



**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO**

**ANDERSON ANDREL SILVA DOS SANTOS  
GLEIDSON JOSÉ NOBERTO DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ASSOCIADAS À INFECÇÃO DO HIV/AIDS**

*Uma revisão da literatura*

**RECIFE – PE  
2017**

**ANDERSON ANDREL SILVA DOS SANTOS  
GLEIDSON JOSÉ NOBERTO DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ASSOCIADAS À INFECÇÃO DO HIV/AIDS**

*Uma revisão da literatura*

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como pré-requisito para  
obtenção do título de bacharel em  
Odontologia pela Faculdade Integral de  
Pernambuco (FACIPE),

Orientador(a): **Profa. Dra. Katia Virginia  
Guerra Botelho.**

**RECIFE – PE  
2017**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**ANDERSON ANDREL SILVA DOS SANTOS  
GLEIDSON JOSÉ NOBERTO DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ASSOCIADAS À INFECÇÃO DO HIV/AIDS**  
*Uma revisão literária*

Monografia apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de bacharelado em odontologia pela Faculdade Integrada do Recife – FACIPE, tendo como orientadora a Profa. Dra. Katia Virginia Guerra Botelho.

---

**Profa. Dra. Katia Virginia Guerra Botelho. (Orientador)**

**RECIFE – PE  
2017**

**ANDERSON ANDREL SILVA DOS SANTOS  
GLEIDSON JOSÉ NOBERTO DE OLIVEIRA**

**PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ASSOCIADAS À INFECÇÃO DO HIV/AIDS**

*Uma revisão literária*

A Banca Examinadora, após receber a apresentação formal deste trabalho em \_\_\_\_  
/ \_\_\_\_ / 2017, e cumpridas todas as normas e regulamentos da Faculdade, resolve:

\_\_\_\_\_ este trabalho e recomenda a sua inclusão no  
acervo da Biblioteca da FACIPE.

Recife, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

**Profa. Dra. Kátia Virgínia Guerra Botelho**  
Orientadora  
Faculdade Integrada de Pernambuco

**Profa. Msa. Valéria Fernandes Maranhão**  
Faculdade Integrada de Pernambuco

**Prof. Dra. Luciana Santos Afonso de Melo**  
Faculdade Integrada de Pernambuco

“É um dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

**(Art. 227, da Constituição Brasileira de 1988)**

## **AGRADECIMENTO**

### A Deus

Quero agradecer, pela dádiva da vida, por ter nos ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis e por ter iluminado o nosso caminho durante esta jornada. Seu fôlego de vida em nós foi sustento e nos capacitou para alcançar nossos objetivos.

### Aos Familiares

Agradecemos aos nossos pais pela confiança e amor depositado em todos os momentos.

### À Orientadora

Pela orientação, dedicação, paciência, carinho e, principalmente pelo cuidado maternal que sempre foi demonstrado durante todo o processo.

### Aos amigos

Agradeço muito a todos vocês, meus amigos, por estarem em nosso lado em todos os momentos, apoiando-nos e torcendo por nossa conquista.

### Ao corpo docente e a Faculdade

A esta Instituição, seu corpo docente, direção, coordenação e administração, que oportunizaram um horizonte superior. Pela amizade, convívio, mérito e ética aqui presente.

## RESUMO

A soropositividade (HIV) e o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) – na criança pode promover sérios danos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura que descreva as manifestações bucais encontradas em crianças infectadas pelo HIV, e a contribuição dos cirurgiões-dentistas para que um tratamento precoce seja realizado e instituído. Pelo método de revisão integrativa da literatura científica, com apoio de diversos artigos publicados entre 2000 a 2017, considerando ainda a análise de conteúdos temáticos da década de 90 que fundamentaram relevante a pesquisa. O presente estudo mostra que garantir acesso aos serviços odontológicos, oferecendo programas de educação e prevenção de doenças bucais é fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida de indivíduos HIV positivos ou com AIDS. Outro aspecto a ser considerado em relação ao profissional está relacionado com o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a doença e suas manifestações orais. Concluindo que o papel do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar e em ações integradas com a equipe de saúde são importantes tanto no tratamento e reabilitação dos pacientes dos pacientes HIV/AIDS como na prevenção e promoção de saúde.

**Palavras-chave:** Manifestações Bucais. Cirurgião-Dentista. AIDS/HIV. Crianças.

## **ABSTRACT**

The seropositivity (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-the child can promote serious damage. Therefore, the aim of this study is to conduct a review of the literature that describes the oral manifestations found in HIV-infected children, and the contribution from dentists for that early treatment is carried out and established. Through the method of integrative review of scientific literature with support of several articles published between 2000 to 2017, whereas the thematic content analysis of the 90 cited relevant to research. The present study shows that ensure access to dental services, offering education programs and prevention of oral diseases is essential to ensure a better quality of life of HIV-positive individuals or with AIDS. Another aspect to be considered in relation to the Professional is related to the knowledge of the dental surgeon about the disease and oral manifestations. Concluding that the role of the surgeon-dentist in multidisciplinary and integrated actions with the health team are important both for the treatment and rehabilitation of patients of the HIV/AIDS prevention and health promotion.

**Keywords:** Oral Manifestations. Dental Surgeon. AIDS/HIV. Kids.



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Classificação do HIV Pediátrica segundo o CDC (1994) .....	18
<b>Quadro 2</b> – Categorias imunológicas baseadas nas contagens específicas de CD4 (total e percentual), por idade .....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CDC</b>	<i>Centers for Disease Control – USA</i>
<b>CD4</b>	Cluster of Differentiation ou Grupamento de diferenciação 4
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e Adolescente
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HSV</b>	Vírus Herpes Simplex
<b>LIP</b>	Pneumonia Intersticial Linfoide
<b>MCO</b>	Manual de Conduta Odontológica
<b>SIDA/AIDS</b>	Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Gengivite herpética

**Figura 2** - Leucoplasia pilosa

**Figura 3** - Leucoplasia pilosa

**Figura 4** - Candidíase pseudo membranosa crônica

**Figura 5** - Eritema linear gengival

**Figura 6** - Sarcoma de kaposi no palato mole e úvula

**Figura 7** - Grande ulcera atípica na mucosa oral

**Figura 8** - Cáries dentarias múltiplas

**Figura 9** - Língua pilosa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA .....</b>	<b>15</b>
3.1	HIV/AIDS – situação atual e tendências .....	15
3.2	Crianças soropositivas .....	16
3.3	Algumas considerações sobre manifestações bucais .....	22
3.4	Manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV/AIDS .....	23
3.5	HIV/AIDS e a prática odontológica .....	25
3.6	Atendimento odontológico no paciente pediátrico soropositivo .....	27
3.7	Controle de infecção na prática odontológica .....	28
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças da cavidade bucal são as que se manifestam na mucosa e nos tecidos gengivais, por alterações na própria da boca ou como uma manifestação secundária de alguma doença. E dessa forma, podem ser consideradas e analisadas em grupos de acordo com sua etiologia (WALTER *et al.*, 1996).

