

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Caroline de Araújo Claro
Mariana de Paula Reani Rodrigues

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO
PACIENTE COM HIV/AIDS: principais
manifestações bucais e aspectos humanitários a
serem considerados pelo cirurgião-dentista

Taubaté – SP
2018

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Caroline de Araújo Claro
Mariana de Paula Reani Rodrigues

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO
PACIENTE COM HIV/AIDS: principais
manifestações bucais e aspectos humanitários a
serem considerados pelo cirurgião-dentista**

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

Orientação: Prof. Dr. Celso Monteiro da
Silva

Taubaté – SP
2018

**Ficha catalográfica elaborada pelo
SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

C613a Claro, Maria Caroline de Araújo
Atendimento odontológico ao paciente com HIV/AIDS: principais
manifestações bucais e aspectos humanitários a serem considerados pelo
cirurgião-dentista / Maria Caroline de Araújo Claro; Mariana de Paula Reani
Rodrigues. -- 2018.
42 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva, Departamento de
Odontologia.

1. Lesões orais. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Tratamento odontológico. 5. Aspectos
humanitários. I. Rodrigues, Mariana de Paula Reani. II. Universidade de Taubaté.
III. Título.

CDD - 616.9792

Elaborada por Angela de Andrade Viana – CRB-8/8111

**MARIA CAROLINE DE ARAÚJO CLARO e MARIANA DE PAULA REANI
RODRIGUES**

Data: 26 de novembro de 2018

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva, Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Mário Celso Pellogia, Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida, Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Dedico este trabalho a Deus, que me deu a vida e me ajudou a manter a fé para que eu pudesse chegar onde estou.

Aos meus pais, Renato e Luciene, que sempre se dedicaram a mim para que pudéssemos realizar esse sonho.

À minha avó e tia, Inácia e Sueli, por todo o carinho e ajuda oferecidos ao longo de todos esses anos.

Ao meu namorado, Lucas, pelo apoio, amor e paciência durante todo esse período.

Maria Caroline de Araújo Claro

Dedico primeiramente a Deus, que me fez manter a fé e força para enfrentar todas as dificuldades encontradas durante a vida acadêmica.

Aos meus avós, Nedi e Guido, que me ampararam e me apoiaram sempre, com muito amor e carinho, mostrando que sou capaz.

À minha mãe, Sandra, pelo crescimento e maturidade.

Ao meu pai, Flávio, pela força, incentivo e crescimento, para que meu sonho se tornasse realidade.

Mariana de Paula Reani Rodrigues

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado força para enfrentar todas as dificuldades encontradas durante a minha vida acadêmica.

Sou grata ao meu orientador, Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva, sempre disposto a me ajudar.

Agradeço a minha dupla, Mariana de Paula Reani Rodrigues, por todo o apoio e companheirismo durante esse período.

Por fim, a todos os professores, sou grata pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

Maria Caroline de Araújo Claro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos meus avós, Benedita Pereira de Paula e Guido de Paula, aos meus pais, Sandra Regina Pereira de Paula e Flávio Reani Rodrigues, e aos meus padrinhos, Sílvia Regina Pereira de Paula e Júlio César de Abreu.

Sou grata ao meu orientador, Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva, pelo apoio e por sempre estar disposto a nos ajudar.

Agradeço a minha namorada, Geiziluana de Lima Correa, pela paciência, amor e carinho em todo o tempo.

Agradeço à família que foi construída no D.A/ATLÉTICA, aos já formados e aos que virão a se formar, que me mantiveram de pé para que eu tivesse forças para chegar até onde estou.

Sou grata a minha dupla, Maria Caroline de Araújo Claro, por todo o carinho, dedicação e força para que pudéssemos chegar até aqui.

Sou grata também a Dra. Lilian Cristina Fucuda, que me amadrinou dentro da odontologia e me deu oportunidades incríveis durante a fase acadêmica.

Por fim, agradeço a todos os professores, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

Mariana de Paula Reani Rodrigues

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é caracterizada por uma grave redução do sistema imunológico e sua origem está relacionada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os indivíduos infectados apresentam doenças oportunistas e tumores malignos e, diante disso, uma atenção especial deve ser dada à saúde bucal desses pacientes, uma vez que as manifestações orais estão entre os primeiros sinais clínicos de infecção pelo HIV e podem prever a progressão para AIDS. Nesse contexto, o papel do cirurgião-dentista é de extrema importância, principalmente no diagnóstico precoce dessas manifestações, devendo agir com ética e respeito a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar, por meio de uma revisão de literatura, as principais manifestações bucais presentes em pacientes com HIV/AIDS e os aspectos humanitários que devem ser considerados pelo cirurgião-dentista durante o atendimento a esses pacientes. **Conclusão:** A candidose oral e a leucoplasia pilosa oral são as lesões de maior manifestação em pacientes com HIV/AIDS e, além disso, o papel do cirurgião-dentista é de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes devendo agir com ética e respeito, de forma a eliminar toda e qualquer forma de discriminação.

Palavras-chave: Lesões orais; HIV; AIDS; Tratamento odontológico; Aspectos humanitários.

ABSTRACT

The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is characterized by a severe reduction of the immune system and its origin is related to infection by the human immunodeficiency virus (HIV). Infected individuals often have opportunistic diseases and malignant tumors, and special attention must therefore be given to the oral health of these patients, since oral manifestations are among the first clinical signs of HIV infection and can predict progression to AIDS. In this context, the role of the dental surgeon is extremely important, especially in the early diagnosis of these manifestations, and must act with ethics and respect in order to contribute to the improvement of the quality of life of these patients. **Objective:** To evaluate, through a literature review, the main oral manifestations present in patients with HIV / AIDS and what humanitarian aspects should be considered by the dental surgeon during the care of these patients. **Conclusion:** It can be concluded that oral candidiasis is the most frequent lesion in patients with HIV / AIDS, and that, in addition, the role of the dental surgeon is extremely important for improving the quality of life of these patients ethics and respect, in order to eliminate all forms of discrimination.

Keywords: Oral manifestations; HIV; AIDS; Dental treatment; Humanitarian aspects.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	PROPOSIÇÃO	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
4	DISCUSSÃO	29
5	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) é caracterizada por uma grave deficiência do sistema imunológico e sua etiologia está ligada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o qual pode ser transmitido através de relações sexuais, agulhas e/ou seringas contaminadas, por meio do sangue e através da mãe infectada para o filho durante a gravidez, o parto ou até mesmo pela amamentação. O indivíduo infectado pode passar dias, meses ou até anos sem nenhum sintoma, o que significa que o paciente pode ser portador do vírus HIV, mas ainda não desenvolver a doença (CORRÊA & ANDRADE, 2005).

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 que 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).

A candidose oral é a mais associada à baixa contagem de células T CD4+, sendo indicada dessa maneira como um marcador de rápida progressão para AIDS. Apresenta como causadora a *Cândida albicans* e pode se manifestar na forma eritematosa ou pseudomembranosa. A candidose eritematosa aparece como uma lesão atrófica vermelha na região do dorso da língua e/ou do palato mole e

Introdução _____

apresenta como sintoma a sensação de queimadura. A candidose pseudomembranosa, por sua vez, se apresenta como lesões brancas indolores comuns na língua, palato, mucosa bucal ou orofaringe (AŠKINYTĖ et al., 2015).

