

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE –  
MESTRADO

**CÉLIA CRISTINA VIEIRA CARVALHO**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES  
ESTOMATOLÓGICAS E O PERFIL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE  
BUCAL DOS PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/aids, ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA  
EM SÃO LUÍS – MA.**

São Luís  
2008

**CÉLIA CRISTINA VIEIRA CARVALHO**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES  
ESTOMATOLÓGICAS E O PERFIL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE  
BUCAL DOS PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/aids, ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA  
EM SÃO LUÍS – MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado – da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves

São Luís  
2008

Carvalho, Célia Cristina Vieira.

Estudo da prevalência de alterações estomatológicas e o perfil da condição de saúde bucal dos pacientes que vivem com HIV/aids, atendidos nas unidades de referência – São Luís-MA. / Célia Cristina V. Carvalho. – São Luís, 2008.

72 p.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Maria Teresa Seabra S. de B. e Alves

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, 2008.

1. Portador HIV/aids – Lesões orais 2. Alterações estomatológicas  
3. Saúde Bucal. I. Título.

CDU: 616.31 – 001 (812.1)

**CÉLIA CRISTINA VIEIRA CARVALHO**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES  
ESTOMATOLÓGICAS E O PERFIL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE  
BUCAL DOS PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/aids, ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA- SÃO LUÍS - MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado - da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves** (Orientadora)  
Doutora em Medicina Preventiva da  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz**  
Doutora em Saúde Pública do  
Centro Universitário do Maranhão

---

**Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva**  
Doutor em Saúde Pública da  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Cláudia Costa Ribeiro**  
Doutora em Cariologia da  
Universidade Federal do Maranhão

Para João Pedro, meu melhor projeto de vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, razão de tudo.

Aos meus pais, José Ribamar Carvalho (*in memorian*) e Raimunda Nonata Vieira Carvalho que, com amor incomparável de pais, souberam mostrar-me o grande valor da educação.

Ao meu marido, Raimundo Abreu Cordeiro, pela força e companheirismo, que nos momentos mais difíceis me ajudaram a não desistir.

A todos meus irmãos, Marcos Vinícius, José Filho, Cristiane, Clara Virgínia, Merylene, e muito especialmente à minha irmã e comadre Alice Násgela Vieira Carvalho Lima, que tanto me auxiliou, cuidando do meu bebê para que pudesse freqüentar as aulas, e pela paciência, compreensão e bom humor que sempre demonstrou.

A todos os meus familiares e amigos, pela força e incentivo.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves, que com competência, experiência e carinho conduziu a orientação deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Cláudia Costa Ribeiro, que sempre se mostrou pronta a me orientar em todos os momentos que lhe solicitei.

Aos colegas do Curso, que, ao longo desta jornada, mostraram o que só os amigos leais são capazes de expressar carinho e compreensão. Agradeço, especialmente, à Zulmira Batista, Mayara Pinheiro e Flávia Baluz pelo companheirismo e força nos momentos mais árduos dessa caminhada.

Aos amigos do Biotério da Universidade Federal do Maranhão, Hildecy da Silva Luz e David Luiz, pelos momentos de companheirismo.

Aos meus colegas dentistas Vandilson Pinheiro Rodrigues e Grazziani, que foram meus colaboradores na coleta dos dados, o meu sincero agradecimento.

A todas as pessoas que vivem com HIV e aids, especialmente as que participaram desta pesquisa.

Às auxiliares do Centro de Saúde de Fátima, Ilma, Carla e D. Didi, pelo grande auxílio na coleta dos dados; sem sua ajuda, meu trabalho teria sido muito mais árduo.

À Laodicéia, o meu sincero agradecimento pela ajuda na confecção das tabelas.

Ao Prof. Dr. Silvano Bezerra da Silva pelo trabalho de acompanhamento técnico editorial.

Ao Prof. Dr. Sílvio Gomes Monteiro pela orientação na análise estatística desse trabalho.

