Você, dentista, sabe realmente o quanto está exposto ao HIV em seu consultório odontológico? Sabe-se que quando comparamos o seu local de trabalho com outros ambientes de cuidados de saúde, lesões cortantes são mais prováveis. Isso acontece devido ao pequeno espaço de operação, além de vez por outra surgir pacientes com dificuldade de abertura da boca; pacientes inquietos, que gostam de falar como foram as férias ou que se assustam a cada acionada na caneta de alta rotação e a variedade de instrumentos afiados utilizados no dia-a-dia, como sondas exploradoras e agulhas.

No entanto, apesar dos procedimentos realizados envolverem muitas vezes sangue e saliva que podem conter uma variedade de microorganismos transmitidos pelo sangue, como o HIV, a possibilidade de transmissão desse vírus no ambiente de saúde bucal é muito baixa, desde que sejam observadas precauções-padrão.

Embora a possibilidade de transmissão seja muito rara, os profissionais de saúde que entram em contato com sangue e produtos sanguíneos fazem parte da categoria profissional de alto risco para contaminação cruzada. À medida que mais pessoas ficam infectadas com HIV/AIDS, a probabilidade de dentistas tratando mais pacientes com HIV/AIDS aumentará. Como resultado, haverá um risco aumentado para os profissionais de saúde bucal de se infectar por lesões de agulha e outros modos de transmissão.

Dessa forma, é importante que os dentistas e toda a equipe que está presente durante o atendimento odontológico estejam sempre alerta para o cumprimento de medidas preventivas no manejo clínico, pois na maioria das vezes nem os pacientes sabem o próprio status sorológico quanto ao HIV/AIDS ou, se sabem, alguns preferem omitir. Então, cuidado nunca é demais. Proteja-se!

6.0 PRODUÇÃO INTELECTUAL

ARTIGOS PUBLICADOS

1. BENIGNO, M. I. M., AMSTALDEN, E. M. I., LIBERTI, E. A., LEAL, N. M. S., RODRIGUES, K. E. L., **MOTA, V. B.** Morphometric analysis of the masseter muscle post unilateral lower molar exodonty: experimental study. J. Morphol. Sci., v. 33, p. 90-95, 2016.
2. BENIGNO, M. I. M., AMSTALDEN, E. M. I., LIBERTI, E. A., LEAL, N. M. S., RODRIGUES, K. E. L., **MOTA, V. B.** Ultrastructural analysis of masseter and left medial pterigoid muscles, after unilateral mandibular molars extraction: experimental study. Int. J. Morphol., v. 37, 2017.

PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - UFPI

1. “Conhecimentos de acadêmicos de Odontologia sobre prevenção da infecção pelo HPV e sua associação com CCEO”. Integrantes: Claudielly Mota da Silva (Bolsista PIBIC/UFPI), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).
2. “Conhecimentos e atitudes de auxiliares de saúde bucal relacionados a prevenção da Hepatite B”. Integrantes: Ana Paula Ribeiro de Carvalho (ICV), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).
3. “Hepatite B: Adesão de auxiliares de saúde bucal à vacina e ao teste sorológico Anti-HBs”. Integrantes: Jéssica Pinheiro Mota (ICV), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).

4. “Prevalência de acidentes perfurocortantes durante atividade laboral de auxiliares de saúde bucal”. Integrantes: Jéssica Katarine de Abreu Silva (ICV), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).
5. “HIV – Comportamento de risco de acadêmicos de Odontologia de uma Universidade Pública”. Integrantes: Jessyara Brian dos Santos Rêgo (ICV), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).
6. “Exposição a material biológico potencialmente contaminado de acadêmicos de Odontologia de uma Universidade Pública”. Integrantes: Nádia Maria Pires Silva (ICV), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).

COLABORAÇÃO EM TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

1. “O Papel do Vírus HPV na Epidemiologia do Carcinoma de Células Escamosas Oral”. Autores: Marcus Vinícius de Castro Marinho (Graduando), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).
2. “Prevenção ao HPV em acadêmicos de Odontologia da Universidade Federal do Piauí”. Autores: Natiele Sousa Ribeiro de Carvalho (Graduanda), Vanessa Benigno Mota (Mestranda em Odontologia – UFPI) e Professora Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros (Orientadora- Departamento de Patologia e Clínica Odontológica - UFPI).

APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS

1. **MOTA, V. B.**; CARVALHO, A. P. R.; SILVA, J. K. A.; MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Hepatite B: Conhecimentos, situação vacinal e soroconversão de auxiliares de saúde bucal – Resultados parciais. 2016.
2. CARVALHO, A. P. R.; **MOTA, V. B.**; SILVA, J. K. A.; MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Conhecimentos e atitudes de auxiliares de saúde bucal relacionados à prevenção da Hepatite B. 2016.
3. SILVA, J. K. A.; **MOTA, V. B.**; BARROS, S. L. V.; CARVALHO, A.P.R.; MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Prevalência de acidentes perfurocortantes durante atividade laboral de auxiliares de saúde bucal. 2016.
4. MOTA, J. P.; **MOTA, V. B.**; CARVALHO, A. P. R.; SILVA, J. K. A.; BARROS, S. S. L. V. Hepatite B: adesão de auxiliares de saúde bucal à vacina e ao teste sorológico anti-HBS. 2016.
5. MARINHO, M. V. C.; **MOTA, V.B.**; MOURA, A. L.; BARROS, S. L. V.; SILVA, A. M. S.; BARROS, S. S. L. V. O papel do Papiloma Vírus Humano no Carcinoma Oral de Células Escamosas. 2016.

RESUMOS PUBLICADOS EM ANAIS

1. **MOTA, V. B.** ; CARVALHO, A. P. R.; MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Hepatite B: Conhecimentos, situação vacinal e soroconversão de auxiliares de saúde bucal – Resultados parciais. 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI, 2016, Teresina. Anais Eletrônicos da 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. Teresina, 2016. v. 4. p. 47.
2. CARVALHO, A. P. R.; **MOTA, V. B.** ; SILVA, J. K. A.; BARROS, MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Conhecimentos e atitudes de auxiliares de saúde bucal relacionados à prevenção da Hepatite B”. 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI, 2016, Teresina. Anais Eletrônicos da 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. Teresina, 2016. v. 4. p. 37-38.
3. SILVA, J. K. A.; **MOTA, V. B.** ; BARROS, S. L. V.; CARVALHO, A. P. R.; MOTA, J. P.; BARROS, S. S. L. V. Prevalência de acidentes perfurocortantes durante atividade laboral de auxiliares de saúde bucal. 14ª Jornada Acadêmica de

Odontologia da UFPI, 2016, Teresina. Anais Eletrônicos da 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. Teresina, 2016. v. 4. p. 36-37.

4. MOTA, J. P.; **MOTA, V. B.**; CARVALHO, A. P. R.; SILVA, J. K. A.; BARROS, S. S. L. V. Hepatite B: adesão de auxiliares de saúde bucal à vacina e ao teste sorológico anti-HBS. 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI, 2016, Teresina. Anais Eletrônicos da 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. Teresina, 2016. v. 4. p. 45.
5. MARINHO, M. V. C.; **MOTA, V. B.**; MOURA, A. L.; BARROS, S. L. V.; SILVA, A. M. S.; BARROS, S. S. L. V. O papel do Papiloma Vírus Humano HPV) no Carcinoma Oral de Céulas Escamosas. 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI, 2016, Teresina. Anais Eletrônicos da 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. Teresina, 2016. v. 4. p. 31.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

1. 14ª Jornada Acadêmica de Odontologia - UFPI, 2016. (Congresso).

7.0 ANEXOS

ANEXO 01

Normatização técnica das Dissertações do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI, aprovado em Reunião do Colegiado em 12/04/2016.

As dissertações deverão ser escritas em fonte Arial ou Times New Roman tamanho 12 com espaçamento 1,5 e margens inferior e superior de 3 cm e direita e esquerda de 2,5 cm, alinhamento justificado e paginação no canto inferior esquerdo a partir do tópico dedicatória e conter os seguintes elementos:

I - Elementos pré-textuais:

- a) Primeira folha dando visibilidade à Universidade, ao Programa, ao autor e título da dissertação;
- b) Segunda folha dando visibilidade ao nome do autor, ao título do trabalho, ao nível (mestrado acadêmico), a área de concentração, a linha de pesquisa, ao nome do orientador e coorientador, ao local (cidade) e ao ano;
- c) Folha de aprovação, dando visibilidade à Comissão Julgadora com as respectivas assinaturas;
- d) Dedicatória (opcional);
- e) Agradecimentos (opcional);
- f) Lista de ilustrações (opcional);
- g) Lista de tabelas (opcional);
- h) Lista de abreviaturas e siglas (opcional);
- i) Lista de símbolos (opcional);
- j) Sumário.

