

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Carla Dayane Alves Till

Thayan da Silva Vieira

**HIV NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA:
RETROSPECTIVA DE UMA EPIDEMIA**

TAUBATÉ-SP

2019

**Carla Dayane Alves Till
Thayan da Silva Vieira**

**HIV NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA:
RETROSPECTIVA DE UMA EPIDEMIA**

Trabalho de graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Amorim da Costa Zöllner

TAUBATÉ-SP

2019

SIBi - Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

T574h Till, Carla Dayane Alves
HIV na prática odontológica: retrospectiva de uma epidemia / Carla Dayane Alves Till, Thayan da Silva Vieira. – 2019.
45f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Maria Stella Amorim da Costa Zöllner, Departamento do Instituto Básico de Biociências.

1. AIDS. 2. Cirurgião-dentista. 3. HIV. 4. Manifestações orais. 5. Síndrome da imunodeficiência adquirida. I. Vieira, Thayan da Silva. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD 616.9792

Carla Dayane Alves Till
Thayan da Silva Vieira

**HIV NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA:
RETROSPECTIVA DE UMA EPIDEMIA**

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Amorim da Costa Zöllner

Data: 27/11/2019

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Dra. Maria Stella Amorim da Costa Zöllner

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof. Dr. André Nivaldo Zöllner

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida

Universidade Taubaté

Assinatura: _____

A presente monografia dedicamos a Deus primeiramente, aos nossos familiares, amigos, a Orientadora do trabalho, aos professores do curso e a todos que de certa forma nos apoiaram para que pudéssemos concluir esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Carla Dayane Alves Till

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pois Ele rege, guarda e guia todos os meus caminhos. O senhor Deus se fez presente em toda essa jornada me mostrando soluções para cada problema surgido e retirando as pedras existentes do meu caminho.

A minha mãe Patricia pelo seu amor incondicional, que acredito ter sido através desse amor ter dito forças para criar a mim e meus irmãos sozinha, nunca nos abandonou e sempre lutou para que não nos faltasse nada. Me ensinou valores imensuráveis e me mostrou o caminho do bem, acreditou em meu sonho, torceu e vibrou por cada conquista e fez tudo que pode dentro de suas possibilidades para me ver chegar nessa etapa tão especial e importante de minha vida.

A Lidiane, que além de irmã se mostrou uma grande amiga e companheira. Esteve inteiramente a minha disposição em todos os aspectos para que eu pudesse chegar até aqui, me motivou e me fez lembrar nos momentos de fraqueza que tudo valeria a pena.

A Marilda Prado que acreditou em meu sonho de me tornar cirurgiã dentista, diferentemente de muitos que diziam ser impossível a concretização de minha graduação devido as condições de dificuldades existentes. Nunca conseguirei expressar minha eterna gratidão a essa grande mulher.

A Sidnéia, que de minha empregadora se tornou confidente, amiga e me adotou como filha, teve atitudes emocionais, materiais espirituais que somente alguém que tenha o amor de Cristo em seu ser poderia ter.

Ao meu esposo Paulo Rogério que me apoiou, compreendeu, protegeu, acreditou e vibrou verdadeiramente por minha conquista, agiu segundo os mandamentos da palavra de Deus em demonstrar em sua conduta o seu amor para comigo, e não somente em falas, mas em atitudes. Fez-me sentir a mulher mais admirada do mundo, valorizando cada pequena conquista nessa jornada.

A minha orientadora Stella Zollner que apesar de sua intensa rotina de vida profissional e acadêmica aceitou me orientar, dedicou inúmeras horas para sanar minhas dúvidas e me colocar na direção correta para conclusão do

trabalho. Uma mulher admirável, de conhecimento vasto e uma humildade de encantar. Digo sempre que as aulas mais encantadoras que tive na vida acadêmica foram as suas. Chego a brincar que quando crescer quero ser uma Stellinha, forte, determinada, objetiva e ao mesmo tempo serena.

Ao professor Nivaldo Zollner pela amizade, paciência e carinho. Me proporcionou aprender a ter mais empatia para com os outros em seu projeto de extensão, na clínica e em sala de aula pelo seu jeito amável de ser. É alguém de alma admirável e coração bondoso, sempre com palavras de positividade para quem quer que fosse.

Ao professor Edison Tibagy por sua alegria contagiante, que transborda os ambientes por onde passa, nos projetos de extensão deixa tudo mais leve e sempre em suas aulas práticas ou teóricas não reteve seu conhecimento, posso até dizer que é um amigo com alma de pai.

Aos meus amigos e colegas de curso pelos momentos de alegria e convivência, trocas de experiências.

Ao meu grande amigo e irmão de coração Thayan, pelos quatro anos de convívio dentro e fora do ambiente acadêmico, por estar presente nos melhores e nos piores momentos de minha vida. Por ter sido paciente, compreensivo e sempre buscar me ajudar em tudo. Pelas muitas risadas e alguns choros, foi muito bom ter vivido todo esse tempo ao seu lado. Obrigada por todos os momentos que ficaram gravados eternamente em minha memória e por esse coração de ouro que você tem, meu grande amigo, irmão e agora compadre.

A todos os demais professores da Universidade de Taubaté do Departamento de Odontologia, direção e administração por terem me recebido de braços abertos e me proporcionarem dias de aprendizados, experiências incríveis que me fizeram evoluir como ser humano e profissional.

Agradeço todos que direta ou indiretamente tiveram um papel indispensável na minha formação, o meu muito obrigada

AGRADECIMENTOS

Thayan da Silva Vieira

Agradeço a Deus, primeiramente, pela grande oportunidade de cursar esta graduação e pelas tantas coisas que me concedeu.

Aos meus pais, Regina Célia da Silva Vieira, e Ary José Vieira, pelo amor, educação e por sempre estarem ao meu lado nas horas mais difíceis e felizes a minha vida. Obrigado a minha irmã Thaysa da Silva Vieira pela força e apoio.

Aos meus amigos, meu muito obrigado, pelas palavras, apoio, paciência, amizade e companheirismo.

Agradeço também a todos os professores, desde ensino infantil até hoje, que de forma significativa contribuíram para minha formação.

Aos Profs. Dr. André Zollner e Dr. Edison Tibagy, meu muito obrigado pela oportunidade, conhecimentos, ensinamentos, confiança e pela amizade que se formou. Graças a vocês, por ter me apresentado o Projeto Educação em Saúde Bucal, me fez dar mais sentido o que seria a Odontologia na minha vida. Irei levar para sempre, com muito orgulho, o nome do Projeto pra onde for.

A Profa. Maria Stella Zollner, meu muito obrigado de coração por toda a orientação e toda ajuda que só uma verdadeira mestra e amiga poderia me fornecer nesse meu momento tão importante.

Meus sinceros agradecimentos à minha companheira de turma da faculdade, Carla Dayane Alves Till, pelo companheirismo, pela grande irmandade, alegrias, tristezas, conquistas, muita paciência e por tudo que vivenciamos dentro e fora do espaço acadêmico. Você sempre será marcante na minha vida, por onde estiver.

E, por fim, agradeço a UNITAU, em especial ao Departamento de Odontologia.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Gustav Jung

ABSTRACT

Study hypothesis: existence of numerous oral manifestations associated with It is very important for the dentist to know about such injuries, to be able to recognize early and thus be able to start therapy antiretroviral. Objectives: To scientifically evidence what the literature states about the importance of recognizing such oral lesions in individuals with HIV / AIDS. Specific objective: To elaborate an information booklet to be distributed in offices, hospitals, health posts, with the purpose of updating the dentists about the most common lesions associated with the AIDS Method: literature review on HIV-associated injuries in practice. from book chapters and scientific journal articles published from the 1980s to the present, using as a basis for data: Scopus, Lilacs, Capes, PubMed, Scielo and Bireme. Results: the importance of the dental surgeon is confirmed in the diagnosis of most prevalent oral lesions associated with immunosuppressed patients (candidiasis and Kaposi's sarcoma in adult patients and candidiasis and parotid gland hypertrophy in affected children) being produced Educational primer to update the dentists professional about injuries present in these individuals.

Keywords: AIDS; Dental surgeon; HIV; Oral manifestations; Acquired immunodeficiency syndrome.

RESUMO

Proposição: existência de inúmeras manifestações orais associadas ao HIV, sendo de suma importância que o cirurgião dentista conheça tais lesões, para poder reconhecer precocemente e assim poder dar início à terapia antirretroviral. **Objetivos:** evidenciar cientificamente o que a literatura afirma sobre a importância do reconhecimento de tais lesões orais em indivíduos portadores de HIV/AIDS. **Objetivo específico:** elaborar uma cartilha informativa para ser distribuída em consultórios, hospitais, postos de saúde, com a finalidade de atualizar os cirurgiões dentistas sobre as lesões mais frequentes associadas ao vírus da AIDS. **Método:** revisão de literatura sobre as lesões associadas ao HIV na prática odontológica, a partir de capítulos de livros e artigos de revistas científicas publicadas desde dos anos 80 até o momento atual, utilizando como base de dados: Scopus, Lilacs, Capes, PubMed, Scielo e Bireme. **Resultados:** confirma-se a importância do cirurgião dentista no diagnóstico das lesões bucais mais prevalentes associadas a pacientes imunossuprimidos (candidose e Sarcoma de Kaposi nos pacientes adultos e candidose e hipertrofia das glândulas parótidas nas crianças acometidas) sendo produzida cartilha educativa para atualizar o profissional dentistas sobre as lesões mais presentes nesses indivíduos

Palavras-chave: AIDS; Cirurgião-dentista; HIV; Manifestações orais; Síndrome da imunodeficiência adquirida.

SUMÁRIO

RESUMO	09
1 INTRODUÇÃO	11
2 PROPOSIÇÃO	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma condição sistêmica de deficiência imunológica causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pertence à família *Retroviridae*, podendo ser transmitido pela via sanguínea, pelo contato sexual e pela via vertical, merecendo atenção especial dos pesquisadores e órgãos de saúde, devendo haver atenção pelo fato de suas primeiras manifestações clínicas orais poderem representar sinais precoces da doença.

Assim, justifica-se realizar revisão de literatura sobre as principais manifestações orais associadas a pacientes imunossuprimidos em razão da infecção pelo vírus HIV e avaliar a ocorrência de lesões desde o início da epidemia HIV/AIDS, evolução dessas lesões à época, fatores associados, medicamentos e tratamentos e as variações de sua ocorrência desde os primeiros anos do aparecimento da doença até os dias atuais, advertindo o cirurgião dentista sobre a importância de um minucioso exame clínico, conhecimento das lesões mais comumente associadas ao HIV na atualidade para melhor prognóstico e cuidados na prática odontológica e embasamento de adequada prevenção e adequado tratamento para o paciente. Conhecer e identificar tais lesões, em conjunto com outros marcadores clínicos, irá auxiliar na tomada das decisões quanto à introdução oportuna das terapias antirretrovirais disponíveis, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Finalizada a revisão de literatura proposta, a elaboração de uma cartilha informativa no tema e sua distribuição para profissionais de Odontologia resultará numa ferramenta prática para auxiliar os cirurgiões dentistas no reconhecimento das lesões bucais prevalentes nos pacientes HIV/AIDS e seu encaminhamento adequado para atenção e tratamento.

2 PROPOSIÇÃO

Realizar revisão de literatura sobre as principais lesões orais associadas aos pacientes imunossuprimidos em razão de infecção por HIV. Estudar lesões bucais prevalentes, tratamento disponível e evolução dessas condições patológicas, estratificando o estudo em épocas definidas, comparando achados anteriores com as condições atuais desse grupo de pacientes quanto à saúde bucal. Como resultante prática elaborar cartilha informativa no tema para distribuição aos profissionais de Odontologia, auxiliando-os em sua atividade clínica.

3 METODOLOGIA

Realizar pesquisa bibliográfica retrospectiva das lesões estomatológicas de ocorrência em pacientes HIV/AIDS desde a década de 80 até o momento atual, utilizando levantamento bibliográfico de artigos científicos nas bases de dados: Pub Med, Scopus, Scielo, Lilacs, Capes, Bireme e capítulos de livros subsidiando a elaboração de cartilha educativa no tema para auxiliar os cirurgiões dentistas em sua prática clínica.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O contexto histórico da AIDS teve suas primeiras descrições registradas em 1981, quando se tornaram conhecidos os casos de cinco adultos do sexo masculino, todos jovens homossexuais, que apresentaram pneumonia e outras infecções em Los Angeles, EUA. O aparecimento dessa grave epidemia aconteceu em momento de mudanças sociais e de estilo de vida no final do século XX, como a urbanização da África, a revolução sexual, os movimentos sociais e a liberação homoafetiva nos EUA, além do desenvolvimento de técnicas de coagulação para os hemofílicos. O vírus HIV entrou em contato com o homem a partir do século XX, quando possivelmente ocorreram mortes isoladas que passaram despercebidas na África. Em 1959 foi realizada uma pesquisa sobre um determinado tipo de câncer no Zaire, sendo amostras de sangue estocadas para estudos futuros, quando novas ferramentas tecnológicas fossem descobertas. Quando apareceram os primeiros casos de AIDS na África tais amostras foram testadas, e algumas dessas amostras eram positivas para a doença. Na segunda metade do século XX, as primeiras comunidades homossexuais surgiram nos grandes centros urbanos ocidentais. Chegando o vírus HIV então a Nova York e São Francisco e disseminando-se para outras partes do mundo. (Carrapato et al. 2014).

“O enigma do aparecimento da AIDS”, livro de Mirko Grmek, elucida o surgimento da doença. A pandemia resultando da superposição de pelo menos duas epidemias diferentes, provocadas por dois vírus distintos: HIV₁ e HIV₂. O autor relata que os vírus são parentes colaterais, pois as sequências de seus genomas possuem características tais que demonstram que um não pode ser descendente do outro. A epidemia causada pelo HIV₂ teria, com certeza, passado despercebida se a gravidade do HIV₁, não tivesse chamado a atenção dos médicos e orientado as pesquisas dos virologistas. A disseminação mundial do HIV₁ partiu de três focos identificados: um deles na África Central e outros dois no litoral da América do Norte. Os dois focos americanos tiveram origem comum, mas não se sabe se, nos dois continentes, os surtos tiveram origens independentes, se ocorreram de alguma forma paralela ou se um provocou o outro. Segundo o autor, a origem do vírus HIV₂ é, com certeza, africana, por

outro lado o HIV₁ continua com sua origem indefinida. As pesquisas realizadas na África não exibiram qualquer fato que demonstrasse de maneira irrefutável, o caráter antigo de infecção por cepas virulentas do HIV₁ naquele continente (Estudos avançados 9(24),1995).

A síndrome HIV/AIDS teve a ocorrência de seu primeiro caso no Brasil em 1982, dois anos após ter sido descoberta em outros países. Sua alta letalidade e caráter endêmico levou o Vírus da Imunodeficiência Adquirida a se tornar um problema de saúde pública. (Barros et al, 2012). Relata-se ter sido no Estado de São Paulo o surgimento das primeiras políticas públicas referentes à AIDS, suas mudanças sendo influenciadas pelo Movimento Sanitarista, que em 1988 culminou na formação do SUS (Sistema Único de Saúde).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi descrita em 1987 como uma condição anormal. Na época sabia-se apenas que existia uma falência do sistema imunológico, e que os pacientes acometidos apresentavam febre inexplicável, perda de peso, linfadenopatia e os exames médicos revelavam candidíase oral, pneumonia pneumocística, redução dos linfócitos TCD₄ e Sarcoma de Kaposi em sua forma fulminante, semelhante à que existia na África, diferente da forma mais indolente que era comum nos Estados Unidos. Os pacientes nem sempre apresentavam todas as características e sinais da síndrome, mas os óbitos relacionados à doença eram extremamente numerosos, sendo a etiologia da doença desconhecida. Em razão disso o fator causador da síndrome seguiu sendo pesquisado excessivamente. (Shafer et al, 1987).

Rodrigues e Chequer realizaram em 1988 uma revisão de literatura sobre a ocorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no Brasil no período de 1982 a 1988, onde relataram que nos anos de 1982, 1983, 1986, 1987 e 1988 ocorreu um aumento progressivo nos casos de notificação, havendo uma evolução da incidência anual de 0,05 por um milhão de habitantes em 1982 para 6,5 casos por milhão de habitantes em 1988 no Brasil. Observou-se que desde os primeiros casos, a grande maioria dos registros concentrava-se mais em grandes áreas urbanas como São Paulo e Rio de Janeiro, o mesmo ocorrendo em países europeus e nos Estados Unidos. Essa situação que foi se alterando devido à ocorrência progressiva de casos em conglomerados humanos de médio e até de pequeno porte. Naqueles sete anos iniciais da pandemia não se

observaram grandes alterações a respeito da distribuição dos casos da doença segundo faixa etária. Porém, nos últimos três anos desse período, houve um incremento de casos pediátricos, ocasionados por transmissão perinatal e transfusão de sangue. Em razão da maior prevalência de transmissão sexual, não era de se espantar que o grupo de 25 a 40 anos fosse o mais atingido, seguido pelo grupo de pacientes nos quais a transmissão ocorria através de sangue ou componentes contaminados. Nessa categoria destacavam-se primeiro os usuários de drogas injetáveis, seguidos dos casos de transfusão de sangue e hemofílicos, ficando em terceiro lugar os casos de transmissão perinatal. A média de casos notificados em 1984 era de 10 casos por mês, passando para 89 casos por mês em 1987, três casos novos por dia. Portanto tal situação acabou exigindo uma união de esforços por parte dos órgãos de saúde pública com o objetivo de intensificar as ações de prevenção e controle a fim de reduzir a infecção pelo HIV.

Sol et al. 1989, lançaram um “Atlas das Manifestações Bucais da AIDS”. Nessa publicação, fungos do gênero *Candida* foram descritos como sendo parte da microbiota bucal das pessoas não infectadas pelo HIV. Porém, em pessoas infectadas pelo Vírus da AIDS, a candidose poderia ser o primeiro sinal para possível confirmação da infecção por HIV. Um paciente imunossuprimido com a presença da candidose poderia apresentar dor e halitose, colônias brancas formas e tamanhos variáveis e diversos aspectos eritematosos, combinações de áreas brancas e vermelhas e até mesmo lesões erosivas, indicando níveis de resposta imune abaixo do apropriado para os indivíduos portadores do vírus HIV. Um outro marcador descrito era a queilite angular acompanhando constantemente a infecção fúngica intraoral. Foram descritas para esses pacientes também infecções virais tais como, aquelas causadas pelo o vírus do Herpes simples e a Leucoplasia Pilosa. No que diz respeito ao vírus do Herpes simples, foram descritas apresentações como herpes labial, manifestação muito mais frequente em indivíduos imunossuprimidos do que em pacientes sistemicamente saudáveis. As lesões eram maiores, apareciam com mais frequência e muitas vezes apresentando-se em formas múltiplas e persistentes. Em alguns casos tais lesões eram próximas à pele adjacente e expandiam-se em tamanho respondendo ainda muito mal ao tratamento. As infecções pelo HSV

(Vírus do Herpes Simples) intraoral também podiam ocorrer em sua forma clássica de úlceras irregulares, rasas, acompanhadas ou não de eritema, destruindo o epitélio pavimentoso queratinizado estratificado do palato duro, da gengiva e da região dorsal da língua. O diagnóstico podendo ser confundido com lesões de reações alérgicas ou tóxicas ou com manifestações bacterianas. A leucoplasia pilosa foi relatada como lesões de aparência esbranquiçada que frequentemente apareciam uni ou bilateralmente em bordo lateral de língua, podendo apresentar-se como áreas elevadas que lembram cabelos ou apresentando a superfície enrugada e até mesmo em forma de placas brancas. A causa da leucoplasia pilosa era desconhecida, havendo contudo, uma grande associação com a presença do vírus de Epstein-Barr, tal situação indicando fortemente a possibilidade de AIDS. O Sarcoma de Kaposi foi a doença maligna encontrada com maior frequência em indivíduos com AIDS. As dúvidas sobre o Sarcoma de Kaposi ser verdadeiramente um câncer só aumentavam, entretanto alguns pacientes portadores dessa lesão viveram mais tempo que alguns outros portadores do HIV, que geralmente morriam de doenças oportunistas. A região mais frequente atingida por esse tipo de sarcoma era a pele, contudo estudos demonstraram que em grande número de casos o primeiro e único local de ocorrência foi a boca, concluindo então que os profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde oral tinham sobre si a responsabilidade do diagnóstico, tratamento e controle desses pacientes.

Corrêa et al. 1994, realizaram uma revisão de literatura com o propósito de relatar as principais lesões bacterianas associadas ao HIV. Foram descritas as manifestações bacterianas relacionadas aos problemas periodontais sob o ponto de vistas dos autores, também sido feita uma breve citação sobre lesões aftosas e as drogas utilizadas nos tratamentos de tais manifestações para conhecimento do cirurgião dentista da época. As manifestações bucais mais observadas na AIDS foram as infecções de origem viral e fúngica, não devendo ser deixadas de lado as lesões de etiologia bacteriana. A cavidade bucal é um ambiente natural de bactérias que se mantém em equilíbrio. Entretanto, os estudos da época demonstraram a presença de bactérias incomuns na microbiota bucal em casos de alterações sistêmicas graves em pacientes imunossuprimidos. A microbiota subgengival por exemplo, além de incluir os

microrganismos comuns, poderia apresentar em certos nichos bacilos entéricos, outras espécies de estafilococos e até fungos, refletindo respostas imunológicas alteradas, além das consequências do uso de vários medicamentos que contribuiriam para modificar a microbiota local. Sendo assim, em comparação com pacientes saudáveis, os portadores do vírus HIV que apresentavam células TCD₄ reduzidas apresentavam alta prevalência de GUNA (gengivite necrosante aguda). Bactérias Gram-negativas também foram descritas associadas a lesões de mucosa oral de pacientes portadores do vírus HIV, iniciando-se então em 1986 uma grande preocupação com os problemas periodontais desses indivíduos. Por outro lado, alguns autores não encontraram uma alta prevalência da GUNA, gerando assim uma indefinição sobre a real etiopatogenia da gengivite e da periodontite presentes nesses pacientes. Com o passar do tempo e o surgimento de novas informações chegou-se ao esclarecimento de que as lesões periodontais não seriam sinais patognomônicos do grupo dos portadores do vírus HIV, e sim que as condições gengivais pré-existentes poderiam ser agravadas pelos problemas sistêmicos que influenciavam a evolução da doença, mesmo em casos onde havia tratamento adequado. A influência de fatores como higiene bucal, estado de saúde geral e gengival ao início da infecção pelo HIV também não podiam ser descartados já que a interação dos fatores locais e sistêmicos dificulta a separação individual das causas primárias do envolvimento gengival, entendendo-se que o termo gengivite progressiva referia-se ao agravamento sistêmico considerando as condições bucais e os problemas em relação à resposta imunológica.

Birman e Riera em 1997, publicaram uma monografia sobre a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e o Dentista”, pouco mais de dez anos após o aparecimento dos primeiros casos de HIV, onde relataram o agente etiológico, a resposta do sistema imunológico a estímulos antigênicos, a epidemiologia, os mecanismos de transmissão, os testes sorológicos para detecção da infecção pelo HIV e a abordagem diagnóstica das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV. Disseram que na época o impacto da epidemia levou a classe odontológica a deparar-se com uma situação muito difícil de resolver no que dizia a respeito da prática odontológica enquanto profissionais de saúde diante da situação, surgindo então inúmeros

questionamentos quanto à infraestrutura dos consultórios, competência em diagnosticar e até mesmo tratar os casos de acometimento oral e a correta abordagem do paciente portador. Naquela época os cirurgiões dentistas prestavam atendimento aos portadores do vírus quer fosse por iniciativa própria ou de forma involuntária nos atendimentos de pacientes assintomáticos desconhecendo sua situação sorológica. Para refrigério dos cirurgiões dentistas da época constatou-se que o Vírus da AIDS ao ser comparado com o da Hepatite, já então conhecido, tinha chance de infecção cruzada significativamente menor. Também, o verdadeiro pânico que surgiu junto com a epidemia de AIDS, veio intensificar os cuidados de controle de infecção na prática odontológica, já conhecidos na época, e reforçar as precauções quanto aos cuidados no diagnóstico de possíveis alterações bucais das mais variadas etiologias ocorrendo nesses pacientes. A cavidade oral foi relatada como um dos primeiros locais onde costumeiramente manifestava-se a presença do vírus HIV, indicando alterações do estado imunológico dos pacientes. A maioria das lesões oportunistas citadas não era exclusiva dos pacientes portadores da síndrome, porém seu comportamento em relação à duração e gravidade era o que as tornava diferentes, e o fato de ocorrerem algumas lesões raras em pacientes imunossuprimidos sugestionava fortemente a infecção por HIV. As lesões descritas como fortemente associadas à AIDS eram: Candidose Eritematosa, Quielite Angular, Leucoplasia Pilosa, Gengivite Necrosante, Periodontite Necrosante, Sarcoma de Kaposi e Linfoma não-Hodgkin. A Candidose Eritematosa caracteriza-se como uma área vermelha localizada no dorso da língua, palato e ocasionalmente mucosa oral, além de manchas e placas brancas que podem ser vistas associadamente, pouco definidas. A Candidose Pseudomembranosa sendo caracterizada por manchas ou placas brancas podendo localizar-se em qualquer parte da cavidade oral e que se raspada deixa uma superfície sangrenta. Entre as manifestações de origem infecciosa destacavam-se aquelas de etiologia fúngica. A Candidose constituindo-se como manifestação inicial do HIV/AIDS, desenvolvendo-se em algum estágio da doença e aumentando sua prevalência com a evolução da mesma constituindo um sinal clínico importante, associado à progressão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O Sarcoma de Kaposi foi descrito como a doença neoplásica mais comum dentre as manifestações clínicas relacionadas ao HIV/AIDS. A progressão do Sarcoma de Kaposi sendo mais frequente após infecções oportunistas ou tratamentos com esteróides. O meio bucal foi descrito como o primeiro a poder ser acometido pela doença, os principais locais orais afetados eram o palato e a gengiva seguidos pelo dorso da língua, apresentando lesões multicêntricas e simétricas. Clinicamente o Sarcoma de Kaposi da cavidade oral apresenta-se como manchas ou nódulos vermelhos, roxos ou azulados, mas lesões descoloridas também podem ser observados. Realizou-se um estudo de 144 pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, selecionados do Centro de Referência e Tratamento da AIDS, Departamento de Saúde e Bem Estar, Estado de São Paulo, Brasil. Os exames orais foram realizados por um médico, sendo que durante esse exame todas as lesões suspeitas de neoplasia foram biopsiadas, e testes laboratoriais comprovaram a presença de Sarcoma de Kaposi em todos os pacientes. Sendo que desse total de 144 pacientes, 12 apresentaram a forma disseminada da lesão, 36/144 apresentaram associação entre lesões bucais e cutâneas, sendo que lesões dermatológicas foram encontradas em 71/144 pacientes. Além disso, quatro pacientes apresentaram associação entre a localização bucal e a visceral e doze indivíduos apresentaram a forma disseminada do Sarcoma de Kaposi. Os autores concluíram que mesmo diante da escassez de dados regionais disponíveis, o Sarcoma de Kaposi foi a neoplasia mais frequente, com alta prevalência na região do palato. A Candidíase também foi citada devido à sua alta prevalência em pacientes imunossuprimidos. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes com Sarcoma de Kaposi morria mais em decorrência das infecções oportunistas, do que pela lesão neoplásica. Os autores relataram ainda a importância do exame oral em pacientes portadores da imunodeficiência adquirida e a relevante posição do dentista e do médico em dar o primeiro diagnóstico de AIDS, a fim de proporcionar um diagnóstico rápido e de qualidade para encaminhar o paciente ao tratamento, aumentando sua qualidade de vida, já que as lesões de mucosa oral estariam associadas à baixa contagem de células TCD₄ em relações as lesões cutâneas. (Birman et al. 2000).

Souza et al. 2000 relataram que em 1986, representantes da Comunidade Econômica Europeia reuniram-se para discutir os problemas orais relacionados com a infecção pelo vírus HIV, sendo que o encontro deu origem a uma lista de 30 doenças relacionadas com a AIDS. Posteriormente, acrescentaram-se novas lesões que acometiam a cavidade oral e a região submandibular a essa lista inicial. Essas lesões foram classificadas por categorias, incluindo-se infecções fúngicas, bacterianas e virais, além de processos neoplásicos e lesões de natureza desconhecida. Já nessa época, diferentes autores enfocaram em suas pesquisas o estudo das manifestações orais de pacientes HIV/AIDS.

A descoberta da infecção através do vírus HIV causou um grande e duradouro impacto na humanidade. A AIDS representa o estágio final dessa infecção. Os números expressos pela UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) em 2005, mesmo depois da evolução para diferenciar mecanismos de infecção, características do vírus e tratamento são assustadores, visto que não existe ainda um tratamento eficaz para levar à cura dessa doença. Relatou-se que desde o aparecimento da epidemia, iniciaram-se as comunicações sobre os relatos estomatológicos de manifestações da síndrome, sendo enfatizado que o primeiro local onde ocorria a manifestação da infecção era a cavidade oral. Desde o surgimento da AIDS ocorreram tentativas de diagnosticar, classificar e estabelecer critérios para definir suas manifestações orais. Um grupo de patologistas da OMS (Organização Mundial da Saúde) reuniu-se em 1991 e redigiu um documento sobre as classificações e critérios de diagnóstico das infecções orais pelo vírus HIV/AIDS. Três grupos de lesões foram propostos, as lesões descritas pertencentes ao primeiro grupo foram: Candidose (podendo ser encontrada nas formas eritematosa, pseudo-membranosa e hiperplásica); a Leucoplasia Pilosa; a doença periodontal (como Gengivite Ulcerativa Necrosante e Periodontite Ulcerativa Necrosante); o Sarcoma de Kaposi e o Linfoma não-Hodgkin. A Candidose Pseudomembranosa é a forma mais frequente de doença bucal em pacientes imunossuprimidos e está associada ao estágio inicial da síndrome, sendo um importante marcador da progressão da doença. Apresenta-se com aspecto de manchas e placas brancas ou amareladas, que podem ser removidas. Nos casos da Candidose Hiperplásica a lesão está relacionada com a supressão mais severa pelo vírus

HIV, não podendo ser removida e sendo resistente ao tratamento. No que tange às doenças bacterianas a literatura descreve três tipos de doenças periodontais: a gengivite associada ao HIV ou Gengivite Linear, sendo caracterizada por uma banda eritematosa ao longo de todo o trajeto marginal com 2 a 4 mm de largura, apresentando sangramento fácil e dor leve, sendo esta precursora da periodontite. Por outro lado, a Gengivite Ulcerativa Necrosante associada ao HIV foi descrita como um marcador da severidade da imunossupressão, ocorrendo com contagens de células TCD₄ abaixo dos níveis recomendados para o efetivo controle dos portadores da síndrome e pode ser precursora da periodontite associada ao HIV, que se manifesta com necrose dos tecido moles, rápida destruição da junção periodontal, podendo apresentar exposição no osso subjacente, além de manifestações de dor profunda sangramento gengival e alto grau de mobilidade dentária. As infecções mais observadas por vírus foram aquelas determinadas por Vírus Epstein Barr, Vírus Herpes Simples, Vírus Herpes Zoster, Citomegalovírus e Papilomavírus Humano. Outra lesão descrita foi a Leucoplasia Pilosa. Os autores a descreveram como uma mancha branca assintomática, que não pode ser removida por raspagem, sua superfície sendo rugosa ou ondulada, localizada principalmente em bordo lateral de língua uni ou bilateralmente. É uma manifestação de caráter importante já que sua presença aponta para um preditivo relacionado a possíveis infecções pelo HIV. Os autores relataram também as lesões neoplásicas associadas aos pacientes HIV/AIDS, sendo o Sarcoma de Kaposi a neoplasia mais relacionada ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida, ocorrendo mais frequentemente em palato e gengiva. Inicialmente apresenta-se como lesões achatadas, azuladas ou vermelhas e nos estágios finais da doença geralmente tem caráter de lesão nodular e elevada. Foi descrito ainda que no início da epidemia cerca de 35 a 40% dos indivíduos infectados apresentavam tais lesões, e que posteriormente sua incidência diminuiu para 14% dos pacientes com a síndrome. Concluiu-se que o cirurgião dentista desempenha um papel fundamental no diagnóstico de indivíduos soropositivos no que diz respeito às lesões bucais associadas ao HIV, já que muitas dessas lesões tem caráter presuntivo das infecções pelo vírus HIV e antecedem o desenvolvimento da AIDS. (Rodriguez et al, 2006).

É relevante lembrar que no ano de 1987 iniciou-se a procura por medicamentos que pudessem fazer decrescer a multiplicação do vírus HIV, utilizando-se então inibidores da enzima transcriptase reversa do HIV, sendo que em 1996 o acesso gratuito e universal aos antirretrovirais foi assegurado pelo SUS aos portadores da doença.

“[...] a história natural dessa infecção vem sendo alterada consideravelmente pela terapia antirretroviral (TARV), a qual foi iniciada no Brasil em 1996, resultando no aumento da sobrevida dos pacientes, mediante reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (MS,2010.p75). “

Silva et al. 2011 publicaram revisão de literatura objetivando investigar a prevalência e o significado das manifestações bucais pelo HIV. As lesões decorrentes do Vírus da Imunodeficiência Humana foram classificadas em 1992 segundo a *European Community Clearinghouse on Oral Problems related to HIV infection*, sendo tal classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser utilizada em estudos epidemiológicos. Dentre as lesões mais recorrentes descritas estão Candidose, Leucoplasia Pilosa bucal, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não-Hodgkin, doença periodontal, Gengivite Ulcerativa Necrosante e Periodontite Aguda Necrosante. Essas lesões foram agrupadas pela OMS como lesões fortemente associadas ao HIV. A literatura constata que há predominância de alguns tipos de lesões bucais prevalentes pacientes HIV/AIDS. Demonstrando que as infecções fúngicas se instalam em um grande número de pacientes HIV, sendo tal fato decorrente das profundas alterações que ocorrem na função imunológica mediada por linfócitos T. Dentre as formas mais comuns e precoces dos fungos patogênicos, apresentando-se como lesões iniciais, tendo papel relevante no desencadeamento de infecções bucais em pacientes HIV, está *Candida albicans*. A Leucoplasia Pilosa configura-se um marcador clínico importante, sua prevalência aumentando com a progressão da doença, chegando até 40% dos pacientes quando a contagem CD₄ atinge 400/mm³. Dentre as lesões de origem bacteriana, estão a gengivite e periodontite de rápida evolução. Com as alterações da microbiota bucal, decorrentes da imunossupressão, observa-se um aumento das bactérias anaeróbicas Gram

negativas sub-gengivais, com consequentes distúrbios dos componentes salivares, como por exemplo enzimas antimicrobianas e imunoglobulinas, ocasionando assim a diminuição da capacidade da saliva em controlar a microbiota e a placa bacteriana, proporcionando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais.

Souza et al. analisaram 100 pacientes HIV/AIDS no Hospital Giselda Trigueiro em Natal RN, Brasil no período de 1996-97 e elaboraram uma tabela de dados referentes à distribuição das manifestações orais, comportamento de risco e algumas manifestações sistêmicas. Os autores analisaram a distribuição de candidíase nas diversas apresentações clínicas, verificando que o tipo pseudomembranoso esteve presente em 34 pacientes do sexo masculino e 10 do sexo feminino, seguido de queilite angular com 23 pacientes do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Foi constatada a presença de algumas manifestações sistêmicas e, dentre estas, destacaram-se a diarreia crônica, pneumonia, tuberculose pulmonar, toxoplasmose, úlcera gástrica, sífilis e cefaléia frontal.

O Sarcoma de Kaposi é um tumor mesenquimal causado pelo Vírus Herpes tipo 8 (HHV-8). Estudando-se sua associação com o vírus da AIDS nos anos 80 foi documentada uma forma mais agressiva da doença neoplásica, devido à sua alta mortalidade e magnitude, sendo que logo tornou-se conhecida como forma epidêmica do Sarcoma de Kaposi. O Sarcoma de Kaposi foi a primeira doença oportunista descrita em associação com o vírus HIV e atualmente ainda é a neoplasia mais frequente relacionada à AIDS. Foram realizados estudos envolvendo dados de pacientes com AIDS em dois Centros de Referência de AIDS, no período de janeiro de 2003 a março de 2010, sendo ambos os centros polos especializados em AIDS no município de São Paulo, SP. Entre 1980 e 2014 foram notificados 86.112 casos de AIDS no município. Apesar da terapia antirretroviral não interferir diretamente na replicação do vírus HHV-8, os casos de regressão da lesão do Sarcoma de Kaposi foram frequentemente observados após o uso da terapia antirretroviral associada com quimioterapia ou radioterapia. Com a disponibilidade da terapia antirretroviral, observou-se o declínio substancial na incidência do Sarcoma Kaposi, assim como o comportamento menos agressivo da lesão no paciente com AIDS quando

comparado a pacientes que não estavam em tratamento antirretroviral. Esse estudo apontou que mesmo com o forte arsenal terapêutico disponível e gratuito no país disponível para tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, o Sarcoma de Kaposi mantém alta prevalência entre indivíduos imunossuprimidos no Estado de São Paulo (aproximadamente 01 cada 20 indivíduos). O Sarcoma de Kaposi teve sua descrição clássica em 1872, mas atingiu somente sua importância clínica mundial como doença oportunista nos primeiros relatos da epidemia de AIDS. Nos dias atuais mesmo com os avanços no diagnóstico e nas terapias antirretrovirais o Sarcoma de Kaposi continua sendo a neoplasia mais frequente e definidora da AIDS. Foram comparados nesse estudo os diagnósticos de AIDS entre os anos de 2003 a 2006, e 2007 a 2010, observando-se uma redução dos casos de Sarcoma de Kaposi em períodos mais recentes, isto graças ao uso prévio da terapia antirretroviral, que se revelou como fator de proteção para o desenvolvimento dessa lesão, além de prolongar a sobrevivência de pacientes com Sarcoma de Kaposi em até 80%. (Tancredi et al.2017).

O vírus HIV provoca uma Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, marcada pela insuficiência progressiva do sistema imunológico, que permite ocorrerem nesses pacientes as infecções oportunistas, algumas vezes fatais. Os primeiros casos relatados da síndrome ocorreram em 1981, mas somente foram mais esclarecidos em 1983. Segundo a UNAIDS, (Programa das Nações Unidas criado em 1996 e que tem a função de criar soluções e ajudar as nações no combate à AIDS.), cerca de 36,7 milhões de pessoas vivem atualmente com o vírus da AIDS. Apesar desse número permanecer elevado, observou-se uma queda crescente da letalidade pela doença e com isso o aumento da sobrevivência desses pacientes. O HIV afeta e destrói células específicas do sistema imunológico, tornando o organismo incapaz de lutar contra doenças e infecções, evoluindo a infecção pelo vírus HIV para o estado patológico denominado AIDS. Na fase aguda a síndrome compreende um período inicial de desenvolvimento da resposta imunológica contra o HIV, período esse que é acompanhado por uma rápida diminuição da contagem de células T CD₄, altos níveis de viremia plasmática e de RNA viral no plasma. O termo que designa a fase seguinte: “período de latência” pode se tornar enganador, já que o HIV continua se replicando nos linfonodos de forma extremamente elevada e destruindo

diariamente as células T CD₄. Logo após esse período, pode surgir uma série de sintomas ou sinais imunológicos, dermatológicos, hematológicos e alguns sintomas inespecíficos tais como: febre, diarreia, sudorese noturna ainda não cumprindo entretanto os critérios de definição de AIDS. Em qualquer estágio da infecção, o vírus encontra-se presente e em constante multiplicação em determinadas células do organismo, podendo ser transmitido, caso não sejam tomadas medidas de prevenção adequadas. Ainda não conseguiu descobrir a cura para essa doença, porém com o avanço da Medicina foi possível proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida com o uso das terapias antirretrovirais. Os primeiros medicamentos tinham um benefício temporário, devido à sua baixa eficácia na recuperação do sistema imunológico do paciente e os efeitos limitados sobre a redução da carga viral. No ano de 1996 ocorreu uma melhora significativa no tratamento e uma grande queda nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS, devido à inclusão de novas classes de ARV (anti-retrovirais) inibidores de protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos, mediante terapia antirretroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART). As infecções oportunistas relacionadas à síndrome costumam surgir como consequência da imunidade debilitada em estágios avançados da infecção pelo vírus HIV. Essas infecções costumam ocorrer com maior frequência em pacientes que não fazem uso da TARV (terapia antirretroviral). Entre as mais comuns estão: Candidose, Tuberculose, Pneumonias e infecção por vírus do Herpes Simples. As infecções fúngicas podem atingir até 94% dos pacientes soropositivos não tratados. Surgem lesões bucais, que em inúmeros casos podem aparecer como a primeira manifestação da doença. É de suma importância que os primeiros sinais de infecção oportunista possam ser identificados antes do agravamento da doença (Costa, 2018).

Lesões bucais associadas ao HIV na infância

Foram realizadas também pesquisas sobre as manifestações bucais em crianças portadoras do HIV/AIDS. Alves et al, 2009, publicaram uma revisão de literatura sobre “Lesões estomatológicas em crianças HIV positivas e suas implicações clínicas”, objetivando descrever, as principais lesões estomatológicas associadas ao HIV presentes em pacientes pediátricos,

destacando suas formas clínicas, diagnóstico e tratamento e, com isso, auxiliar no exame intra-oral regular e acompanhamento dos pacientes. Relataram que as manifestações de sinais e sintomas clínicos podem se expressar em diferentes tempos na AIDS pediátrica, de acordo com o momento da transmissão. A contaminação ocorrida no pré-natal, levando à evolução rápida da doença, já a contaminação ocorrendo no parto ou pós-parto, associando-se à manifestação clínica com maior lentidão. Os autores comentaram que pacientes pediátricos podem apresentar lesões na mucosa oral como manifestações secundárias, as quais sinalizam a progressão da doença, ausência de eficácia do tratamento anti-retroviral, como também tais lesões podem preceder as manifestações sistêmicas da AIDS. Foram agrupadas as principais lesões relacionadas à infecção pelo HIV no grupo pediátrico de acordo com os agentes etiológicos, destacando-se a candidíase bucal e a hipertrofia das glândulas parótidas, devendo ser consideradas como marcadores de prognóstico da infecção por HIV, sua ocorrência influenciando na decisão terapêutica para crianças HIV positivas. As lesões bucais em crianças com HIV possuem diferenças daquelas encontradas nos adultos, sendo mais necessária a atenção para os pacientes de AIDS pediátrica para registrar todas as lesões bucais presentes.

Barasch et al, 2000, publicaram trabalho desenvolvido por meio de pesquisa de campo sobre "Manifestações orais de tecidos moles em crianças soropositivas versus soronegativas de uma população do centro da cidade: um estudo observador de dois anos", com o objetivo de apresentar dados acumulados de dois anos de observação longitudinal de lesões orais de tecidos moles em uma coorte de crianças infectadas pelo HIV em comparação com um grupo de controle não infectado. Os autores relataram que realizaram a matrícula de cento e quatro indivíduos HIV positivos em uma clínica pediátrica de HIV no centro da cidade e os pares domésticos HIV negativos serviram de controle. Foram realizados exames orais periódicos a cada seis meses nessas crianças, enquanto informações laboratoriais de interesse foram obtidas nos prontuários dos pacientes. Observaram que as crianças HIV positivas apresentavam número significativamente maior de lesões de tecidos moles orais do que seus pares HIV negativos. A ocorrência da candidose, do eritema gengival linear e da glossite

romboide mediana foi alta nas crianças HIV positivas estudadas. Contudo, as lesões orais avaliadas não foram consideradas como associadas a um forte prognóstico de mortalidade para aquelas crianças com HIV/AIDS, sendo que apenas a candidíase foi associada a uma baixa contagem CD4.

Granado et al, 2002, publicaram trabalho desenvolvido por meio de pesquisa de campo sobre “Manifestações estomatológicas, contagens de linfócitos TCD4+ e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV”, com o propósito de estudar as manifestações estomatológicas da infecção pelo HIV numa amostra de crianças brasileiras e norte-americanas, buscando relacionar sua presença com a contagem de linfócitos TCD4+ e a carga viral apresentada pelos pacientes da amostra. Os autores avaliaram um grupo de 184 crianças de ambos os sexos, de 0 a 13 anos de idade, atendidas em hospitais escolhidos pelos autores em Porto Alegre, RS e em hospitais, nos EUA, na cidade de Nova Iorque, no período de janeiro de 1999 a maio de 2000. No estudo, foram observadas inúmeras manifestações estomatológicas associadas ao HIV, tanto em crianças brasileiras como em norte-americanas, com destaque para linfadenopatia cervico-facial, aumento das glândulas parótidas, candidose eritematosa, petéquias, gengivite, xerostomia e queilite angular. As crianças brasileiras apresentaram maior frequência de manifestações orais que as crianças norte-americanas e aquelas que se associavam às manifestações clínicas da infecção pelo HIV apresentavam contagem média de linfócitos TCD4+ próxima aos valores normais e carga viral alta.

Ferreira et al, 2004, publicaram revisão de literatura com o tema “Aspectos Oraís da Infecção pelo HIV em Pacientes Pediátricos: Uma Abordagem Atual”, com o objetivo de apresentar um enfoque da época sobre a infecção por HIV em pacientes pediátricos, demonstrando os diversos aspectos das manifestações orais. Os autores realizaram um levantamento bibliográfico que utilizou periódicos científicos, livros técnicos e publicações de organizações internacionais. Relataram que os pacientes pediátricos soropositivos para HIV apresentavam características próprias que diferenciavam suas manifestações orais de HIV/AIDS das manifestações dessa infecção em adultos. Essa evolução transcorre desde a privação do aleitamento materno, na busca de um

aleitamento artificial o mais próximo possível do natural, tanto quanto nos fatores nutricionais como também nos fatores afetivos, até que ocorra o correto desenvolvimento do sistema estomatognático. Quanto à incidência de cáries, tal situação é influenciada pelo antirretrovirais ricos em sacarose, de forma que sinalizam a necessidade de um trabalho de promoção de saúde bucal para essas crianças. O aspecto específico da infecção por HIV em crianças impõe aos diversos profissionais que militam nesse campo o conhecimento técnico adequado na escolha dos meios de fornecer a esses pacientes um melhor prognóstico com uma sobrevida maior.

Dornelas et al, 2008, publicaram baseado em pesquisa de campo o artigo 'Manifestações Orofaciais e suas Correlação com a Classificação Clínica e Imunológica em Crianças Infectadas pelo HIV em João Pessoa, Paraíba, Brasil', objetivando verificar a prevalência de manifestações orofaciais nesses pacientes e sua correlação com a classificação imunológica em pacientes pediátricos infectados por HIV. Os autores selecionaram no universo de 31 pacientes pediátricos do hospital, 21 crianças na faixa etária de 2 a 12 anos, sendo que 12 do gênero masculino e 09 do gênero feminino com média de 6,4 anos. Foram realizados exames clínicos nessas crianças, quanto à presença de manifestações orais, sendo consideradas as lesões presentes no momento do exame clínico. Todas as informações médicas: forma de contaminação por HIV, contagem de CD₄, terapia utilizada e classificação clínica da doença de cada criança foram obtidas dos prontuários e anotadas em fichas específicas. Verificou-se que 95,2% dessas crianças haviam sido infectadas por via vertical e todas as crianças faziam uso de terapia anti-retroviral. As manifestações de lesões bucais encontradas em 15 pacientes foram: linfadenopatia cervico-facial, hipertrofia de parótidas, candidose pseudomembranosa, queilite angular e eritema gengival linear. A candidose pseudomembranosa foi a lesão oral mais prevalente entre os pacientes com imunossupressão grave. As manifestações foram frequentes entre os pacientes estudados e sua presença esteve associada ao estado imunológico do paciente.

Monteiro et al, 2008, realizaram revisão de literatura sobre "Efeitos da terapia antirretroviral altamente ativa sobre as manifestações bucais em crianças infectadas pelo HIV", com o objetivo de realizar uma revisão sobre os efeitos da

HAART nas manifestações bucais de pacientes pediátricos infectados por HIV. Os autores relataram que a infecção por HIV envolve a Odontologia devido ao alto índice de patologias bucais relacionadas a esta condição de adoecimento, sendo algumas relacionadas ao avanço da doença. O uso da medicação antirretroviral altamente ativa (HAART) em pacientes pediátricos contaminados pelo HIV tem apresentado resultados categóricos, diminuindo significativamente a prevalência dessas lesões bucais. Contudo, alguns efeitos adversos têm sido associados à utilização dessa terapia, como o aumento na prevalência de verruga vulgar, doenças das glândulas salivares e xerostomia, sendo essa última condição de grande de grande importância para o cirurgião dentista devido à importância da saliva na manutenção da saúde bucal.

Gomes et al, 2011, realizaram pesquisa de campo com o tema “Estudo Comparativo do Risco de Cárie em Crianças Sadias e Imunocomprometidas”, objetivando comparar o risco de cárie entre um grupo de crianças imunocomprometidas e um grupo de crianças saudáveis, observando o volume de secreção salivar, o potencial hidrogênico (pH), a capacidade tamponante da saliva, os níveis de *Streptococcus mutans* e a identificação de lesões de cárie. Os autores relataram que embora a cárie dental seja uma doença dependente das condições do hospedeiro, da microbiota, da dieta e também de fatores socioculturais, há grande influência da saliva no surgimento e progressão dessa doença. No entanto, estudos mostraram que uma condição de antibioticoterapia prolongada é capaz de alterar a microbiota oral do indivíduo, reduzindo ou até eliminando a colonização por bactérias. Os autores relataram com base da metodologia empregada e dentro das limitações do estudo, que a imunodeficiência não representou um fator determinante para o aumento do risco de cárie no grupo de crianças avaliadas.

Tonelli et al, 2013, realizaram revisão de literatura, publicando o artigo “Manifestações Bucalis em Pacientes Pediátricos Infectados Pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura”, com o objetivo de investigar as principais manifestações bucais nos pacientes pediátricos infectados por HIV, cujos resultados poderiam auxiliar na atualização profissional dos profissionais dentistas. Os autores relataram de uma forma geral, as principais manifestações bucais encontradas em crianças infectadas pelo vírus da AIDS, tais como: cárie,

candidose, queilite angular, eritema linear gengival, lesões na mucosa, doenças das glândulas salivares, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin, doenças fúngicas, doenças virais, doenças periodontais e hipoplasia de esmalte. Ressaltaram que pacientes pediátricos infectados pelo HIV, apresentam comumente algum tipo de manifestação bucal em fase não específica de sua infância, apesar de terem sido encontrados poucos estudos que correlacionem a temática com a Odontologia. Os autores também esclareceram ser fundamental a detecção das manifestações bucais em crianças acometidas pelo HIV, a fim de se chegar ao correto diagnóstico e maximizar o prognóstico pela iniciação oportuna do tratamento antirretroviral. Para coibir o agravamento dos sinais e sintomas relacionados à Odontologia, é importante a participação do Odontopediatra em equipes multiprofissionais de saúde, a fim de promover adequação nas condições de saúde bucal e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida desses pacientes.

Araújo et al, 2015, publicaram revisão de literatura com o tema “Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa”, objetivando a identificação das principais lesões bucais ocorrentes em pacientes pediátricos com HIV, descrevendo o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) sobre essas lesões, comparando com a terapia antirretroviral (ART). Os autores selecionaram dezenove artigos científicos dos quais foram extraídas informações sobre as principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos, correlacionando-se com o tipo de terapêutica aplicada. As manifestações mais frequentes foram a candidíase oral, gengivite, aumento das glândulas parótidas e eritema gengival linear. A utilização da HAART mostrou diminuição da prevalência das manifestações bucais, sendo mais eficaz que a ART. O artigo relata as lesões bucais mais frequentes em pacientes pediátricos com HIV, sendo a candidíase oral, seguida de alterações como gengivite e o aumento das glândulas parótidas as mais prevalentes.

Araújo et al, 2015, publicaram por meio de revisão de literatura o artigo “Relação Entre Índice de Cárie e Doenças Periodontais em Crianças Portadoras de HIV”, objetivando relacionar índice de cárie e doença periodontal em crianças portadoras de HIV, estabelecendo os fatores de risco a fim de oferecer maior

conhecimento aos profissionais de saúde para o diagnóstico da diminuição do fluxo salivar, que é uma das manifestações bucais que acometem com mais frequência os indivíduos infectados pelo HIV, podendo causar prejuízo na qualidade de vida dessa população. Essas alterações na quantidade e qualidade da saliva, são fatores de alta contribuição para o aumento de incidência de cárie e doença periodontal nos pacientes soropositivos, além de levar a um rápido avanço dessas doenças. As lesões mais encontradas foram o eritema gengival, gengivite e periodontite ulcerativa necrosante, sendo mais recorrentes em crianças a gengivite e o eritema gengival linear. Os autores referiram os medicamentos antirretrovirais como contribuintes para a redução do fluxo salivar e acrescentaram que o uso de alguns medicamentos causa úlceras dolorosas, dificultando a higienização bucal e contribuindo para o desenvolvimento de lesões cariosas. A introdução da terapia antirretroviral reduz certas lesões orais, mas pode favorecer o aparecimento de cárie e doença periodontal desde que não haja esclarecimento aos cuidadores quanto ao controle das reações adversas de medicamentos utilizados.

Marçal et al, 2018, publicaram revisão de literatura sobre o tema “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na criança e no adolescente: conduta Odontológica”, com o objetivo de obter um maior conhecimento sobre o HIV, apresentando as principais manifestações bucais da doença e suas vias de transmissão, mostrando a importância do trabalho do cirurgião dentista. Os autores relataram que nessa condição sorológica a cavidade oral torna-se um lugar com maiores chances de vulnerabilidade às infecções, pois aloja microrganismos capazes de realizar proliferação em condições de supressão imunológica, criando oportunidades para o desenvolvimento de infecções bacterianas, fúngicas e virais, além de lesões neoplásicas. Relataram também que crianças portadoras do vírus HIV apresentam maior frequência de cáries, quando comparadas às crianças não portadoras do vírus. Essa situação ocorre por não receberem cuidados especiais por causa da morte dos pais, abandono e pela dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. Discute-se que é de extrema importância o dentista saber que existem vários tipos de manifestações bucais relacionadas ao vírus HIV nessa faixa etária. Os autores disseram também que o cirurgião dentista tem grande importância no controle da doença,

pois sendo profissional da saúde é de sua competência identificar, diagnosticar e tratar esses agravos sabendo que as manifestações orais podem ser os primeiros sinais da doença, por isso a importância do minucioso exame clínico odontológico do paciente.

5 DISCUSSÃO

Lesões bucais associadas ao HIV em adultos

Em 1987, Shafer et al. relataram a AIDS como uma doença desconhecida, pois conheciam-se apenas sobre suas manifestações clínicas sistêmicas e orais, sendo as da cavidade oral, a candidose e o sarcoma de Kaposi descritas pelos médicos da época. A doença apresentava então altos índices de mortalidade e morbidade.

No ano seguinte, Rodrigues e Checker publicaram uma revisão de literatura onde abordaram o alto crescimento de contaminação do vírus HIV durante os sete anos desde o aparecimento dos primeiros casos no Brasil (1982 a 1988), onde foi relatado que os órgãos públicos se posicionassem frente a medidas de prevenção a fim de diminuir os casos de contaminação.

Sol et al. lançaram no ano de 1989 um “Atlas das Manifestações Bucais da AIDS”, que incluíam: manifestações fúngicas, virais, bacterianas e neoplásicas. Ressaltaram a candidose e o sarcoma de Kaposi como importantes marcadores do primeiro sinal de manifestação para confirmação do diagnóstico da infecção, sendo o Sarcoma de Kaposi como a neoplasia maligna mais frequentemente associada aos portadores de HIV.

Rieira, realizou uma revisão de literatura em 1994, onde concordando com Sol et al. 1989 quanto aos tipos de lesões bucais associados aos pacientes HIV/AIDS. Relatou que as manifestações bucais mais associadas ao HIV, eram de fato as virais e fúngicas e não menos importante as lesões de etiologia bacteriana. A gengivite ulcerativa necrosante e a periodontite apresentavam alta prevalência em pacientes imunossuprimidos, entretanto alguns autores não encontraram essa alta prevalência, o que causou uma indefinição sobre o assunto. Chegou-se então ao senso comum de que as doenças periodontais não eram uma característica da doença, e sim possivelmente condições preexistentes.

No ano de 1997, Birman & Rieira, reafirmaram que as manifestações infecciosas em destaque eram as de origem fúngica, como candidose pseudomembranosa, e também que a periodontite, o Sarcoma de Kaposi e

leucoplasia pilosa, não eram lesões exclusivas dos portadores da síndrome, mas importante indicadores de alterações imunológicas. Naquela época a classe odontológica se deparava com um desafio diante do diagnóstico e tratamento da condição HIV/AIDS no que dizia a respeito da prática odontológica, já que como citado anteriormente por todos os autores, era na cavidade oral que se davam os primórdios da infecção pelo vírus HIV.

No ano 2000, as lesões associadas ao HIV foram classificadas em uma lista pela Comunidade Europeia, levando os autores focarem seus estudos na direção das lesões orais. O encontro ocorrido para discutir as lesões relacionadas ao HIV mais predominantes da cavidade oral, deu origem a uma lista de 30 doenças relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

Rodriguez em 2006, através de uma revisão de literatura reafirmou que as primeiras manifestações orais eram presuntivas para o diagnóstico positivo da infecção por HIV. Relatou as lesões mais fortemente associadas ao HIV, as mais comuns e por último as que possivelmente teriam relação com a doença. As manifestações orais citadas mais uma vez são as mesmas descritas anteriormente por Rodrigues & Checker em 1988 e Birman & Rieira em 1997, demonstrando a importância do trabalho do cirurgião dentista no diagnóstico de indivíduos soropositivos, já que as lesões bucais apresentam um caráter primordial para a possibilidade de comprovação da infecção, e possível desenvolvimento para AIDS.

Silva et al. em 2011 narraram as lesões classificadas pela *European Community Clearinghouse on Oral Problems related to HIV infection*, classificação adaptada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para ser utilizada nos estudos epidemiológicos. Os achados de Silva et al. em 2011 concordantes com os de Rodriguez, 2006 e os demais autores referidos na presente revisão de literatura. Quaisquer autores estudados citam as mesmas manifestações presentes na cavidade oral, desde os primeiros casos como o em 1987, onde não se sabia muito sobre a infecção, suas causas e complicações, até os estudos mais recentes. Todas as lesões descritas de uma maneira mais simplificada ou mais detalhada em sua apresentação, porém presentes nos pacientes imunossuprimidos, demonstrando desde a hipótese da infecção por

HIV, ou a possibilidade de progressão da doença como marcador clínico na redução das células CD4.

Sete anos após a apresentação de Silva, Souza et al. 2018 realizaram uma pesquisa no Hospital Giselda Trigueiro em Natal, RN e mesmo após anos da descoberta da AIDS e avanços no tratamento, as lesões fúngicas, como candidose do tipo pseudomembranosa continuaram a ser encontradas com alta prevalência em indivíduos portadores de HIV/AIDS.

Das lesões neoplásicas presentes nos pacientes HIV/AIDS, o Sarcoma de Kaposi, continua com alta prevalência em anos recentes segundo Tancredi et al., 2017, porém, não mais da forma agressiva e letal como no início da pandemia, graças ao uso rotineiro das terapias antirretrovirais, consistindo porém, na neoplasia mais frequente e definidora da AIDS nesses pacientes. Vários estudos dos anos de 2003, 2006, 2007 e 2010 revelaram que o uso da HAART previamente, além de funcionar como um fator de proteção para os pacientes, aumenta a sobrevivência das pessoas acometidas pela síndrome em até 80%, diferentemente dos primórdios da doença em que a apresentação da AIDS era fulminante e fatal.

Costa, em 2018 relatou e reafirmou o que os autores desde 1987, citados anteriormente disseram sobre as manifestações mais presentes na cavidade oral do paciente HIV/AIDS, como a candidíase, infecções virais, relatando ainda a divulgação de dados da UNAIDS, revelando haver ainda alta prevalência de novos infectados. Os primeiros medicamentos antirretrovirais tinham baixa eficiência na recuperação do sistema imunológico e efeitos limitados e insuficientes sobre a redução da carga viral, mas a partir de 1996 com a introdução das ART e HAART diminuiu a morbi-mortalidade causada pela infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida. Atualmente, mesmo não existindo a cura para tal enfermidade, o autor afirma a importância de se identificarem os primeiros sinais e manifestações da doença antes que ocorra seu agravamento. Tal afirmação vai de encontro com as dos estudos dos demais autores, atestando que o cirurgião dentista detém um importante papel no reconhecimento de tais lesões em conjunto com demais marcadores clínicos para uma introdução oportuna da TARV (terapia antirretroviral).

Lesões bucais associadas ao HIV na infância

Araújo et al, 2015, estabeleceram os fatores de risco entre as crianças portadoras do HIV como o risco da cárie e da doença periodontal. Também, que o fluxo salivar muda com mais frequência nos indivíduos infectados, sendo prejudicial para a saúde bucal do portador. Com isso, as alterações na quantidade de saliva aumentam o índice de cárie, pois a saliva é um dos fatores protetores contra o aparecimento da doença cárie. Com a alteração do fluxo salivar, ocorre tendência de aparecimento também outras doenças, tais como: eritema gengival linear, gengivite, periodontite ulcerativa necrosante, sendo mais prevalentes em crianças a gengivite e o eritema gengival linear. Portanto com essas alterações do fluxo salivar da criança, ocorre uma tendência de elevação no índice de aparecimento dessas doenças bucais, por outro lado, o HIV não é considerado o fator de risco para o surgimento das doenças citadas e sim a mudança do fluxo salivar associado ao tratamento.

Gomes et al, 2011, compararam o risco de alterações da saliva relacionadas à ocorrência de cárie em crianças saudáveis e imunocomprometidas, reforçando que a saliva tem capacidade de tamponamento. Com a alteração do fluxo salivar, uma das consequências é a doença cárie, que não depende só do hospedeiro e sim dos fatores que influenciam para ocorrer uma progressão, como a dieta e fatores socioculturais levando a doença progredir. Portanto, os pacientes que têm HIV, não são considerados como possuidores de um fator determinante para a progressão da doença cárie que deverá vir a ocorrer pela falta de higienização bucal associada à deficiência de atenção dos cuidadores dessas crianças que muitas vezes não são seus pais, em razão de perda parental pela AIDS.

Marçal et al, 2015, relataram o fato da cavidade oral tornar-se um lugar com grande chance de vulnerabilidade às infecções, por abrigar microrganismos que são capazes de proliferar no meio bucal. Com isso, as crianças portadoras do HIV tendem a ter um maior número de cáries comparando-se a uma criança saudável, isso vem ocorrendo pelos pacientes pediátricos não terem um maior cuidado por motivo de muitas vezes ter perdido os pais também pela doença, pelo abandono e das dificuldades pelo atendimento em crianças. Então é nessa hora que o cirurgião dentista tem o seu papel de grande importância de

identificar, diagnosticar e controlar as manifestações orais e buscar uma sobrevida e melhor qualidade de vida para esse paciente.

Barash et al., 2000, Granado et al., 2002, Donellas et al., 2008, Monteiro et al., 2008, Gomes et al., 2011, Tonelli et al., 2013 e Araújo et al., 2015 relataram que as lesões que têm a maior frequência de aparecimento em crianças portadoras de HIV são a candidose e a hipertrofia das glândulas parótidas, sendo essas lesões mais prevalentes na boca dos pacientes pediátricos soropositivos.

Nas pesquisas de Gomes et al., 2011, Tonelli et al., 2013, Gramado et al., 2015 e Araújo et al., 2015 relata-se que além do frequente aparecimento das lesões de candidose e da hipertrofia das glândulas parótidas, também pode-se observar o aparecimento das doenças periodontais, mas com prevalência maior do eritema gengival linear nas crianças portadoras de HIV.

A queilite angular e a xerostomia também foram relacionadas pelos autores Monteiro et al., 2008, Gomes et al., 2011, Gramado et al., 2015 e Araújo et al., 2015, como doenças que tem aparecido expressivamente na cavidade bucal dos pacientes pediátricos HIV/AIDS.

Por outro lado, a linfadenopatia cérvico-facial foi uma condição com menor número de relatos de aparecimento entre os autores revisados no presente trabalho, considerando entre eles Donellas et al., 2008, Gomes et al., 2011 e Gramado et al., 2015.

Tais achados demonstram que a candidíase e a hipertrofia das glândulas parótidas são as lesões mais recorrentes e de grande aparecimento nas crianças com HIV. Logo em seguida, observa-se o aparecimento das doenças periodontais, com mais frequência o eritema gengival linear. Finalmente a xerostomia surge pelo uso intensivo da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) e a linfadenopatia cervico-facial, tende a ocorrer como alteração reacional do tamanho dos linfonodos nos pacientes infectados pela doença.

6 CONCLUSÕES

Após realizar-se o estudo de revisão bibliográfica estabelecido para o presente trabalho concluiu-se que:

- 1) As lesões bucais mais prevalentes em adultos portadores de HIV são a candidose e o Sarcoma de Kaposi, atualmente ocorrendo com menor gravidade que no início da epidemia. Podem ocorrer também nesses pacientes: leucoplasia pilosa, Linfoma não-Hodgkin, doença periodontal, gengivite ulcerativa necrosante e periodontite aguda necrosante
- 2) As lesões bucais que têm maior frequência de aparecimento em crianças portadoras de HIV são a candidose e a hipertrofia das glândulas parótidas, podendo ocorrer também eritema gengival linear, queilite angular, linfadenopatia cervico-facial e a xerostomia, associada ao tratamento antirretroviral
- 3) Além da alteração salivar, a falta de higienização bucal associada à deficiência de atenção dos cuidadores das crianças soropositivas para HIV que muitas vezes não são seus pais, em razão de perda parental pela doença é fator relevante na prevalência da doença cárie nessas crianças
- 4) Existe real importância no trabalho do cirurgião dentista no diagnóstico de indivíduos soropositivos para HIV, visto que as lesões bucais apresentam um caráter primordial para a possibilidade de comprovação da infecção, e podem monitorar possível desenvolvimento para a condição AIDS.
- 5) É primordial identificarem-se os primeiros sinais e manifestações da doença, frequentemente lesões bucais antes que ocorra seu agravamento.
- 6) O diagnóstico precoce das lesões bucais relativas à condição HIV/AIDS dará oportunidade para início oportuno do tratamento antirretroviral, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida do paciente HIV/AIDS

- 7) Educação em saúde no tema das lesões bucais associadas ao estado de HIV/AIDS é essencial para fundamentar a boa prática odontológica, razão pela qual termina-se o presente trabalho oferecendo aos cirurgiões dentistas um produto material e utilizável: a cartilha educativa produzida como parte da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Carrapato JFL, Resende MH de, Santos NO dos. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: diagnóstico de uma sentença de morte?. Artigo Científico.

Emancipação, Ponta Grossa, 14 (2): 321-336, 2014 Doi:

10.5212/Emancipacao. V. 14i2.0011 Disponível em

<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>

Mirko Grmek. O enigma do aparecimento da Aids. Estud. av. vol.9 no.24 São Paulo May/Aug. 1995

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141995000200011>

Barros NB, Guimarães CM, Borges O de S. POLÍTICA DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NO BRASIL 1982-2012. Artigo Científico.

Revista PUC-GO. 2012 out/dez. v.39, n4, p. 537-546 Disponível em

<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/2666>

Shafer GW, Hine KM, Levy MB, Tomich EC. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL 4ª EDIÇÃO, EDITORA GUANABARA, pg,163

Silverman Sjr. ATLAS COLORIDO DAS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA AIDS, 1988
LIVRARIA EDITORA SANTOS

Correa, OCL; Costa, CR; Birman, EG .Manifestações bucais de doenças infecciosas em pacientes HIV positivos ou com Aids. Parte III: doenças bacterianas

Rev. ABO nac; 2(3): 187-190, jun.-jul. 1994. ilustr. Disponível em

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca CRT/manifestacoes%20bucalis.pdf

Costa, Catalina Riera; Birman, Esther Goldenberg. Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e o dentista. São Paulo; s.n; 1997.

^f347^l379 p. illus, tab. Disponível em:

http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/dentista.pdf

Souza LB de, Pinto LP, Medeiros AMC de, Junior RF de A, Mesquita OJX de. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. Artigo Científico. Pesq Odont Bras, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-74912000000100014>

García RI, Garay CMI, Hernández FL. Manifestaciones Bucales de la infección del VIH/SIDA Rev méd electrón[Seriada en línea] 2006; 28(6). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema15.htm>

Silva SM da, Pereira AL , García-Zapata MTA. Manifestações bucais na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: uma revisão sistemática da literatura. Artigo Científico. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 57-65, jan./dez., 2011. Disponível em <https://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/30650>

SOUZA, LB; PEREIRA PL.; MEDEIROS AMC; ARAÚJO Jr.RF; MESQUITA OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. Pesq Odont Bras, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-74912000000100014&script=sci_arttext

Tancredi VM, Pinto MV, Silva HM, Pimentek RS, Ito AMS, Golub EJ. Prevalência de sarcoma de Kaposi em pacientes com aids e fatores associados, São Paulo-Sp, 2003-2010*. Artigo Científico. Epidemiol. Serv.Saude, Brasília, 26(2) 379-387, abr-jun 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200379&script=sci_abstract&tlng=pt

Costa GR. Alterações imunológicas e infecções oportunistas decorrentes da

infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida. Fundação Carmelitana Mário Palmério- Funcamp Faculdade de Ciências Humanas e Sociais-Facihus. Monte Carmelo 2018. Disponível em:
<http://repositorio.fucamp.com.br/jspui/handle/FUCAMP/338>

Barasch A, Safford M M, Catalanotto F A et al. Oral soft tissue manifestation in HIV-positive vs. HIV-negative children from an inner city population: A two year observational study. Pesquisa de Campo. Pediatr. Dent., Chicago 2000 FEV, v.22, n. 3, p. 215-220 disponível em:
https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Oral+soft+tissue+manifes-tation+in+HIV-positive+vs.+HIV-negative+chil-dren+from+an+inner+city+population%3A+A+two-year+observational+study.&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3Dnqljh7itpJYJ

GRANDO L J, YURGEL L S, MACHADO D C, SILVA C L, MENEZES M, PICOLLI C. Manifestações estomatológicas, contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV. Pesquisa de Campo. Pesq Odontol Bras. São Paulo. 2002 Jan/Mar v.16, n. 1, p. 18-25, disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151774912002000100004|=PT

Ferreira DC, Dias APV, Godefroy P, Gardioli DD, Mello PBM, Knupp RS. Aspecto Oraís da Infecção Pelo HIV em Pacientes Pediátricos- Uma Abordagem Atual. Artigo Científico. DST-J bras Doenças Sex Transm, Niterói- RJ. 2004 Jul. 16(2):53 - 57 Disponível em:
<http://www.dst.uff.br/revista16-2-2004/9.pdf&ved=2ahUKEwi2fcrZnIAhUpGLkGHUEHCmQQFjAAeqQIARAB&usq=AOvVaw1HCKemakUo6nB8HMZGylCA&cshid=1570973922072>

Dornelas SKL, Bertazzoli R de CB, Medeiros MB de, Biasr R de CCG de, Rosa MRD da. Manifestações Orofaciais e suas Correlação com a Classificação Clínica e Imunológica em Crianças Infectadas pelo HIV em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisa de Campo. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa-PB, 2008 Maio/Ago, 8(2):179-183, disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/291/209>

Monteiro R de O, Pomarico L, Valente AGLR. Efeitos da terapia antirretroviral altamente ativa sobre as manifestações bucais em crianças infectados pelo HIV. Revisão de Literatura. Rev. Bras. Odontol, Rio de Janeiro 2009 JAN/JUN, v.66, n. 1, p.97-100 Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/96/92>

Alves FBT, Czlusniak GD, Dal'Maso AM de S, Shimizu KH, Verri MA. Lesões Estomatológicas em Crianças com HIV Positivas e Suas Implicações Clínica Artigo científico. Arquivos em odontologia. 2009 out/dez. Volume 45 • N° 04 Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/351>

5

Gomes ALF, Silveiras FD, Sá TNM, Pontes KM de F, Turatti E, Santiago SL. Estudo comparativo do Risco à cárie em crianças sadias e Imunocomprometidas. Artigo Científico. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2011. 13(2): 56-61 Disponível em <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1603/1203>

Tonelli SQ, Oliveira W de F, Oliveira A de O, Popoff DAV, Coelho M de Q, Júnior E de SB. Manifestações Buciais em Pacientes Pediátricos Infectados Pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. Artigo científico. RFO, Passo Fundo. 2014 set/dez. v.18, n.3, p.365-372 Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413->

40122013000300017&script=sci_arttext&tIng=pt

Araújo KL de, Justino GR de Q, Norões EM de AT, Diógenes VCN. Relação Entre Índice de Cárie e Doenças Periodontais em Crianças Portadoras de HIV. Artigo Científico. Revista Interface. 2015 jun/dez. Vol. 3(8), pp 01-06 Disponível em <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/275>

Araújo JF de, Oliveira AEF de, Carvalho HLCC de, Roma FRV de O, Lopes FF. Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos e o efeito da terapia antirretrovirais altamente ativa. Artigo científico. ABRASCO, Rio de Janeiro.

2018 Jan. 23(1). Disponível em

https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100115

Marçal CS, Silva LC da, Faker K, Tostes MA, Cancio V. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na Criança e no Adolescente: Conduta Odontológica. Artigo Científico. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 2018 jul/dez. v 59, n 2 Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/87329>

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carla Dayane Alves Till

Thayan da Silva Vieira

Taubaté, novembro de 2019.