Ao Coordenador do Centro Especializado de Odontologia do Hospital Presidente Vargas, Prof. Ronaldo Barbosa, pela disposição e presteza durante todo o tempo em que permanecemos no seu consultório, na fase da coleta de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, especialmente à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Oliveira da Rocha Borges, Coordenadora do Programa, por estar sempre disponível a nos auxiliar nas questões referentes ao curso.

A todos os professores do Mestrado em Ciências da Saúde.

À Prof<sup>a</sup>. Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Elisabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro, pelo grande estímulo no início desta trajetória.

Ao chefe do Departamento de Morfologia, Prof. Ademar Branco Bandeira, pelo apoio e compreensão relativos ao meu afastamento em todos os momentos que necessitei o meu sincero agradecimento.

Aos funcionários da UFMA.

*O cuidado é a ferramenta mais precisa e eficaz, que disponibiliza afeto, carinho e preocupação com o próximo. Aquele que do irmão tem cuidado, guarda sua vida em um lugar tranqüilo ao lado de Deus.*

*Genno Dominici*



## RESUMO

Este estudo tem por objetivo estimar a prevalência das alterações bucais em pessoas que estão vivendo com HIV/aids que foram atendidas nas unidades de referência do município de São Luís do Maranhão, no período de abril a agosto de 2007, além disso, traçar o perfil da condição de saúde bucal dessas pessoas, testando a associação entre a frequência da manifestação de alteração estomatológica ou bucal com as variáveis sócio-demográfica e a condição de saúde bucal, bem como o uso da terapia anti-retroviral. Foram analisados dados de uma amostra constituída por 128 pessoas. O maior percentual de pessoas que vivem com HIV/aids entrevistadas e examinadas neste estudo foram do sexo masculino numa frequência de 58,6%, e a maioria (52,3%), está vivendo com a doença a um e cinco anos. Estão em primeira consulta ou em seguimento 97,7% das pessoas, recebendo medicação anti-retroviral (80,5%) tripla (47,5%). Das pessoas ouvidas 36,7%, relataram ter observado algum tipo de alteração bucal, sendo que o maior percentual (36,2%), de alteração citado foi em forma de lesões vésico-bolhosas, 61,7%, consideraram as alterações observadas, pequenas, que não provocaram dor em 53,2% das vezes. O maior percentual de examinados relatou ter necessidade de algum tratamento odontológico (54,6%), embora 98,4% das pessoas quando questionadas, disseram escovar os dentes pelo menos três vezes ao dia. Ficou constatado que o maior número de pessoas que vivem com HIV e aids por estarem em consulta médica de primeiro atendimento ou em seguimento, mostra menor prevalência em alterações bucais. Das lesões encontradas no momento do exame clínico, a mais freqüente foi mancha hipercromática ou hipermelânica na borda lateral da língua em 33,3% das vezes.

Palavras-chave: Aids. Alterações estomatológicas. Lesões orais. Saúde bucal.

## ABSTRACT

This study proposes to show the prevalence of oral changes in people who are living with HIV / aids who have been attending the unit of reference in Sao Luis do Maranhão, in the period April to August 2007. Furthermore, the profile was also checked the condition of oral health of these people. The main results showed that the largest number of people living with HIV / aids is male (58.6%), and most are living with the disease between one and five years. Also the majority is being followed (97.7%), receiving anti-retroviral (80.5%) three (47.5%). Only 36.7% of people who are living with HIV / aids discussed at two units of reference where the research was conducted, showed at some point some type of oral amendment, which 36.2% represents the largest number of change in form bubbles, small (61.7%), the largest percentage (53.2%) reported not feel pain. The largest percentage of examined showed need of some devzntal treatment (54.6%), while 98.4% of people examined when questioned, said brushing your teeth at least three times a day. It was found that the largest number of people living with HIV and aids by being in ambulatory monitoring shows lower prevalence in oral amendments. Those who had any injury was the biggest percentage hiperchromática spots at the edge side of the tongue (33.3%) and its profile of oral health is therefore similar to that of the population that does not live with HIV and aids.

