

TRINTA ANOS DE HIV NO MUNDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Elizabeth Alves de Lima (1); Arlinsô Feitosa Bezerra dos Santos (2); Daliana Queiroga de Castro Gomes (3); Robéria Lucia de Queiroz Figueiredo (4); Jozinete Vieira Pereira Marques (5).

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB elizabethalvesdelima@gmail.com

Resumo: Este artigo faz uma síntese sobre o conhecimento da origem da Aids e suas características clínicas, manifestações de sinais e sintomas, bem como a importância destes conhecimentos na formação do estudante de graduação em Odontologia, onde se vê que o exame clínico realizado com eficiência e perspicácia pelo Cirurgião Dentista consegue uma melhora significativa na rapidez de um tratamento que combata duplicação precoce do vírus HIV. O objetivo desse trabalho é despertar uma maior atenção aos estudantes de Odontologia acerca da temática sobre a Aids e sobre sua evolução, sua forma de controle a partir do avanço dos medicamentos e otimizar a produção de novas pesquisas sobre a doença, além das pesquisas encontradas e relacionadas a infecção cruzada e biossegurança. As alterações bucais causadas pelo HIV/Aids dão ao cirurgião-dentista um importante papel no diagnóstico precoce e contribuindo consequentemente na efetividade do tratamento, culminando em um melhor prognóstico e manutenção da saúde geral dos pacientes HIV-positivos.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, HIV, odontologia, história.

Introdução

A Aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Vírus). A sigla Aids também deriva do inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome (BRASIL, 2006). Apresentado as primeiras manifestações registradas no início da década de 80 e desde então os achados científicos veem evoluindo em relação aos agentes causadores a métodos de controle da doença entre outros fatores (LEITE et al., 2006).

Esta síndrome tornou-se uma pandemia que vem alastrando-se até os dias atuais desestabilizando o sistema imune de seus portadores dando margem para o aparecimento de outras infecções, o que dificulta ainda mais a situação desses indivíduos. As lesões bucais estão estreitamente relacionadas à infecção pelo HIV. A diminuição gradativa da imunidade celular e o resultante surgimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas aparecem como sendo a principal característica patológica do vírus da imunodeficiência humana (GASPARIN et al., 2009).

A Aids é uma doença emergente 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.

Metodologia

Foi realizada uma revisão bibliográfica em bases científicas da área da saúde e das ciências sociais, sobre o tema Aids. A pesquisa foi desenvolvida com o auxílio de artigos científicos localizados nas bases de consulta – Lilacs, SciElo e Medline –, a partir dos descritores ou palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, origem, odontologia, vírus da imunodeficiência adquirida e história, no período de Abril a junho de 2015, como parte das atividades desenvolvidas durante as 135 horas da disciplina – Processos Patológicos e Diagnósticos I, do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Foram identificados 27 publicações que contemplaram o objeto do estudo, os quais após a leitura e tradução, foram analisados, buscando os seguintes aspectos: História da Aids no mundo, história da Aids no Brasil, características clínicas, diagnóstico, tratamento e associação da doença com a odontologia, foi incluído na amostra um artigo sobre cada temática pertencente ao grupo das mais frequentemente abordadas pelos pesquisadores no geral.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

Revisão de literatura

Definição

A infecção do organismo humano pelo vírus HIV é uma doença crônica que se caracteriza por um crescente enfraquecimento imunológico em consequência do declínio dos níveis de linfócitos CD4, assim sendo quanto mais baixo for a taxa desses, maior o risco do indivíduo progredir para a Aids. O período entre a Infecção pelo vírus HIV e o aparecimento da Aids pode durar alguns anos, entretanto, apesar de o sujeito portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode expressar transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que fica sabendo de seu diagnóstico (CANINI et al., 2004; BRASIL, 2005).

História da Aids no mundo

No início dos anos 80 a medicina defronta-se com uma doença desconhecida e misteriosa. A Aids começava a ser conhecida logo após o surgimento de uma infecção pulmonar rara em pessoas jovens e saudáveis (pneumonia por *Pneumocystis carinii*), por dois tipos de câncer da mesma maneira incomuns, para o grupo acometido (o Sarcoma de Kaposi, malignidade que envolve a camada epitelial dos vasos sanguíneos e linfáticos e, o Linfoma) (SEPKOWITZ, 2001; LEITE et al., 2006; WEISS, 2008).