II – Elementos textuais

- a) Resumo em português contendo no máximo 300 palavras;
- b) Introdução;
- c) Revisão de literatura ou artigo de revisão;
- d) Artigo(s);
- e) Press release.

III – Elementos pós-textuais

- a) Produção Intelectual
- b) Anexos
- c) Apêndices

OBS: As referências devem ser formatadas de acordo com as normas de Vancouver, sempre ao final das secções que necessitem das mesmas.

ANEXO 02

Normas de publicação do periódico “Journal of Dental Education”

Artigos originais:

Este tipo de artigo aborda assunto nas seguintes categorias: Educação Dental Pré-doutoral; Educação Avançada Dental; Aliado à Educação Dental; Educação interprofissional; Baseado na Educação Dental da Comunidade; Educação Dental Global: manuscritos relativos à educação da saúde global ou questões pertinentes para a educação dental global da comunidade. (Não se destina exclusivamente para inscrições de autores internacionais. Autores internacionais devem apresentar manuscritos sob áreas temáticas pertinentes fornecidas nesta seção.); Uso de Tecnologia na Educação Dental; Avaliação; Questões da Faculdade/Desenvolvimento; Educação continuada.

Os artigos originais devem relatar os resultados de estudos de investigação com base em hipóteses e pode ser tanto qualitativa, quantitativa ou de métodos de natureza mista. Os manuscritos devem abordar como as conclusões avançam nossa compreensão das perguntas feitas no estudo e fazer uma contribuição inovadora para a literatura. As limitações do estudo também devem ser abordadas. Estudos pequenos de relevância/interesse locais, limitados a uma turma/curso, ou pequeno curso/inquéritos de base estudantil podem não cumprir os critérios para ser publicado como um artigo original.

Artigos Originais não devem ter mais do que 3.500 palavras, excluindo o resumo, as ilustrações e as referências. Um máximo de seis figuras e tabelas podem ser submetidos (as figuras podem ser em multi-painel), e o número de referências não deve exceder 50 (a menos que o artigo é uma revisão sistemática).

Os artigos originais devem ter a seguinte organização geral (ver "Preparação de documentos, Organização e formatação" abaixo para obter instruções mais detalhadas):

Título: Um título informativo e conciso limitado a 15 palavras com não mais de 150 caracteres.

Resumo: Para estudos de investigação, um resumo estruturado de não mais de 250 palavras devem ser apresentadas com os seguintes subtítulos:

Finalidade/Objetivos: Faça um breve resumo sobre a questão/problema a ser abordado. **Métodos:** Descreva como o estudo foi realizado. **Resultados:** Descreva os resultados. **Conclusão:** Relatório que se pode concluir com base nos resultados e observe implicações para a educação dental.

Resumos para outros tipos de manuscritos deve ser em forma de parágrafo, sem subtítulos.

Introdução: Fornecer uma descrição sucinta de fundo do estudo e significado com referências à literatura apropriada publicada. Revisão da literatura/discussão detalhadas devem ser reservadas para a seção de discussão. Incluir um parágrafo curto descrevendo os objetivos do estudo.

Materiais e Métodos: Uma declaração de que o estudo foi aprovado ou isento de supervisão por uma comissão que analisa, aprova e monitora estudos envolvendo seres humanos deve ser fornecido no início desta seção, juntamente com o número do protocolo IRB. Nesta seção, fornecer descrições do desenho do estudo, elaboração de currículos, assuntos, procedimentos e materiais utilizados, bem como descrição e justificativa para a análise estatística. Se o desenho do estudo é novo, deve ser descrito com detalhes suficientes para que outros investigadores possam reproduzir o estudo. As referências devem ser dadas aos proprietários das informações.