Keywords: Aids. Changes stomatologic. Oral lesions. Oral health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Imagem do Vírus da Imunodeficiência humana .....                                                                                                             | 20 |
| Figura 2 - Números mundiais de adultos e crianças infectadas com o Hiv .....                                                                                            | 24 |
| Gráfico 1 - Distribuição das características sócio-demográficas das pessoas que vivem com HIV/aids das unidades de referência estudadas – São Luís-MA, 2007...          | 47 |
| Gráfico 2 - Distribuição de terapias anti-retroviral (TARV) e tempo de uso – São Luís-MA, 2007.....                                                                     | 49 |
| Gráfico 3 - Características clínicas das alterações bucais relatadas em pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007. ....                                        | 51 |
| Gráfico 4 – Necessidade relatada pelas pessoas que vivem com HIV/aids de tratamento odontológico, tipo de tratamento e tipo serviço procurado – São Luís-MA, 2007. .... | 52 |
| Gráfico 5 – Hábitos de higiene bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.....                                                                        | 53 |
| Gráfico 6 – Distribuição dos achados clínicos do exame intra-bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007 .....                                         | 54 |
| Gráfico 7 – CPOD médio em relação ao uso de TARV .....                                                                                                                  | 58 |
| Gráfico 8 – Média da Idade em relação ao uso de TARV .....                                                                                                              | 58 |
| Gráfico 9 – Relação entre o uso de TARV e a presença de alterações bucais.....                                                                                          | 59 |
| Gráfico 10. CPOD médio por idade.....                                                                                                                                   | 60 |
| Gráfico 11- CPOD médio por estado civil.....                                                                                                                            | 61 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Número de pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com o tempo de conhecimento da sua condição de soropositividade para o HIV e a frequência da consulta de seguimento –São Luís-MA, 2007.....                             | 48 |
| Tabela 2 – Prevalência de alterações bucais relatadas por pessoas vivendo com HIV/aids das unidades de referência – São Luís-MA, 2007.....                                                                                          | 50 |
| Tabela 3 – Sintomatologia das alterações bucais relatadas em pessoas vivendo com HIV/aids - São Luís- MA, 2007.....                                                                                                                 | 51 |
| Tabela 4 – Condições de higiene e saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.....                                                                                                                           | 54 |
| Tabela 5 – Presença e características clínicas das alterações bucais examinadas das pessoas que vivem com HIV/aids das unidades de referência em estudo – São Luís-MA, 2007.....                                                    | 56 |
| Tabela 6 – Relação dos dentes extraídos, obturados e cariados em relação ao índice de CPO-D.....                                                                                                                                    | 57 |
| Tabela 7. Teste <i>t</i> de <i>student</i> da variável idade e CPOD em relação ao sexo .....                                                                                                                                        | 57 |
| Tabela 8 – Teste do qui-quadrado da relação das variáveis: manifestação de alterações bucais e grau de higiene em relação às variáveis escovação, nº de escovações/dia, uso de creme dental, de fio dental e de antissépticos. .... | 59 |