No decorrer do ano de 1981, casos parecidos foram surgindo também na Europa e começou-se a relacionar a doença com particularidades da vida dos indivíduos acometidos, em especial à orientação sexual. A doença tornou-se popular, então, como “pneumonia gay”, “síndrome gay” ou ainda imunodeficiência associada ao homossexualismo, apontando para o pesado estigma social que ganharia força nos anos seguintes (BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; NASCIMENTO, 2005; LEITE et al., 2006).

Em 1982 a doença foi denominada síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids, em razão do aparecimento desses mesmos sintomas apresentados por usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e pacientes que receberam transfusões sanguíneas. Este foi o impulso necessário para estimular novos estudos sobre a doença. No ano seguinte, pesquisadores americanos e franceses foram capazes de isolar o agente etiológico da Aids, um retrovírus, e dessa forma elucidaram os meios de transmissão da doença, por via sexual e sanguínea (MORAIS DE SÁ, COSTA, 1994; NASCIMENTO, 2005; LEITE et al., 2006).

No ano de 1984, o laboratório americano Abbot inicia os testes do primeiro exame sorológico para identificar a existência do vírus no organismo, o Eliza (Ensaio

Imunoenzimático). No ano subsequente foi revelada a estrutura química do vírus. O teste Eliza é licenciado nos EUA e, em junho, é exposto no mercado e também é descoberto o vírus HIV do tipo 2 (BRASIL, 2005).

O Comitê Internacional de Taxonomia dos Vírus, em 1986, indicou o uso da expressão HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominar o vírus. Neste ano a FDA (Food Drug Administration) valida a primeira droga anti-retroviral para tratamento da Aids: Azidotimidina (AZT). Em 1987, o AZT começa a ser aplicado aos doentes de Aids, aumentando a sua sobrevivência (LEITE et al., 2006).

No ano de 1991, os EUA aprovam o medicamento ddI (inibidor de transcriptase reversa). A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta relatório tornando público que pelo menos 10 milhões de pessoas no mundo têm o vírus da Aids (LEITE, et al., 2006).

O laboratório Murex, em 92, cria um teste que pode detectar o vírus da Aids no sangue em apenas 10 minutos. Os EUA aprovam mais um medicamento, o ddC, outra droga capaz de impedir a Transcriptase (LEITE et al., 2006).

Posteriormente, em 1993, o CDC de Atlanta, EUA, propõe uma nova definição para a Aids: São classificados como doentes

as pessoas com o índice de linfócitos (TCD4+), Abaixo de 200 por mm³ de sangue. E pesquisadores europeus mostram que o tratamento apenas com AZT não traz benefícios em longo prazo (POLIT, HUNGLER, 1995).

No ano 1996, estudiosos franceses descobrem novo vírus da Aids na África, alcunhado de HIV – N, adicionando-se aos outros dois tipos já distinguidos: os HIV dos tipos 1 e 2, (um e dois) descobertos respectivamente em 1983 e 1985. Em concomitância, pesquisadores demonstram a cartografia molecular do patrimônio genético desse vírus. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, OMS, a Aids tornou-se a doença infecciosa mais letal do mundo, ultrapassando a tuberculose, em direção ao quarto lugar entre todas as causas de mortalidade. O vírus da Aids causou mais de 2,28 milhões de mortes em todo o mundo e em 1997, já era a sétima causa de mortalidade (LEITE et al., 2006).

A epidemia se estendeu de forma rápida por todo o mundo, apresentando discrepância nos perfis de transmissão em inúmeras regiões, fato que pode ser designado tanto por fatores biológicos como socioculturais. Até os dias atuais, apesar de seu relativo controle através das políticas de prevenção e das formas de tratamento a Aids ainda é considerada uma pandemia que atinge

milhões de pessoas e computa um enorme número de mortes (BRASIL, 2005).

História da Aids no Brasil

No ano de 1980 ocorreu o primeiro caso da Aids no Brasil, que só foi classificado mais tarde em 1982: um homossexual de São Paulo. Três anos após, quando inúmeros casos de Aids já haviam sido detectados no país o Ministério da Saúde enfim reconheceu, em público, a importância do problema para a saúde pública brasileira (SOUZA, et al., 2010; PEREIRA, NICHATA, 2011).