Resultados: Os resultados devem ser apresentados de uma forma lógica e sistemática com referências adequadas para tabelas e figuras. As tabelas e figuras devem ser escolhidas para ilustrar os principais temas/pontos sem duplicar a informação disponível no texto.

Discussão: Esta seção deve concentrar-se nas principais conclusões no contexto dos objetivos do estudo e da literatura publicada. Os autores devem evitar uma extensa revisão da literatura e

concentrar-se sobre a forma como as conclusões do estudo concorda ou discorda com as hipóteses abordadas e como é que o assunto é conhecido em outros estudos. Uma reflexão sobre a nova informação adquirida, novas hipóteses e limitações do estudo devem ser incluídos, bem como orientações para futuras pesquisas.

Conclusão: O artigo deve terminar com um curto parágrafo descrevendo as conclusões derivadas dos resultados e implicações do estudo para a educação dental.

Agradecimentos: Os agradecimentos devem relatar todas as fontes de financiamento, bem como quaisquer outros recursos utilizados ou de ajuda significativa.

Divulgação: Os autores devem divulgar quaisquer interesses financeiros, econômicos ou profissionais que podem ter influenciado o desenho, execução ou apresentação do trabalho acadêmico. Se há uma divulgação, esta será publicada com o artigo.

Ensaio Clínico: Quaisquer estudos educacionais que são concebidos como "ensaios clínicos" devem registrar o julgamento antes da apresentação do Jornal da Educação Dental. O número de registro deve ser fornecido no manuscrito.

Os estudos podem ser registrados no US National Institutes of Health Clinical Trials Registry, Ensaio Clínico da UE Register, ou na Plataforma Internacional de Registro de ensaios clínicos da OMS.

Preparação, Organização e Formatação de Documentos

Os manuscritos submetidos para consideração devem ser preparados nas seguintes partes, cada uma começando numa nova página:

Folha de rosto

Resumo e palavras-chave

Texto

Agradecimentos

Referências

Tabelas

Figuras

Títulos das figuras se as figuras são fornecidas como imagens

Cegamento. Ambos os manuscritos cegos e não-cegos devem ser preparados uma vez que o manuscrito original tenha sido concluído. Todas as referências institucionais devem ser removidas do corpo do manuscrito e do resumo para produzir a versão cegada; Por favor indique no nome do arquivo qual versão é cegada.

Formato do Documento. Crie os documentos em páginas com margens de pelo menos 1 polegada (25 mm) e justificados à esquerda com parágrafos recuados com a tecla de tabulação, não a barra de espaço. Use espaçamento duplo em todas as páginas e numerar as páginas consecutivamente. Não incorporar tabelas e figuras no corpo do texto, mas colocá-los após as referências; incluir anotações para cada tabela ou figura no texto (por exemplo, consulte a Tabela 1). A menos que as tabelas variem significativamente em tamanho, inclua tudo em um documento. Se quaisquer números forem arquivos grandes, envie-os como documentos separados.

Folha de rosto. A página de rosto deve conter 1) o título, que deve ser conciso mas descritivo, limitado a 15 palavras e não mais de 150 caracteres; 2) nome próprio, inicial e sobrenome de cada autor, com os seus graus profissionais e / ou pós-graduados (sem diploma profissional ou pós-graduado, licenciatura); 3) um parágrafo de afiliações com o nome de cada autor ou co-autor e seu cargo,

departamento e instituição, escrito em estilo de sentença; 4) isenções de responsabilidade, se houver; 5) nome, endereço, telefone e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o artigo e pedidos de reimpressão; E 6) apoio ou fontes sob a forma de subsídios, equipamentos, medicamentos, etc. Veja artigos publicados para exemplos.

Os indivíduos listados como autores devem seguir as diretrizes estabelecidas pelo ICMJE: 1) contribuições substanciais para a concepção e concepção, ou aquisição de dados ou análise e interpretação de dados; 2) redigir o artigo ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; E 3) aprovação final da versão a ser publicada. É da responsabilidade do autor do envio certificar-se de que os autores concordaram com a ordem de autoria antes da submissão.

