

IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DAS MANIFESTAÇÕES ORAIS DO HIV/AIDS PARA ATRIBUIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

AUTORES

Pedro Henrique Neves AZEVEDO

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Jéssica de Almeida COELHO

Mariana Martins ORTEGA

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente causador da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e compromete o sistema imunológico, tornando o organismo vulnerável a diversas infecções. Este estudo destacou a importância do cirurgião-dentista na identificação precoce das manifestações orais do HIV/AIDS, uma vez que essas manifestações frequentemente representam os primeiros sinais clínicos da infecção. Desta forma, destacou-se a relevância do reconhecimento precoce das manifestações orais do HIV/AIDS, enfatizando o papel do cirurgião-dentista nesse processo, e fornecer informações sobre as principais lesões bucais associadas à infecção pelo HIV. Concluiu-se que o reconhecimento atento e sensível das manifestações orais do HIV/AIDS desempenha um papel vital na identificação precoce da infecção, contribuindo para o tratamento eficaz, a promoção da saúde e o bem-estar dos pacientes afetados por essa condição. O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental na detecção dessas manifestações, possibilitando o encaminhamento adequado dos pacientes para um diagnóstico preciso e intervenção oportuna.

PALAVRAS - CHAVE

HIV/AIDS. Manifestações orais. Diagnóstico precoce. Cirurgião dentista.

1. INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), infecta células do sistema imunológico, tornando o hospedeiro vulnerável a diversos patógenos, como bactérias, vírus, fungos e protozoários (KASPER et. al., 2005).

A partir da década de 80, o HIV tornou-se expressivo no Brasil, causando alto índice de mortalidade. Por não haver medicamentos que bloqueassem a replicação do vírus, o sistema imunológico era destruído, levando os indivíduos portadores da doença a adquirirem uma variedade de doenças oportunistas que resultavam em morte (COLAÇO et. al., 2019).

O HIV ataca o sistema imunológico, afetando principalmente os linfócitos T CD4+, que são células responsáveis pela defesa do organismo contra doenças. Por consequência da progressiva queda de imunidade, os indivíduos infectados se tornam mais susceptíveis a adquirirem infecções oportunistas, especialmente aquelas que afetam a cavidade oral (BRASIL, 2011).

Lesões orais são comuns em pacientes infectados pelo HIV. Estima-se que mais de 90% dos pacientes portadores da AIDS desenvolvem uma ou mais manifestações orais durante o curso da doença, o que pode indicar mudanças no estado geral de saúde do paciente (GOMES; SOARES; FELIPE, 2020).

A presença de lesões orais em pacientes com AIDS tem sido motivo de diversos trabalhos, tendo em vista que, essas manifestações orais representam os primeiros sinais da doença. É de fundamental importância o conhecimento detalhado das lesões orais presentes nesses pacientes, como forma do cirurgião-dentista identificar, o mais precocemente possível, os casos de pacientes com AIDS nas suas atividades clínicas (CAVASSANI et. al., 2002; LIMA; SILVEIRA; BIRMAN, 1994; LEÃO et. al., 2009).

As principais lesões oportunistas identificadas em indivíduos portadores do HIV são: candidíase oral, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, eritema gengival linear (EGL), gengivite ulcerativa necrosante (GUN), periodontite ulcerativa necrosante (PUN) e linfoma não Hodgkin. Dentre estas, a candidíase oral e a leucoplasia pilosa são as principais lesões diagnosticadas em pacientes HIV+ (LEÃO et. al., 2009).

A candidíase oral trata-se de uma infecção fúngica oportunista, que afeta principalmente a língua, o palato e a mucosa jugal. Causada por leveduras do gênero *Candida* spp. principalmente da espécie *C. albicans* ocorre principalmente em pacientes imunossuprimidos, como por exemplo, pacientes portadores de HIV, neoplasias malignas, síndromes metabólicas, entre outros (COSTA, 2011).

Já a leucoplasia pilosa é uma infecção oportunista causada pelo vírus Epstein-Barr comumente encontrada em pacientes nos estágios iniciais da AIDS, sendo clinicamente caracterizada pelo desenvolvimento de placas brancas não removíveis a raspagem, localizadas principalmente nas bordas laterais da língua, podendo ser uni- ou bilateral (GREENSPAN; GREENSPAN, 1992).