Em maio do mesmo ano, por meio da portaria 236, o ministro da Saúde desenvolveu o Programa Nacional da AIDS e designou as primeiras normas e diretrizes para confrontar a epidemia no país, admitindo a AIDS como um problema crescente de saúde pública (LEITE et al., 2006; SOUZA, et al., 2010).

As Secretarias de Saúde, em 86, passaram a ter como obrigação a notificação dos casos detectados. No mesmo ano é criada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) (LEITE et al., 2006; BRASIL, 2005).

Um ano depois, foi criada a Comissão Nacional de Aids. A testagem de todo sangue doado tornou-se obrigatória pelo Ministério da Saúde. Devido ao crescente número de turistas estrangeiros ao Brasil juntamente com

a possibilidade destes estarem infectados, inicia-se a aplicação de teste Elisa para detecção do vírus (LEITE et al., 2006).

Avanços observados no mundo em relação aos testes para diagnóstico e tratamento da Aids também chegam ao Brasil, e o país começa a investir em ações de pesquisa e combate a doenças sexualmente transmissíveis e Aids.

Depois de trinta anos, a doença apresenta características clínicas e epidemiológicas distintas daquelas percebidas inicialmente. A evolução no diagnóstico e tratamento foram relevantes e o Brasil tem se destacado no panorama internacional com a disponibilização dos medicamentos pelo sistema público de saúde (BRASIL, 2008).

Transmissão

A AIDS é transmitida através da inoculação de sangue e derivados, de relações sexuais e da mãe infectada para o concepto. A transmissão nas relações sexuais é bidirecional tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais, o que, com o exercício do intercurso anal quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado e na presença de úlceras genitais, amplia o risco de transmissão. A existência de outras doenças sexualmente transmissíveis, a ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual também

aumentam a probabilidade de transmissão do HIV (SOUZA, 2011). Não foi verificada transmissão no contato social, pelo beijo, pela saliva, pelo suor, pelo fômites ou ainda pelos insetos (RACHID, SCHECHTER, 1998; BRASIL, 2005).

Manifestações clínicas

Clinicamente a infecção por HIV pode ser classificada em (BASTOS, CUNHA, HACKER, 2008):

Infecção Aguda – Quando entre duas e quatro semanas após a exposição começam a surgir os primeiros sintomas, podendo durar por igual período de tempo. Dificilmente é identificada por manifestar sintomas comuns a outras infecções, estão presentes a febre, a mialgia, a fadiga, faringite, além de linfadenomegalia. Pode-se observar o aparecimento de rash cutâneo eritematoso, e ainda, outras manifestações menos frequentes, como a meningoencefalite e as neurites (BRASIL, 2005; BASTOS, CUNHA, HACKER, 2008).

Infecção Assintomática – Esse período se estende em média de 8 a 12 anos. Inicialmente não são observadas alterações laboratoriais, contudo estas podem aparecer com o passar do tempo, indicando leucopenia com neutropenia, anemia e/ou linfocitopenia. Um número considerável de infectados, nesta fase, não apresentam nenhum sinal ou

sintoma, entretanto, é possível a presença de linfadenopatia generalizada persistente (BRASIL, 2005. BASTOS, CUNHA, HACKER, 2008).

Infecção Sintomática – Geralmente nesta fase surgem sintomas de ordem geral como: astenia, perda de peso progressiva, mialgia, febre intermitente, sudorese noturna, entre outros. Não se prolonga muito, podendo-se reverter o quadro para o estado anterior ou, em grande parte das vezes, desenvolver rapidamente para a doença (BRASIL, 2005; BASTOS, CUNHA, HACKER, 2008).

Infecção Sintomática Tardia – As infecções oportunistas e as neoplasias se fazem presentes neste período, determinando um estado de doença causado por grave acometimento da imunidade. Como exemplos comuns temos a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, tuberculose pulmonar e extrapulmonar, meningite por criptococos, neurotoxoplasmose, infecções por outras micobactérias, sepse por *Salmonella*, citomegalovirose, herpes disseminado, enfim, um amplo acervo de infecções causadas por bactérias, vírus, fungos, protozoários e ainda outros agentes menos comuns (RACHID, SCHECHTER, 1998; BRASIL, 2005; BASTOS, CUNHA, HACKER, 2008).