Contudo, a cavidade bucal na infância pode apresentar diversos fenômenos fisiológicos, ou de alteração de desenvolvimento, ou patogenias, sendo assim esta cavidade torna-se um órgão investido de enorme complexidade (VALENTIM, 1998).

Quando a cavidade bucal da criança se encontra comprometida, pode ocorrer um grande desconforto, sendo essencial o conhecimento dos fatores que podem gerar as patologias bucais, para buscar um melhor prognóstico e tratamento, ou mesmo prevenir a instalação da doença.

Haddad *et al.* (2009), salientaram que o cirurgião-dentista deve conhecer o normal e diferenciá-lo do patológico, pois muitas vezes é o primeiro profissional a examinar algumas manifestações na cavidade bucal do paciente infantil, devendo realizar o diagnóstico precoce e o encaminhamento deste paciente para um profissional adequado.

Assim como muitos outros eventos, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida, doença mais conhecida pelo nome de AIDS, vieram reforçar a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista e sua equipe na prevenção e tratamento de doenças, bem como na promoção e manutenção da saúde bucal dos indivíduos portadores do HIV/AIDS (BRASIL, 2000).

Hoje a epidemia afeta todos os continentes e parece ter atingido sua estabilidade demográfica. Apresenta-se em todos os grupos populacionais sem restrição de sexo, idade, raça, ou nível econômico. A pressão exercida pelas mudanças das características demográficas da epidemia sobre as manifestações bucais oportunistas do HIV não foi levada, inicialmente, em consideração.

Sobretudo, o desconhecimento inicial da doença e dos seus aspectos clínicos acabou por causar sérias limitações e deficiências no tratamento desses pacientes. A grande maioria dos cirurgiões-dentistas não estavam, suficientemente preparados para entender, interpretar e incorporar a questão dentro de um plano de tratamento odontológico de rotina. Entretanto, a experiência tem demonstrado que o tratamento

odontológico das manifestações bucais da imunodepressão causada pelo HIV seguirá a evolução do conhecimento. No início, os padrões de incidência e prevalência eram avaliados em pacientes diagnosticados tardiamente, e na ausência de tratamentos antirretrovirais, faleciam em pouco tempo. Nesse ínterim, puderam ser evidenciadas diferenças regionais nos tipos e quantidades dessas doenças oportunistas, bem como padrões de prevalência diferentes de acordo com o sexo, faixa etária e a forma de exposição ao HIV apresentados pelos pacientes.

Foi com esta expectativa que este trabalho procurou demonstrar um enfoque atual da infecção do HIV/AIDS, apontando estudos relacionados com aspectos orais e a forma como devem ser abordados pacientes pediátricos e seus responsáveis, a fim de conceder a estes uma melhor qualidade de vida. Considerando como inquietação norteadora desta averiguação científica: no que diz respeito à progressão e prognóstico da doença, a importância do cirurgião-dentista, como parte da equipe, no tratamento do HIV em pacientes pediátricos. Tendo por objetivo realizar uma revisão de literatura que descreva as manifestações bucais encontradas em crianças infectadas pelo HIV, e a contribuição dos cirurgiões-dentistas para que um tratamento precoce seja realizado e instituído; identificando quais são as principais manifestações orais desenvolvidas em pacientes pediátricos portador do HIV; destacar a importância prematura do diagnóstico; entender a organização da assistência odontológica ao portador de HIV/AIDS; apresentar a importância do cirurgião dentista, em especial do odontopediatra, no diagnóstico e tratamento das patologias que acometem esses pacientes; e, enfatizar a importância do controle da infecção na prática odontológica.

## **2 METODOLOGIA**

Assim, foi realizada uma revisão da literatura científica, a partir da compilação de trabalhos publicados em revistas científicas entre 2000 a 2017, não deixando de considerar importantes estudos realizados na década de 90 que constituíram, um difícil momento da incidência da doença no Brasil, utilizando-se, portanto, de uma busca por termos livres, sem o uso de descritores controlados. Com essa estratégia, houve uma recuperação de um número maior de referências, garantindo a detecção da maioria dos trabalhos publicados dentro dos critérios pré-estabelecidos.

Foram incluídos os trabalhos que tinham como descritores manifestações bucais em pacientes pediátricos portadores do HIV/AIDS, pacientes portadores do HIV/AIDS. Foram excluídos os trabalhos relacionados ao tema estudado que não se encontravam dentro período proposto por essa pesquisa.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 HIV/AIDS – situação atual e tendências**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cuja transmissão ocorre, predominantemente através de contatos sexuais e/ou do sangue. Caracteriza-se por déficit primário na imunidade celular e o conseqüente desenvolvimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias malignas, além de comprometimento de vários sistemas do organismo (SILVA, 2005).

A epidemia do HIV/AIDS trouxe grandes repercussões para todos os setores da sociedade. Na área da saúde, os avanços ocorridos nesses mais de 20 anos de história foram significativos. O maior conhecimento da doença permitiu a melhoria do diagnóstico e tratamento das doenças oportunistas e da própria AIDS. O tratamento antirretroviral altamente eficaz provocou diminuição significativa da letalidade, aumento da sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes (MINAS GERAIS, 2006).

Epidemia que surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos, suscitou comportamentos e respostas coletivos, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos. No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, a AIDS/HIV constitui-se como espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (MARQUES, 2002).

De acordo com Brito (2000), a identificação, em 1981, da síndrome da imunodeficiência adquirida, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS representou um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral.



