

PREVALÊNCIA DE LESÕES BUCAIS EM PACIENTES HIV-POSITIVOS DE UM PEQUENO MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREVALENCE OF ORAL LESIONS IN HIV-POSITIVE PATIENTS IN A
SMALL COUNTY OF RIO DE JANEIRO STATE

Fernando Cláudio Machado Vaz
Mestre em HIV/AIDS/UNIRIO.

Alexandre de Freitas Caetano Guimarães
Graduando em Odontologia pela FO/UERJ.

Luciene Dantas David
Graduada em Odontologia/UFF.
Especialista em Estomatologia São Leopoldo Mandic/Rio de Janeiro.

Walter de Araujo Eyer-Silva
Doutor em Medicina pela Fundação Oswaldo Cruz.
Professor do Programa de Pós Graduação de HIV/AIDS e Hepatites Virais/UNIRIO.

Mônica Simões Israel
Doutora em Patologia/UFF. Professora Adjunta de Estomatologia FO/UERJ.
Professora do Programa de Pós Graduação de HIV/AIDS e Hepatites Virais/UNIRIO.

RESUMO

A infecção pelo HIV (Vírus da imunodeficiência humana) constitui um problema de saúde coletiva de abrangência mundial. A síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), apesar dos esforços da comunidade médica afeta milhões de indivíduos em todo mundo, sendo ainda fatal. As manifestações periodontais: gengivite, periodontite, gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) e periodontite ulcerativa necrosante aguda (PUNA) e infecções pelo herpes simples, zoster, candidíase, leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi e outras neoplasias têm se mostrado como sinais de comprometimento do sistema imunológico do indivíduo, e seu impacto nos pacientes HIV-positivos. Essas manifestações podem representar as principais expressões clínicas da infecção pelo HIV. Porém as pessoas que vivem com HIV são continuamente desafiadas por doenças associadas a um sistema imune comprometido, incluindo infecções oportunistas. O objetivo desse trabalho foi estudar a prevalência de lesões bucais em pacientes HIV-positivos de um pequeno município do interior do Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-Chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Lesões Orais.

ABSTRACT

HIV infection (Human immunodeficiency virus) is a worldwide collective health problem. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), despite the efforts of the medical community, affects millions of individuals around the world and is still fatal. Periodontal manifestations: gingivitis, periodontitis, acute necrotizing ulcerative gingivitis (GUNA) and acute necrotizing ulcerative periodontitis (PUNA) and herpes simplex infections, zoster, candidiasis, hairy leukoplakia, Kaposi's sarcoma and other neoplasms have been shown to be signs of immune system, and its impact on HIV-positive patients. These manifestations may represent the main clinical expressions of HIV infection. However, people living with HIV are continually challenged by diseases associated with a compromised immune system, including opportunistic infections. The aim of this study was to verify the prevalence of oral lesions in HIV-positive patients in a small county of Rio de Janeiro State.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Oral lesions.

INTRODUÇÃO

O HIV e sua caracterização viral

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi identificada primeiramente, em 1981, nos Estados Unidos, em um grupo de homossexuais masculinos que apresentavam sintomas de pneumonia causada por um fungo oportunista raro (*Pneumocystis jirovecii*) conhecido por infectar pacientes imunocomprometidos (GOTTLIEB et al, 1981). Em 1983, o vírus suspeito de causar a infecção foi identificado independentemente por dois grupos de pesquisa, Gallo defendia que se tratava de um novo isolado do vírus T-linfotrópico humano enquanto o grupo de Montaigner associou o vírus a linfadenopatia (BARRE-SINOUSI et al, 1983; GALLO et al, 1983). Somente em 1986, o International Committee on the Taxonomy Viruses, modificou a nomenclatura para vírus da imunodeficiência adquirida (CAVALLO, CAVALLO, 1986).

No Brasil, o primeiro caso de Aids notificado retrospectivamente, ocorreu na cidade de São Paulo, em 1980 (GONCALVES, DE SA, RUBINI, 1996). Em 1987, o vírus foi isolado pela primeira vez na América Latina, por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, a partir da amostra biológica de um paciente infectado por transfusão sanguínea (GALVÃO-CASTRO et al, 1987).

O vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) pertence ao gênero Lentivírus da família Retroviridae e é o agente etiológico da Aids, caracterizada por uma profunda imunossupressão associada a infecções oportunistas, tumores malignos e manifestações neurológicas (MOIR, CHUN, FAUCI, 2011).

A maioria dos casos da epidemia global de Aids é causada pelo retrovírus humano tipo 1 (HIV-1). No entanto, o HIV-2, o outro retrovírus associado a aids, é epidêmico e endêmico em alguns países da África Ocidental, como Guiné Bissau, Gâmbia, Costa do Marfim e Senegal, entre outros. Pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz identificaram a presença do vírus no Brasil, em situações de coinfeção com o HIV-1. O HIV-2 foi identificado pela primeira vez em 1985, em pacientes do Senegal, e, logo após, casos foram detectados também em Cabo Verde. Hoje, sabe-se que HIV-1 e HIV-2 constituem vírus distintos, com diferenças significativas entre seus genomas e biologia. Em relação ao HIV-1, a infecção pelo tipo 2 difere por ter uma evolução mais lenta para os quadros clínicos relacionados. Também há evidências de que a transmissão vertical (mãe-filho) e sexual não seja tão eficiente quando comparada ao HIV-1 (RAQUEL, 2010).

As lesões bucais

As manifestações periodontais (gingivite, periodontite, gingivite ulcerative necrosante [GUNA] e periodontite ulcerative necrosante [PUNA]), infecções pelo vírus herpes simples, pelo herpes zoster, candidíase, leucoplasia pilosa oral (LPO), sarcoma de Kaposi e outras neoplasias têm se mostrado como sinais de comprometimento do sistema imunológico do paciente HIV-positivo. Essas manifestações podem representar importantes expressões clínicas da infecção pelo HIV (UNAIDS, 2013).

Também tem sido sugerido que a deficiência dos mecanismos de defesa sistêmicos, por queda da contagem de células T CD4, deficiência da imunidade local, através da redução dos níveis de IgA, defensinas, ou citocinas mediadas por células epiteliais salivares, podem levar a um aumento da patogenicidade de organismos comensais como a *Candida albicans*, provocando um desequilíbrio na composição microbiana oral do hospedeiro e, portanto, aumento do risco de infecções oportunistas (KLEIN, PALMER, 1937, IZOTON CFG, ISRAEL MS, 2020).

Para a lesão ser classificada como associada ao HIV, necessita apresentar um curso clínico e epidemiológico diferente e/ou uma aparência característica (ISRAEL, M. S. et al, 2002a, 2002b, 2003, 2005). Além disso, lesões periodontais agressivas podem ser a primeira expressão clínica de infecção pelo HIV. Essas infecções geralmente apresentam um curso mais grave nos tecidos periodontais quando comparadas a infecções que acometem indivíduos imunocompetentes (ABERG, POWDERLY, 2010; PETERSEN 2003). Existe uma grande variedade de lesões bucais relacionadas ao HIV. As encontradas mais comumente são a candidose oral, a LPO, as úlceras aftosas, o sarcoma de Kaposi e as doenças periodontais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As principais condições periodontais associadas com a aids, segundo Kinane, são o eritema gengival linear, a GUN, a periodontite localizada severa, a estomatite necrosante severa afetando gengiva e osso (KINANE 1999). Outro

aspecto que pode interferir na prevalência e severidade da doença periodontal é a utilização de antirretrovirais no tratamento dos pacientes HIV-positivos. Pacientes HIV-positivos em tratamento antirretroviral podem apresentar uma diminuição significativa da prevalência de manifestações bucais do HIV, incluindo doença periodontal, principalmente na forma ulcerativa e necrosante (REICHART, GELDERBLOM, BECKER, 1997).

Sendo assim, o objetivo do desenvolvimento desse trabalho foi estudar a prevalência de lesões bucais em pacientes HIV-positivos de um pequeno município do interior do Estado do Rio de Janeiro, chamado Miracema.

METODOLOGIA

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle com o parecer número 2.929.218. O estudo foi observacional e seguiu um desenho transversal. Foi realizado no Ambulatório do Programa Municipal de HIV/aids de Miracema (RJ), Posto de Saúde Dr. Irineu Sodré, Av. Nilo Peçanha, 59, Centro, Miracema, estado do Rio de Janeiro.