Relação entre a AIDS e a Odontologia

As lesões bucais estão estreitamente relacionadas à infecção pelo HIV. A diminuição gradativa da imunidade celular e o resultante surgimento de infecções oportunistas e neoplasias malignas aparecem como sendo a principal característica patológica do vírus da imunodeficiência humana (GASPARIN et al., 2009; LEAO et al., 2009).

A manifestação clínica mais grave da infecção por HIV constitui a doença Aids. Os indivíduos infectados manifestam, em sua maioria, os primeiros sinais clínicos da doença na cavidade bucal, portanto a realização do diagnóstico precoce pelo cirurgião dentista é fundamental para tomada de decisão breve, o que beneficiará o portador no que diz respeito aos resultados do tratamento (AMORIN et al., 2009).

Alguns aspectos podem influenciar no desenvolvimento precoce dessas lesões em pacientes HIV positivos: linfócitos T-CD4 abaixo de 200 células/mm³, carga viral elevada, higiene bucal precária, xerostomia, e uso de tabaco (LEAO et al., 2009).

Estudiosos verificaram uma diminuição acentuada nos casos de infecções oportunistas e na prevalência das manifestações bucais 7,8 após o início da terapia anti-retroviral (TARV) combinada. Fato que ocorre em consequência à redução da destruição celular

causada pelo HIV, recuperação parcial da função imunológica após supressão da viremia e possivelmente ao efeito antiapoptose de algumas drogas (GASPARIN et al., 2009)

As lesões orais associadas com a infecção do vírus HIV podem ser fúngicas, bacterianas e virais, além de processos neoplásicos e lesões de natureza desconhecida. As infecções fúngicas ocorrem por causa de modificações na função imunológica mediada por células T. A *Candida albicans*, por exemplo, é de grande relevância como agente causador de infecções. As lesões de origem bacterianas relacionadas às infecções pelo HIV incluem-se a gengivite e periodontite de evolução rápida. Ocorrem alterações na microbiota em virtude de distúrbios nos componentes salivares devido a imunossupressão decorrente da contaminação com o vírus da AIDS. Assim, a saliva fica com o poder de controle da microbiota e placa bacteriana reduzido, propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais. O vírus herpes humano tipo 8 (HHV-8) é um causador das lesões orais é o agente etiológico do sarcoma de Kaposi (LEAO et al., 2009).

Essas lesões também podem ser agrupadas de acordo com a sua intensidade em três grupos (EYESON et al., 2002):

- Grupo I – Lesões orais que geralmente estão associadas com infecção pelo HIV, como candidíase, leucoplasia pilosa, gengivite úlcero-necrosante aguda (GUNA) e sarcoma de Kaposi.
- Grupo II – Grupo composto por doenças de ocorrência comum como, por exemplo: Ulcerações atípicas, doenças de glândulas salivares, infecções virais por citomegalovírus (CMV) e vírus herpes, papiloma vírus e varicela-zoster.
- Grupo III – Constituído de lesões eventualmente estão relacionadas com infecção pelo HIV, tais como osteomielite, distúrbios neurológicos, sinusite, carcinoma de células escamosas, etc (COOGAN et al., 2005; REZNIK, 2006).

Observando esses aspectos conclui-se que no que diz respeito à Odontologia, pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), exige uma abordagem multidisciplinar pelo cirurgião-dentista. Desse modo, por meio da anamnese e do exame físico, o profissional pode se deparar com sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo vírus HIV, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença. Naqueles pacientes em que a infecção pelo HIV já foi diagnosticada, o cirurgião-dentista exerce um papel igualmente importante, que é o de manutenção da saúde bucal, contribuindo para

a melhoria da sua qualidade de vida (CORRÊA ANDRADE, 2005).

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção por HIV é feito pela identificação de anticorpos anti-HIV no sangue periférico. Devemos levar em consideração o período de cerca de duas semanas a três meses entre a exposição e a possibilidade de se encontrar anticorpos anti-HIV. Período este, chamado de janela imunológica, pois o indivíduo pode estar infectado com alta viremia e o exame ser negativo. Assim sendo, é essencial certificar-se que a exposição de risco ocorreu há mais de três meses (BRASIL, 2005).