Segundo Souza et. al. (2000), as manifestações orais associadas à infecção pelo HIV devem ser classificadas em três grupos com base na intensidade com que se apresentam. O grupo I consiste em lesões orais como candidíase, leucoplasia pilosa, gengivite ulcerativa necrosante (GUN) e sarcoma de Kaposi. Ulcerações atípicas, doenças de glândulas salivares, infecções virais por citomegalovírus (CMV), vírus herpes, papiloma vírus e varicela zoster são classificadas como grupo II por serem menos comuns de ocorrer. Já o grupo III também inclui lesões que podem estar associadas à infecção pelo HIV, como osteomielite, distúrbios neurológicos, sinusite e carcinoma epidermóide.

O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de uma revisão bibliográfica, as manifestações orais decorrentes do HIV/AIDS, com particular destaque ao papel proeminente do cirurgião-dentista na identificação precoce dessas lesões.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho refere-se a uma revisão da literatura tendo como busca de seus dados nas bases: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*, Instituto Nacional do Câncer (INCA) e MedLine, publicados entre os anos de 2000 a 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol. Após os dados serem coletados será feita uma análise crítica acerca de reconhecer as manifestações orais do HIV/AIDS para o diagnóstico precoce.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O HIV e a AIDS: Mecanismos de infecção e replicação viral

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS). Essa doença é caracterizada pela imunodepressão, resultante principalmente da infecção e destruição dos linfócitos T CD4+, que são células responsáveis por coordenar a resposta imune do organismo. Com a replicação viral, ocorre a lise dos linfócitos T CD4+, promovendo a liberação de partículas virais recém-formadas, as quais encontram aptas a infectar células adjacentes, impulsionando assim, o avanço da infecção (PURIFICAÇÃO, 2011).

O HIV é um vírus que pertence ao grupo dos retrovírus, cujo genoma é composto por RNA. Pertencente à Família Retroviridae e à subfamília Lentivirinae, o HIV é classificado como um retrovírus citopático de natureza não-oncogênica. Sua propagação requer a atividade catalítica da enzima transcriptase reversa, responsável pela conversão do material genético viral de RNA para uma cópia DNA. Tal DNA pode, então, se integrar ao genoma do hospedeiro, possibilitando, desse modo, o ciclo replicativo do vírus (FORATTINI, 1992).

3.2 A latência da AIDS: um desafio na detecção precoce da infecção

Ao contrário do padrão observado em muitas doenças infecciosas, cuja sintomatologia se desenvolve em um curto espaço de dias ou semanas após o contágio, a AIDS apresenta uma notável característica de latência, estendendo-se por um período de anos ou até mesmo décadas. A fase inicial da infecção pelo Vírus do HIV é silenciosa e sem sintomas visíveis, permitindo que o vírus se espalhe sem ser detectado (MONTAGNIER, 1996).

3.3 Estratégias de prevenção e diagnóstico do HIV: vias de transmissão e testes

As principais vias de transmissão do vírus HIV incluem o contato sexual, a exposição ao sangue contaminado e a transmissão vertical. Além dessas formas mais comuns, também pode ocorrer transmissão ocupacional, que acontece através de acidentes de trabalho, especialmente em profissionais da área de saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfurocortantes contaminados pelo sangue de pacientes infectados (BRASIL, 2011).

Apesar da ausência de uma cura definitiva e de vacinas preventivas para a infecção, os antirretrovirais desempenham um papel crucial no tratamento da doença. Esses medicamentos inibem a replicação do vírus HIV

no organismo humano, resultando em uma redução da carga viral, fortalecendo o sistema imunológico e contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus (COSTA et. al., 2019).

Ainda com os avanços no entendimento, transmissão e tratamento do HIV, o preconceito persiste entre aqueles com a infecção. O combate ao estigma é um pilar central nas abordagens da AIDS, tanto na área médica quanto na inclusão social e na interação normal das pessoas com o vírus em situações cotidianas (ADAS & GARBIN, 2019; GROVER, 2014).

3.4 Manifestações bucais da infecção pelo HIV: sinais clínicos e implicações no prognóstico

A cavidade bucal desempenha um papel crucial como uma importante fonte de informações para o diagnóstico e prognóstico da doença associada à infecção pelo HIV. As lesões bucais não apenas estão entre os primeiros sinais clínicos da infecção pelo HIV, mas também têm a capacidade de indicar a possível progressão para a condição de AIDS. Devido às condições imunológicas, microrganismos podem proliferar, favorecendo o aparecimento de lesões como: candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, sarcoma de Kaposi (SK), doença periodontal e linfoma não Hodgkin (LNH) (MOTTA et. al., 2014; MARÇAL et. al., 2018; LEO et. al., 2009).