Todos os pacientes adultos que compareceram para suas consultas médicas regulares foram convidados a participar do estudo. Os objetivos do projeto foram explicados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos mesmos (Anexo 1). Os critérios de inclusão foram: pacientes com 18 anos completos ou mais, com diagnóstico de infecção pelo HIV e em acompanhamento pelo Programa Municipal de HIV/aids de Miracema (RJ) que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. A amostra foi de conveniência. Foi incluído o maior número possível de pacientes que procuraram o serviço no período do estudo.

Um cirurgião-dentista da equipe de estudo fez todas as avaliações a fim de identificar os tipos de lesões bucais, presença e grau de doença periodontal, presença de doença cárie com kit clínico contendo espelho bucal, sonda exploradora e sonda periodontal (milimetrada) em ambiente seco e bem iluminado. Antes das avaliações, foi realizada profilaxia com pedra-pomes e taça de borracha montada em caneta de baixa rotação juntamente com instrução de higiene oral.

A inspeção foi realizada a fim de diagnosticar lesões orais associadas à infecção pelo HIV. Em ambiente já limpo, seco e bem iluminado o exame intrabucal foi realizado a fim de diagnosticar as lesões de cárie. O índice utilizado foi o proposto por Klein e Palmer (1937): cariados, perdidos, obturados – dentes (CPO-D). O diagnóstico de doença periodontal foi realizado através de índice de sangramento e profundidade de sondagem. O diagnóstico da infecção pelo HIV foi feito através do protocolo proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2016), pelos profissionais do posto e encaminhados para a equipe dessa pesquisa. O estágio clínico da infecção pelo HIV foi definido de acordo com o critério proposto pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1992). Pacientes que em algum momento de sua evolução clínica estiveram no estágio clínico A3, B3 ou C recebiam o diagnóstico de aids. O alcoolismo foi definido como o uso regular de bebidas alcóolicas em quantidade suficiente para trazer problemas de ordem social, interpessoal, familiar e/ou orgânica. O tabagismo foi definido como a dependência psicológica do consumo de tabaco.

Pacientes com diagnóstico de cárie e de periodontite foram comparados com aqueles sem tal diagnóstico. As diferenças entre as variáveis categóricas e as variáveis contínuas foram comparadas através da aplicação do teste exato de Fisher e do teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, respectivamente, sendo a hipótese nula de que ambos os grupos eram oriundos da mesma população ou de populações idênticas. O erro tipo I foi pré-especificado como sendo $<0,05$. Além das análises univariadas, análises logísticas multivariadas também foram conduzidas para tentar identificar variáveis independentemente associadas ao diagnóstico de cárie e de periodontite (variáveis resposta). O sexo, a idade no momento do estudo, a contagem de células CD4 quando do diagnóstico, o diagnóstico de aids pela definição do CDC (CDC, 1992), a etnia, o estado civil, a escolaridade, a naturalidade e o município de residência foram utilizados como variáveis explanatórias. Todas as análises estatísticas foram feitas utilizando o software R, versão 3.5.0 (IHAKA, GENTLEMAN, 1996).

RESULTADOS

Características demográficas, epidemiológicas e clínicas da casuística

Um total de 42 pacientes foi incluído no estudo. Vinte e seis pacientes (61,9%) eram do sexo masculino e dezesseis (38,1%) eram do sexo feminino. A Tabela 1 resume os dados demográficos, epidemiológicos e clínicos da casuística. A média de idade da casuística como um todo foi de $44,1 \pm 13,4$ anos. Entre os pacientes do sexo masculino, a média de idade foi de $46,2 \pm 13,3$ anos, ao passo que entre as mulheres foi de $40,7 \pm 13,3$ anos. Pouco mais da metade dos pacientes era de fenótipo claro de pele (23; 54,7%) e eram solteiros (25; 59,5%). Quase que a totalidade dos pacientes nasceu no próprio município de Miracema (30; 71,4%) ou em algum dos municípios que lhe fazem divisa (nove; 21,4%). Apenas cinco pacientes (11,9%) não eram residentes no município. Pouco mais de um quarto da casuística completou o ensino médio. A maior parte dos pacientes atribuía a aquisição da infecção pelo HIV ao contato heterossexual desprotegido (29; 69%). Quase a metade da casuística (20; 47,6%) apresentou um diagnóstico de aids quando da primeira consulta no programa municipal. A média da contagem de células CD4 quando da primeira apresentação clínica era de 470 ± 345 células por mm³. Quando da execução deste estudo transversal, o tempo médio de acompanhamento no programa municipal de aids era de $8 \pm 6,3$ anos. Todos os pacientes estavam em uso de terapia antirretroviral de alta atividade.