É fundamental acompanhar a contagem das células CD4 com a finalidade de medir o quanto danificado está o sistema imunológico. O único método eficaz e seguro para saber se a pessoa está infectada ou não com o vírus da Aids é o teste anti-HIV, ele identifica os anticorpos contra o HIV, existentes no organismo, detectando seu status sorológico. Quanto antes for conhecido menor será a complexidade do tratamento. A importância do diagnóstico precoce parte da garantia do sucesso do tratamento possibilitando uma melhor qualidade de vida para a pessoa infectada (LEITE et al., 2006).

Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) o teste anti-HIV pode

ser realizado de forma segura, gratuita, sem prescrição médica e anônima. Nestes centros há uma equipe multiprofissional, constituída de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, que oferecem apoio tanto no período anterior quanto no posterior a testagem (LEITE, et al., 2006; BRASIL, 2005). Os Principais tipos de teste são:

- Testes de detecção de anticorpos: ELISA: Muito utilizado como teste inicial para verificar a presença de anticorpos contra o vírus.
- Testes de detecção de antígenos: É feito pela contagem da proteína viral presente no plasma do sangue. Ele é utilizado em associação ao ELISA.
- Testes de cultura viral: Realizado através da observação de alterações no sangue recolhido, reagindo a substâncias colocadas nele, que possibilitam identificar a presença do HIV.
- Testes de amplificação do genoma do vírus: Utilizado pelas pessoas confirmadas como HIV positivo. Faz o controle da carga viral presente no paciente infectado.

Devido ao aparecimento de sinais e sintomas comuns a outras doenças, faz-se necessário a avaliação de um profissional para seu diagnóstico juntamente com resultados de exames laboratoriais (RACHID,

SCHECHTER, 1998; LEITE et al., 2006; BRASIL, 2005).

Tipos de tratamento

Ainda que não tenha sido descoberta a cura para a Aids, existem tratamentos que irão prolongar um pouco a vida dos indivíduos acometidos por esta síndrome, objetivando combater o vírus, tratar as doenças oportunistas e fortalecer o sistema imunológico (LEITE, et al., 2006). Existem dois grupos de medicamentos:

- Inibidores da transcriptase reversa: são drogas que inibem a replicação do vírus HIV bloqueando a enzima transcriptase reversa que age copiando o RNA viral em DNA. São divididos em:

1. Análogos de nucleotídeos (ITRN): abacavir, didanosina, emtricitabina, estavudina, lamivudina, tenofovir, zalcitabina, zidovudina;

2. Não análogos de nucleotídeos (ITRNN): delavirdina, efavirenz e nevirapina.

- Inibidores de protease (IP): Essas drogas agem impedindo a ação da enzima protease que irá atuar na formação do núcleo de cada partícula do HIV. Temos como exemplos: amprenavir, atazanavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir e saquinavir (NIEUWKERK et al., 2000; HIGHTOWER,

KALLAS, 2003; BRASIL, 2005; LEITE et al., 2006).

Atualmente são comercializados medicamentos associados que promovem a elevação da taxa de linfócitos TCD4 e reduzem os títulos plasmáticos de RNA-HIV, desfavorecendo a replicação viral, são eles: Biovir ou combivir: associa zidovudina e lamivudina. Trizivir: associa abacavir, zidovudina e lamivudina; Kaletra: associa amprenavir e ritonavir (HAMMER et al., 2006; LEITE, et al., 2006).

Discussão

Enquanto Brito et al. (2001) mostra que a infecção por HIV veem sofrendo mudanças epidemiológicas, caracterizando-se atualmente pela heterossexualização e feminização, o trabalho de Amorin et al. (2009) e Gasparin et al. (2009) apresenta em seus resultados que a maioria dos infectados ainda é constituída por homens representando 58,01% e 51% respectivamente, da amostra analisada.

Amorin et al. (2009) e Gasparin et al. (2009) constataram em seus estudos a candidíase bucal como lesão oral mais frequente, o que vai de encontro a Eyeson et al. (2002) que obteve em seus resultados a Leucoplasia pilosa mais presente.