3.4.1 Candidíase

A candidíase é uma doença causada pela infecção do fungo *Candida albicans* e pode se manifestar de quatro maneiras clínicas distintas: Pseudomembranosa, Eritematosa, Hiperplásica e Queilite Angular. Esta é uma condição oral frequentemente observada em indivíduos portadores do vírus HIV ou que desenvolveram a AIDS, devido à supressão do sistema imunológico. Entre as diversas formas de manifestação mencionadas, a Candidíase Pseudomembranosa (Figura 1) é a mais comum nesses pacientes, sendo caracterizada pela presença de membranas esbranquiçadas ou amareladas, que podem ser facilmente removidas por meio de procedimentos mecânicos, como a raspagem (PAULIQUE, 2017).

O diagnóstico é estabelecido clinicamente com base nos sinais clínicos e confirmado por meio de exame de citologia esfoliativa, sendo a identificação definitiva realizada por meio de cultura. A primeira opção de tratamento recomendada é o uso de Nistatina em suspensão oral ou pastilha, na dosagem de 200.000 UI, administrada de 4 a 5 vezes ao dia, por um período de 10 a 14 dias. Além disso, podem ser indicados medicamentos como o Cetoconazol, o Fluconazol ou o Itraconazol (administração sistêmica), que também demonstram eficácia (NEVILLE et. al., 2016).

Figura 1 - Candidíase Pseudomembranosa



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.2 Leucoplasia Pilosa Oral (LPO)

A Leucoplasia Pilosa Oral (LPO) é uma infecção oportunista que ocorre principalmente em pacientes infectados pelo HIV (Figura 2), sendo associada à presença do vírus Epstein-Barr (EBV) (FLORES et. al., 2006).

A presença da LPO em pacientes infectados pelo HIV indica um estágio avançado de imunossupressão grave. Embora a LPO também tenha sido observada em pacientes transplantados, quando ocorre sem uma causa conhecida de imunossupressão, é fortemente sugestiva de infecção pelo HIV. Em casos muito raros, essa lesão pode surgir em indivíduos com sistema imunológico normal, e sua detecção em um paciente sem fatores óbvios de imunossupressão requer uma avaliação física completa para descartar essa condição (NEVILLE et. al., 2016).

Na maioria dos casos, o tratamento não é considerado necessário. O uso de cremes como o aciclovir e a podofilina resinoso pode levar a uma rápida resolução dos sintomas, mas é importante estar ciente de que a recorrência dos sintomas é esperada quando o tratamento é interrompido.

Figura 2 - Leucoplasia Pilosa Oral (LPO) Associada ao HIV.



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.3 Sarcoma de Kaposi

Sarcoma de Kaposi é o tumor mais comum em pacientes com AIDS (Figura 3, 4). Há uma forte predileção pelo sexo masculino, refletida em uma relação homem/mulher de cerca de 20/1. Há evidências na literatura de que o Herpes vírus humano tipo 8 seja o principal co-fator na manifestação dessa neoplasia (BRASIL, 2000).

Na cavidade bucal, as lesões podem se manifestar como manchas isoladas ou múltiplas, apresentando cores que variam entre o vermelho e o violáceo. Além disso, podem assumir a forma de nódulos ou tumores. O palato é a região mais comumente afetada, seguida da gengiva. Vale notar que essas lesões geralmente são assintomáticas (BRASIL, 2000).

As opções de tratamento incluem o uso de medicamentos tópicos, como o gel de alitretinoína ou o creme de imiquimod, para tratar as lesões na boca. Além disso, há a possibilidade de injeção intralesional de quimioterápicos ou agentes imunomoduladores, como vimblastina, vincristina, bleomicina e interferon-alfa. Outras opções terapêuticas incluem radioterapia, excisão cirúrgica, crioterapia (para lesões cutâneas), escleroterapia e laserterapia (NEVILLE et. al., 2016).

Figura 3 - Sarcoma de Kaposi (SK) Associado ao HIV. Aumento de volume elevado, vermelho-escuro, na gengiva inferior vestibular anterior, do lado esquerdo



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

Figura 4 - Sarcoma de Kaposi (SK) Associado ao HIV. Aumento de volume nodular, vermelho-azulado, difuso no palato duro, do lado esquerdo



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.4 Doença Periodontal

As lesões de origem bacteriana, como gengivite e periodontite de progressão rápida, estão frequentemente associadas às infecções pelo HIV. A imunossupressão causada pela presença do vírus da AIDS resulta em alterações na microbiota oral, favorecendo o desenvolvimento de problemas gengivais e periodontais (GASPARIN, 2009).