A provável chegada do vírus da AIDS no Brasil em meados da década de 1970, o fortalecimento e a intensificação de uma pressão social por mudanças políticas no país, representada no campo da saúde pelo movimento da reforma sanitária, e as articulações de forças democráticas que ocuparam posteriormente importantes posições de poder, essenciais na configuração da mudança da assistência à saúde no Brasil foram os fatores que, ao se articularem nesse período, estabeleceram o cenário inicial para a construção das respostas políticas à epidemia (MARQUES, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está baseado nos princípios de universalização, garantindo o atendimento à saúde a todos; a hierarquização, entendida como uma rede de serviços básicos, articulada a uma rede de serviços de maior e crescente complexidade e integralidade, pressupondo articulação entre as ações de âmbito federal, estadual e municipal; e, ainda, o cumprimento do princípio básico de saúde como um direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado. Os limites tecnológicos, as desigualdades sociais, a intolerância humana com as diferenças, e, em contrapartida, a capacidade de solidariedade de que homens e mulheres são capazes, tornaram-se transparentes desde então, e tais aspectos estão sempre presentes por trás de qualquer análise sobre a AIDS/HIV (MARQUES, 2002).

A magnitude e a transcendência da infecção pelo vírus do HIV são inquestionáveis, com impactos de natureza diversa, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Estima-se que um total de 33,2 milhões de pessoas vivia com o HIV no mundo em 2007 (CAMURÇA *et al.*, 2010).

### **3.2 Crianças soropositivas**

De acordo com o ECA – Estatuto da Criança e Adolescente (1997): “É considerada como criança, para os efeitos da lei, a pessoa com até doze anos incompletos...”. Entretanto, Petersen *et al.* (1993) definem AIDS Pediátrica como a que ocorre em crianças com menos de 13 anos de idade. Acima de treze anos os pacientes são incluídos nas estatísticas de adultos por apresentarem padrões semelhantes.

Em todo o mundo são muitas as crianças afetadas pelo HIV – seja porque elas próprias são soropositivas ou porque têm algum parente próximo nessa

condição. Elas podem ser infectadas pelo HIV através da transmissão de mãe para filho, transfusões de sangue contaminado, material médico não esterilizado ou abuso sexual (BRASIL, 2000).

Está comprovado que no diagnóstico da condição de soropositividade ou de desenvolvimento da síndrome da AIDS/HIV pediátrica ou infantil, são comuns as repercussões potencialmente destrutivas, tanto para a criança quanto para a família a qual pertence. Após o diagnóstico e na cotidianidade de internação pela doença imunodeficiência adquirida, crianças e familiares cuidadores passam a conviver com a debilidade e a possibilidade de morte como parte das suas realidades antes intactas. Esta nova realidade é, frequentemente, reconstruída sob a noção de que não se trata de um estado momentâneo, mas de uma nova forma de viver, uma condição de vida diferenciada que requer cuidados especiais. Por isso, compreende-se a AIDS/HIV pediátrica como um drama humano e social (GOMES; CABRAL, 2010), tanto para a criança quanto para a família, que se esforçam em fazer frente à presença do vírus e/ou às manifestações da síndrome. Um membro da família com o vírus da imunodeficiência adquirida ou humana pode afetá-la por completo, dado que a presença de um ou de outro pode repercutir em danos físicos e emocionais em diversos momentos da vida dos sujeitos (GÓES; LA CAVA, 2009).

A infecção pelo HIV/AIDS em crianças e adolescentes já é considerada um problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2000).

A transmissão vertical representa 85% dos casos pediátricos notificados nos Estados Unidos e ao redor do mundo. Os 15% restantes incluem crianças com hemofilia, desordens de coagulação, receptores de transfusões de sangue e outros riscos não identificados (CHIGURUPATTI, 1996).

Há similaridade entre as lesões dos adultos e das crianças, mas também há diferenças, incluindo fatores de risco, modo primário de transmissão, padrão de soro-conversão, história natural da doença, espectro da doença e as manifestações que acometem a cavidade bucal (PETERSEN, 1993).

Essas diferenças, fizeram com que em 1987, o CDC (*Centers for Disease Control* – USA) elaborasse uma classificação específica para crianças, adotando inicialmente critérios clínicos e laboratoriais. Posteriormente este sistema de classificação foi revisto e, em 1994, outra classificação foi divulgada, baseada agora no estado de infecção, estado clínico e imunológico das crianças. As categorias

clínicas de crianças com infecção pelo HIV estão descritas abaixo (RAMOS; SILVA, 1994):

**Quadro 1 – Classificação do HIV Pediátrica segundo o CDC (1994).**

Grau de Imunodepressão	CATEGORIAS CLÍNICAS			
	N sem sinais	A sinais	B sinais	C sinais
Sintomas	Ausentes	Leves	Moderados	Graves
1 - Ausente	N1	A1	B1	C1
2 - Moderada	N2	A2	B2	C2
3 - Grave	N3	A3	B3	C3

- a) **Categoria N** – não sintomático: compreendem as crianças que não apresentam sinais ou sintomas considerados resultantes da infecção pelo HIV ou que têm somente uma das condições listadas na categoria A, são definidas como categoria N;
- b) **Categoria A** – sintomático brando: compreendem as crianças com duas ou mais das condições listadas abaixo, mas nenhuma das condições listadas nas categorias B e C:
- Linfadenopatia (maior ou igual a 0.5 cm em mais do que dois lugares. Quando bilateral, é considerado apenas um lugar);
  - Hepatomegalia;
  - Esplenomegalia;
  - Dermatite;
  - Parotidite;
  - Infecção respiratória superior recorrente ou persistente, sinusite ou otite média.
- c) **Categoria B** – sintomático moderado: compreendem as crianças que apresentam outras sintomatologias não citadas na categoria A ou C, atribuídas à infecção pelo vírus HIV. Exemplos de condições características da categoria B, mas que não são limitantes:
- Anemia (<8mg/dL), neutropenia (<1.000/mm<sup>3</sup>), ou trombocitopenia (<100.000/mm<sup>3</sup>), persistente por 30 dias ou mais;
  - Meningite bacteriana, pneumonia, ou septicemia (episódio isolado);