Um cuidado especial deve ser dado à saúde bucal desses pacientes, uma vez que as manifestações orais estão entre os primeiros sinais clínicos de infecção pelo HIV e também podem prever a progressão para a doença AIDS. As principais lesões oportunistas detectadas nesses indivíduos infectados são: candidose oral, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, eritema gengival linear e doenças ulcerativas necrosantes (subdivididas em: gengivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante) sendo a candidose oral a lesão mais comumente encontrada no indivíduo infectado pelo HIV (COOGAN et al., 2005).

Sabendo que as manifestações orais são muito comuns e, muitas vezes, são os primeiros sinais da doença, o cirurgião-dentista é o primeiro a se deparar com as mesmas, sendo o responsável pelo diagnóstico precoce ou hipótese diagnóstica que encaminhe adequadamente o paciente para o tratamento correto. Deixar de ir a consultas odontológicas e/ou omitir algo do profissional, pode acarretar na diminuição da sobrevida do indivíduo. Dessa forma, o cirurgião dentista deve estar preparado e apto para identificação das lesões bucais e diferencia-las em casos de crianças e adultos (GUERRA et al., 2008).

Muitos profissionais da saúde possuem medo de atender pacientes sabidamente infectados pelo vírus HIV/AIDS. Estudos relatam à dificuldade dos indivíduos infectados em conseguirem atendimento odontológico quando revelam ser HIV (+) ou quando apresentam sinal clínico da doença. Muitos profissionais criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento como, por

Introdução _____

exemplo, o aumento significativo nos honorários. Sabe-se que tais atitudes são discriminatórias e constituem infrações éticas sendo passíveis de punição. Com isso, o medo das reações negativas por parte do profissional, tem levado os pacientes a omitirem seu estado de saúde (HIV (+)). Dessa forma, se faz necessário que o profissional mantenha um bom relacionamento com o paciente, fazendo com que este se sinta seguro e não omita nenhuma informação que possa intervir no tratamento.

Em relação à biossegurança, qualquer indivíduo deve ser tratado como potencialmente infectado, tendo assim um protocolo de biossegurança igual para todos devido ao fato de o mesmo ter se demonstrado eficaz na prevenção da infecção pelo HIV.

O papel do cirurgião-dentista é melhorar a qualidade de vida das pessoas, sobretudo promovendo saúde e mantendo a postura ética e profissional (DISCACCIATI&VILAÇA, 2001).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo retratar o atendimento odontológico ao paciente com HIV/AIDS no que diz respeito as principais manifestações orais presentes e quais os aspectos humanitários a serem considerados para que não haja descriminalização e sim promoção de saúde para a população.

2 PROPOSIÇÃO

Investigar, por meio de uma revisão de literatura, as principais manifestações clínicas bucais encontradas em pacientes portadores de HIV/AIDS e os aspectos humanitários que devem ser considerados pelo cirurgião-dentista durante o atendimento a esses pacientes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Discacciati et al., em 1999, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a percepção dos pacientes em relação ao risco de se contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante o atendimento odontológico e suas decisões em relação a continuar ou não o seu tratamento caso venham a descobrir que seu cirurgião-dentista (CD) atende pacientes com AIDS ou que seja HIV soropositivo. Para isso foram realizadas 518 entrevistas, sendo 258 homens e 260 mulheres, entre militares da Polícia Militar de Minas Gerais e seus dependentes, que haviam finalizado o tratamento com 233 CD diferentes. Observaram que 88,4% dos entrevistados acreditam que o HIV possa ser transmitido durante o tratamento odontológico e que muitos não continuariam o tratamento se seu CD atendesse pacientes com AIDS (42,9%) ou fosse HIV soropositivo (45%). Aqueles entrevistados que foram atendidos por profissionais que utilizavam equipamentos para proteção individual (EPI) de forma correta se mostraram mais confiantes para continuar o tratamento caso viessem a descobrir que seu CD atende pacientes com AIDS. Os autores observaram que os participantes da pesquisa tiveram atitudes negativas em relação a profissionais que atendem pacientes com AIDS e também a profissionais HIV soropositivos e concluíram que o CD deve orientar seus pacientes em relação às medidas de controle de infecção exercidas em sua prática, trazendo maior tranquilidade e segurança ao paciente.

Discacciati & Vilaça, em 2001, realizaram um estudo com o objetivo de descrever os aspectos éticos presentes no atendimento odontológico a pacientes HIV soropositivos ou com AIDS. Através de uma revisão de literatura, com consulta em livros e bancos de dados como Medline e Lilacs, foram tratados aspectos como

representação social da AIDS e risco de infecção pelo HIV durante atendimentos, recusa de atendimento, encaminhamento a outro profissional sem motivo justificável, cobrança de honorários diferenciados, imposição de horários especiais e manutenção do sigilo sobre o estado sorológico do paciente. Mediante o que foi observado, os autores concluíram que o preconceito e desconhecimento sobre o risco de infecção por HIV e AIDS, tanto por parte dos cirurgiões-dentistas quanto por parte de outros pacientes, ainda existe.

Cavassani et al., em 2002, sabendo que a candidíase oral é uma das doenças oportunistas mais fortemente associadas à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), realizaram um estudo com objetivo de observar as alterações estomatológicas em pacientes portadores do HIV tratados no Hospital Heliópolis – São Paulo, Brasil, e comparar com a literatura. Analisaram os prontuários de 431 pacientes HIV+/AIDS, sendo 298 homens (69,14%) e 133 mulheres (30,86%), no período de abril de 1995 a setembro de 2001. Os pacientes foram avaliados quanto à raça, faixa etária, forma de contágio e quanto às manifestações estomatológicas. Analisando os resultados, os autores observaram que a idade média mais comum foi dos 31 aos quarenta anos (47,10%); a via de contágio mais frequente foi a sexual (71,26%) e dentre as patologias, a candidíase apresentou maior prevalência (29,69%), seguida pela gengivite (16,70%) e queilite angular (14,15%). Diante disso, concluíram que o exame oral e o diagnóstico precoce da candidíase em pacientes infectados pelo HIV são muito importantes para o tratamento imediato, para assim melhorar a sua qualidade de vida, já que a candidíase é uma lesão bucal muito comum nesta população.