Leao et al. (2009) corrobora com Coogan et al. (2005) e Reznik (2006) quando fala da importância do cirurgião dentista no diagnóstico das lesões orais que são indicadores da infecção pelo HIV, e atentam para a relevância da formação e educação de todos os profissionais de saúde para identificação dessas lesões e consequente diagnóstico precoce.

Coogan et al. (2005) e Corrêa e Andrade (2005) concordam quanto a necessidade de acompanhamento dos pacientes HIV positivos por profissionais da Odontologia, tendo em vista que devido a baixa imunidade esses pacientes estão mais susceptíveis a infecções oportunistas na cavidade oral.

Melchior et al. (2007) e Leite et al. (2006) sinalizam a influência de fatores socioeconômicos e culturais na adesão ao tratamento, ambos concordando quanto a necessidade de desenvolvimento de estratégias para comunicação efetiva com o paciente. Hightower e Kallas (2003) e Nieuwkerk (2000) vem reforçar a importância da terapia anti-retroviral, com resultados que exibem melhora na qualidade de vidas dos indivíduos que estão sob tratamento.

Durante a pesquisa, na amostra analisada, verificou-se que há uma pequena quantidade de referências disponíveis para o

conhecimento do histórico da Aids no Brasil e no mundo, essas incluem alguns artigos internacionais, principalmente de países da América Latina e EUA, e em publicações do Ministério da Saúde no Brasil (MORAIS DE SÁ, COSTA, 1994; RACHID, SCHEICHTER, 1998; BRITO, CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; BRASIL, 2005; LEITE, et al., 2006; BRASIL, 2008; SOUZA, et al., 2010; WEISS, 2010).

Em compensação, após verificada a associação da Aids a outras doenças, em estudos dos últimos trinta anos nota-se uma série de publicações que tem como conteúdo essa relação, como tuberculose, doenças do sistema neurológico, sífilis, candidíase entre outras (NASCIMENTO, 2005; PARK et al., 2009).

Muitos estudos tratam da repercussão sociocultural do diagnóstico de Aids em um indivíduo, refletindo sobre os estigmas associados a Aids no Brasil e no mundo, e sobre os preconceitos sofridos em decorrência dos grupos de risco da doença, assim também como a qualidade de vida dos portadores (CANINI et al., 2004; PEREIRA, NICHATA, 2011).

Outras tantas pesquisas trazem à tona a temática de adesão aos tratamentos anti-retrovirais, visto que a desistência dos tratamentos é uma prática presente, por

motivos diversos (NIEUWKERK et al., 2000; MELCHIORI, 2007).

Com relação à odontologia a maioria das publicações se refere aos cuidados com a infecção cruzada e biossegurança no atendimento ao paciente soropositivo, constando em menor número os estudos que se propõe a informar e discutir a respeito das lesões características da Aids na cavidade oral (EYESON et al., 2002; COOGAN et al., 2005; CORRÊA, ANDRADE, 2005; REZNIK, 2006; AMORIN et al., 2009; GASPARIN et al., 2009; LEAO et al., 2009).

Existem muitos estudos a respeito da Aids e infecção por HIV disponíveis na área acadêmica, esta discussão relatou apenas as problemáticas mais abordadas pelos pesquisadores. A amostra utilizada para estudo foi escolhida de acordo com a conveniência da pesquisa ao assunto do artigo, logo é insuficiente para uma análise ideal das publicações sobre Aids nas bases científicas, mas satisfatória para o que se propõe, uma revisão de literatura sobre a doença.

Considerações finais

A Aids é uma doença emergente 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.

Os trabalhos de revisão de literatura podem possibilitar a identificação do caminho percorrido até o desenvolvimento do conhecimento atual e também direcionar a construção de novos projetos de pesquisa. Apesar das limitações deste estudo, acredita-se ter contribuído com a compilação de dados básicos sobre a doença, como seu histórico, suas manifestações, diagnóstico e tratamento e a relação da odontologia com a Aids.

A possibilidade de transmissão viral no consultório odontológico é uma realidade, por isso é de suma importância que o cirurgião-dentista tenha ciência dos riscos biológicos que está exposto para que, possa adotar normas universais de biossegurança, tratando todos os pacientes como potencialmente infectados.