Resumo e palavras-chave/termos MeSH. A segunda página deve conter o título e um resumo de não mais de 250 palavras. Para estudos de pesquisa, o resumo deve estar na forma estruturada descrita acima. Os resumos devem ser escritos em terceira pessoa, e as referências não devem ser usadas no resumo. O resumo deve incluir o ano do estudo e, para pesquisas baseadas em pesquisa, a taxa de resposta. Abaixo do resumo, fornecer de três a cinco palavras-chave ou frases que irão ajudar indexadores na indexação cruzada do artigo e será publicado com o resumo. Pelo menos três termos devem vir de Medical Subject Headings listados na National Library of Medicine. Diretrizes para palavras encontradas no Medical Subject Headings podem ser encontradas aqui. Os autores devem confirmar que esses termos ainda existem no Index Medicus ou devem procurar termos mais precisos se não forem encontrados em nossa lista. NOTA: Os autores também serão solicitados a identificar palavras-chave ao enviar seus manuscritos no ScholarOne. Essas palavras-chave podem diferir dos itens apresentados aqui. As Palavras-Chave identificadas no ScholarOne são geradas a partir de uma lista que melhor corresponda ao manuscrito submetido a um Revisor de Pares com experiência na área (s) identificada (s).

Texto. Siga estilo de ortografia e pontuação do Inglês Americano (em vez do Britânico). Especifique números de um a noventa e nove, com exceção de porcentagens, frações, equações, listas numeradas e números de escala Likert. O corpo do manuscrito deve ser dividido em seções precedidas por subtítulos apropriados. Os subtítulos principais devem ser digitados em letras maiúsculas na margem esquerda. Subtítulos secundários devem aparecer na margem esquerda, ser digitados em maiúsculas e minúsculas e ser negrito. Subtítulos terciários devem ser digitados em maiúsculas e minúsculas e ser sublinhado. Para autores cuja primeira língua não é o inglês, por favor, use um escritor médico ou um colega nativo de língua inglesa para editar o manuscrito antes da submissão final. Os manuscritos serão rejeitados antes da revisão pelos pares se houver inúmeros erros de uso ou gramaticais. Observação: Ao preparar o documento principal para envio, salve o arquivo original com a palavra "unblinded" no final do nome do arquivo. Também remova todos os nomes de autor e instituições afiliadas do manuscrito original e salve esta versão com a palavra "cego" no final do nome do arquivo.

Referências. Número de referências consecutivas na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. Cada fonte deve ter um número, portanto, tenha cuidado para não repetir fontes na lista de referência. Identifique as referências por algarismos arábicos e coloque-as no texto como números de sobrescritos dentro ou no final da sentença. Não inclua os números entre parênteses e certifique-se de que segue as convenções de estilo americano e não britânico ou europeu (por exemplo, o número de referência segue em vez de precede vírgulas e pontos). Dois lembretes importantes: 1) as referências não devem ser ligadas a seus números como notas de rodapé ou notas finais e 2) as referências a tabelas e figuras devem aparecer como uma nota de origem com a tabela/figura, não numeradas consecutivamente com as referências para o artigo.

Siga o estilo desses exemplos gerais. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo do Index Medicus. Não use itálico ou negrito em qualquer lugar nas referências. Se a publicação tiver de um a quatro autores, liste todos eles; Se houver mais de quatro autores, liste os três primeiros seguidos por et al.

Livro

Avery JK. Essenciais da histologia oral e embriologia: uma abordagem clínica. 2a ed. St. Louis: Mosby, 2000.

Capítulo em um volume editado

Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Saúde bucal e qualidade de vida em crianças. Em: Inglehart MR, Bragramian RA, eds. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2002: 79-88.

Artigo em um Jornal

Seale NS, Casamassimo PS. Educação predoctoral dos EUA na odontologia pediátrica: seu impacto sobre o acesso à assistência odontológica. J Dent Educ 2003; 67 (1): 23-9.

Relatório

Comissão de Acreditação Dentária. Padrões de acreditação para programas de educação odontológica. Chicago: Associação Dental Americana, 2010.

Web Source

Associação Americana de Higienistas Dentários. Documento de Posição: acesso aos cuidados. 2001. Em: www.adha.org/profissues/access_to_care.htm. Acesso: 27 de novembro de 2012.