Sposto et al., em 2003, realizaram um estudo cuja proposta foi avaliar os conhecimentos gerais e específicos dos alunos de graduação da FOAr-UNESP

quanto à infecção pelo HIV antes e depois de assistirem a uma palestra informativa. Foram entregues na primeira etapa 160 questionários, que continham quarenta questões (duas para identificação da origem do aluno, ano da graduação e sexo, 17 sobre conhecimentos gerais, 14 sobre conhecimentos específicos e nove de ordem pessoal) sendo recolhidos posteriormente. Na segunda etapa, três meses depois, foi ministrada a palestra com slides informativos sobre a infecção HIV (abordando aspectos gerais, específicos para Odontologia e de prevenção à infecção). Logo em seguida foram entregues 160 questionários para os mesmos alunos sendo recolhidos posteriormente. O índice total de acertos nos questionários preenchidos antes da palestra foi de 49% e de erros de 45,86% sendo que logo após a palestra o índice de acertos foi de 54,4% e de erros 40,76%. Após análise dos questionários, os autores concluíram que mesmo após a palestra informativa, os estudantes tiveram um índice de erro alto (40,76%) e pouca assimilação sobre o assunto, indicando que apenas 15 minutos de palestra não foram suficientes para mudar significativamente o conhecimento dos estudantes.

Miranzi, em 2003, realizou um estudo com objetivo de verificar o conhecimento, atitude, comportamento e prática em relação ao risco de exposição ocupacional ao HIV entre alunos, professores e funcionários, e a utilização das medidas universais de biossegurança no Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, MG. Para isso, foram aplicados dois questionários sendo que o questionário um foi aplicado em estudantes e professores e o questionário dois foi aplicado em funcionários. Os questionários apresentavam questões sobre conhecimentos, comportamentos e atitudes frente a um paciente HIV-positivo, exposição ao risco em saúde ocupacional, acesso à informação, programas e atividades em relação a AIDS, infecção cruzada e medidas de biossegurança. Os

resultados revelaram que 64% dos estudantes já realizaram procedimentos clínicos, 73% conhecem as medidas universais de biossegurança e 44% sabem como proceder em casos de exposição a fluidos orgânicos. Com esse estudo, o autor concluiu que os resultados demonstraram falta de conhecimento principalmente nos primeiros períodos de clínica sendo que o conhecimento em relação às precauções universais e a disposição em atender os pacientes com AIDS foram maiores no grupo mais próximo ao término do curso.

Em 2005, Senna et al., com o objetivo de encontrar fatores associados à disposição para o atendimento odontológico de portadores do HIV/AIDS, realizaram um estudo seccional entre cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Para isso, foram aplicados questionários aos participantes em seu local de trabalho, sendo que 140/345 (41,0%) dentistas selecionados participaram da avaliação. A prevalência de disposição para o atendimento foi de 55,0%. Os resultados mostraram que a disposição para o atendimento foi fortemente associada a ter o conhecimento correto sobre o risco ocupacional, conhecer o protocolo pós-exposição ocupacional, ter atitudes positivas diante à epidemia, ter experiência profissional com paciente portador de HIV/AIDS e ser contra o exame diagnóstico compulsório anti-HIV de paciente. Os autores concluíram que o medo do contágio é a principal causa de ansiedade para os trabalhadores da saúde com relação ao atendimento de pacientes com HIV/AIDS.

Em 2005, Corrêa & Andrade relataram, a partir de uma revisão de literatura, o tratamento odontológico de portadores de HIV/AIDS com foco nas fases da doença, exames laboratoriais, principais manifestações orais ocasionadas pela infecção, medicações utilizadas, risco ocupacional e condutas frente a acidentes. Concluíram que as alterações bucais provocadas pelo HIV/AIDS dão ao cirurgião-

dentista uma importante função no diagnóstico precoce da infecção e manutenção da saúde geral dos pacientes portadores de HIV e, que o profissional deve se dotar de normas universais de biossegurança considerando que todo paciente é potencialmente portador de alguma doença infecto-contagiosa.

Coogan et al., em 2005, realizaram um estudo com o objetivo de relatar a importância das lesões bucais como indicadores de infecção e progressão da doença pelo HIV para a AIDS. Relataram que a candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgin, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante estão extremamente associadas a infecção pelo HIV e que a terapia antiretroviral pode interferir na prevalência dessas lesões. Observaram que essas manifestações orais podem interferir na qualidade de vida desses pacientes e concluíram que é de extrema importância que todos os profissionais da área da saúde estejam treinados e orientados em relação a importância da saúde oral e de como essas manifestações podem ser indicadoras de infecção por HIV.

Ribeiro et al., em 2006, com objetivo de avaliar os conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju, SE, em relação aos pacientes HIV positivos, entrevistaram 51 cirurgiões-dentistas, nos períodos de março e maio de 2006, sendo a maioria mulheres (84,3%), com mais de vinte anos de exercício da profissão (78,4%), que já haviam cursado alguma pós-graduação (56,8%). Os profissionais avaliados demonstraram conhecer as manifestações bucais da AIDS, as secreções envolvidas na contaminação durante o tratamento odontológico e o grau de infectividade do HIV quando comparado ao vírus da hepatite B, mas relataram que ainda não abordavam a infecção pelo HIV durante a anamnese. Relataram ainda possuir baixa experiência no atendimento odontológico

de pacientes soropositivos para HIV, mas demonstraram uma alta propensão para realizarem o atendimento destes nas unidades básicas de saúde em que trabalhavam (86%) e em consultórios privados (94%). Os autores concluíram que se fazem necessários estudos acerca das condições de controle de infecção e biossegurança das UBS do PSF de Aracaju e da observação dos cirurgiões-dentistas do PSF de Aracaju a esse respeito.

Sharma et al., em 2006, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar tipos e prevalência de lesões orais ligadas ao HIV entre indivíduos infectados no sul da Índia e correlacionar esses dados com comorbidades, sexo, idade e medicação. Para isso, selecionaram cento e um pacientes, 73 homens e 28 mulheres, com infecção pelo HIV ou com AIDS em unidades de doenças infecciosas do Hospital Attavar, Mangalore, e enfermarias do Kasturba Medical College e Manipa. As lesões orais foram diagnosticadas a partir de critérios presumíveis da Classificação da Câmara de Compensação e a história clínica foi obtida através dos prontuários médicos do paciente. Observaram que candidíase eritematosa (44,5%), hiperpigmentação melanótica (34,6%) leucoplasia pilosa oral (LPO) (15,8%), eritema gengival linear (EGL) (15,8%), candidíase pseudomembranosa (CP) (11,8%), queilite angular (11,8%) e xerostomia (29,7%) estavam entre as manifestações orais mais comuns. Uma relação significativa foi encontrada entre candidíase oral e imunossupressão avançada ($P < 0,05$). A leucoplasia pilosa oral (LPO) foi predominante em indivíduos com idade inferior a 35 anos ($P < 0,05$) e mais frequente em pacientes com tuberculose ligada ao HIV. A hiperpigmentação melanótica foi significativamente associada à terapia anti-retroviral altamente ativa ($P < 0,05$). O eritema gengival linear foi mais relatado no sexo feminino. A candidíase eritematosa foi o diagnóstico mais comum em 15 pacientes, seguido por leucoplasia pilosa oral

em nove, hiperpigmentação em oito e candidíase pseudomembranosa em seis. Os autores concluíram que a candidíase oral pode atuar como indicadora de imunossupressão e que a queilite angular foi predominante no estágio sintomático.