A compreensão da associação da AIDS e cavidade oral é fundamental para que se tenha discernimento em relação às alterações bucais causadas pelo vírus. Tendo em vista que as lesões orais são as primeiras que acometem o indivíduo infectado, o cirurgião-dentista possui um papel importante no diagnóstico precoce, contribuindo assim, na efetividade do tratamento, culminando em um melhor prognóstico e manutenção da saúde geral dos pacientes portadores.

Referências

1. AMORIM, J.A. et al. Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos. *Odontol. clín.-cient.* Recife, v. 8, no. 2, p. 127-131. Jun. 2009.
2. BASTOS, F.I.; CUNHA, P.M.; HACKER, C.B. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. *Rev Saúde Pública.* São Paulo, v. 42, p. 98-108. 2008.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids / Programa Nacional de DST e Aids. – 3. ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria da vigilância em saúde. Programa nacional de DST/Aids. Boletim epidemiológico AIDS/DST Brasília; 2008.
5. BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001.
6. CANINI, S.M.S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 940-945, Dec. 2004.
7. COOGAN, M.M.; GREENSPAN, J.; CHALLACOMBE, S.J. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 83, n. 9, p. 700-706, Sept. 2005.
8. CORRÊA, E.M.C.; ANDRADE, E.D. Tratamento odontológico em pacientes hiv/aids. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 20, n. 49, Jul./Set. 2005.
9. EYESON, J.D. et al. Oral manifestations of an HIV positive cohort in the era of highly active anti-retroviral therapy (HAART) in South London. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v. 31, no. 3, p. 169-174, Mar. 2002.
10. GASPARIN, A.B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, no. 6, p. 1307-1315, Jun, 2009.
11. HAMER, S.M. et al. Treatment for adult HIV infection: 2006 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *Jama*. v. 296, no. 7, p. 827-43, Aug. 2006.
12. HIGHTOWER, M.; KALLAS, E.G. Diagnosis, antiretroviral therapy, and emergence of resistance to antiretroviral agents in HIV-2 infection: a review. *Braz J Infect Dis*, Salvador, v. 7, n. 1, p. 07-15, Feb. 2003.
13. LEO, J.C. et al. Oral complications of HIV disease. *Clinics*, São Paulo, v. 64, n. 5, p. 459-470, May 2009.
14. LEITE, J.L. et. al. Sida: veinticuatro años de lucha. *Enfermeria Global* ISSN 1965-6141, n. 9, Nov. 2006.
15. MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 87-93, Dec. 2007
16. MORAIS DE SÁ, C.A.; COSTA, T. Corpo a corpo contra a AIDS: A história do Gaffrée. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1994.
17. NASCIMENTO, D.R. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 456-458, Feb. 2006.
18. NIEUWKERK, P.T. Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/saquinavir therapv. *The Prometheus Study Group. AIDS*. v 14, no. 2, p.181-7, Jan. 2000.
19. PARK, B.J. et al. Estimation of the current global burden of cryptococcal meningitis among persons living with HIV/AIDS. *Epidemiology and Social: Concise communications*, v. 23, no. 4, p. 525-530, Feb. 2009.
20. PEREIRA, A.J.; NICHATA, Lúcia Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, July 2011.
21. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
22. RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/Aids. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1998.
23. REZNIK, D.A. Oral manifestations of HIV disease. *Top. in HIV Med.*, San Francisco, v. 13, no. 5, Dec 2005/Jan 2006.
24. Sepkowitz, K. A. AIDS — The First 20 Years. *N Engl J Med.*, v. 344, no. 23, p. 1764-72, Jun. 2001.
25. SOUZA, D. Educação continuada em saúde para a prevenção do HIV/AIDS no local de trabalho. Monografia apresentada no curso de especialização prevenção ao HIV/AIDS no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Orientadora: Cely Regina Batista Blesa. São Paulo. 2011.
26. SOUZA, B. B. et al. A política de aids no brasil: uma abordagem histórica. *J. Manag. Prim. Health Care*, v. 1, no. 1. 2010.
27. WEISS, R.A. Twenty-five years of human immunodeficiency virus research: successes and challenges. *Clin Exp Immunol*, v. 152, no. 2, p. 201-10, May. 2008.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br