## LISTA DE SIGLAS

|       |                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|
| AIDS  | - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                    |
| ARV   | - Anti-retroviral                                                           |
| BARR  | - Bacilo Álcool Ácido Resistente                                            |
| CDC   | - Center for Disease Control and Prevention                                 |
| CD4   | - Proteína receptora de membrana associada aos linfócitos T                 |
| CTA   | - Centro de Testagem Anônima                                                |
| CEP   | - Comitê de Ética e Pesquisa                                                |
| CFO   | - Conselho Federal de Odontologia                                           |
| CORDE | - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência |
| EBV   | - Epstein Barr                                                              |
| ELG   | - Eritema Linear Gengival                                                   |
| DST   | - Doenças Sexualmente Transmissíveis                                        |
| EUA   | - Estados Unidos da América                                                 |
| ELISA | - Ensaio Imuno Enzimático                                                   |
| GUNA  | - Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda                                     |
| HAART | - Terapia Anti-retroviral de Alto Impacto                                   |
| HHV-3 | - Varicela-zóster                                                           |
| HIV   | - Human Immunodeficiency Virus                                              |
| HPV   | - Papiloma Vírus Humano                                                     |
| IBGE  | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                           |
| (IOs) | - Infecções Oportunistas                                                    |
| ICNPT | - Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal               |
| IPEM  | - Instituto Previdência do Estado do Maranhão                               |
| LPO   | - Leucoplasia Pílosa Oral                                                   |
| OMC   | - Organização Mundial do Comércio                                           |
| OMS   | - Organização Mundial de Saúde                                              |
| ONU   | - Organização das Nações Unidas                                             |
| ONG   | - Organização Não Governamental                                             |

|            |                                                                   |
|------------|-------------------------------------------------------------------|
| OXFAM      | - The Oxford Committee for Famine Relief                          |
| PNDST/AIDS | - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. |
| PPC        | - Pneumonia por Pneumocystis carinii                              |
| PROESP     | - Programa de Apoio à Educação Especial                           |
| ROC        | - Reconhecimento Óptico de Caracteres                             |
| RT         | - Transcriptase Reversa                                           |
| SIDA       | - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                          |
| SIV        | - Vírus da Imunodeficiência Símia                                 |
| TARV       | - Terapias Anti-retroviral                                        |
| TCD4       | - Linfócito TCD4                                                  |
| TCLE       | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                      |
| UFMA       | - Universidade Federal do Maranhão                                |
| VDRL       | - Veneral Disease Research Laboratory                             |

## SUMÁRIO

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....                                                                  | 10        |
| LISTA DE TABELAS .....                                                                      | 11        |
| LISTA DE SIGLAS .....                                                                       | 12        |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                                                                   | <b>15</b> |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                                                        | <b>19</b> |
| <b>2.1 Aids</b> .....                                                                       | <b>19</b> |
| 2.1.1 Considerações gerais .....                                                            | 19        |
| 2.1.2 Etiologia .....                                                                       | 20        |
| 2.1.3 Patogenia .....                                                                       | 21        |
| 2.1.4 Vias de transmissão .....                                                             | 22        |
| 2.1.5 Tratamento .....                                                                      | 22        |
| 2.1.6 Epidemiologia .....                                                                   | 24        |
| 2.1.7 Mortalidade .....                                                                     | 25        |
| 2.1.8 A Aids e a odontologia .....                                                          | 26        |
| 2.1.9 Manifestações bucais associadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) ..... | 27        |
| 2.1.10 Perfil epidemiológico de saúde bucal na população brasileira .....                   | 37        |
| <b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....                                                            | <b>40</b> |
| <b>3.1 Delineamento do Estudo</b> .....                                                     | <b>40</b> |
| <b>3.2 Local do Estudo</b> .....                                                            | <b>40</b> |
| <b>3.3 Seleção da Amostra</b> .....                                                         | <b>42</b> |
| <b>3.4 Procedimentos para Realização da Pesquisa</b> .....                                  | <b>42</b> |
| <b>3.5 Instrumentos</b> .....                                                               | <b>43</b> |
| 3.5.1 Questionário .....                                                                    | 43        |
| 3.5.2 Exame Clínico .....                                                                   | 45        |
| <b>3.6 Processo de Análise de Dados</b> .....                                               | <b>46</b> |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....                                                                   | <b>47</b> |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....                                                                    | <b>62</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....                                                                    | <b>68</b> |
| REFERÊNCIAS .....                                                                           | 70        |
| APÊNDICE .....                                                                              | 76        |
| ANEXOS .....                                                                                | 82        |