- Candidíase, orofaríngeana (afta), persistindo por mais de 2 meses, em crianças com mais de 6 meses de idade;
  - Cardiomiopatia;
  - Infecção por citomegalovírus, iniciada antes de 1 mês de idade;
  - Diarreia, recorrente ou crônica;
  - Hepatite;
  - Estomatite pelo Vírus Herpes Simplex (HSV), recorrente (mais de dois episódios em 1 ano);
  - HSV bronquites, pneumonites, ou esofagites com início antes de 1 mês de idade;
  - Herpes Zoster, envolvendo pelo menos 2 episódios distintos ou mais do que um dermatoma;
  - Leiomiossarcoma;
  - Pneumonia intersticial linfóide (LIP) ou hiperplasia linfóide pulmonar complexa;
  - Nefropatia;
  - Nocardioses;
  - Febre persistente (durando por mais de 1 mês);
  - Toxoplasmose, iniciada antes de 1 mês de idade;
  - Varicela, disseminada (complicação da catapora).
- d) **Categoria C** – sintomático severo: compreendem as crianças que apresentam algumas das condições abaixo:
- Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (uma combinação de pelo menos 2 infecções confirmadas por cultura num período de 2 anos); dos seguintes tipos: septicemia, pneumonia, meningite, infecção óssea ou articular, ou abscesso de um órgão interno ou cavidade (excluindo otite média, abscesso superficial de pele ou mucosa e infecções relacionadas com cateteres);
  - Candidíase, esofágica ou pulmonar (brônquio, traqueia, pulmões);
  - Coccidioidomicoses, disseminadas em outro local além dos pulmões ou nos linfonodos cervicais ou hiliares);
  - Criptococose, extrapulmonar;
  - Criptosporidiasis ou isosporiasis com diarreia persistindo por mais de 1 mês;

- Doença do citomegalovírus com início dos sintomas com idade superior a 1 mês; (em outro lugar que não no fígado, baço ou linfonodos);
- Encefalopatia (pelo menos um dos seguintes achados progressivamente presentes por pelo menos por 2 meses na ausência de uma doença decorrente de outra infecção causada pelo HIV, que poderia explicar os achados):
  - 1) falha na aprendizagem ou perda do desenvolvimento mastigatório ou perda da habilidade intelectual, verificada por uma escala de desenvolvimento padronizada ou testes neurofisiológicos;
  - 2) prejuízo do crescimento do cérebro ou microencefalia adquirida demonstrada pelas medidas circunferenciais da cabeça ou atrofia cerebral demonstrada por tomografia computadorizada ou imagem de ressonância magnética(imagens seriadas são indispensáveis para crianças com menos de 2 anos de idade);
  - 3) deficiência motora simétrica adquirida, caracterizada por duas ou mais das seguintes manifestações: parestesias, reflexos patológicos, ataxia ou distúrbios de locomoção;
- Infecção pelo vírus Herpes Simplex, causando uma úlcera mucocutânea que persiste por mais de 1 mês; ou bronquite, pneumonite, ou esofagite de qualquer duração afetando uma criança maior de 1 mês de idade ;
- Histoplasmose disseminada (em outro lugar além dos pulmões ou linfonodos cervical ou hiliares);
- Sarcoma de Kaposi;
- Linfoma primário, no cérebro;
- Linfoma, de pequenas células não divididas (Burkitt), ou imunoblástico ou de células gigantes de células b ou fenótipo imunológico desconhecido;
- Infecção causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, disseminada ou extrapulmonar;
- Infecção causada pelo *Mycobacterium*, outras espécies ou espécies não identificadas, disseminadas (em outro lugar além dos pulmões, peie ou linfonodos cervicais ou hiliares);

- Infecção disseminada causada pelas bactérias *Mycobacterium Avium Complex* ou *Mycobacterium Kansasii*, (em outro lugar além dos pulmões, pele ou linfonodos cervicais ou hiliares);
- Pneumonia causada pelo protozoário *Pneumocystis. carinii*;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Septicemia por salmonela (não tifoide), recorrente;
- Toxoplasmose cerebral iniciada em crianças com menos de 1 mês de idade;
- "Síndrome do consumo" (*wasting syndrome*) com ausência de uma outra doença corriqueira que não a infecção pelo HIV, a qual poderia explicar os seguintes achados:
  - 1) Perda persistente de peso, maior do que 10% do peso, ou;
  - 2) Declínio cruzado de pelo menos 2 parâmetros percentis do peso relacionado com a idade (95°, 75°, 60°, 25°, 60°) em crianças com 1 ou mais anos de idade.
  - 3) Menor que o quinto percentil da tabela peso/altura, em duas medidas consecutivas com 30 ou mais dias entre elas, exceto em casos de diarreia crônica (isto é, pelo menos 2 evacuações por dia durante 30 dias ou mais), ou de febre documentada (por 30 dias ou mais, intermitente ou constante).

O quadro 02 sintetiza o Sistema de Classificação da AIDS/HIV Pediátrica de 1994 (REVISED, 1996).

**Quadro 2 – Categorias imunológicas baseadas nas contagens específicas de CD4 (total e percentual), por idade.**

Grau de Imunodepressão	IDADE DA CRIANÇA					
	<12 meses CD4		1 - 5 anos CD4		6 - 12 anos CD4	
	Total	( % )	Total	( % )	Total	( % )
1 - Ausente	≥1500	(≥25)	≥1000	(≥25)	≥500	(≥25)
2 - Moderada	750-1499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
3 – Grave	<750	(<15)	<500	(<15)	<200	(<15)

O quadro clínico da criança com HIV é muito diversificado, podendo apresentar-se desde a forma assintomática até o comprometimento de quase todos

os órgãos e sistemas. Para o pediatra geral o diagnóstico de HIV/AIDS é dado, muitas vezes, apenas quando a criança já apresenta intenso comprometimento clínico e imunológico, dificultando o tratamento precoce, que seria feito com melhores resultados (HORNKE; BARBOSA, 2000).

Segundo Souza *et al.* (2000) os cirurgiões-dentistas também são responsáveis na suspeita diagnóstica da AIDS/HIV, pois a literatura aponta lesões decorrentes de infecções oportunistas, seja ela fúngica, viral ou bacteriana, na região da cabeça e pescoço e, principalmente na boca, geralmente como as mais precoces, devendo estes profissionais estarem atentos e conscientes dessas manifestações decorrentes da infecção pelo HIV.

Contudo, cuidar de crianças com HIV pode ser difícil para muitos profissionais de saúde devido à falta de informação ou à falta de recursos para dar assistência a crianças doentes e apoio as pessoas que cuidam delas.

Entretanto, com uma boa assistência preventiva e tratamento precoce de infecções comuns, as crianças soropositivas podem viver muito além de seu primeiro ano. Para conseguir isso, as pessoas que cuidam dessas crianças precisam saber como prevenir infecções, além de ajuda para lidar com o HIV e de um ambiente de apoio onde os soropositivos não sejam discriminados.