Os fatores de risco ligados à doença periodontal englobam tanto aspectos sociais e comportamentais, como tabagismo, consumo de álcool e drogas, quanto fatores sistêmicos, como a infecção pelo HIV. É importante notar que a saúde periodontal é resultado da interação entre esses fatores de risco e os mecanismos do sistema imunológico (GRAHAM, 1990; GROSSI et. al. 1994).

Três padrões atípicos de doença periodontal fortemente associados à infecção pelo HIV são observados: eritema linear gengival, gengivite ulcerativa necrotizante (GUN), periodontite ulcerativa necrotizante (PUN) (NEVILLE et. al., 2016).

3.4.5 Eritema Linear Gengival

Este quadro é caracterizado pela presença de um eritema severo na gengiva marginal livre, muitas vezes acompanhado de um halo eritematoso que se estende da gengiva livre à inserção. A progressão dos sintomas é rápida, resultando em sangramento quando a gengiva é sondada. É importante notar que não são observados fatores locais que contribuam para essas alterações (BRASIL, 2000).

Na literatura, observa-se que a avaliação do eritema linear gengival pode ser desafiadora, pois a gengivite marginal convencional frequentemente é erroneamente diagnosticada como eritema linear gengival (Figura 5).

Embora alguns pesquisadores sugiram que o eritema linear gengival possa surgir devido a uma resposta imunológica anormal do hospedeiro às bactérias subgengivais, evidências indicam que esse tipo de gengivite, em muitos casos, pode ser um padrão atípico de candidíase. O tratamento pode envolver procedimentos de desbridamento, irrigação com álcool iodado, uso de clorexidina e/ou agentes antifúngicos, dependendo da situação clínica (NEVILLE et. al., 2016).

Figura 5 - Gengivite Associada ao HIV. Banda eritematosa envolvendo a gengiva marginal livre



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.6 Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN)

A Gengivite Ulcerativa Necrotizante (GUN) representa a ulceração e necrose de uma ou mais papilas interdentais, sem que haja perda na inserção periodontal. Pacientes com GUN frequentemente apresentam sintomas como necrose gengival entre os dentes, sangramento, sensação de dor e halitose. A infecção tende a se desenvolver em situações de estresse psicológico e em estados de imunossupressão, frequentemente associados à AIDS. A GUN é causada por bactérias anaeróbias, incluindo a *Prevotella intermedia*, fusobactérias e espiroquetas (NEVILLE et. al., 2016).

O tratamento da GUN inicia-se com a irrigação da área afetada utilizando água oxigenada, devido à presença predominante de microrganismos anaeróbicos localizados na superfície externa da gengiva (Figura 6). Além disso, é realizada a remoção das membranas necróticas por meio de gaze estéril embebida em clorexidina a 0,12%. Recomenda-se a prescrição de bochechos com clorexidina ou água oxigenada diluída, bem como o uso de antibióticos, como metronidazol, penicilina, eritromicina ou tetraciclina. É importante fornecer orientações sobre higiene oral, repouso e uma dieta nutritiva de consistência branda durante o tratamento inicial. Após essa fase, é realizada a terapia periodontal básica (NEVILLE et. al., 2016).

Figura 6 - Gengivite Ulcerativa Necrosante Associada ao HIV (GUN), múltiplas papilas interdentais perdidas na gengiva inferior.



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.7 Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

Inicialmente, a Periodontite Ulcerativa Necrotizante (PUN) foi denominada periodontite associada ao HIV; entretanto, ela não tem sido considerada específica da infecção pelo HIV (Figura 7). A PUN apresenta sintomas similares aos da GUN, mas também leva uma rápida destruição do osso alveolar, incluindo perda de inserção clínica.

O tratamento da PUN envolve diversas etapas, incluindo desbridamento, uso de antimicrobianos, controle da dor, acompanhamento imediato e cuidados a longo prazo. Inicialmente, é essencial remover o tecido necrosado e irrigar com iodo-povidona. Embora não seja comum o uso de antibióticos sistêmicos, em casos de envolvimento extenso e dor intensa, o metronidazol pode ser administrado. Todos os pacientes devem fazer bochechos com clorexidina e seguir um regime de manutenção prolongada.