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se insere entre os estudos que se voltam para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e toma como seu objeto de atenção as conseqüências dessa doença na cavidade bucal e região circunjacente em indivíduos residentes em São Luís, capital do Estado do Maranhão. Exponhamos, mais demoradamente, as características de nosso objeto de estudo como também delineemos o problema que comanda esta pesquisa e a atravessa de uma ponta à outra.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ficou conhecida no início da década de oitenta, nos Estados Unidos da América (EUA), e se tornou um marco na história da humanidade. Isso ocorreu quando casos de Pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC) e Sarcoma de Kaposi em indivíduos homossexuais masculinos, antes sadios, com comprometimento do sistema imune, foram notificados ao CDC (Centers for Disease Control and Prevention) em Atlanta, EUA, Instituição responsável pela vigilância epidemiológica naquele país (SCHECHTER, 1998). A partir desses eventos, passou-se, então, a acreditar que se tratava de uma nova doença, infecciosa e transmissível, cujo agente etiológico foi identificado em 1983. Tratava-se de um retrovírus com capacidade de infectar linfócitos T (LIMA, 1996).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006 estimam que há no mundo, entre crianças e adultos, cerca de 60 milhões de pessoas infectadas. No ano de 2003, surgiram 5,8 milhões de casos novos e ocorreram 3 milhões de mortes por aids, constituindo-se numa epidemia silenciosa e abrangente (WHO, 2004 apud CAMPINAS, 2005).

Em países desenvolvidos, estima-se que mais de 1,6 milhões de pessoas convivam com HIV e aids, sendo que a via mais comum de contaminação seja através de relações sexuais homossexuais, e observa-se ainda que, nas camadas de baixo poder econômico, a via de contaminação que apresenta alta freqüência é a de usuários de drogas injetáveis, correspondendo de 10 a 25%.

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento instituíram programas de combate à infecção pelo HIV, com enfoques contundentes às medidas preventivas, tais como uso de preservativos, abstinência sexual e outras. Além disso, também se



observa amplo acesso à terapia anti-retroviral, o que leva a um aumento de expectativa de vida (NOCE et al., 2005). Baseado nisso, pode-se afirmar, portanto, que o perfil sócio-econômico de uma dada população está diretamente relacionado com a instalação e a progressão da doença, visto que fatores como falta de informação, ignorância e pobreza, falta de acesso à rede de saúde, são fatores que pré-dispõem à infecção do vírus. O trabalho de Gruner et al (2005) corrobora essa assertiva, quando afirma que muitos pacientes abandonam o tratamento da doença por falta de condições que dêem suporte imprescindível à terapia, como habitação, saneamento, educação, alimentação e emprego.

No Brasil atualmente, existem cerca de 600 mil indivíduos convivendo com HIV e aids (NOCE et al., 2005). E o Estado do Maranhão é responsável por aproximadamente 12,0% dos casos de aids notificados na região Nordeste, com coeficiente de incidência de 4,1 casos por 100.000 habitantes, no ano de 2006, ocupando, assim, a quarta posição, em números absolutos de casos, entre todos os estados dessa região (BRASIL-MS, 2006).

No município de São Luís, foram 1786 casos notificados acumulados, em 2006, de acordo como o Boletim Epidemiológico DST/ AIDS da Secretaria Municipal de Saúde.

Entre as manifestações ditas oportunistas da aids, as doenças dermatológicas estão entre as mais freqüentes. E vários trabalhos de pesquisa confirmaram que a dermatose mais freqüente é a candidíase pseudomembranosa oral. Com efeito, a pele é afetada quase sempre em todos os pacientes portadores desta dermatose. O agente causador pode ser bactéria, fungo, vírus ou outro agente não infeccioso. As doenças dermatológicas podem representar o sinal mais precoce ou mesmo o único problema sofrido pelo paciente com aids durante parte do curso da infecção pelo HIV; além disso, essas lesões dermatológicas apresentam-se de forma atípica, o que pode representar um aspecto clínico indicador sugestivo de aids. Em grande número de casos, doenças dermatológicas passam a ser um sinal de alerta para os profissionais da saúde, pois podem indicar a presença da imunossupressão ou da aids.