Pagani et al., em 2007, publicaram um estudo com o objetivo de relatar os procedimentos realizados em crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que eram pacientes do ambulatório de imunologia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (UNI-RIO), e comprovar a efetividade da adequação do meio bucal através da comparação dos níveis de *Streptococcus mutans* (*S mutans*) e *Lactobacillus*. Foram, então, realizados os seguintes procedimentos: adequação do meio bucal; instrução de higiene bucal; orientação de dieta (para as crianças e seus responsáveis); fluoroterapia nos dentes onde havia presença de mancha branca ativa (aplicação de verniz fluoretado); e tratamento restaurador atraumático modificado utilizando cimento de ionômero de vidro. Os pacientes que participaram da pesquisa, com idade entre quatro e dez anos, se encontravam em diferentes níveis de imunossupressão, podendo ser grave (50%), moderado (33%) e ausente (17%) sendo que todos apresentavam fluxo salivar abaixo de 0,7mL/min. Os participantes (apenas cinco crianças das vinte iniciais permaneceram até ao término deste trabalho) exibiam algum tipo de lesão no exame bucal destacando-se a queilite angular que acometeu 67,0% crianças, seguida de candidíase pseudomembranosa em 33%, leucoplasia pilosa em 33,0% e hipertrofia da parótida em 16,5%. Os autores concluíram que a adequação do meio bucal, utilizando diferentes procedimentos (TRA modificado, aplicação de verniz fluoretado, instruções sobre dieta mais adequada e controle da higiene bucal) mostrou ser eficiente como terapia alternativa para pacientes infectados pelo HIV, devido à comprovada diminuição das colônias de *Streptococcus mutans* e

Lactobacillus, proporcionando considerável melhora na qualidade de vida dos pacientes e minimizando o sofrimento causado pela doença cárie.

Em 2007, Guerra et al., através de um estudo de revisão de literatura, tiveram o objetivo de fornecer informações ao cirurgião-dentista acerca da AIDS pediátrica e sua relação com o tratamento odontológico. Observaram que a candidíase é a principal manifestação bucal da AIDS em crianças e concluíram que as manifestações bucais da AIDS são muito frequentes e que o seu reconhecimento é responsabilidade do cirurgião dentista, uma vez que o diagnóstico precoce da AIDS em crianças possibilita o aumento da sobrevida e melhora da sua qualidade de vida.

Em 2008, Guerra et al., sabendo que o cirurgião-dentista é o primeiro profissional a se deparar com as manifestações bucais da AIDS em crianças, realizaram uma pesquisa com 1040 cirurgiões-dentistas das redes pública e privada de assistência odontológica das cidades de Amparo e Campinas, SP, por meio da aplicação de um questionário que verificaria o conhecimento técnico e o comportamento ético e legal do profissional no atendimento a esses pacientes. Os resultados mostraram que dos cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa, 68,22% demonstraram falta de conhecimento ético-legal no que diz respeito à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce da AIDS em crianças, e dentre aqueles que não se dispunham a atender crianças HIV soropositivas, 72,98% não o realizava porque não se sentia capaz para tal atendimento. Os autores concluíram que a atualização dos conhecimentos sobre o assunto e sobre as obrigações éticas e legais inerentes deve ser uma constante na prática clínica do cirurgião-dentista.

Machado et al., em 2008, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a adesão a um Programa de Atenção à Saúde Bucal (PASB) por crianças e adolescentes infectados pelo HIV, bem como a atitude de seus responsáveis quanto a cuidados em relação à saúde bucal. Para isso, foram entrevistados 58 responsáveis que acompanhavam crianças e adolescentes HIV+ em suas consultas médicas de rotina no ambulatório de AIDS. Os mesmos foram indagados sobre os dados pessoais, adesão ao PASB ou a outros serviços odontológicos e atitudes quanto aos cuidados bucais. Aproximadamente 70% dos responsáveis relataram que a criança participava do PASB, sendo que 20% delas não retornavam às consultas de prevenção quando solicitadas, e este retorno era menor quando os responsáveis não eram os próprios pais. Grande parte dos responsáveis (70,7%) relatou que auxiliava as crianças no cuidado preventivo caseiro, no entanto, na maioria das vezes (86,2%) a criança realizava sozinha a escovação. Os autores concluíram que a adesão desta população ao tratamento odontológico fora do PASB foi pequena, visto que 48% dos responsáveis relataram que a criança não concluiu o tratamento quando este não foi realizado no PASB, e que a atitude dos responsáveis em relação aos cuidados bucais das crianças HIV+ também não foi considerada satisfatória.

Pires et al., em 2008, com a finalidade de identificar a dificuldade de se obter tratamento odontológico entre os pacientes infectados pelo HIV/AIDS, realizaram entrevistas com 45 pacientes que estavam sob acompanhamento médico no ambulatório do Hospital Universitário Clemente de Farias em Montes Claros, MG. A dificuldade de se obter tratamento foi relatada por 31% dos entrevistados e os pacientes que relataram ao dentista serem portadores do vírus HIV/AIDS tiveram 11,7 vezes mais chances de terem dificuldades para obterem atendimento

odontológico. Os autores concluíram que os resultados mostram a necessidade de uma educação contínua a fim de capacitar o cirurgião dentista para melhor acolher e tratar os pacientes que vivem com o vírus HIV/AIDS e, que a revelação da doença ao dentista explicou a dificuldade de se obter tratamento odontológico.

Costa et al., em 2009, realizaram um estudo com objetivo de conhecer as visões de discentes dos cursos de Educação Física (EF), Medicina (Md) e Odontologia (Od) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), MG, com relação aos aspectos bioéticos envolvidos com a infecção HIV/AIDS e profissionais de saúde. Foi utilizado um questionário abordando três questões bioéticas sobre infecção HIV/AIDS. Esse estudo foi realizado com 68 alunos dos quais 38% eram do curso de EF, 28% de Md e 34% de Od, sendo 58,8% homens. A primeira questão “Você deixaria de atender um cliente sabidamente HIV (+)?”, mostrou que 98,5% dos entrevistados não deixariam de atender esses pacientes. A segunda questão “Uma academia de ginástica exige que todos os seus clientes façam o teste HIV (AIDS), você acha que instituições de saúde (hospitais, clínicas odontológicas, academias) devem adotar a obrigatoriedade do teste HIV para todos os seus usuários?” mostrou que no curso de EF, 53,85% acham que deva existir obrigatoriamente o teste HIV para todos os usuários, enquanto que no curso de MD e Od, 62,42% e 56,52%, respectivamente, não acham necessário a existência do teste. Na terceira questão, “O profissional de saúde HIV (+) tem a obrigação ética de informar aos seus clientes a sua condição de saúde?”, o resultado apresentado foi que os cursos de ED (53,85%), e de OD (56,53%), acreditam que o profissional de saúde infectado com vírus HIV tem a obrigação ética de informar a seus pacientes essa sua condição de saúde. Os autores concluíram que os posicionamentos éticos e morais dos

entrevistados, no que diz respeito ao atendimento a pacientes HIV/AIDS, não são influenciados pelo gênero e curso de graduação.