Após o desbridamento inicial, a remoção de tecidos comprometidos deve ocorrer dentro de 24 horas, repetindo-se a cada sete a 10 dias em duas a três consultas, dependendo da resposta do paciente. Posteriormente, consultas mensais são necessárias até que o processo se estabilize, com avaliações realizadas a cada três meses (NEVILLE et. al., 2016).

Figura 7 - Periodontite Associada ao HIV. Extensa perda do suporte periodontal sem bolsas profundas



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.4.8 Linfoma Não Hodgkin

O linfoma não Hodgkin (LNH) é atualmente a forma mais comum de câncer encontrada em pessoas com AIDS nos Estados Unidos (NEVILLE et. al., 2016).

Na mucosa bucal, o LNH tem uma tendência a se manifestar principalmente na gengiva (Figura 9). Essa característica tem recebido considerável destaque, pois devido à condição frequentemente debilitada da saúde bucal em pacientes com AIDS, é uma ocorrência comum observar essas mudanças relacionadas a dentes prejudicados, levando à primeira suspeita de abscesso dentoalveolar ou doença periodontal (BRASIL, 2000).

O diagnóstico do LNH é geralmente obtido por meio de biópsia. Uma vez confirmado, o tratamento é implementado, frequentemente envolvendo quimioterapia combinada com a terapia antirretroviral combinada (cART) (BRASIL, 2000; NEVILLE et. al., 2016).

Figura 8 - Linfoma Associado ao HIV. Aumento de volume de tecido mole ulcerado e eritematoso na gengiva inferoposterior e fundo de vestibulo, do lado direito



FONTE: NEVILLE et. al., 2016

3.5 Importância do cirurgião dentista na identificação precoce do HIV na cavidade bucal

É comum que as manifestações bucais da infecção pelo HIV ocorram e, em alguns casos, podem ser os primeiros indícios clínicos da doença (COULTER et al., 2000). Muitas pessoas infectadas não têm conhecimento de sua condição, tornando o cirurgião-dentista possivelmente o primeiro a identificar os sinais e sintomas relacionados à presença do vírus no organismo. Sempre que houver suspeita de infecção pelo HIV, é crucial encaminhar o paciente a um infectologista para realizar exames e receber o tratamento adequado (CORRÊA & ANDRADE, 2005).

É fundamental destacar que a responsabilidade do cirurgião-dentista não está em informar ao paciente sobre uma suspeita de infecção pelo HIV, mas sim em explicar que existem alterações (sejam elas bucais ou sistêmicas) que requerem avaliação por um infectologista. Embora o HIV/AIDS não deva ser tratado como um “tabu”, é importante lembrar que seu diagnóstico deve ser realizado por profissionais devidamente capacitados, uma vez que se trata de uma doença incurável (CORRÊA & ANDRADE, 2005).

É comum que muitos profissionais de odontologia se sintam inseguros ao tratar pacientes já diagnosticados com HIV. As principais razões incluem o receio do risco pessoal de contágio, dúvidas sobre a eficácia das medidas de controle de infecção cruzada, preocupações quanto à possibilidade de perder outros pacientes caso saibam que atendem pessoas com HIV e o medo de contaminação da equipe auxiliar (NUNES & FREIRE, 1999).

No entanto, é importante reconhecer que muitos pacientes infectados são assintomáticos e optam por não divulgar seu diagnóstico ao cirurgião-dentista devido ao receio de discriminação. É um fato que muitos profissionais já trataram pacientes com HIV sem conhecimento prévio. Além disso, os dados epidemiológicos indicam um aumento contínuo no número de pessoas infectadas no Brasil e no mundo, o que significa que os cirurgiões-dentistas podem se deparar cada vez mais com esse grupo de pacientes (BRASIL, 2000).

No tratamento odontológico desse grupo de pacientes, o objetivo principal é a melhoria da qualidade de vida. Para isso, é essencial uma revisão minuciosa da história médica e uma conversa aberta com o paciente para compreender suas expectativas, incluindo a remoção de dor e aprimoramento estético (HASTREITER & JIANG, 2002).

Além disso, considerar seu estado emocional e financeiro é crucial, visto que esses fatores impactam diretamente na aderência ao tratamento, frequência das consultas e práticas de higiene oral. A condição financeira também influencia a alimentação, que por sua vez afeta o estado nutricional e a saúde geral. O plano de tratamento deve ser simples e adaptado às necessidades do paciente, enquanto enfatiza a importância da higiene oral na prevenção de lesões e infecções que podem afetar sua saúde geral (CORRÊA & ANDRADE, 2005).