Tabelas. Cada tabela deve ter um título, numerado consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que aparecem no texto. Todas as tabelas devem estar no formato de coluna. Organize os cabeçalhos das colunas de forma que sua relação com os dados seja clara. Indicar notas explicativas aos itens da tabela com símbolos ou letras (observe que os asteriscos devem ser usados somente com valores p) ou em uma nota geral abaixo da tabela. Quaisquer fontes devem aparecer em uma nota de origem abaixo da tabela. Todas as porcentagens nas tabelas devem incluir o sinal %. Observe que as tabelas podem ser enviadas em formato PDF para consideração inicial e revisão por pares. Entretanto, as tabelas devem ser carregadas como documentos do MS Word para revisão final e, se aceito, para produção. Lembre-se que o número total de figuras e tabelas apresentadas com um artigo não deve exceder seis.

Permissões. Qualquer aspecto do artigo que não seja a obra original do autor (por exemplo, figuras ou tabelas de outras publicações) deve ser creditado na publicação original. É responsabilidade do autor adquirir permissão para reimprimir o material e pagar quaisquer taxas. A evidência das permissões necessárias deve estar nas mãos do autor antes que o artigo possa ser publicado.

Fabricantes. Os fabricantes de equipamentos, materiais e dispositivos devem ser identificados com o nome da empresa e localização entre parênteses imediatamente após a primeira menção.

Produtos Comerciais. Não use nomes de marca dentro do título ou texto, a menos que o papel esteja comparando dois ou mais produtos. Se a identificação de um produto for necessária, um termo genérico deve ser usado e o nome da marca, fabricante e local (cidade / estado / país) mencionados entre parênteses.

ANEXO 03

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA OCORRÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO HIV, HEPATITE B, C E SÍFILIS EM ESTUDANTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47095915.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.523.000

Apresentação do Projeto:

O protocolo é sobre um dos grandes problemas de saúde na contemporaneidade é o elevado índice das infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que gera motivo de preocupação na área da saúde. Destacam-se o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), Sífilis, e as hepatites virais B e C. Visa analisar a ocorrência e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em estudantes da área de saúde em instituição pública de ensino superior do Piauí. É um estudo soroepidemiológico, transversal a ser realizado com 1.042 estudantes da área da saúde de uma instituição pública de ensino superior do estado do Piauí, que ingressaram em atividades práticas. A coleta dos dados ocorrerá em duas etapas: na primeira realizar-se-á entrevista por meio da utilização de formulários e observação do cartão de vacinação e na segunda, serão feitos os testes rápidos pelo método da imunocromatografia e sorológicos para detecção de anticorpos para Hepatite B (HBsAg, AntiHBcTotal e AntiHBs, Anti-HCV, Sífilis (treponêmico) e anticorpos Anti-HIV 1 e 2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a ocorrência e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em estudantes da área de saúde em instituição pública de ensino superior do Piauí.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.523.000

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sócio-demográficos e distribuição por campi;
- Investigar as práticas de risco da população do estudo;
- Investigar exposição com material biológico potencialmente contaminado entre a população do estudo;
- Estimar a prevalência da infecção pelo HIV, da hepatite B, C e sífilis na população do estudo;
- Avaliar a situação vacinal da população relacionada à hepatite B;
- Avaliar a imunidade contra hepatite B da população do estudo;
- Investigar associação entre a prevalência do HIV, Sífilis, Hepatite B e C e os fatores relacionados ao perfil sociodemográfico, ao uso de álcool de outras drogas, às práticas sexuais, à exposição parenteral e às informações sobre IST na população do estudo;
- Relacionar a soroconversão da vacina contra hepatite B com a idade, tempo de recebimento da vacina, número de doses, uso de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Antes de o procedimento ser realizado, será explicado aos participantes, que trata-se de uma técnica invasiva e poderá haver um leve desconforto em face da picada da agulha e ainda que poderá haver riscos porém, mínimos, considerando que os materiais a serem utilizados serão descartáveis e os coletadores serão enfermeiros e técnicos de laboratório com experiência em punção venosa.