Achados do exame da cavidade oral

Ao exame clínico da cavidade oral, um único paciente apresentava manifestação infecciosa: herpes labial. Nenhuma outra manifestação infecciosa ou neoplásica foi registrada quando da execução do estudo.

A Tabela 2 resume os achados referentes à saúde oral e odontológica da casuística. Com relação ao exame periodontal, nove pacientes (21,3%) não apresentavam qualquer anormalidade, 16 (38,1%) apresentavam uma inflamação leve, outros 16 (38,1%) apresentavam inflamação moderada e um paciente (2,4%) apresentou inflamação severa. Quanto ao exame de índice de placa bacteriana, 35 pacientes (83,3%) apresentaram presença de placa, ao passo que sete (16,6%) apresentavam sua ausência. Ao exame de profundidade de sondagem, nove pacientes (21,3%) apresentavam profundidade normal, seis (14,3%) pacientes tinham perda de inserção clínica, outros 27 (64,3%) tinham sangramento periodontal, enquanto que nenhum apresentou lesão de furca.

As ausências dentárias foram um achado comum nesta casuística de Miracema. Um total de 34 (80,9%) pacientes apresentava ao menos uma ausência dentária, sendo que metade da casuística (21 pacientes) tinha quatro ou mais ausências. Dentre os 34 pacientes com uma ou mais ausências, 25 (73,5%) não dispunham de prótese. Nenhum dos nove pacientes com prótese a adquiriu pelo sistema público de saúde. Treze (30,9%) pacientes possuíam lesões de cárie e nove (21,4%) apresentam restos radiculares a serem extraídos. Um paciente (2,4%) tinha sinais de bruxismo.

Pacientes com diagnóstico de cárie foram comparados com aqueles sem tal diagnóstico. Nas análises univariadas (Tabela 3), nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada para as variáveis sexo, idade, contagem de células CD4 inicial, diagnóstico de aids, estado civil, naturalidade, residência, tempo de acompanhamento no Programa, antecedentes de alcoolismo, antecedentes de uso de cocaína inalada e antecedentes de tabagismo. Entretanto, registrou-se uma associação quanto à etnia, com tendência para uma maior frequência de cárie nas etnias não caucasianas (Tabela 3). Análises de regressão logística multivariada foram conduzidas para pesquisar a presença de variáveis independentemente associadas a um diagnóstico de cárie. Nestas análises, não logramos demonstrar uma associação do diagnóstico de cárie com qualquer variável, inclusive etnia (OR = 1.4; 95% CI = -0.47 a 3.2; p=0.72). De forma que, na presente casuística, o diagnóstico de cárie não se mostrou associado a quaisquer das variáveis estudadas. Semelhantes análises univariadas e de regressão logística foram conduzidas para pesquisar a presença de variáveis independentemente associadas a um diagnóstico de periodontite (seja leve, moderada ou avançada). O diagnóstico de periodontite também não se mostrou associado a qualquer das variáveis estudadas (Tabela 4).

TABELA 1: Dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e comportamentais de 42 pacientes adultos HIV-1-positivos acompanhados pelos Programas de HIV/aids do município de Miracema (RJ).

Variável	Total (N= 42)
sexo (n, %)	
feminino	16 (38,1%)
masculino	26 (61,9%)
idade (média ± DP)	44,1 ± 13,4
faixa de idade (anos)	18-74
≤20	4 (9,5%)
21-30	3 (7,1%)
31-40	6 (14,3%)
41-50	17 (40,5%)
51-60	7 (16,3%)
>60	5 (11,9%)
estado civil (n, %)	
solteiro	25 (59,5%)
casado/divorciado/união consensual/viúvo	17 (40,4%)
etnia (n, %) (auto declarados)	
branco	23 (54,7%)
pardo/negro	19 (45,2%)
local de nascimento (n, %)	
Miracema	30 (71,4%)
município vizinho	9 (21,4%)
outro município	3 (7,1%)
local de residência (n, %)	
Miracema	37 (88%)
Outro	5 (11,9%)
escolaridade (n, %)	
Nenhuma	2 (4,7%)
< 8yr	24 (57,1%)
≥ 8yr	12 (28,6%)
superior incompleto ou completo	4 (9,5%)
categoria de exposição (n, %)	
heterossexual	29 (69%)
homo/bissexual	12 (28,5%)
uso de drogas intravenosas	1 (2,4%)
estágio clínico definidor de aids (n, %)	
não	22 (52,3%)
sim	20 (47,6%)
CD4 (por mm³) na apresentação (média ± DP)	470 ± 345
tempo (em anos) de diagnóstico de infecção HIV (média ± DP)	8 ± 6,3
antecedentes de tabagismo (n, %)	
sim	8 (19%)
não	34 (80,9%)
antecedentes de uso de droga inalada (n, %)	
sim	14 (33,3%)
não	28 (66,6%)
antecedentes de alcoolismo (n, %)	
sim	16 (38,1%)
não	26 (61,9%)

Tabela 2: Dados odontológicos e de saúde oral de 42 pacientes adultos HIV-1-positivos acompanhados pelos Programas de HIV/aids do município de Miracema (RJ).

Programas de HIV/aids do município de Miracema (RJ).

Variável	N (%)
Exame periodontal	
Gengiva saudável	9 (21,3%)
Inflamação leve	16 (38,1%)
Inflamação moderada	16 (38,1%)
Inflamação avançada	1 (2,4%)
Placa bacteriana	
Presença de placa bacteriana	35 (83,3%)
Profundidade de sondagem	
Normal	9 (21,3%)
Perda de inserção clínica	6 (14,3%)
Sangramento periodontal	27 (64,3%)
Lesão de furca	-
Lesões de cárie	
Nenhum	29 (69%)
Uma única lesão	3 (7,1%)
De duas a quatro lesões	2 (4,7%)
Mais de quatro lesões	8 (19%)
Restos radiculares	
Nenhum	34 (80,9%)
Um único	1 (2,4%)
De dois a quatro	4 (9,5%)
Mais de quatro	3 (7,1%)
Prótese	
Presença de prótese	9 (21,3%)
Ausência de elementos dentários	
Nenhuma ausência	8 (19%)
Uma única ausência	5 (11,9%)
De duas a quatro ausências	8 (19%)
Mais de quatro ausências	21 (50%)
Bruxismo	
Sinais de bruxismo	1 (2,4%)
Lesão em tecido mole	
Sinais de lesão em tecido mole	4 (9,5%)

Tabela 3: Análises univariadas das variáveis explanatórias demográficas, clínicas e laboratoriais de 42 pacientes adultos com infecção pelo HIV acompanhados pelo Programa de aids de Miracema, com e sem o diagnóstico de cárie.

	Pacientes com diagnóstico de cárie (n=13)	Pacientes sem o diagnóstico de cárie (n=29)	P valor
Sexo feminino: <i>n</i> (%)	6 (46,2%)	10 (34,4%)	0,5097
Idade no momento do estudo (anos): média ± DP	40,4 ± 11,1	45,8 ± 14,3	0,32
Contagem de CD4/mm ³ inicial: média ± DP	571,07 ± 381	425,5 ± 325	0,178
Diagnóstico de aids (CDC,1992): <i>n</i> (%)	5 (38,5%)	15 (51,7%)	0,5143
Etnia caucasiana: <i>n</i> (%)	6 (46,2%)	17 (58,6%)	0,0259
Estado civil solteiro: <i>n</i> (%)	9 (69,2%)	16 (55,2%)	0,5046
Naturalidade em Miracema (RJ): <i>n</i> (%)	9 (69,2%)	21 (72,4%)	1
Residência em Miracema (RJ): <i>n</i> (%)	13 (100%)	24 (82,7%)	0,302
Tempo de acompanhamento (anos): média ± DP	8,7 ± 6,9	7,7 ± 6,1	0,9239
Antecedentes de alcoolismo: <i>n</i> (%)	2 (15,4%)	14 (48,2%)	0,08355
Antecedentes de uso de cocaína inalada: <i>n</i> (%)	3 (23,1%)	11 (37,9%)	0,4852
Antecedentes de tabagismo: <i>n</i> (%)	1 (7,7%)	7 (24,1%)	0,3983

Tabela 4: Análises univariadas das variáveis explanatórias demográficas, clínicas e laboratoriais de 42 pacientes adultos com infecção pelo HIV acompanhados pelo Programa de aids de Miracema, com e sem o diagnóstico de periodontite.

	Pacientes sem periodontite (n=9)	Pacientes com periodontite (n=33)	P valor
Sexo feminino: <i>n</i> (%)	4 (44,4%)	12 (36,4%)	0,7109
Idade no momento do estudo (anos): média ± DP	45,3 ± 15	43,8 ± 13,2	0,7823
Contagem de CD4/mm ³ inicial: média ± DP	531,5 ± 314,9	453,9 ± 356,1	0,4254
Diagnóstico de aids (CDC,1992): <i>n</i> (%)	2 (22,2%)	18 (54,5%)	0,1349
Etnia caucasiana: <i>n</i> (%)	5 (55,5%)	19 (57,6%)	0,7279
Estado civil solteiro: <i>n</i> (%)	5 (55,5%)	20 (60,6%)	1
Naturalidade em Miracema (RJ): <i>n</i> (%)	8 (88,8%)	22 (66,6%)	0,2475
Residência em Miracema (RJ): <i>n</i> (%)	9 (100%)	28 (84,8%)	0,5671
Tempo de acompanhamento (anos): média ± DP	7,5 ± 5,8	8,2 ± 6,9	0,8657
Antecedentes de alcoolismo: <i>n</i> (%)	5 (55,5%)	11 (33,3%)	0,2653
Antecedentes de uso de cocaína inalada: <i>n</i> (%)	4 (44,4%)	10 (30,3%)	0,4508
Antecedentes de tabagismo: <i>n</i> (%)	2 (22,2%)	6 (18,2%)	1

DISCUSSÃO

O presente estudo traz um panorama da saúde oral e odontológica dos pacientes HIV-positivos em acompanhamento no pequeno município de Miracema, no noroeste fluminense. Tivemos a oportunidade de avaliar pacientes adultos, de 18 a 74 anos, e de ambos os sexos. A casuística também se mostrou bem heterogênea quanto à escolaridade, ao estado civil, à etnia, à categoria de exposição ao HIV e ao estágio clínico definidor de aids quando da primeira apresentação no programa. Uma maior homogeneidade foi registrada quanto ao local de nascimento e ao de moradia, visto que a ampla maioria dos pacientes nasceu e era residente do município de Miracema, ou de municípios que lhe fazem divisa.

Com os dados encontrados após a análise das fichas, avaliação dos pacientes e análise estatística pode-se perceber que 35 (83%) pacientes apresentaram algum tipo de inflamação gengival clinicamente visível e 37 (84%) apresentaram presença de placa bacteriana no exame clínico, deixando clara uma pobre higiene oral na casuística.

À exceção de um caso de lesão herpética, não encontramos na presente casuística sinais de distúrbios infecciosos ou neoplásicos comumente associados à infecção pelo HIV. Podemos inferir que, estando os pacientes da casuística regularmente acompanhados e em uso de terapia anti-HIV específica, a recuperação ou manutenção de um bom status imunológico diminui a probabilidade de emergência de lesões associadas à imunodeficiência do HIV e da aids.

Poucos estudos estão disponíveis sobre a saúde oral de pacientes HIV-positivos no Brasil. SILVA et al, (2015), estudaram 97 pacientes acompanhados em Ribeirão Preto (SP) e concluíram que as especialidades odontológicas mais requisitadas eram a periodontia, seguida da cirurgia e da restauração. Não registraram quaisquer intercorrências durante os procedimentos odontológicos. SOUZA et al, (2017), conduziram um estudo transversal que envolveu 312 pacientes em Feira de Santana (BA) e diagnosticaram cáries em 78,7% dos pacientes, periodontite em 25,4% e lesões intraorais em 36,2% dos casos. Em Recife, PINHEIRO et al, (2004), estudaram 161 pacientes HIV-positivos e documentaram uma grande necessidade de tratamento odontológico (frequência de 80,1% de cáries e de 84,5% de ausência de elementos dentários) indo de encontro ao resultado desse trabalho que encontrou maior prevalência de problemas periodontais e menos lesões de cárie.

Nos estudos de PINHEIRO et al, (2009) e PONNAM, SRIVASTAVA, THERURU, (2012), a introdução da terapia antirretroviral no tratamento de pacientes infectados pelo HIV trouxe melhorias na qualidade de vida relacionada à saúde oral desses pacientes, diminuindo a frequência de manifestações orais decorrentes da doença. Posteriormente, surgiu a terapia de combinação, conhecida como terapia antirretroviral altamente ativa, que teve resultados mais eficazes, alterando a prevalência de algumas lesões orais decorrentes do HIV, além de reduzir as infecções oportunistas, morbidade e mortalidade em decorrência da melhora na função imune, acredita-se que nesse estudo não foi possível associar lesões bucais e problemas odontológicos à infecção pelo HIV provavelmente pelo fato dos pacientes estarem em tratamento contínuo e acompanhado por especialistas, ratificando o achado dos estudos acima.

Melhores esforços devem ser feitos para monitorar esses indivíduos em relação à sua saúde bucal. Nossos resultados podem ser uma ferramenta útil para agências governamentais, serviços de DST / HIV / aids e profissionais de saúde ao planejar estratégias de promoção da saúde bucal entre indivíduos com HIV / aids (SOUZA et al, 2017). Sendo assim, a intervenção para melhoria na qualidade de vida da população deve ser feita para melhorar o serviço odontológico prestado no geral, e não somente aos pacientes HIV positivos. O programa de saúde da família e as diretrizes do SUS, se bem implantadas, são capazes de melhorar a qualidade de vida da população como um todo, obtendo resultados em todas as esferas de atendimento.

A Atenção Básica constitui "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde". É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008).

A efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político.

Os resultados da presente investigação poderão ser úteis no planejamento de estratégias de promoção da saúde oral em indivíduos HIV-positivos que residem em pequenas cidades do interior, relativamente afastadas dos grandes centros urbanos do país.

CONCLUSÕES

Nesta casuística de indivíduos HIV-positivos acompanhados em Miracema, registramos uma baixa frequência de lesões infecciosas e neoplásicas comumente associadas ao HIV, mas uma saúde dental pobre e uma grande necessidade de suporte odontológico. A baixa frequência de lesões orais não odontológicas está certamente relacionada ao fato de termos estudado uma casuística de pacientes em tratamento antirretroviral regular. Dessa maneira, foi possível sugerir que, embora sejam clinicamente acompanhados com regularidade, a saúde bucal da casuística está a merecer uma atenção especializada e se beneficiaria de um projeto de acompanhamento dotado de recursos apropriados e profissionais qualificados. A frequência de lesões odontológicas, periodontais, de placa bacteriana, cárie, restos radiculares, ausências dentárias, e lesões em tecidos moles mostrou-se alta, refletindo assim uma necessidade de melhorar o acesso a um sistema de atendimento odontológico. Parece razoável supor que pacientes HIV-positivos acompanhados em muitos outros pequenos municípios brasileiros também devam apresentar as mesmas necessidades de acesso a uma atenção odontológica. Neste estudo propomos ainda uma lista de itens necessários à implantação de uma estrutura de saúde bucal básica que possa servir de modelo a ser implantado para diagnóstico e tratamento de distúrbios bucais nos programas municipais de HIV/aids de pequenas cidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

Aberg J, Powderly W. HIV: primary and secondary prophylaxis for opportunistic infections. *BMJ Clin Evid.* 2010; 2010: 0908.

Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science.* 1983;220(4599):868-71.

Bello G, Eyer-Silva WA, Couto-Fernandez JC, Guimarães ML, Chequer-Fernandez SL, Teixeira SL, Morgado MG. Demographic history of HIV-1 subtypes B and F in Brazil. *Infect Genet Evol.* 2007 Mar;7(2):263-70. Epub 2006 Dec 5.

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

Brasil 2016. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Terceira edição, 2016

Cavallo G, Cavallo R. [Retroviruses: current classification system]. *G Bacteriol Virol Immunol.* 1986;79(7-12):288-94.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep* 1992;41:1-19.

Gallo RC, Sarin PS, Gelmann EP, Robert-Guroff M, Richardson E, Kalyanaraman VS, et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science.* 1983;220(4599):865-7.

Galvao-Castro B, Ivo-Dos-Santos J, Couto-Fernandez JC, Bongertz V, Chequer-Bou- Habib D, Sion FS, et al. Isolation and antigenic characterization of human immunodeficiency virus (HIV) in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 1987;82(4):453-6.

Gonçalves AP, De Sa CA, Rubini N. [HIV/AIDS infection. The Brazilian view. AIDS in Brazil]. *An R Acad Nac Med (Madr).* 1996;Spec No:145-56.

Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med.* 1981;305(24):1425-31.

Ihaka R, Gentleman R. R: A Language for Data Analysis and Graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics* 1996; 5:299-314.

Israel, M. S. et al. Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. *Rev Bras Odontol*, 59(5): 335-337, 2002a.

Israel, M. S. et al. Prevalência da leucoplasia pilosa em crianças soropositivas para o HIV. *Pesqui Odontol Bras*, 16(suplemento): 159, 2002b.

Israel, M. S. Prevalência da leucoplasia pilosa oral em 120 pacientes pediátricos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. 2003. 128 p. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucodental) – Universidade Federal Fluminense.

Israel, M. S. et al. Leucoplasia pilosa em uma criança com AIDS – relato de caso. *Rev Bras Odontol*, 62(4): 269-272, 2005.

Izoton CFG, Israel MS. Eficácia antimicrobiana da terapia fotodinâmica no tratamento da candidíase oral em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:509-512. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8598>.

Kinane DF. Periodontitis modified by systemic factors. *Ann Periodontol*. 1999;4:54-64.

Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull* 1937;239:1-53.

Moir S, Chun TW, Fauci AS. Pathogenic mechanisms of HIV disease. *Annu Rev Pathol*. 2011;6:223-48.

World Health Organization - WHO. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults (disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305417/>), 2014.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003;31 Suppl 1:3-24.

Pinheiro A, Marceles W, Zakrzewska JM, Robinson PG. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. *Int Dent J*. 2004 Jun;54(3):131-7. Pinheiro RS, França TT, Ribeiro CMB, Leão JC, Souza IPR, Castro GF. Oral manifestations in human immunodeficiency virus infected children in highly active antiretroviral therapy era. *J Oral Pathol Med* 2009; 38(8):613-622.

Pinheiro RS, França TT, Ribeiro CMB, Leão JC, Souza IPR, Castro GF. Oral manifestations in human immunodeficiency virus infected children in highly active antiretroviral therapy era. *J Oral Pathol Med* 2009; 38(8):613-622.

Ponnam SR, Srivastava G, Theruru K. Oral manifestations of human immunodeficiency virus in children: An institutional study at highly active antiretroviral therapy centre in India. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012; 16(2):195-202.)

Raquel Aguiar. OIC identifica casos de coinfeção por HIV-1 e HIV-2 no Brasil. Instituto Oswaldo Cruz Comunicação. Ago; 2010.

Reichart PA, Gelderblom HR, Becker J. AIDS and the oral cavity. The HIV-infection: virology, etiology origin, immunology, precautions and clinical observations in 110 patients, *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; (16): 129-53.

Silva DC, Lourenço AG, Ribeiro AE, Machado AA, Komesu MC, Motta AC. Oral health management of 97 patients living with HIV/AIDS in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Braz Oral Res*. 2015;29:1-6.

Souza AJ, Gomes-Filho IS, Silva CALD, Passos-Soares JS, Cruz SSD, Trindade SC, Figueiredo ACMG, Buischi YP, Seymour GJ, Cerqueira EMM. Factors associated with dental caries, periodontitis and intra-oral lesions in individuals with HIV / AIDS. *AIDS Care*. 2018 May;30(5):578-585.

UNAIDS – Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic (disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf), 2013