Garbin et al., em 2009, realizaram uma pesquisa com objetivo de avaliar a existência de discriminação, por meio da análise de aspectos éticos, no atendimento a pacientes HIV soropositivos por profissionais de saúde. Foi utilizado um questionário fechado e participação voluntária de 69 pessoas enfermas (48% mulheres e 52% homens), participantes do Programa Nacional de DST/AIDS, no município de Três Lagoas, MS, Brasil. Do total, constatou-se que 49,3% dos pacientes relataram que sofreram algum tipo de discriminação ao procurar algum profissional da área da saúde, sendo que 41,20% foram realizadas por profissionais de enfermagem, 35,30% por médicos, 17,6% por profissionais auxiliares e 5,9% por cirurgiões-dentistas. Dentre os pacientes que sofreram discriminação 85,3% afirmaram que essa situação ocorreu no serviço público de saúde. Os autores concluíram que é extremamente importante a formação de uma nova consciência baseada em princípios éticos, principalmente sobre as atitudes frente a pacientes infectados pelo HIV, a fim de humanizar a assistência à saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Freeman et al., em 2012, realizaram uma análise retrospectiva de caso na Unidade de Necessidades Especiais (SNU), no Hospital Dental de Adelaide, Austrália, com o objetivo de comparar a proporção de manifestações orais presentes em pacientes HIV positivos que fizeram uso da terapia antirretroviral e naqueles que não fizeram. Para isso, 498 indivíduos (474 homens e 24 mulheres) que foram identificados como HIV positivos e que haviam frequentado SNU para atendimento odontológico, no período compreendido entre os anos de 2001 e 2008, foram selecionados. Os resultados mostraram que houve diferenças significativas na

prevalência de manifestações bucais entre os grupos inclusos e não inclusos na terapia antirretroviral combinada (cART) e também em comparação com um estudo piloto anterior. Indivíduos que fazem uso da terapia cART apresentaram mais evidências de eritema gengival linear, queilite angular, papilomas escamosos associados ao vírus do papiloma humano e xerostomia. Os autores concluíram que a implementação da cART no tratamento do HIV alterou a característica de saúde bucal desses indivíduos, destacando a necessidade de identificar e trabalhar com a questão de saúde bucal para pessoas que vivem com HIV.

Petruzzi et al., em 2013, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os fatores de risco no aparecimento de lesões bucais em adultos HIV positivos. Para isso foi feito um levantamento de prontuários médicos/odontológicos de 534 pacientes com lesão bucal associada ao HIV em Porto Alegre, RS, no período de 1996 a 2011. Foram inclusos dados exclusivamente de lesões com diagnóstico. Dos 534 prontuários, 51,7% dos pacientes eram do sexo masculino e 48,3% do sexo feminino. A análise dos resultados mostrou que CD4+ inferior a 350 células / mm³ ($p < 0,001$), consumo de álcool ($p = 0,011$) e sexo feminino ($p = 0,031$) foram fatores predisponentes para candidíase oral. A ocorrência de leucoplasia pilosa esteve presente independentemente com contagem de CD4 + abaixo de 500 células / mm³, ($p = 0,029$) carga viral acima de 5.000 cópias / mm³ ($p = 0,003$) e tabagismo ($p = 0,005$). Os autores concluíram que graus moderados e graves de imunodeficiência e cargas virais detectáveis foram fatores de risco para a ocorrência de lesões orais e, ainda, que o tabagismo e o consumo de álcool também aumentaram a suscetibilidade ao aparecimento de infecções oportunistas em adultos HIV-positivos mesmo com o uso da terapia.

Rossi-Barbosa et al., em 2014, realizaram um estudo a fim de conhecer expectativas e percepções dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, MG, em relação ao atendimento a pacientes com HIV/AIDS. Para isso, foi utilizada observação participante e entrevistas semiestruturadas com nove acadêmicos, identificando-se três categorias de análise: “A expectativa do atendimento na clínica de HIV/AIDS”, “O medo de infectar-se” e “Mudança de comportamento”. Observaram que antes do contato com os pacientes, as caracterizações feitas pelos alunos eram estereótipos sociais, como: pessoas magras, homossexuais masculinos e aspecto deprimido. Durante a observação participante, verificaram ansiedade dos acadêmicos em saber quem seria o paciente e como este se apresentava, o que demonstrava medo por parte dos alunos. Os autores concluíram que os acadêmicos possuem representações estereotipadas em relação aos pacientes com HIV/AIDS e que possuem medo, o qual foi percebido pelo fato de terem mais cuidado em relação à biossegurança durante o atendimento desses pacientes.

Em 2015, Menezes et al., realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar a prevalência das manifestações orais e sistêmicas mais comuns em pacientes positivos para o vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Para isso, trezentos portadores do vírus, com idade superior a 18 anos, atendidos na Unidade de Referência Especializada em Doenças Parasitárias Infecciosas Especiais em Belém, PA, foram estudados. Os autores observaram que as manifestações bucais mais comuns foram cárie (32,6%), candidíase (32%) e doença periodontal (17%). Entre as manifestações sistêmicas, hepatite (29,2%), gastrite (16%), hipertensão arterial (14,7%) e tuberculose (12%) se destacaram e, com isso, concluíram que o conhecimento por parte do profissional de saúde sobre as diversas

manifestações entre esses pacientes é de extrema importância para garantir um diagnóstico e tratamento rápido e preciso.

Aškinyté et al., em 2015, a partir de uma revisão de literatura estudaram acerca das lesões orofaciais associadas ao HIV, suas apresentações e formas de tratamento atualizadas. Definiram como sendo as principais manifestações orais associadas ao HIV, as seguintes lesões: candidíase oral, queilite angular, leucoplasia pilosa oral, Linfoma não-Hodgkin, sarcoma de Kaposi, doenças periodontais, eritema gengival linear, doenças ulcerativas necrosantes, infecções bacterianas, pigmentação melanótica, doenças de glândulas salivares, ulceração oral, infecção pelo herpes simples, infecção pelo herpes-Zoster, e pelo Papilomavírus humano. Concluíram que a candidíase oral é a lesão orofacial mais comumente encontrada em pacientes infectados pelo HIV seguida de uma gama de outras manifestações orais. E que, além disso, a necessidade de identificar lesões orais relacionadas com o HIV é extremamente necessário entre todos os profissionais de atenção primária à saúde, afim de fornecer os melhores cuidados, promoção de saúde e prevenção a esses pacientes.

Hirata, em 2015, estudou as principais manifestações bucais possíveis de serem observadas em pacientes portadores do HIV. Entre elas, citou a candidíase, queilite angular, infecções profundas e virais, herpesvírus, Citamegalovírus, Varicela-zoster, Papilomavírus humano, vírus de Epstein-Bar, sarcoma de Kaposi, doença periodontal, tuberculose, sífilis, ulcerações inespecíficas, ulcerações aftosas, ulcerações induzidas por drogas e, por fim, xerostomia. Concluiu que é de extrema importância o reconhecimento das lesões orais do paciente HIV e que, embora os programas de tratamento sejam instituídos e os medicamentos sejam eficazes,

existe um número grande de indivíduos que não sabem que estão infectados e, assim, podem desenvolver a doença a qualquer momento.