Benefícios:

Os benefícios diretos estão relacionados ao diagnóstico precoce da infecção pelos vírus HIV, da Sífilis e das hepatites B e C, pela descoberta do estado imunitário contra a hepatite B e pelo estímulo à vacinação, dentre outras medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Também terá benefício no sentido da implementação da política de controle das infecções sexualmente transmissíveis e de acidentes ocupacionais, contribuindo para a concretização das ações do Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante sobre as doenças sexualmente transmissíveis, trata-se de um inquérito soropidemiológico a ser realizado com o universo de estudantes da área de saúde dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina e odontologia da Universidade Federal do Piauí, que já ingressaram nas atividades práticas (n= 1.042), matriculados nos Campi de Teresina, Floriano,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.523.000

Parnaíba e Picos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_553157.pdf	17/03/2016 16:00:59		Aceito
Outros	Instrumentocoleta.pdf	17/03/2016 16:00:33	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/03/2016 09:46:41	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	curriculum.pdf	09/03/2016 09:45:41	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	09/03/2016 09:39:54	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodosPesquisadores.pdf	09/03/2016 09:38:22	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	Carta.pdf	09/03/2016 09:36:52	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	autorizacaoinstitutional.pdf	09/03/2016 09:35:20	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
TTCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.pdf	09/03/2016 09:33:03	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.523.000

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/03/2016 23:32:06	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

8.0 APÊNDICES

APÊNDICE 01

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Análise da ocorrência e fatores relacionados ao HIV, Hepatite B, C e sífilis em estudantes de uma universidade pública.

Pesquisador responsável: Telma Maria Evangelista de Araújo

Título do sub-projeto: Análise de fatores relacionados ao HIV em estudantes de Odontologia uma universidade pública.

Pesquisador responsável: Simone Souza Lobão Veras Barros

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de Patologia e Clínica Odontológica.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 3215 5888

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “Análise da ocorrência e fatores relacionados ao HIV, Hepatite B, C e sífilis em estudantes de uma universidade pública”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos. **Objetivo do estudo:** Investigar a ocorrência e fatores relacionados ao HIV, Hepatite B, C e sífilis em estudantes de uma universidade pública. **Justificativa:** Estudar o comportamento das DST em instituições de ensino torna-se relevante à saúde pública, pela adoção de práticas de risco. O estudo auxiliará na elaboração de estratégias no enfrentamento aos problemas encontrados. **Procedimentos:** Sua participação consistirá no preenchimento do formulário, respondendo às perguntas formuladas que abordam sobre os seus dados pessoais, comportamento de risco e informações sobre DST. Além disso, a sua participação também deverá ocorrer por meio da coleta de uma pequena quantidade de sangue para realização do teste rápido para detecção dos anticorpos anti-HIV, sífilis, hepatite B e C através de punção em polpa digital. **Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de beneficiar, diretamente, o sujeito. Caso o resultado seja REAGENTE, você será orientado sobre o tratamento e encaminhado ao Serviço de Atendimento Especializado Estadual. Caso seja NÃO-REAGENTE, você receberá orientações de prevenção para DST/AIDS. **Riscos:** O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Algumas perguntas de ordem pessoal podem trazer certo desconforto, mas elas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. Informamos também que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso a profissional responsável pelo estudo: Dra. Simone Sousa Lobão Veras Barros, a qual trabalha no Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Piauí. Telefones para contato: (86) 3215-5888. Endereço para correspondência: Av. Petrônio Portela, S/N - Campus Ininga. Departamento de Enfermagem. Teresina/PI CEP 64049-550. Com relação à coleta do sangue, embora a picada da lanceta traga um pequeno desconforto, não haverá riscos, considerando que o material a ser utilizado é rigorosamente esterilizado, as lancetas e pipetas são descartáveis e os coletadores são enfermeiros habilitados na técnica, com experiência em punção digital. **Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Análise da ocorrência e fatores relacionados ao HIV, Hepatite B, C e sífilis em estudantes de Odontologia de uma universidade pública”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE 02



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Formulário Nº _____

Data: ____/____/____

Curso: _____

Período em curso: _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1 - Qual é a sua Idade (anos)?
2 - Sexo: 1. () Masculino; 2. () Feminino
3 - Qual o seu estado civil? 1. () Solteiro 2. () Casado/União Estável 3. () Separado 4. () Viúvo

PARTE II – DADOS RELACIONADOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