4. CONCLUSÃO

Em suma, a importância do reconhecimento das manifestações orais do HIV/AIDS para a atribuição do diagnóstico precoce é inegável. A cavidade bucal assume um papel crítico como uma das primeiras áreas onde os sinais clínicos da infecção podem se manifestar. O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental ao identificar essas manifestações, pois elas podem servir como um indicador precoce da presença do vírus no organismo.

Ao reconhecer prontamente esses sinais, é possível encaminhar o paciente a um infectologista para avaliação e diagnóstico preciso. Essa abordagem precoce não apenas beneficia a saúde bucal do paciente, mas também permite o início imediato do tratamento antirretroviral, fortalecendo o sistema imunológico e melhorando sua qualidade de vida de maneira geral.

Portanto, o reconhecimento atento e sensível das manifestações orais do HIV/AIDS desempenha um papel vital na identificação precoce da infecção, contribuindo para o tratamento eficaz, a promoção da saúde e o bem-estar dos pacientes afetados por essa condição.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAS, C.; GARBIN, S. Bioética e HIV / AIDS: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 511-522, 2009.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**. Unidade de Assistência, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf >.

CAVASSANI, V. G. S.; et. al. Oral candidiasis as prognostic marker of HIV-infected patients. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 68, 2002.

COLAÇO, A. D. et al. Care for the person who lives with HIV/AIDS in primary health care. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019.

CORREIA, E.M.C.; ANDRADE, E.D. Tratamento Odontológico em Pacientes HIV/AIDS. **Revista Odonto Ciência**, Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, 2005.

COSTA, A. C. B. P. **Avaliação da Terapia Fotodinâmica em Candida albicans in vitro e in vivo. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal)** – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São José dos Campos, 2011.

COSTA M. M. R., et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1833-1842, 2019.

COULTER I. D. et. al. Use of dental care by HIV-infected medical patients. **Journal of Dental Research**. 79(6): 1356-1361, 2000.

FLORES, J.Á. et. al. Manifestações bucais e infecções oportunistas em pacientes HIV positivos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) - RS. **Saúde**, Santa Maria. 32(1): 45-52, 2006.

FORATTINI, O.P. - **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo/Livraria Editora Artes Médicas Ltda. 1992.

GASPARIN A.B. et al. Fatores e prevalências associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidades sul-brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. 25(6): 1307-1315, 2009.

GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S. Significance of oral hairy leukoplakia. **Oral Surgery**, v. 73, n. 2, 1992.

GOMES, M. A. B., SOARES, M. V. S., FELIPE, L. C. S. Manifestações Orais em Pacientes Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Uma Revisão Atualizada. **Facit Business and Technology Journal**, 2020.

GRAHAM, H. **Behaving well: women's health behavior in context**. In: ROBERTS H, editor. Women's Health Counts. London: Routledge, 1990.

GROSSI S.G. et. al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. **Journal of Periodontology**. 65(3): 260-267, 1994.

GROVER, N. **Attitude and knowledge of dental students of National Capital Region regarding HIV**, 2014.

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.

KASPER, M.R., et. al. HIV-1 Nef interrompe a apresentação do antígeno no início da via secretora. **J Biol Chem**, 280(13), 2005.

LEAO, J. C., et. al. Oral complications of HIV disease. **Clinics**, NIH, 64(5), 2009.

LIMA, O. C. C.; SILVEIRA, F. R. X.; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS I: doenças fúngicas. **Revista ABO Nacional**, v. 2, n. 1, 1994.

MARÇAL, C.S et. al. Síndrome da imunodeficiência adquirida na criança e no adolescente: conduta odontológica. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 59, n. 2, p. 72-82, 2018.

MONTAGNIER. L. **SIDA: Factos/Esperanças**. 10 ed. França: Instituto Pasteur, 1996.

MOTTA, W.K.S et al. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivo HIV/AIDS. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 1, p. 61-67, 2014.

NEVILLE, B.W; et. al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

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

PAULIQUE, N.C. et. al. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **Archives of Health Investigation**. 6(6): 240-244, 2017.

PURIFICAÇÃO, A.C.S. **Perfil epidemiológico de gestantes portadoras do HIV atendidas em uma unidade de referência. Belém, Monografia (TCC)** – Universidade Federal do Pará, 2011.

SOUZA, B. L. et. al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, 2000.