Araújo et al., 2018, fizeram um levantamento bibliográfico que apresentavam estudos descritivos, transversais e de comparação e que relatassem as manifestações orais em crianças infectadas pelo HIV, entre os anos de 2004 e 2014. Os assuntos levantados foram: identificação das manifestações bucais que acometem pacientes pediátricos HIV positivos, e efeitos da ART (terapia antirretroviral) e HAART (terapia antirretroviral altamente ativa) nas lesões orais das crianças HIV positivas. As lesões mais frequentes nos pacientes pediátricos HIV positivos foram candidíase oral, gengivite, aumento das parótidas e eritema gengival linear. O uso da HAART mostrou diminuir a prevalência das manifestações bucais nos pacientes pediátricos com HIV e ser mais eficaz que a ART. Os autores concluíram que a manifestação bucal mais frequente em crianças infectadas pelo vírus HIV é a candidíase oral, sendo considerada um marcador da progressão da doença e que, além disso, o uso de HAART parece reduzir a prevalência dessas lesões orais sendo, portanto, benéfico a esses pacientes.

4 DISCUSSÃO

Os primeiros casos de AIDS relatados pelas mídias encaravam a doença como uma epidemia capaz de exterminar populações e divulgavam a doença através de conotações negativas como: um mistério médico, câncer misterioso nos homossexuais americanos, a pneumonia dos homossexuais, câncer gay e/ou síndrome gay (DISCACCIATI et al., 1999; DISCACCIATI & VILAÇA, 2001). Rossi-Barbosa et al., 2014, relataram em seu estudo a observação de estereótipos sociais como: pessoas magras, homossexuais masculinos e aspecto deprimido.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença infectocontagiosa caracterizada por uma grave redução do sistema imunológico como consequência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Essa infecção provoca uma redução no número de linfócitos T CD4 +, células que estão relacionadas à defesa imunológica, e sua contagem diminuída resulta no aparecimento de várias doenças incluindo infecções oportunistas e tumores malignos (CAVASSANI et al., 2002; CORRÊA & ANDRADE, 2005; RIBEIRO et al., 2006; PETRUZZI et al., 2013; ARAÚJO et al., 2018).

Para Ribeiro et al., 2006, a transmissão do vírus ocorre através do sangue e fluídos corporais contaminados; relações sexuais sem o uso de preservativos; via parenteral (transusão de sangue, drogas injetáveis e instrumentos contaminados); ou transmissão congênita (via placenta, parto ou amamentação), sendo que para Araújo et al., 2018, esta última via é considerada a principal responsável para o aumento da prevalência da doença em pacientes pediátricos.

Desde 1995, a sobrevivência dos pacientes portadores do vírus aumentou devido à introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). Esses medicamentos inibem a replicação do HIV no organismo humano, o que resulta em uma carga viral mais baixa e consequente melhora do sistema imunológico. Junto com o aumento da expectativa de vida e concomitantes mudanças na sua estratégia terapêutica, o perfil de saúde bucal desses pacientes também se alterou (PIRES et al., 2008; FREEMAN et al., 2012; ARAÚJO et al., 2018).

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; AŠKINYTĖ et al., 2015; MENEZES et al., 2015).

Diversas lesões estão diretamente relacionadas com o comprometimento do sistema imunológico apresentando CD4+ abaixo de 200 células/mm³. Petruzzi et al., 2013, relataram que pacientes com CD4+ abaixo de 350 células/mm³ apresentaram maior risco de desenvolver candidose oral do que aqueles com contagens de CD4 + superiores a 500 células/mm³. Para Corrêa & Andrade, 2005, as principais

manifestações orais associadas ao HIV são candidose, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante, leucoplasia pilosa oral, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodking, lesões ulceradas, xerostomia, queilite angular e herpes simples, concordando com Coogan et al., 2005, que excluíram as quatro últimas manifestações citadas e, Aškinytė et al., 2015, por sua vez, acrescentaram a essa lista: hiperpigmentação melanótica, infecções bacterianas (tuberculose), doença das glândulas salivares, púrpura trombocitopênica e condiloma acuminado.

No que diz respeito as principais manifestações bucais em crianças infectadas pelo HIV, Guerra et al., 2008, definiram por ordem decrescente de aparecimento: candidose, gengivite, hipertrofia de parótidas, úlceras aftosas, estomatite herpética e abscessos dentários. Essa ideia corrobora em partes com as de Araújo et al., 2018, que excluíram as três últimas doenças citadas e acrescentaram eritema gengival linear. Em contrapartida, Pagani et al., 2007, mostraram que queilite angular (67,0%), seguida de candidose pseudomembranosa (33,0%), leucoplasia pilosa (33,0%) e hipertrofia da parótida (16,5%) costumam ser as manifestações bucais mais frequentes nesses pacientes.

Hirata, 2015, relatou que lesões de sarcoma de Kaposi podem ser observadas no palato mole, na forma de máculas de cor vermelho-azul ou azul-púrpura ou em forma de nódulos. No entanto, para Aškinytė et al., 2015, clinicamente a coloração das lesões podem variar de roxo ou vermelho a marrom, ou amarelo marrom, enquanto que para Corrêa & Andrade, 2005, aparecem na cor vermelha, violácea ou acastanhada e podem ser assintomáticos.

Para Corrêa & Andrade, 2005, e Aškinytė et al., 2015, o linfoma não-Hodking é a segunda neoplasia mais comum entre os pacientes infectados pelo HIV, sendo

que na boca é mais encontrado em gengiva, mucosa palatina e alveolar e associado a dentes em mal estado.

Em relação às ulcerações orais presentes em pacientes infectados pelo HIV, Aškinytė et al., 2015, e Hirata, 2015, concordaram que a ulceração aftosa é observada em 3-13% dos pacientes infectados pelo HIV e que podem ser classificadas como menor, maior e herpetiforme. No entanto, discordaram em relação ao tempo de duração das lesões. Para Aškinytė et al., 2015, essas lesões em pacientes infectados pelo HIV persistem por mais de duas semanas, enquanto que para Hirata, 2015, tendem a persistir por mais de três semanas.

Corrêa & Andrade, 2005, Freeman et al., 2012, Aškinytė et al., 2015, e Hirata et al., 2015, concordaram que a xerostomia ou boca seca é um sintoma comumente observado em pacientes infectados pelo HIV. As glândulas parótidas costumam ser as mais afetadas, porém as glândulas salivares menores também podem estar envolvidas. Além disso, a alteração e a redução qualitativa e quantitativa de saliva se constitui um fator de risco para o aumento da ocorrência de cárie, doença periodontal e outras lesões orais, como candidose oral, língua fissurada ou queilite angular.

Cavassani et al., 2002, Coogan et al., 2005, Corrêa e Andrade, 2005, Sharma et al., 2006; Menezes et al., 2015, Aškinytė et al., 2015, Hirata, 2015, e Araújo et al., 2018 concordaram que algumas manifestações orais podem ser de origem fúngica, bacteriana ou viral. Dentre as infecções fúngicas, a candidose oral e a queilite angular são de grande ocorrência. Provavelmente, essas manifestações estejam ligadas à imunossupressão, representando um marcador de rápida progressão para AIDS, além de fatores locais como a xerostomia. Ocasionalmente, a *Cândida albicans*, a candidose é uma das doenças oportunistas mais comumente

associadas à infecção pelo HIV sendo que as formas eritematosa e pseudomembranosa apresentam maior frequência. A candidose eritematosa, se apresenta como uma lesão atrófica vermelha no dorso da língua, palato mole e mucosa jugal e normalmente é sintomática. Já a candidose pseudomembranosa se apresenta como lesões indolores de placas brancas e cremosas na língua, palato, mucosa bucal ou orofaringe e normalmente é assintomática. A queilite angular, por sua vez, costuma se manifestar predominantemente no estágio sintomático da doença através do aparecimento de fissuras vermelhas originadas nas comissuras labiais da boca e pode estar associadas a candidose intraoral.

Corrêa & Andrade, 2005, Menezes et al., 2015, Aškinytė et al., 2015, e Hirata, 2015, relataram que as manifestações orais de origem bacteriana podem ser classificadas como: eritema gengival linear e doença ulcerativa necrosante, a qual se subdivide em gengivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante. O eritema gengival linear pode ser definido como uma banda vermelha distinta ao longo da margem da gengiva, acompanhada de sangramento e desconforto em alguns casos, e que normalmente costuma se manifestar em pacientes imunocomprometidos com contagem de linfócitos T CD4+ <200 células/mm³. A gengivite ulcerativa necrosante apresenta início rápido e doloroso, inflamação da gengiva com rápida destruição de tecidos moles, dor intensa e odor fétido. Já a periodontite ulcerativa necrosante, por sua vez, é marcada por sangramento, dor aguda, papilas gengivais ulceradas, rápida destruição de tecido mole e grande e extensa perda de inserção periodontal, freqüentemente levando a exposição e defeitos em forma de cratera, além do seqüestro de um pedaço significativo de osso.

Corrêa & Andrade, 2005, Aškinytė et al., 2015, e Hirata, 2015, corroboram em seus estudos ao relatarem que as manifestações orais de origem viral podem

apresentar etiologia relacionada ao vírus do herpes (HSV), citomegalovírus (CMV), vírus Epstein-Barr (EBV), vírus Varicela-Zoster e o Papilomavírus humano (HPV).

As manifestações bucais do citomegalovírus (CMV) são encontradas apenas em pacientes com CD4 abaixo de 100 células/mm³ e suas lesões incluem úlceras inespecíficas em qualquer região da mucosa oral (Aškinytė et al., 2015, Hirata, 2015).

Várias manifestações podem estar relacionadas ao vírus Epstein-Barr, como mononucleose, linfoma de Burkitt, carcinoma nasofaríngeo e leucoplasia pilosa oral. A leucoplasia pilosa oral se manifesta através de uma lesão branca pilosa na forma de estrias verticais hiperkeratóticas nas margens laterais da língua e é mais comumente encontrada em pacientes com CD4 abaixo de 200 células/mm³, indicando progressão da doença (Aškinytė et al., 2015; Hirata, 2015).

Ribeiro et al., 2006, Coogan et al., 2005, Aškinytė et al., 2015, e Araújo et al., 2018 relataram que em pacientes que fazem uso de terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), a presença de certas manifestações orais pode indicar eficácia do tratamento através da redução da aparição quando comparado à prevalência antes do tratamento. Como exemplo pode-se citar a candidose, leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi. Já outras condições, como doença das glândulas salivares, costumam ser mais prevalentes nesta população como parte da reconstituição da imunidade resultante da iniciação terapêutica de anti-retrovirais. Cavassani et al., 2002, concordou com a prevalência da doença das glândulas salivares, no entanto, excluiu o sarcoma de Kaposi dentre as doenças de menor ocorrência e acrescenta as doenças periodontais. Por outro lado, esses dados diferem do que foi relatado por Freeman et al., 2012, que observaram uma forte ligação entre terapia antirretroviral combinada e o aparecimento em maior proporção, em relação aos pacientes que

não faziam uso da terapia, de eritema gengival linear, queilite angular, úlceras traumáticas, papilomas escamosos associados ao vírus do papiloma humano e xerostomia. Pretuzzi et al., 2013, relatou ainda que, apesar do uso de HAART, mais de 50% dos portadores de HIV/AIDS apresentam infecções oportunistas na cavidade oral, principalmente candidose oral e leucoplasia pilosa.

Dentre as questões éticas e legais presentes na prática odontológica, Discacciati et al., 1999, Discacciati & Vilaça, 2001, Corrêa & Andrade, 2005, Ribeiro et al., 2006, e Costa et al., 2009 concordaram que a conduta a ser tomada frente a indivíduos que possuem patologias, principalmente AIDS, vem sendo objeto de dúvida. Foi a emergência da AIDS, na década de 1980, que atentou as comunidades de saúde para o real risco da transmissão ocupacional de doenças infecciosas, dando início a um forte movimento para a adoção de um programa para controle de infecção cruzada nos serviços de saúde. Com o passar dos anos, foi possível observar que a maior parte dos profissionais apresentaram uma melhor adequação para a utilização dos artigos de biossegurança, partindo do princípio de que devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados. No entanto, Sposto et al., 2003, relataram que 39,2% dos dentistas afirmaram que deveriam tomar mais precauções de segurança com pacientes infectados pelo HIV.

No que diz respeito à transmissão do vírus HIV na Odontologia, através de acidentes de trabalho, o risco é pequeno e vai depender da gravidade do acidente (profundidade do corte, volume de sangue presente no instrumental contaminado, entre outros) além da carga viral do paciente. Corrêa & Andrade, 2005, e Guerra et al., 2007, calcularam que o risco de infecção após um acidente percutâneo seja de 0,3% e de 0,09% após uma exposição mucocutânea a sangue contaminado. Esses

dados discordam do que foi observado por Rossi-Barbosa et al., 2014, o qual definiu que o risco de transmissão do HIV é de 0,5% em acidentes percutâneos.

Discacciati & Vilaça, 2001, e Corrêa & Andrade, 2005, mostraram que com o surgimento dos antirretrovirais, após um acidente de trabalho, um tratamento profilático pode ser instituído a fim de diminuir ainda mais os riscos de contaminação. A melhor maneira de evitar esses acidentes é a prevenção, a qual pode ser feita através do manuseio cuidadoso de agulhas, lâminas e demais instrumentos pérfuro-cortantes, além da aplicação de medidas universais de precaução.

Discacciati et al., 1999, Discacciati & Vilaça, 2001, Corrêa & Andrade, 2005 e Ribeiro et al., 2006, mostraram que não existe diferença no atendimento de portadores do HIV ou de pacientes hígidos no que diz respeito ao instrumental, técnica, equipamentos, protocolos e medidas de controle de infecção e biossegurança. Além disso, é de extrema importância que o cirurgião-dentista desmistifique alguns aspectos da AIDS e contribua para extinguir o preconceito e o medo que acompanham as pessoas a respeito dessa doença. Os pacientes precisam ser instruídos quanto às formas de prevenção e controle de infecção pelo HIV em consultórios odontológicos de maneira a perceber que o dentista pode atender normalmente pessoas infectadas pelo HIV sem o risco de infecção cruzada.

Apesar do baixo risco de contaminação, o medo e ansiedade entre cirurgiões-dentistas frente a pacientes infectados pelo HIV, ainda fazem com que alguns aspectos éticos sejam desconsiderados e, dessa maneira, as barreiras no atendimento odontológico aos pacientes portadores do HIV/AIDS podem ocorrer tanto por parte do profissional quanto do paciente.

Discacciati et al., 1999, Discacciati & Vilaça, 2001, Sposto et al., 2003, Senna et al., 2005, Corrêa e Andrade, 2005, Ribeiro et al., 2006, Pires et al., 2008, Garbin et al., 2009, e Rossi-Barbosa et al., 2014, relataram que no que diz respeito ao profissional, o mesmo alega rejeição ao tratamento devido falta de preparo psicológico, medo de infecção pelo HIV ou de perder outros pacientes. Muitos criam situações que impedem o início ou a continuidade do tratamento, encaminham o paciente a outro colega de profissão sem motivo concreto ou, ainda, fazem orçamentos com valores exorbitantes. 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 que 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 oral 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.

Por outro lado, os pacientes relatam medo de rejeição ou da quebra de sigilo ético por parte do profissional fazendo com que acabem, muitas das vezes, ocultando essa informação ou até mesmo desistindo do tratamento. 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, o que possibilita ver que a discriminação na rede privada foi maior.

Uma importante questão a ser levantada é a obrigatoriedade do sigilo em relação ao estado sorológico do paciente, constituindo infração ética caso seja revelado sem justa causa. Discacciati & Vilaça, 2001, Miranzi, 2003 e Rossi-Barbosa et al., 2014 mostraram que a questão do respeito ao indivíduo infectado também deve ser abordada e que, de acordo com o ponto de vista ético, o profissional não deve negar atendimento ao paciente portador do HIV/AIDS, no entanto, preconceitos, estigmas e crenças ainda fazem parte da vida do profissional.

De modo geral, Discacciati & Vilaça, 2001, Costa et al., 2009 e Garbin et al., 2009 observaram que o medo em relação ao atendimento dos pacientes portadores do HIV/AIDS ainda se faz presente entre os cirurgiões dentistas, sendo necessário que sejam orientados e educados a fim de que se formem profissionais de saúde conscientes de suas obrigações legais e éticas. Para que o acesso e o atendimento ao portador do HIV/Aids aos serviços de saúde melhorem, é muito importante que o relacionamento profissional-paciente seja humanizado, demonstrando sinceridade e confiança. Para isso, os profissionais envolvidos devem ter em mente que a promoção de saúde é o alvo, sendo-lhe vedado discriminar o ser humano em qualquer contexto.

5 CONCLUSÃO

De acordo com o período de revisão estudada pode-se concluir que as principais manifestações clínicas bucais encontradas em pacientes com HIV/AIDS são a candidose oral, queilite angular e leucoplasia pilosa oral e que, além disso, os aspectos humanitários a serem considerados pelo cirurgião-dentista são a ética e respeito, sendo-lhes vedada qualquer forma de discriminação.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa EMC, De Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. *Revista Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS*. 2005;20(49):281-9
2. 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.
3. Aškinytė D, Matulionytė R, Rimkevičius A. Oral manifestations of HIV disease: A review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2015;17:21-8.
4. Coogan MM, Greenspan, J, Challacombe, SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):700-6.
5. 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.
6. Discacciati JAC, Vilaça EL. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2001;9(4):234-9
7. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Rev odontol univ São Paulo*. [Online] 1999;13:75-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-06631999000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=en [Acessado em 15 outubro 2018].
8. Dos Cavassani VGS, De Andrade Sobrinho J, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Ver Brás Otorrinolaringol*. 2002;68(5):630-4.
9. Sposto MR, Dos Santos SG, Domaneschi C, Navarro CM, Onofre MA. Avaliação do conhecimento sobre a infecção pelo HIV de estudantes de odontologia anterior e posterior palestra informativa. *J Appl Oral Sci*. 2003;11(2):125-132.
10. 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

11. Senna MIB, Guimarães MDC, Pordeus IA. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:217-225.
12. Ribeiro VN, De Melo AUC, Freire LN. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju-SE em relação aos pacientes com HIV/AIDS. *Cadernos saúde coletiva*. 2006;14(4):561-74.
13. Sharma G, Pai KM, Suhas S, Ramapuram JT, Doshi D, Anup N. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. *Oral Diseases*. [Online]2006;12(6):537-42. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-0825.2006.01232.x> [Acessado em 15 outubro 2018]
14. Pagani PR, Alves MU, Haas NAT. Adequação do meio bucal através de tratamento restaurador atraumático modificado em pacientes pediátricos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (SIDA). *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2007;7:21-7.
15. Guerra LM, Pereira AC, Hebling E, Meneghim MC. Manifestações bucais da AIDS em crianças: implicações clínicas para o cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2007;19:77-83.
16. Machado FC, De Souza IPR, Tura LFR, Castro GF. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1851-7.
17. Pires MBO, Martelli Júnior H, De Melo Filho MR, Cordeiro RS, Maia RC. Dificuldades percebidas por pacientes vivendo com HIV/AIDS em obter tratamento odontológico. *Arquivos em odontologia*. 2008;44(3):26-30.
18. Costa SM, Dias OV, Canela JR, Drumond JGF, Santa-Rosa TTA. Visão de discentes sobre atendimento a pacientes HIV / AIDS. *Arquivos em odontologia*. 2009;45:10-15.
19. 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.
20. Freeman AD, Liberali SA, Coates EA, Logan RM. Oral health in Australian HIV patients since the advent of combination antiretroviral therapy. *Australian Dental Journal*. 2012;57(4):470-6.
21. Petruzzi MNMR, Cherubini K, Salum FG, De Figueiredo MAZ. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:52-9.

Referências _____

22. Rossi-Barbosa LAR, Ferreira RC, Sampaio CA, Guimarães PN. “Ele é igual aos outros pacientes”: percepções dos acadêmicos de Odontologia na clínica de HIV/Aids. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(50):585-596.
23. Hirata CHW. Oral manifestations in AIDS. *Braz j otorhinolaryngol*. 2015;81(2): 120-3
24. Araújo JF, De Oliveira AEF, De Carvalho HLCC, Roma FRVO, Lopes FF. Most common oral manifestations in pediatric patients HIV positive and the effect of highly active antiretroviral therapy. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23:115-122.

Autorizo 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.

Maria Caroline de Araújo Claro;

Mariana de Paula Reani Rodrigues.

Taubaté, novembro de 2018.