1 - Você já fez ou faz uso de algum tipo de bebida alcoólica? 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 4. () Raramente
2 - Com que frequência você utiliza bebida alcoólica, em média? 1. () Diariamente 2. () 3 a 5 vezes por semana 3. () 1 a 2 vezes por semana 4. () 1 vez por mês 5. () Raramente 6. () Outra: _____
3 - Você já fez ou faz uso de algum tipo de droga ilícita? 1. () Sim 2. () Não 3. () Usei mas parei
4 - Com que frequência você utiliza ou utilizou droga ilícita, em média? 1. () Diariamente 2. () 1 vez por semana 3. () 2 a 3 vezes por semana 4. () 4 a 5 vezes por semana 5. () Outra: _____

PARTE III-DADOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO PARENTERAL

1 - Você faz uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) durante os estágios?			
1. () Sim		2. () Não	
2 - Caso sim, qual? (pode responder mais de uma alternativa)			
1. () Jaleco	2. () Óculos	3. () Luvas de procedimento	3. () Capote
4. () Touca	5. () Propé	6. () Outro: qual? _____	
3 - Que outras medidas de proteção visando evitar exposição acidental você utiliza? (pode responder mais de uma alternativa)			
1. () Atenção, cuidado e segurança ao realizar procedimentos		2. () Não reencepe de agulhas	
3. () Realização de técnica correta		4. () Uso de sapatos fechados	
5. () Aumentar os conhecimentos sobre vias de transmissão de doenças			
4 - Você já sofreu algum acidente com material biológico?			
1. () Sim		2. () Não	
5 - Qual foi o tipo de exposição?			
1. () Percutânea	2. () Mucosa	3. () Pele íntegra	4. () Pele não-íntegra
5. () Outros: _____			
6 - Qual o agente da exposição? (ler as alternativas)			
1. () Agulha	2. () Lâminas/Lanceta	3. () Vidros	4. () Outros: _____
7 - Qual foi a circunstância do acidente?			
1. () Administração de medicamento		2. () Punção venosa	
3. () Descarte inadequado de material perfurocortante		4. () Reencepe	
5. () Procedimento odontológico		6. () Procedimento laboratorial	
7. () Outros: _____			
8 - Qual a medida tomada após o acidente?			
1. () Notificação		2. () Realização de exame sorológico do paciente fonte	
3. () Imunização		4. () Nenhuma medida	
5. () Outras: _____			

PARTE IV-DADOS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SEXUAL

1 - Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____	
2 - Você tem apenas uma parceira sexual? 1. () Sim 2. () Não	
3 - Caso tenha transado nos últimos 12 meses, quantos foram parceiros fixos? _____	
4 - Com os parceiros fixos você:	
1. () Nunca usou camisinha 2. () Usou camisinha em menos da metade das vezes	
3. () Usou camisinha em mais da metade das vezes 4. () Usou camisinha em todas as vezes	
5 - Você transou nos últimos 12 meses com parceiros eventuais? 1. () Sim 2. () Não	
6 - Caso tenha transado nos últimos 12 meses, quantos foram parceiros eventuais? _____	
7 - Com os parceiros eventuais você:	
1. () Nunca usou camisinha 2. () Usou camisinha em menos da metade das vezes	
3. () Usou camisinha em mais da metade das vezes 4. () Usou camisinha em todas as vezes	
8 - Você usa preservativo nas suas relações sexuais?	
1. () Sempre 2. () Nunca 3. () Às vezes	
9 - Caso não, porque não usa?	
1. () Não gosta 2. () Nem sempre tem preservativo 3. () Confia no parceiro(a)	
4. () Acredita na proteção divina 5. () Transa com pessoas limpas	
6. () Outros: especificar _____	

PARTE VI – DADOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

1 - Você sabe como o vírus HIV é transmitido? 1. () Sim 2. () Não 3. () Em parte
2 - Caso sim, como é? (pode responder mais de uma alternativa) 1. () Sangue 2. () Relações sexuais desprotegidas 3. () Transmissão vertical 4. () Compartilhando materiais contaminados 5. () Pelo beijo ou abraço 6. () Outros: especificar _____
3 - Como o HIV pode ser prevenido? (pode responder mais de uma alternativa) 1. () Utilizando preservativo 2. () Evitando ter relações sexuais com portadores do vírus 3. () Não compartilhando agulhas e seringas 4. () Não compartilhando objetos pessoais com portadores do vírus 5. () Outros: especificar: _____
4 - Existem medicamentos contra a AIDS para serem usados após uma situação de risco de infecção? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei