

Universidade de Taubaté

**Alda Rezende Macedo
Amanda Amaral Barbosa**

Atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS.

**Taubaté-SP
2021**

Alda Rezende Macedo
Amanda Amaral Barbosa

Atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS.

Trabalho de graduação apresentado à
Disciplina Trabalho de Conclusão de
Curso do Departamento de Odontologia
da Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Prado
Scherma

Taubaté-SP
2021

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI
Universidade de Taubaté – UNITAU**

M141a

Macedo, Alda Rezende

Atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS / Alda
Rezende Macedo , Amanda Amaral Barbosa. – 2021.
31f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté,
Departamento de Odontologia, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma, Departamento
de Odontologia.

1. Acidente ocupacional. 2. AIDS. 3. HIV. 4. Manifestações
buciais. I. Barbosa, Amanda Amaral. II. Universidade de Taubaté.
Departamento Odontologia. III. Título.

CDD – 616.9792

ALDA REZENDE MACEDO

AMANDA AMARAL BARBOSA

**Atendimento odontológico de
portadores HIV/AIDS.**

Universidade de Taubaté, Taubaté-SP

Data: 11/06/2021

Resultado: Aprovado

Banca Examinadora

Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso

AGRADECIMENTO

A Deus primeiramente, por sempre guiar os meus passos e me fortalecer dia após dia;

Ao Prof. Dr. Alexandre Prado Scherma por nos orientar, e por sua disposição junto aos alunos;

A minha mãe Eliane Amaral, sem ela nada disso seria possível, sempre acreditou e incentivou meu planos;

Ao meu esposo Thiago Barbosa, por me auxiliar em tudo que lhe cabe e me incentivar todos os dias;

A minha irmã Bárbara Amaral, por sempre estar disposta a me ajudar;

A minha filha Luísa, por me tornar uma pessoa melhor para o mundo;

A minha dupla Alda Rezende Macedo, por ter feito parte de todo o estudo e empenho para chegarmos até aqui.

Amanda Amaral Barbosa

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus por me proporcionar força, perseverança e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos ao longo do curso;

À Universidade de Taubaté - UNITAU, na pessoa da Magnífica Reitora Profa. Dra. Nara Lucia Perondi Fortes;

À Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva, Chefe de Departamento de Odontologia da UNITAU;

Ao meu orientador, Professor Doutor Alexandre Prado Scherma por todos os ensinamentos, paciência e ajuda durante este trabalho de conclusão de curso;

Aos meus pais que estiveram sempre ao meu lado, me incentivando, apoiando e acreditando no meu sonho de cursar esta faculdade. Em especial ao meu pai que enquanto estava entre nós, não mediu esforços para que eu pudesse chegar até aqui;

E a minha dupla Amanda Amaral Barbosa, por toda ajuda, companheirismo e dedicação.

Alda Rezende Macedo

RESUMO

Em mais de 30 anos de história da AIDS, muitos avanços e descobertas ocorreram, entretanto, ainda há muito a evoluir no que se refere ao comportamento social frente ao paciente HIV/AIDS. É uma doença que vai além do comprometimento biológico, envolve estigmas, preconceito e marginalização. Muitos profissionais da saúde, infelizmente, acabam evitando o tratamento destes pacientes, por não se sentirem seguros em relação ao conhecimento dos aspectos clínicos da doença, suas complicações, receio de sofrer um acidente ocupacional e a dificuldade em lidar com o próprio preconceito. Na odontologia, as manifestações bucais podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo as manifestações sistêmicas. Logo, o conhecimento apropriado sobre questões técnicas e éticas relacionadas à infecção pelo HIV; as principais manifestações bucais; assim como, a conduta frente a acidentes de trabalho são de suma importância para este profissional. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo revisar a literatura científica sobre o atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS, possibilitando esclarecimentos para basear as condutas clínicas em evidências científicas que permitam ao cirurgião dentista realizar o tratamento clínico adequado, o diagnóstico precoce e tratamento das patologias bucais associadas a doença visando uma melhor qualidade de vida para o paciente HIV/AIDS.

Palavras-chave: AIDS; HIV; manifestações bucais; acidente ocupacional.

ABSTRACT

In more than 30 years of AIDS history, many advances and discoveries have occurred, however, there is still much to evolve with regard to social behavior towards HIV/AIDS patients. It is a disease that goes beyond biological commitment, involves stigmas, prejudice and marginalization. Many health professionals, unfortunately, end up avoiding the treatment of these patients, as they do not feel safe in relation to the knowledge of the clinical aspects of the disease, its complications, fear of suffering an occupational accident and the difficult in dealing with their own prejudice. In dentistry, oral manifestations can represent the first clinical signs of the disease, sometimes preceding systemic manifestations. Hence, appropriate knowledge about technical and ethical issues related to HIV infection; the main oral manifestations; as well as, the conduct in the face of accidents at work are of paramount importance for this professional. Therefore, this study aimed to review the scientific literature on the dental care of HIV/AIDS patients, providing clarifications to base clinical conduct on scientific evidence that allows the dental surgeon to perform the appropriate clinical treatment, early diagnosis and treatment of pathologies diseases associate with the disease aiming at a better quality of life for the HIV/AIDS patient.

Keywords: AIDS; HIV; oral manifestations; occupational accident.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PROPOSIÇÃO	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 BIOÉTICA NO ATENDIMENTO AOS PORTADORE DO HIV.....	13
3.2 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES ORAIS	15
3.3 BIOSSEGURANÇA.....	20
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que é transmitido por meio de relações sexuais, contato com sangue e seringas contaminadas e através da transmissão vertical (Belman et al., 2002).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), mundialmente mais de 38 milhões de pessoas estão vivendo com HIV/Aids, e cerca de 1,7 milhões de pessoas se infectaram pelo HIV no ano de 2018 (Unaid, 2019).

Esse vírus age como um parasita, invadindo as células do hospedeiro e ocasionando uma redução de linfócitos T CD4+. Um indivíduo não infectado possui de 600 a 1600 células/mm³ de sangue, enquanto esse número se apresenta menor do que 200 células/mm³ no momento de supressão severa e diagnóstico da AIDS. Nos humanos, os linfócitos T CD4+ são responsáveis pela defesa imunológica e sua contagem reduzida resulta no aparecimento de várias enfermidades, incluindo infecções oportunistas e tumores malignos (Corrêa & Andrade, 2005; Menezes et al., 2015).

O principal atributo patológico do vírus da imunodeficiência humana é a diminuição progressiva da imunidade celular e a aparição de lesões neoplásicas (Sarcoma de Kaposi SK, Linfoma Não-Hodgkin) e infecções, que podem ser bacterianas (Doença Periodontal), fúngicas (Candidose, Queilite Angular) e virais (Herpes e Leucoplasia Pílosa) (Paulique et al., 2017).

Na odontologia, as manifestações bucais podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo as manifestações sistêmicas. Logo, o cirurgião dentista tem um papel fundamental no diagnóstico precoce dessas lesões, sendo, portanto, este conhecimento de extrema importância.

O papel do cirurgião dentista é melhorar a qualidade de vida das pessoas, sobretudo promovendo saúde (Discacciati e Vilaça, 2001). Sendo assim, este trabalho teve por objetivo revisar a literatura científica sobre o atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS, possibilitando esclarecimentos para basear as condutas clínicas em evidências científicas que permitam ao cirurgião

dentista realizar o tratamento clínico adequado, o diagnóstico precoce e tratamento das patologias bucais associadas a doença.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura científica sobre o atendimento odontológico de portadores HIV/AIDS, visando possibilitar esclarecimentos para basear as condutas clínicas em evidências científicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Aids é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus, e caracteriza-se por profunda imunossupressão que leva a infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas (Robbins, 2010).

Segundo Carranza (2012), a doença é caracterizada por um grupo de sinais e sintomas sucedidos da queda da taxa dos linfócitos CD4. Os linfócitos T auxiliares (células T4) são os mais atingidos, monócitos, macrófagos, células de Langerhans e alguns neurônios e células cerebrais gliais também podem ser envolvidos. A replicação viral ocorre ininterruptamente nos tecidos linforreticulares de linfonodos, baço, células linfóides associadas ao intestino e macrófagos. Quanto mais a doença progride, mais afeta o sistema imunológico e, conseqüentemente, a capacidade do hospedeiro em defender-se de infecções.

O vírus HIV não tem capacidade de se reproduzir sozinho, por isso, age como um parasita, invadindo as células do hospedeiro. Ele infecta toda e qualquer célula do organismo que expresse em sua superfície o receptor CD4, porém, apresenta maior afinidade pelos linfócitos T, do sistema imunológico. Desse modo, conforme o vírus HIV se replica, causa depleção das células T, diminuindo a resistência orgânica contra infecções (Corrêa et al., 2005).

Rachid e Schechter (2017) diz que a infecção pelo HIV é dividida em três fases, sendo elas a fase aguda, também conhecida como síndrome de soro conversão, a fase assintomática e a fase sintomática. Sem intervenções terapêuticas a mediana de progressão da fase aguda até a fase sintomática é de aproximadamente 10 anos, podendo variar entre seus portadores. Para o tratamento é utilizada a terapia antirretroviral (TARV) sendo uma estratégia farmacológica com propósito de restaurar o sistema imunológico e melhorar a qualidade de vida pacientes infectados (Melo et al., 2017).

A redução do número de linfócitos T CD4+ circulantes é um importante indicador de comprometimento imunológico. O indivíduo normal possui em torno de 600 a 1600 células/mm³ de sangue. Quando a contagem se situa entre 500 e 200 células/mm³, aparecem os primeiros sinais e sintomas de supressão do sistema imune, como infecções oportunistas orais como candidose oral, herpes

simples recorrente, herpes zoster, leucoplasia pilosa e infecções sistêmicas. Uma contagem abaixo de 200 células/mm³ indica severa supressão imunológica e é indicador de diagnóstico de AIDS, independentemente da existência de quaisquer outros sinais e sintomas (Corrêa et al., 2005).

O controle terapêutico, através do uso dos antirretrovirais, mantém a carga viral baixa e linfócitos T CD4⁺ em quantidade suficiente, resultando na redução da ocorrência de lesões bucais, pois a resposta imunológica é mantida, levando a uma menor susceptibilidade a infecções oportunistas (Hartmann et al., 2016).

A cavidade bucal é uma barreira física local e imunológica que age contra fatores patogênicos, contudo pacientes que estão com imunossupressão podem apresentar alterações na cavidade bucal, por isso é indispensável que o cirurgião-dentista conheça as doenças infecciosas e as manifestações relacionadas às mesmas (Kim et al., 2018).

3.1 Bioética no atendimento aos portadores do HIV

No Brasil, os serviços de saúde possibilitam uma assistência integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas e reabilitacionais aos pacientes. O sistema de saúde é integrado de forma a prestar atendimento ao usuário nos níveis primário, secundário e terciário (Silva, 2011).

Pinheiros et al., (2005) em seu estudo relata a ética voltada para o cuidado do portador do HIV/AIDS, acrescenta que a mesma visa a importância do cuidar ético, analisando suas particularidades e a sua estigmatização, por parte da sociedade. Por ter questões muito particulares, polêmicas e de preconceito, criou-se o código de ética para esses pacientes.

A partir do advento do HIV-AIDS no mundo, várias questões de cunho ético-legal passaram a emergir no exercício profissional da odontologia. Mesmo com a adoção de métodos de redução e controle de infecções e do direito adquirido constitucionalmente ao acesso aos serviços de saúde, algumas atitudes como a recusa em atender pacientes diagnosticados com o HIV-AIDS passaram a ocorrer. Vale ressaltar que tais atitudes são consideradas antiéticas

e/ou discriminatória, e não transmite a essência e objetivo da profissão (Lima et al., 2020).

O comportamento do cirurgião-dentista frente a um paciente portador do vírus HIV tornou-se amplamente discutido, assim como o comportamento de toda a área de profissionais da saúde, desde o surgimento da doença. Segundo o Código de Ética Odontológica (1998), a partir do código de ética profissional, mesmo não sendo declarado diretamente ao paciente soropositivo, o artigo 2º descreve “A Odontologia é uma profissão que se exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto”, e no artigo 4º descreve os deveres fundamentais dos profissionais, entre eles: exercer a profissão mantendo o comportamento digno; guardar segredo profissional; promover saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado; resguardar a privacidade do paciente durante todo o atendimento.

Para Samico et al. (1994), caso o cirurgião-dentista seja procurado por um paciente comprovadamente infectado pelo HIV ou que tenha AIDS, o mesmo deve adotar uma das seguintes condutas: em caso de urgência, o profissional deve atender o paciente normalmente, dentro dos limites de sua atuação. Caso não seja uma urgência, ou após a mesma ter sido debelada, o profissional poderá atender normalmente se a necessidade do paciente estiver dentro do escopo de sua atuação profissional, ou encaminhá-lo imediatamente para acompanhamento em um serviço especializado, seja ele público ou privado. O importante e ético é que não se negue atendimento única e simplesmente por ser o paciente um portador do HIV ou da AIDS (Discacciati; Pordeus, 1997).

Em 2014, a Presidente da República, Dilma Rousseff sancionou a Lei Nº12.984, de 2 de Junho de 2014 que define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. O Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de AIDS, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

- III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;
- IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;
- V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;
- VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

3.2 Principais manifestações orais

As manifestações orais podem ter etiologias diferentes, sendo causadas por bactérias, fungos, vírus ou mesmo natureza neoplásica. Essas lesões são divididas em três grupos com base nas suas características clínicas: Grupo 1 - lesões associadas à infecção pelo HIV, como candidose bucal, leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante, e linfoma não Hodgkin; Grupo 2 - úlceras atípicas, doenças das glândulas salivares e infecções virais, como Citomegalovirose (infecção por Citomegalovírus), herpes simples, papiloma vírus e Herpes Zoster; Grupo 3 - lesões mais raras, como osteomielite difusa e carcinoma de células escamosas (Motta, et al., 2014).

A candidose bucal é comum em pacientes infectados pelo HIV, podendo atingir até 94% dos casos, dependendo do estágio da infecção e da população analisada (Cavassani et al., 2002). Representa um marcador da progressão da doença HIV/AIDS e preditivo para o aumento da imunossupressão (Mesquita et al., 1998). A Candidose pseudomembranosa é a forma mais comum da doença, ocorrendo em qualquer idade, afetando, em particular, indivíduos imunodeficientes e os lactentes (sistema imunitário debilitado ou em desenvolvimento). É caracterizada pelo aparecimento de placas moles, multifocais ou difusas, ligeiramente elevadas, localizadas em qualquer área da mucosa bucal. Essas placas ou pseudomembranas assemelham-se ao leite coalhado e são formadas por uma mistura de hifas do fungo, fibrina, leucócitos, bactérias, epitélio descamado e queratina. Já a Candidose eritematosa pode surgir como sequela da anterior, ou instalar-se na mucosa oral, após tratamento com antibióticos de largo espectro, corticóides ou imunodepressores. A mucosa apresenta-se seca e brilhante, com intenso eritema difuso, podendo ser

observadas, no dorso da língua, pequenas placas e úlceras superficiais dolorosas que resultam da perda de papilas filiformes (Simões et al., 2013).

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é uma infecção oportunista associada à presença do vírus Epstein-Barr (EBV), manifestando-se clinicamente como uma placa branca, não removível à raspagem, localizada principalmente nas bordas laterais da língua, uni ou bilateralmente. A superfície apresenta-se plana, corrugada ou pilosa, sendo aspectos clínicos característicos, porém não patognomônicos. A leucoplasia pilosa pode ser comumente associada ao vírus HIV e pode estar presente em todos os estágios da doença, mas esta condição é mais encontrada em pacientes com contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³ (Dias et al., 2001). Segundo Scully et al. (1981) na maioria dos casos, a LPO é assintomática e regride espontaneamente ou não apresenta sintomatologia relevante, assim, não está indicado qualquer tratamento. De acordo com Greenspan et al. (1984) em alguns casos, pode haver dor e ardência e, até mesmo de comprometimento estético para o paciente, quando então o tratamento se faz necessário.

O Sarcoma de Kaposi (SK) consiste em um tumor vascular, assintomático, sendo mais comum em pacientes do sexo masculino. Caracteriza-se por placas vermelhas ou arroxeadas, podendo ser focais ou difusas. As lesões duras no palato são as mais comuns, e podem interferir na fonética e mastigação, causar perda dentária, e ainda comprometer as vias aéreas. A infecção pelo HIV não é um pré-requisito para o desenvolvimento do SK, já que estudos moleculares não conseguiram detectar esse vírus no tecido neoplásico, o que torna improvável que o HIV desempenhe um papel oncogênico direto na etiologia do SK (Biggar et al., 2008).

O eritema gengival linear é uma manifestação gengival única de pacientes infectados pelo HIV, também denominada gengivite associada ao HIV. Este padrão único de gengivite, em estudos microbiológicos, tem sido associado à presença da *Candida albicans* e *Actinobacillusactinomycetemcomitans*. A importância do correto diagnóstico se deve a duas razões: pode representar um dos primeiros sinais de infecção pelo HIV; e pode evoluir para uma periodontite, resultando na perda de tecidos do periodonto de proteção e inserção (Alves et al., 2009).

A Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) manifesta-se clinicamente com quadros agudos de rápida necrose e destruição do tecido gengival interdental. A etiologia da GUN é complexa, sendo relacionada basicamente a uma agressão inicial de origem bacteriana e uma resposta imune alterada do hospedeiro. Bactérias Gram negativas são apontadas como as principais agressoras. Assim, algumas características clínicas frequentemente são observadas durante o exame clínico: necrose das papilas interdentais, hemorragia, supuração, formação de membranas acinzentadas ou fibrinoporulentas sobre as lesões, além de odor fétido característico. Em alguns casos, sintomas de ordem geral como linfadenopatia, mal-estar e febre podem estar presentes, apresentando rápida progressão. Além disso, diversos fatores predisponentes são reportados: estresse, deficiências nutricionais, disfunções do sistema imunológico (especialmente a infecção pelo HIV) e pobre higiene bucal. Desta forma, um correto diagnóstico dos fatores causais e predisponentes é fundamental para a formulação de um plano de tratamento (Sartori et al., 2019).

Os Linfomas Não-Hodgkin são neoplasias malignas sólidas originadas do tecido linfóide, a partir de células B ou T ou Natural Killer e constituem 4% de todos os cânceres nos Estados Unidos, apresentando incidência anual de 19,1 casos / 100 mil habitantes (Vose et al., 2002; Muller et al., 2005). É a segunda neoplasia mais comum nos pacientes infectados pelo HIV, surge inicialmente dentro dos linfonodos e tende a crescer como aumento de volumes sólidos na cavidade oral. Em pacientes infectados pelo vírus, geralmente ocorre em uma localização extranodal, sendo o sistema nervoso central a localização mais comum. Clinicamente podem apresentar alterações na região da gengiva, palato, língua, amígdala e seio maxilar. O principal diagnóstico diferencial é o abscesso dentoalveolar ou abscesso periodontal, sendo muito confundido com ambos, devido a sua localização na gengiva. Essa lesão neoplásica é muito associada a dentes em mau estado. Para se obter um correto diagnóstico, é necessária a realização de biópsia incisional da lesão (Brasil et al., 2000).

O citomegalovírus (CMV) é um herpesvírus humano que ocorre em todas as regiões do mundo, variando com as condições socioeconômicas locais. Possui como característica peculiar sua capacidade de latência, podendo ser reativado em diferentes circunstâncias. É considerado um dos mais importantes patógenos oportunistas do paciente imunocomprometido. A contaminação ocorre

por meio de contato com secreções corpóreas contaminadas, por transmissão horizontal ou vertical, tanto por vias naturais como por via iatrogênica (Junqueira; Sancho; Santos, 2008).

Os herpesvírus humano 1 e 2 (HHV-1 e HHV-2), também conhecidos como herpes vírus simples 1 e 2 (HSV-1 e HSV-2), foram os primeiros herpesvírus a serem descritos na literatura. O HHV-1 adapta-se melhor e atua, de forma mais eficiente, nas regiões oral, facial e ocular. O HHV-2 se adequa melhor às regiões genitais, envolvendo caracteristicamente a genitália e a pele abaixo da cintura, porém pode se observar padrão semelhante de manifestações em ambos (Santos et al., 2012). Em pacientes já imunocomprometidos, essa infecção pode causar complicações severas. Assim, nos pacientes portadores de HIV ou de qualquer outra doença autoimune, a infecção pelo HSV-1 manifesta-se com maior frequência, devido à debilidade do sistema imunológico (Tagliari et al., 2012).

Entre as Doenças Sexualmente Transmissíveis mais prevalentes na população sexualmente ativa encontra-se a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) (Trottier; Franco, 2006). Atualmente já foram identificados mais de 100 tipos de HPV dos quais 20 podem infectar o trato genital, assumindo maior importância pela provável relação com câncer (Machado; Araújo; Mendonça; Silva, 2010).

A Imunodeficiência Humana (HIV) é a principal causa da manifestação da infecção por HPV. A alta incidência de infecção pelo HIV, principalmente nos países em desenvolvimento, aumentou a prevalência de infecção pelo HPV, sendo os vírus de alto risco oncogênico os mais frequentes, o que torna ainda mais preocupante sua evolução para neoplasia de colo de útero (Fedrizzi; Laureano; Schlup; Campos; Menezes, 2011).

O Herpes Zoster é causado pela reativação do vírus varicela-zoster (VVZ) nos nervos cranianos e nos gânglios das raízes espinhais dorsais, geralmente deflagrada décadas após a infecção primária de varicela. Quando a imunidade celular específica para VVZ fica comprometida, ocorre a deflagração da doença. A reativação ocorre principalmente em indivíduos imunocomprometidos por outras doenças, como câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunossupressão pós-transplante e quimioterapia (Portella; Souza; Gomes, 2013). O quadro clínico inicia-se com queimação leve a moderada na pele de

um determinado dermatomo, frequentemente acompanhada de febre, calafrios, cefaleia e mal-estar, posteriormente evolui para eritema cutâneo eritematoso maculopapular até um estágio final de crostas (Portella; Souza; Gomes, 2013).

A osteomielite pode ser um processo inflamatório agudo ou crônico nos espaços medulares ou nas superfícies corticais do osso que se estende além do sítio inicial de envolvimento (usualmente uma infecção bacteriana). Doenças crônicas sistêmicas, situação de imunocomprometimento e doenças associadas com diminuição de vascularização do osso parecem predispor à osteomielite. O uso do tabaco, álcool, drogas intravenosas, diabetes melito, febre exantemáticas, malária, anemia, má nutrição, doenças malignas e a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) têm sido associados a um aumento de frequência de osteomielite (Vieira; Melo, 2006).

O carcinoma espinocelular (CEC), também denominado de carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna que mais acomete a cavidade bucal e, quando não diagnosticado precocemente, compromete muito o prognóstico da doença (Thomson, 2018). Considerando a cavidade bucal, os sítios anatômicos mais acometidos pelo CEC são: região lateral da língua e soalho de boca. O lábio inferior também é um local bastante comum, pois sofre a ação da radiação solar. Muitos casos de queilite actínica, desordem com potencial de malignização, evoluem para CEC. O perfil destes pacientes são: homens de pele clara, com faixa etária acima dos 50 anos e história de trabalhar exposto ao sol (Van Der Waal, 2010). Pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentam uma susceptibilidade de desenvolver neoplasias malignas quando comparados aos pacientes saudáveis, principalmente quando já estão com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Leão, 2009).

3.3 Biossegurança

A exposição ocupacional a materiais biológicos potencialmente contaminados é um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho. Estudos desenvolvidos nesta área mostram que os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos correspondem às exposições mais frequentemente relatadas (Monteiro; Ruiz; Paz, 1999; ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, 1998; Cardo et al., 1997; Bell, 1997; Henry; Campbell, 1995; Canini et al., 2002; Joveleviths; Schneider, 1996).

Antes da disseminação do HIV, órgãos internacionalmente conhecidos, como a *American Dental Association* (ADA), já vinham recomendando medidas para controle de infecção nos atendimentos odontológicos. Após a emergência da Aids, iniciou-se um forte movimento para a adoção de um programa efetivo para controle de infecção cruzada nos serviços de saúde como um todo, visando reduzir esses riscos (Carmo; Costa, 2001; Discacciati; Vilaça, 2001; Silva; Patrocínio; Neves, 2002).

A adoção das medidas de biossegurança, com a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), manuseio cuidadoso dos materiais perfurocortantes, o não reencapamento de agulhas contaminadas, o descarte destas em local apropriado, assim como a atenção e cautela durante os procedimentos influenciou na minimização dos acidentes de trabalho com exposição ao material biológico (Villatino, et al., 2014).

As medidas profiláticas, que devem ser empregadas por todos que lidam ou tem contato com pacientes, independente do diagnóstico presumido de infecção, aplicam-se não só ao sangue, mas também a todos os fluidos corpóreos, secreção, excreções, pele não intacta, mucosa, contendo ou não sangue visível. Segundo Elucir et al. (1998) essas precauções consistem em:

- Lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente e entre diferentes procedimentos no mesmo paciente, após o contato com sangue e outros fluidos corpóreos, equipamentos ou artigos contaminados, e após a remoção das luvas;
- Uso de luvas para prover uma barreira protetora e prevenir contaminação das mãos ao contato com sangue e outras feridas corpóreas;

- Uso de aventais limpos, não estéreis, para proteger roupas e superfícies corporais, sempre que for prevista contaminação com sangue e outros fluidos corporais;
- Uso de máscara e protetor ocular, visando à proteção respectivamente do nariz, boca e olhos durante procedimentos e situações com pacientes onde é provável gerar jatos, respingos, etc., de fluidos corporais;
- Proteção contra objetos perfurocortantes, no sentido de não reencapá-los após o uso, descartá-los em recipiente de paredes duras, próprio para o descarte e localizado o mais próximo possível do leito, não desconectar a agulha da seringa para desprezar.
- Equipamentos utilizados na prestação de cuidados aos pacientes, que contenham sangue e outros líquidos corporais, devem ser manuseados com cuidados e sua utilização em outro paciente deve ser precedida de limpeza e/ou desinfecção.

O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores, como gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós exposição (Cardo et al., 1997).

Alguns cuidados pós-exposição merecem destaque e foram classificados por etapas, desde o tratamento do sítio de exposição, passando pela notificação, até o controle/monitoramento das condições dos profissionais de saúde expostos a acidentes (Marino et al., 2001):

- Tratamento do sítio de exposição: exposição cutânea ou percutânea - lavagem com água corrente e soluções antissépticas; exposições em mucosa- lavar abundantemente com água ou solução fisiológica;
- Notificação do acidente: Boletim de Acidente de Trabalho;
- Coleta de amostras de sangue do paciente: realização de testes sorológicos para HIV, hepatite B e C;
- Coleta de amostras de sangue do profissional: realização de testes sorológicos para HIV, hepatite B e C;
- Informações adicionais: risco de contaminação e importância de acompanhamento; em caso de materiais contaminados com HIV ou pacientes com sorologia desconhecida, deve-se preservar por 6 meses.

Segundo a cartilha do ministério da saúde, de 2018, para a PEP (Profilaxia pós exposição) é necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para decisão e indicação ou não da PEP:

- 1) O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
- 2) O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
- 3) O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
- 4) A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com antirretrovirais após 72 horas da exposição (Tsai et al., 1995, Tsai et al., 1998, Otten et al., 2000). A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias. Atualmente, existem diferentes medicamentos antirretrovirais potencialmente úteis, embora nem todos indicados para PPE, com atuações em diferentes fases do ciclo de replicação viral do HIV (Ministério da Saúde, 2018).

4 DISCUSSÃO

O atendimento odontológico a paciente HIV positivo é de extrema importância. Os pacientes relatam medo de rejeição ou quebra de sigilo ético por parte do profissional fazendo com que acabem, muitas das vezes, ocultando essa informação ou até mesmo desistindo do tratamento.

Guerra et al., 2008, mostraram em seus estudos que 72,98% dos dentistas não se dispunham a atender crianças HIV+ por conta de insegurança técnica, e 10,01% disseram ter medo de que tal atendimento resultasse em um efeito negativo de marketing para seu consultório. Miranzi (2003) relatou em seu estudo que muitos profissionais tentam contornar a sua condição de despreparo técnico científico, acusando falta de material ou equipamento necessário para solucionar os problemas de saúde bucal apresentados por esses pacientes. A recusa de atendimento a pacientes portadores do vírus da AIDS por um profissional de saúde, com base em argumentos que não sejam cientificamente comprovados, é um ato cabível de punição nos planos cível, penal, administrativa e ética brasileira, respondendo a processos por discriminação.

Garbin et al., 2009, relataram que 49,3% dos pacientes envolvidos em seus estudos sofreram algum tipo de discriminação ao procurar algum profissional da área da saúde, sendo que a maior parcela do ocorrido (85%) foi no serviço público de saúde. Esses dados diferem do que foi apresentado por Guerra et al., em 2008, em que os cirurgiões-dentistas do serviço público apresentaram maior disposição a atender pacientes infectados pelo HIV.

Conceituando a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Correa et al. (2005); Robbins (2010); Carranza (2012); Rachid e Schechter (2017); Hartmann, et al (2016); Kim et al, (2018) foram consonantes ao apresentarem o HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), um retrovírus, como causador da patologia responsável por uma pandemia, sendo grave problema de saúde pública com estatística de crescimento nos últimos tempos. Apresentaram como característica básica da doença redução das defesas do organismo, sobretudo em função das alterações das células T CD4+, o que causa imunossupressão do indivíduo, e, da relação T4/T8 anormal. A forma de contato apresentada está relacionada pela transmissão sexual, pelo sangue (contato com sangue

contaminado), pela gestação e aleitamento materno. Ressaltam que esse problema deixou de ser específico de um público, inicialmente visto como à margem da sociedade (homossexuais e usuários de drogas), sendo muito comum nos dias de hoje a contaminação da população em geral, homens e mulheres (inclusive casados e idosos) e, até mesmo, crianças. Hoje, a qualidade de vida dos portadores da doença melhorou significativamente, em razão do uso das terapias antirretrovirais, que contribuiu para a atenuação da mortalidade precoce.

De acordo com as evidências científicas, verifica-se que o diagnóstico precoce das lesões orais associadas ao HIV ajuda durante o tratamento e prognóstico dos portadores do vírus. O aspecto fundamental da infecção pelo HIV é o desenvolvimento progressivo de imunodeficiência predominantemente celular caracterizada por depleção seletiva de linfócitos T CD4+, com prejuízo na quantidade e qualidade das células centrais da imunidade, os linfócitos T auxiliares. Esse processo leva a uma progressiva incapacidade de elaboração de uma resposta imunológica apropriada, tornando o portador mais suscetível a determinadas lesões neoplasias e infecções oportunistas (Pacheco, 2008).

A saúde bucal é extremamente importante para o estado geral de saúde, apresentando impacto na saúde psicológica e mental e sendo um componente essencial na qualidade de vida. Através da anamnese e do exame físico, o cirurgião-dentista tem uma tarefa importante tanto na gestão da saúde bucal quanto em determinar precocemente um correto diagnóstico das manifestações bucais, as quais são as primeiras e mais importantes indicadoras da infecção pelo vírus sendo capazes de prever sua progressão para AIDS. Uma atenção especial deve ser dada à cavidade bucal a fim de se escolher uma forma de tratamento mais adequada para cada caso e, com isso, melhorar a qualidade de vida desses pacientes (Cavassani et al., 2002; Sposto et al., 2003; Miranzi, 2003; Coogan et al., 2005; Corrêa e Andrade, 2005; Ribeiro et al., 2006; Sharma et al., 2006; Guerra et al., 2007; Guerra et al., 2008; Machado et al., 2008; Pires et al., 2008; Freeman et al., 2012; AŠKINYTĚ et al., 2015; Menezes et al., 2015).

Os acidentes de trabalho, fontes importantes de contaminação, precisam ser prevenidos e para isso faz-se necessário, entre outras medidas, minimizar as falhas humanas. A prevenção dessas falhas se dá exatamente pelo devido treinamento da equipe, demonstração do funcionamento de aparelhos e

equipamentos novos, seleção e reciclagem adequada dos funcionários para as diversas funções, informações completas sobre como executar determinadas tarefas, realizações de reuniões periódicas com os funcionários, checagem da compreensão da informação transmitida, acompanhamento de funcionários novos, supervisão dos funcionários, fixação de cartazes com orientações necessárias, entre outros (Almeida; Pagliuca; Leite, 2005).

4 CONCLUSÃO

A AIDS continua sendo uma realidade. É preciso lembrar que todo e qualquer indivíduo deve ser tratado como um paciente potencialmente infectado, o que justifica a importância do protocolo de biossegurança para o atendimento seguro em consultórios odontológicos. Outro ponto importante a ser considerado é respeito ao indivíduo infectado, o qual merece um atendimento digno, empatia, solidariedade e principalmente ética profissional. O tratamento deverá controlar formas comuns de doenças bucais, orientação quanto a higiene bucal e o tratamento específico das manifestações bucais causadas pela infecção. Além disso, o cirurgião-dentista deve estar preparado e ter conhecimento das condutas pós-exposição ocupacional a material biológico, para que possa realizar um atendimento seguro, e, garantir assim, uma melhor qualidade de vida de indivíduos HIV soropositivos ou com AIDS.

REFERÊNCIAS

1. Almeida CB, Pagliuca LMF, Leite ALAS. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.5, pp.708-716. ISSN 1518-8345.
2. Alves FBT, Czulniak GD, Dal'maso AMS, Shimizu KH, Verri MA. Lesões estomatológicas em crianças HIV positivas e suas implicações clínicas. *Arquivos em Odontologia*, v.45, n.4, out./dez. 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Biggar R.J, Engels E.A, Hall H.I et al., Câncer risk in people infected with human immunodeficiency virus in the United States. *International Journal of cancer*, v. 38, n. 123, p. 187-194, 2008.
5. Belman A.L. hiv-1 infection and aids. *Neurol Clin*; n.20 v.4 p.983-1011. 2002
6. Corrêa EMC, De Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. *Revista Odonto Ciencia – Fac Odonto/PUCRS*. 2005;20(49):281-9
7. Carranza. et al., *Periodontia Clínica*. v.2, n.11, p. 414-426, 2012
8. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Código de Ética Odontológica: resolução no. 179, de 19 de dezembro de 1991. Rio de Janeiro: CFO; 1992.
9. Cavassani VGS, Andrade Sobrinho J, Homem MGN, Rapoport A. A Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68:27-31
10. Carmo, MRC.; Costa, AMDD. Procedimentos de biossegurança em odontologia. *Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, Curitiba, v. 5, n. 26, 2001.
11. Cavalcante, N. J. F.; Monteiro, A. L. C.; Barbieri, D. D. Biosegurança: atualidades em DST /AIDS . 2. ed. rev. amp. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Programa Estadual de DST /AIDS , 2003.

12. Camargos, Felipe da Mata et al. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 16, n. 2, p. 25-30, 2016.
13. Discacciati, J. A. C.; Vilaça, E. L. Atendimento odontológico ao portador de HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 9, n. 4, p. 234-239, abr. 2001.
14. Discacciati JAC, Pordeus IA. Você está disposto a tratar pacientes com AIDS? *Rev CROMG* 1997;3(1):31-6
15. Dias, E. P.; Spyrides, K. S.; et al., Leucoplasia pilosa oral: aspectos histopatológicos da fase subclínica. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, v. 15, n. 2, p. 104-111, abr./jun. 2001
16. Filho O de JLD, Viana EC, Pessoa WG, Domingos PRC. Manifestações orais em pacientes imunodeprimidos pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): revisão da literatura. *REAS* [Internet]. 11fev.2021 [citado 2abr.2021];13(2):e6034. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6034>
17. Fedrizzi EN, Laureano JK, Schlup C, Campos MO, Menezes ME. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres HIV-Positivo de Florianópolis, Santa Catarina. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2011;23(4):205-209.
18. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Do Carmo MP. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. *Revista Bioética*. 2009;17(3):511-522.
19. Guerra LM, Pereira AC, Meneghim AC, Hebling E. Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças soropositivas. *Cienc Odontol Bras*. 2008;11(2):14-22.
20. GIR, E. et al. A Enfermagem frente a acidentes ocupacionais de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n.3, p.262-2, out. 1998.
21. Greenspan, D. Oral hairy leukoplakia: diagnosis and management. *Oral Surg*, v. 67, n.4, p. 396-403, 1989
22. Junqueira JJM, Sancho TM, Santos VA. Citomegalovírus: Revisão dos Aspectos Epidemiológicos, Clínicos, Diagnósticos e de Tratamento. Serviço de Imunologia da Divisão de Laboratório Central do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. NewsLab - edição 86 – 2008.

23. Leao, J.C.; Ribeiro, C.M.; Carvalho, A.A.; Frezzini, C.; Porter, S. Oral complications of HIV disease. *Clinics, Sao Paulo*, v. 64, n.5, p.459-70, may. 2009
24. Lima FL, Furlan SMFS, Amorim JS. Atendimento odontológico ao paciente portador do HIV/AIDS: uma visão ética. *Revista Cathedral (ISSN 1808-2289)*, v. 2, n.3, ano 2020.
25. Menezes TOA, Rodrigues MC, Nogueira BML, De Menezes SAF, Silva SHM, Vallinoto AC. Oral and systemic manifestations in HIV-1 patients. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2015; 48:83-6.
26. Melo BP, et al. Respostas agudas do exercício físico em pessoas infectadas pelo HIV: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Esporte*, v. 23, n. 2, Mar/Abr, 2017.
27. Mesquita RA, Aguiar MCF, Tarquínio SBC, Gomez RS, Bertazzoli RCB. Candidíase oral e a infecção HIV/Oral candidiasis and the HIV infection. *Rev CROMG*.1998;4:27-31
28. Muller AM, et al. Epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma (NHL): trends, geographic distribution, and etiology. *Ann Hematol* 2005;84(1):1-12.
29. Marino, C. G. G. et al. Cut and puncture accidents involving health care workers exposed to biological materials. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases, Salvador*, v. 5, n. 5, p. 235-242, Oct. 2001.
30. Miranzi MAS. Conhecimentos, atitudes e práticas frente a exposição ocupacional ao HIV, entre estudantes, docentes, e funcionários do curso de odontologia da Universidade de Uberaba [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
31. Machado MFAS, Araújo MAL, Mendonça LMC, Silva DMA. Comportamento sexual de mulheres com papiloma vírus humano em serviços de referência de fortaleza, ceará. *RBPS, Fortaleza*, Jan./mar. 2010;23(1): 43-47.
32. Pacheco, D. Análise quantitativa das células CD4 e sua importância no diagnóstico de lesões orais em pacientes HIV positivos f. 88 Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

33. Portella AVT, Souza LCB, Gomes JMA. Herpes-zoster and post-herpetic neuralgia. Rev Dor. São Paulo, 2013 jul-set;14(3):210-5.
34. Paulique, N. C. Cruz, M. C. et al., Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. Archives of Health Investigation v.6, n. 6, p. 240-244, 2017.
35. Rachid M, Schechter A. Manual de HIV/AIDS. 10 ed – Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações Ltda. 2017. 276p
36. Robbins & Cotran - Patologia - Bases Patológicas das Doenças, 8ª ed., Elsevier/Medicina Nacionais, Rio de Janeiro, 2010.
37. Souza MRTP, Vieira TAE, Nogueira EC, Junior EJS, Souza APB, Vidal GP. Bioética na abordagem de pacientes com HIV/AIDS: Questão de saúde pública. Rev Temas em Saúde. 2019, v. 19, n. 2, p. 259-270. João Pessoa.
38. Silva, S. F.da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúde coletiva, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.
39. Samico AHR. Panorama da ética profissional. Em: Samico AHR, Menezes JDV, Silva M, eds. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia; 1994. pp. 6-13
40. Simões RJ, Fonseca P, Figueira MH. Infecções por Candida spp na Cavidade Oral. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 12 (1) 19-22, jan./mar., 2013
41. Scully, C.; Laskaris, G.; Pindborg, J. Oral manifestations of HIV infection and their management- More common lesions Oral Surg, v.71, n. 2, p. 158-66, 1991.
42. Sartori LRM, Ferreira K, Martins TM, Correa MB, Chisini LA. Gengivite Ulcerativa Necrosante: um relato de caso. FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • 29(1) 39-46 • jan.-jun. 2019.
43. Santos MPM, Morais MPLA, Fonseca DDD, Faria ABS, Silva IHM, Carvalho AAT, Leão JC. Human herpes virus: types, oral manifestations and treatment. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 11 (3) 191-196, jul./set., 2012.
44. Tagliati N.A.B, Kelmann R.G. et al., Aspectos terapêuticos das infecções causadas pelo vírus herpes simples tipo 1. v.36 n.133 p. 191-201. 2012.
45. Thomson, P.J. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention-proliferation, position, progression and prediction. J Oral Pathol Med. Oct; v.47, n.9, p.803-807, 2018.

46. Trottier H, Franco E. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. 2006;24(supl.1):1-15.
47. Unaid. Relatório Informativo – Dia Mundial Contra a Aids 2018. Estatísticas Globais Sobre HIV, 2019.
48. Vose JM, et al. Update on epidemiology and therapeutics for non-Hodgkin's lymphoma. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2002:241-62.
49. Vieira CL, Melo REVA. Estiomielite relato de caso clinico. *INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTISTRY, RECIFE*, 1(1):35 – 40 JAN/MAR 2006.
50. Van Der Waal, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol*, v.46, n.6, p.423-5, Jun 2010
51. Villarinho, M.V.; Padilha, M.I. Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/AIDS (1986-2006). *Esc Anna Nery, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianopolis – SC*, 18(1):25-31. 2014.