### **3.3 Algumas considerações sobre manifestações bucais**

As manifestações bucais podem ser resultantes do comprometimento do sistema imunológico, podendo ser causadas por bactérias, fungos e vírus, ou serem de natureza neoplásica (MOTTA *et al.*, 2014). A cavidade bucal é uma importante fonte de informações para o diagnóstico e o prognóstico de algumas doenças, como as associadas à infecção pelo vírus HIV, diabetes mellitus, neoplasias alterações cardiovasculares dentre outras.

Pacientes diabéticos, por exemplo, apresentam alta prevalência de alterações bucais como candidíase, xerostomia, halitose, cáries e periodontopatias. Durante a hospitalização de pacientes diabéticos é fundamental a implementação de cuidados bucais para evitar o surgimento de doenças locais e/ou sistêmicas decorrentes do acúmulo do biofilme e dentário, visto que algumas doenças bucais dificultam o processo de compensação do paciente diabético (MEIRA *et al.*, 2010).

Indivíduos gravemente imunossuprimidos, como os pacientes portadores do vírus HIV, apresentam deficiência do sistema imunológico, determinando o aparecimento de manifestações bucais (SOUZA *et al.*, 2000). De uma forma geral, as principais manifestações bucais presentes em pacientes pediátricos infectados pelo HIV encontradas na literatura foram: cárie, candidose, queilite angular, eritema linear gengival, lesões na mucosa, patologias nas glândulas salivares, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin, doenças fúngicas, doenças virais, doença periodontal, hipoplasia de esmalte e condiloma acuminado (TONELLI *et al.*, 2013).

Tradicionalmente, a mucosa da cavidade bucal tem sido encarada como um reflexo do estado geral de saúde (JAHANBANI *et al.*, 2009). Numerosas alterações da mucosa bucal podem ser encontradas em crianças, desse modo, profissionais da saúde devem ser capazes de detectá-las para o estabelecimento do diagnóstico correto e o tratamento adequado.

#### **3.4 Manifestações bucais em crianças com infecção pelo HIV/AIDS**

A apresentação clínica da infecção pelo HIV em crianças difere do adulto. Uma das principais diferenças é a grande susceptibilidade em desenvolver infecções bacterianas de repetição. O prognóstico da infecção pelo HIV em crianças varia de acordo com a via de transmissão, idade em que a infecção foi adquirida, presença de sintomas e idade em que os sintomas apareceram. Porém, o prognóstico parece ser pior em crianças com menos de um ano de idade onde a doença é mais fulminante (CASTRO, 1999).

O diagnóstico de lesões bucais, servirá para a seleção de profilaxia antibiótica e da intervenção terapêutica, o que melhoraria a sobrevivência de crianças infectadas pelo HIV (CHIGURUPATTI, 1996).

Pesquisa com crianças brasileiras infectadas pelo HIV, Concluíram que as lesões intra e extra-bucais foram encontradas na maioria das crianças que apresentaram sorologia positiva, além disso, a Linfadenopatia cervical e a Candidíase pseudomembranosa foram as lesões mais comuns (COSTA, 1998).

De acordo com Castro (1999) muitas crianças infectadas permanecem assintomáticas por um bom tempo, mas acredita-se que nos casos de infecção congênita a maioria das crianças se torne sintomáticas nos dois primeiros anos de vida, evoluindo rapidamente para a morte. No entanto hoje em dia, graças aos novos



medicamentos, isto parece estar se modificando e a sobrevivência dessas crianças vem aumentando.

De acordo com Castro (1999) as lesões na cavidade bucal podem representar os primeiros sintomas clínicos da doença e as mais comuns são:

- a) Candidíase oral: de origem fúngica, sendo mais comum em crianças HIV positivo, podendo ser de três formas distintas, a candidíase eritematosa que apresenta áreas vermelhas localizadas no palato e dorso da língua e ocasionalmente em mucosa bucal; candidíase pseudomembranosa que apresenta placas brancas ou amarelas, que quando removidas revelam uma superfície sangrenta; e queilite angular com fissuras vermelhas e /ou úlceras irradiando dos cantos da boca, geralmente acompanhadas de pequenas placas brancas.
- b) Herpes simples: quando em crianças infectadas pelo vírus HIV, manifesta-se sob a forma de gengivoestomatite herpética primária, na maioria das vezes causando o aparecimento de lesões orais e manifestações sistêmicas.
- c) Leucoplasia pilosa: é comumente vista em adultos infectados pelo HIV sendo pouco observado em crianças, virtualmente todo o paciente com língua pilosa é HIV positivo, fazendo dessa lesão um forte marco da infecção pelo HIV.
- d) Eritema linear gengival: é bem diferente da gengivite típica, caracteriza-se por um eritema linear de 2 a 3 mm circundando a gengiva marginal e é acompanhado de lesões difusas vermelhas, parecendo petéquias na gengiva inserida e mucosa oral.
- e) Hipertrofia de parótida: tem causa desconhecida, caracteriza-se por um aumento difuso, macio, uni ou bilateral, podendo ser acompanhada de dor, resultando em desfiguramento facial.
- f) Cárie: é um grande problema em crianças HIV positivo, causado na maioria das vezes por negligência e elevado teor de sacarose contida nos vários medicamentos pediátricos.

No estudo realizado por Silva *et al.* (2002), das lesões mais comuns à gengivite foi apresentada com 20% das manifestações orais mais frequentes. Entretanto, Sonis (1996) salientou que embora não tenha terapia disponível para o

tratamento da imunodeficiência, o tratamento das complicações e a prevenção aliada à terapia antivirótica podem melhorar a sobrevivência do paciente.

Os medicamentos antirretrovirais, segundo Castro (1999), são utilizados para inibir a replicação do vírus e a combinação dos mesmos está melhorando muito o status de saúde dessas crianças.

### **3.5 HIV/AIDS e a prática odontológica**

Como qualquer usuário dos serviços odontológicos, todo paciente soropositivo para o HIV ou com AIDS deve ser atendido da melhor forma possível, sempre, com o objetivo de promover a melhoria da sua qualidade de vida. Invariavelmente, o plano de tratamento a ser executado deverá considerar e integrar-se à história médica do paciente.

De acordo com o Manual de Conduta Odontológica (MCO, 2000):

O cirurgião-dentista, como profissional da área de saúde, deve estar habilitado para tratar indivíduos portadores de doenças infectocontagiosas. O melhor atendimento odontológico de rotina repousa na capacidade de tratar o paciente com segurança, independentemente de um conhecimento prévio da sua sorologia para o HIV/AIDS ou qualquer outra infecção. Uma parte importante do tratamento dos portadores do HIV e pacientes de AIDS é o estabelecimento de um relacionamento de confiança. Obtendo uma boa história médica e odontológica junto ao paciente, ouvindo-o e discutindo com ele essas questões, o profissional estará demonstrando preocupação e cuidado com a sua saúde integral (BRASIL, 2000, p. 45).

Considerando que o cirurgião-dentista pode ser o primeiro a reconhecer os sinais e sintomas causados pela presença do vírus no organismo, sempre que houver suspeita de infecção pelo HIV deve-se encaminhar o paciente a um infectologista para realização de exames e tratamento adequado.

Vale ressaltar que não cabe ao cirurgião-dentista dizer ao paciente que ele está sob suspeita de infecção pelo HIV e sim, explicar que ele está com alterações (buciais ou sistêmicas) que precisam ser examinadas por um infectologista. Embora a AIDS não deva ser tratada como um “tabu”, o seu diagnóstico deve ser feito por profissionais treinados para este fim, já que é uma doença incurável.

Com relação aos pacientes já diagnosticados e que procuram tratamento odontológico, muitos profissionais se sentem inseguros em atendê-los e os

principais motivos são: medo do risco de contágio, dúvidas quanto à eficácia das medidas de controle de infecção cruzada, receio de perder outros pacientes caso soubessem que eles tratam portadores do vírus HIV e medo de contaminação por parte do pessoal auxiliar (NUNES; FREIRE, 1999). Porém, considerando que muitos pacientes infectados são assintomáticos e que desconhecem ou não revelam seu diagnóstico ao cirurgião-dentista por receio de serem discriminados, é fato que muitos profissionais já atenderam portadores do HIV sem o saberem. Além disso, dados epidemiológicos indicam que o número de pessoas infectadas é crescente no Brasil e no mundo, o que significa que cada vez mais o cirurgião-dentista vai se deparar com este grupo de pacientes (BRASIL, 2000).

Contudo, para Velos (2007), a Odontologia Brasileira está aprendendo a relacionar-se com a imunodeficiência neste contexto de medo e preconceito. O surgimento da doença, progressivo, trouxe grandes modificações nas rotinas dos consultórios odontológicos, com os novos aspectos relacionados ao controle de infecção: uso sistemático de barreiras de proteção, como luvas, máscaras, ênfase nos descartáveis e apurados métodos de desinfecção e esterilização.

Em seu trabalho, o mesmo autor relata que as mudanças não se referiram somente às questões técnicas de biossegurança. O perfil do profissional também está tendo que mudar. A grande maioria dos dentistas da geração “pré-AIDS” não tinha que viver seu cotidiano profissional tendo que se relacionarem com potenciais pacientes terminais, ou mesmo com o risco de se contaminarem com uma doença desconhecida e tida como fatal (VELOS, 2007).

Entretanto, a conduta mais segura neste caso é a prevenção. Seguir as normas universais de biossegurança, com base no princípio de que todo indivíduo pode ser potencialmente portador de doenças infectocontagiosas e adquirir conhecimentos básicos sobre estas doenças é a melhor forma do profissional trabalhar com segurança, respeitando as questões éticas, legais e sociais (DISCACCIATI *et al.*, 1999).

Pode-se afirmar que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte e lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 2000). Assim como muitos outros eventos, a infecção imunodeficiência humana e adquirida (AIDS) veio reforçar a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista e sua equipe na

prevenção e tratamento de doenças, bem como na promoção e manutenção da saúde bucal dos indivíduos portadores deste mal.

### **3.6 Atendimento odontológico no paciente pediátrico soropositivo**

O objetivo principal do tratamento odontológico neste grupo de pacientes é melhorar a sua qualidade de vida e para isso é fundamental revisar sua história médica. Além disso, é importante conversar com a família do paciente para avaliar sua expectativa com relação ao tratamento (remoção de dor, melhoria da estética), suas condições emocionais e financeiras (HASTREITER; JIANG, 2002).

O estado emocional da criança se reflete diretamente na sua capacidade de aderir ao tratamento, comparecendo às consultas e fazendo uma boa higienização oral. A condição financeira influencia na capacidade do paciente de se alimentar corretamente (melhorando ou piorando seu estado nutricional e portanto, sua condição geral) e até mesmo comprar um simples fio dental. Em resumo, o plano de tratamento deve ser o mais simples possível que possa atender às necessidades e expectativas do paciente.

Conversar com a família e saber falar usar a linguagem das crianças, relacionando adequadamente, são de fundamental importância na hora de explicar que a má higiene oral favorece o aparecimento de lesões e infecções que podem afetar o seu estado de saúde geral é de fundamental importância.

A descoberta da soropositividade pela criança e seus familiares impacta na vida desses sujeitos, na medida em que ameaça sua integridade física e psicológica, assim como sua segurança e perspectivas de futuro. Além disso, a HIV/AIDS infantil é uma enfermidade na qual outros membros da família podem vir a se descobrir soropositivos.

A forma pela qual o profissional desenvolve o atendimento é um fator relevante, uma vez que o tratamento odontológico, mesmo nos casos mais leves, deve ser realizado com cautela para minimizar os danos aos tecidos bucais (WRIGHT, 2010). Algumas modificações importantes são sugeridas (HAREL-RAVIV *et al.*, 1995), como a lubrificação dos lábios, da mucosa labial, de luvas e instrumentos, posicionamento do sugador e dos dedos sobre tecido duro, drenagem de bolhas hemorrágicas, e manipulação cuidadosa para evitar separação tecidual (SIQUEIRA *et al.*, 2008).

Para Davies e Finlay (2005), os problemas bucais se não tratados podem resultar em dor, desconforto e comprometimento nutricional, com impacto na evolução e prognóstico da doença. Além do mais, as doenças que acometem a boca causam morbidade significativa, e contribuem para a deterioração do estado geral e psicológico dos pacientes.

Na maioria dos sistemas de saúde tradicionais, o foco está direcionado ao tratamento da doença, enquanto outras regiões do corpo, como a boca são secundárias e frequentemente ignoradas (PAUNOVICH *et al.*, 2000). Enfatizando a importância do cirurgião-dentista que pode:

- a) estabelecer o protocolo de tratamento odontológico ou programa de manutenção no momento da admissão do paciente nos cuidados paliativos, já que muitos pacientes apresentam problemas bucais prévios;
- b) informar e treinar a equipe e voluntários em relação aos problemas bucais; avaliar continuamente a boca, permitindo diagnóstico precoce;
- c) avaliar as necessidades bucais dos pacientes levando em consideração as metas e a filosofia dos cuidados paliativos; e
- d) realizar pesquisas para melhoria constante dos cuidados prestados (LAPPER, 1990 *apud* CARRILLO, 2011).

Contudo, o tratamento odontológico deve prosseguir conforme a necessidade do paciente, procurando-se coordenar este tratamento com os aspectos médicos de cada caso.

### **3.7 Controle de infecção na prática odontológica**

A AIDS, na qualidade de objeto de representação simbólica, gera condutas divergentes e obscuras. Avaliando-se as possíveis relações dos sujeitos, em caso de atendimento a pacientes portadores do HIV, percebem-se muitas confusões e ambivalências quanto ao que deve ser a conduta correta, tanto em relação às medidas de controle de infecção quanto ao acolhimento do paciente (RODRIGUES, 2005).

Em pesquisa realizada por Feltrin (1997), mais de 50% dos dentistas brasileiros não estão aptos a atender pacientes soropositivos, representando uma proporção alta. Contudo, ainda esclarece que o dentista precisa estar consciente de

que o risco de contaminação é significativamente reduzido pelo emprego de métodos de proteção durante o atendimento clínico.

Nesta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiência na formação dos trabalhos da saúde. O SUS “necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas profundamente distintas das de hoje vigentes, especialmente no campo da atenção básica” (CAPISTRANO FILHO, 2000).

Embora não exista cura para infecção HIV/AIDS, não se pode negar um grande avanço no tratamento ocorrido nos últimos anos, oferecendo aos pacientes mais anos e melhor qualidade de vida. Tal fato justifica a busca por mais conhecimento acerca do assunto pelo profissional de saúde não só para o seu aprimoramento científico, mas também por ser o conhecimento um instrumento para se acabar com o preconceito em relação aos portadores do HIV/AIDS (SILVA, 1997).

Entretanto não estamos negando que no exercício da profissão odontológica, não seja possível se contaminar com uma série de doenças infecciosas, pois essas podem ser transmitidas tanto para pacientes quanto para os profissionais. Sendo assim, a equipe tem por obrigação realizar uma prática clínica segura, adotando os preceitos atuais de controle de infecção.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos verifica-se que o objetivo da pesquisa foi alcançado, uma vez que através desse estudo foi possível avançar na compreensão do universo de significados, saberes e práticas profissionais do cirurgião-dentista ante a presença da criança soropositiva.

Na literatura, detectamos que as crianças infectadas pelo HIV apresentam alterações imunológicas, predispondo-as a um maior risco de infecção secundária – como as lesões bucais, decorrentes dessas infecções que têm ampla relação com o estado imunológico do paciente.

Verificamos que essa correlação entre lesão bucal, estágio da infecção pelo HIV e parâmetros imunológicos em crianças soropositivas tem sido relatada por diversos autores, que ao investigarem a frequência de manifestações estomatológicas.

Contudo, o diagnóstico precoce e os constantes avanços na medicina têm aumentado consideravelmente a sobrevivência de crianças com doenças crônicas. No entanto, observa-se o impacto da doença e de suas terapias nesses indivíduos, em que a atenção direcionada ao controle e alívio dos sintomas em todas as esferas do cuidado, visando uma qualidade de vida ótima torna-se fundamental.

Apesar da filosofia dos cuidados paliativos ser fundamentada em proporcionar conforto total aos pacientes, assim como, a manutenção adequada das funções, normalmente não inclui o cirurgião-dentista como membro da equipe.

Entretanto, as alterações bucais causadas pelo HIV/AIDS dão ao cirurgião-dentista um importante papel no diagnóstico precoce da infecção e manutenção da saúde geral dos pacientes portadores.

O advento da AIDS veio reforçar a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista no sentido de promover saúde bucal, sem expor o paciente, a equipe de trabalho e a si próprio a riscos desnecessários.

O número de pacientes HIV/AIDS é elevado e muitas vezes o paciente desconhece ou não informa sua condição. Desse modo ao invés de temer a aids, o cirurgião-dentista deve adotar as normas universais de biossegurança e considerar que todo paciente é potencialmente portador de alguma doença infectocontagiosa.

Os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões-dentistas, que procurem estar sempre informados e capacitados para o diagnóstico precoce destas

manifestações que se apresentam como importantes fatores preditivos do desenvolvimento da doença. Consequente, o tratamento a ser instituído que deverá, preferencialmente, ser avaliado e definido por uma equipe multidisciplinar.

Por fim, novas inquietações surgem para futuras pesquisas referentes à informação e consciência dos profissionais de saúde frente à temática apresentada, com o intuito de embasar programas educacionais para a identificação destas lesões, com exames diagnósticos precoces e consequente adesão ao tratamento, tornando mais eficaz a prevenção de agravos para esta população.



## 5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de AIDS: Manual de Condutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. *Aids and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2000.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. *Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age*. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 43, n. 12, p. 1-19, Sep. 1994.

CAMURÇA, V. V. et. al. *Assistência Odontológica a Portadores de HIV na Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde em Fortaleza*. **Ver. APS**, v. 13, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2010.

CAPISTRANO FILHO, D. *O cirurgião-dentista no programa de saúde da família*. **Ver Bras Odontol Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 8, 2000.

CASTRO, G. F. *Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais: revisão de literatura*. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 223-229, set. 1999.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIGURUPATTI, R.; RAGHAVAN, S. S. *Studen-Pavlovich, DA. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review*. **Pediatr Dent**, v. 18, n. 2, p. 106-113, Mar-Apr/1996.

COSTA, L. R. R. S. et. al. *Oral finding in pediatric AIDS: a case control study in Brazilian children*. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v 65, n 3, p. 186-190, May/June, 1998.

DISCACCIATI; J. A. C.; NEVES, D. A.; PORDEUS, I. A. *AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes*. **Rev Odontol Univ**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-82, 1999.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente: **Lei n. 8069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Rio de Janeiro: Auriverde, 1997.

FELTRIN, E. E.; NAVARRO, C. M.; SPOSTO, M. R. *Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação a AIDS e a infecção pelo HIV*. **Revista Odontológica**, UNESP, v. 26, n. 2, p. 287-295, 1997.

GOMES, A. T. M.; CABRAL, I. E. *Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antiretroviral*. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 5, p. 719-726,

2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500005)>. Acesso em: 09 Mai./2017.

GÓES, F. G. B.; LA CAVA, A. M. *Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada*. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n. 4, p. 942-951, jun./2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a20.htm>>. Acesso em 09 Mai./2017.

HADDAD, A. E. et al. *Semiologia aplicada à Odontopediatria e à Hebiatria*. In: CRIVELLO JR., O. **Fundamentos de Odontologia**: Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2009, cap. 6, p. 111-132.

HAREL-RAVIV, M.; BERNIER, S.; RAVIV, E. GORNITSKY, M. *Oral epidermolysis bullosa in adults*. **Spec Care Dentist.**, v. 15, n. 4, p. 144-148, 1995.

HASTREITER, R.; JIANG, P. *Do regular dental visits affect the oral health care provided to people with HIV?* **J Am Dent Assoc.**, v. 133, n. 10, p. 1343-1350, 2002.

HORNKE, L.; BARBOSA, A. F. T. *Aids pediátrica-clínica e tratamento*. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. ½, p. 64-68, jan./fev. 2000.

JAHANBANI, J.; SANDVIK, L.; LYBERG, T.; AHLFORS, E. **Evaluation o for al mucosal lesions in 598 referred Iranian patients**. The open dentistry journal, v. 3, p. 42, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681169/>>. Acesso em 09 Mai./2017.

MARQUES, M. C. da C. *Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil*. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 41-65, 2002.

MEIRA, S. C. R.; OLIVEIRA, C. A. S.; RAMOS, I. J. M. **A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar: trabalho vencedor na 9ª edição do Prêmio Sinog de Odontologia 2010, categoria Estudante de Odontologia**. Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, de Belo Horizonte/MG, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: HIV/AIDS**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOTTA, W. K. S.; NÓBREGA, D. R. M.; SANTOS, M. G. C.; GOMES, D. Q. C.; GODOY, G. P.; PERERIRA, J. V. *Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/AIDS*. **Rev Odontol**, v. 43, n. 1, p. 61-67, 2014.

NASCIMENTO, D. M. do. **Metodologia do Trabalho Científico**: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2002.

NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. *AIDS e Odontologia: conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas*. **ROBRAC.**, v. 8, n. 26, p. 7-10, 1999.

PAUNOVICH, E. D.; AUBERTIN MA, M. J. *The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient*. **Texas Dental Journal**, v. 117, n. 35-36, 2000.

PETERSEN, S. G. *et al. Manifestações Oraís em crianças portadoras de AIDS*. **Rev Bras Odontol**, v. 50, n. 5 p. 10-15, Rio de Janeiro, 1993 set/out.

RAMOS, D. L. P., SILVA, M. *Aspectos éticos do atendimento odontológico a pacientes HIV+*. **Rev. da APCD.**, São Paulo, v.48, n.3, p.1341-1345, maio/jun., 1994.

REVISED. *Pediatric HIV classification system*. **Pediatric. Dent.**, Chicago, v. 18, n. 2, p. 104-105, Apr./May., 1996.

RODRIGUES, M. P. *et al. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids*. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 463-472, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2000.

SILVA, L. M. S. *et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a corresponsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/Aids*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97-104, abr./jun., 2005.

SILVA, M. **Compêndio de Odontologia Legal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1997.

SILVA, R. A.; LOPES, F. F.; BARRETO, A. M. S. *Estudo clínico das manifestações orais da síndrome da Imunodeficiência Adquirida Pediátrica*. **RGO**, v.50, n.1, p. 7-11, jan./fev./mar. 2002.

SIQUEIRA, J. T. T. **Dores Mudas: as estranhas dores da boca**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SONIS, A. *Doenças de boca e manifestações orais de doenças sistêmicas*. In: PINKHAM, J. R. *et al. Odontopediatria: da infância a adolescência*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

SOUZA, L. B. *et al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira*. **Pesq Odont Bras.**, v. 14, n. 1, p. 79-85, 2000.

TONELLI, S. E. Q.; OLIVEIRA, W. F.; ARAÚJO, O. G.; POPOFF, D. A. V.; COELHO, M. Q.; BARBOSA JÚNIOR, E. S. **Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura**. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 365-372, set./dez. 2013. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i3.3584>>. Acesso em 09 Mai./2017.

VALENTIM, C. *Condições patológicas da cavidade bucal na infância*. In: CORRÊA, M.S.N.P. (Org.). **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, 1998, cap. 32, p. 613-625.

VELOS, G. S. M. **HIV/AIDS**: conhecimento, atitude e comportamento de cirurgiões-dentistas no estado de Mato Grosso. Dissertação (mestrado em Odontologia Legal e Deontologia). Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba: UEC/FOP, 2007.

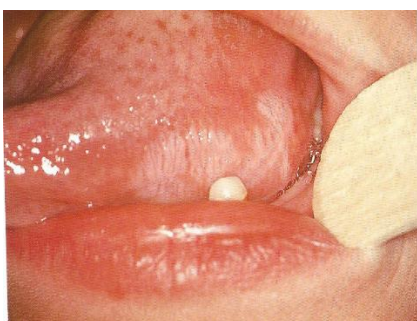
WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1996. p.123-151: Doenças da boca e manifestações bucais de doenças gerais.

WRIGHT, J. T. *Oral Manifestations in the Epidermolysis Bullosa Spectrum*. **Dermatol Clin.** v. 28, n. 1, p. 159–164, 2010.

Laskaris, George; Atlas colorido de doenças bucais da infância e da adolescência/ George Laskaris; trad. Elizabete Morais. Porto Alegre/ São Paulo: Artes Médicas Sul/ Livraria Santos Editora, 2000.

**ANEXOS I**

Infecção por HIV. Gengivite herpética. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000).



Infecção por HIV. Leucoplasia pilosa na borda lateral da língua de um menino de 09 anos. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000)



Infecção por HIV. Leucoplasia pilosa na borda lateral da língua de um menino hemofílico de 17 anos. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000)



Infecção pelo HIV. Candidíase pseudomembranosa aguda no palato. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000).

## ANEXO II



Infecção pelo HIV. Candidíase pseudo membranosa crônica na língua. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000).



Infecção pelo HIV. Eritema gengival linear. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000).



AIDS. Sarcoma de Kaposi no palato mole e úvula. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000)



Infecção pelo HIV. Grande úlcera atípica na mucosa bucal. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente. (Laskaris, George, 2000).

### ANEXO III



Infecção pelo HIV. Cáries dentárias múltiplas. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente.



Infecção pelo HIV. Língua pilosa. Atlas colorido de doenças bucais da infância e do adolescente.