As alterações bucais nos pacientes acometidos pela aids podem ser confundidas com várias outras manifestações clínicas, pois, embora freqüentes, apresentam-se de forma atípica, o que dificulta o diagnóstico adequado. Mas é exatamente essa condição clínica atípica das lesões que devem chamar a atenção

do profissional ao examinar um paciente, tornando esse dado clínico um marcador da presença ou progressão da doença. De tal forma, que se torna importante um diagnóstico diferencial correto dessas manifestações bucais, a fim de que o profissional da odontologia, ao ter conhecimento das características clínicas destas alterações, possa encaminhar mais rapidamente os pacientes ao tratamento adequado, contribuindo, sobremaneira, para o aumento da qualidade e perspectiva de vida desses indivíduos (CARDOSO et al., 2003).

Com o complexo desafio imposto pela epidemia da aids, o setor público de saúde tem sido obrigado a ampliar seu sistema de cobertura nas áreas assistencial e preventiva, através de serviços que respondam com maior eficiência à demanda constante por testagem, assistência ambulatorial e suporte psico-social. Entretanto, as políticas de saúde coletiva têm dado pouco enfoque à saúde bucal das pessoas que estão vivendo com HIV/aids (SILVEIRA et al., 2004).

É de fundamental importância a promoção e a manutenção da saúde bucal para essas pessoas, pois, com o sistema imunológico comprometido, as infecções na cavidade bucal tornam-se mais frequentes e refratárias a tratamento. As condições bucais também podem ser agravadas pela redução do fluxo salivar e alteração na composição salivar, provocada pelos medicamentos. Além disso, diferentes lesões na cabeça e pescoço estão associadas à infecção pelo HIV, e algumas manifestações orais são consideradas os primeiros sinais e sintomas da doença (SILVEIRA et al., 2004).

As pesquisas que levantam dados epidemiológicos de saúde bucal proporcionam uma consistente fonte de dados para as estimativas de saúde e necessidade de tratamento, funcionando, assim, como parâmetro para implementar programas de saúde que venham solucionar, efetivamente, as doenças bucais mais frequentes da população em estudo.

A realização deste estudo se justifica, primeiramente, pelo reduzido número de trabalhos (pesquisas, publicações) que se debruçam sobre o tema em questão, o que tem servido de sério obstáculo para se entender, com a profundidade necessária, as especificidades dessa síndrome quando toma sua manifestação na cavidade bucal. E, em segundo lugar, o levantamento do perfil das condições atuais de saúde bucal da população afetada por esta síndrome – e que tem acesso à terapia anti-retroviral – é absolutamente indispensável para se obter um quadro de suas conseqüências e de seus impactos na saúde bucal. O exame coletivo e

acurado da manifestação da doença, as peculiaridades das alterações bucais e peribucais, as suas taxas de prevalência etc., fornecem dados esclarecedores que contribuirão – essa é a nossa esperança – para a melhor assistência aos sujeitos que convivem com a aids.

Em vista do exposto, este trabalho tem como objetivo geral estimar a prevalência das alterações estomatológicas e verificar as condições de saúde bucal dos pacientes que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, atendidos nas unidades de referência do município de São Luís – Ma, no período de abril a agosto de 2007.

Esta investigação propôs-se, especificamente a:

- a) Identificar o perfil sócio-econômico dos usuários;
- b) Estimar a prevalência das alterações bucais relatadas;
- c) Descrever as características das alterações bucais e peribucais relatadas e avaliadas através de exame clínico;
- d) Conhecer os hábitos e a condição de higiene bucal, observando as necessidades de tratamento odontológico;
- e) Estimar a prevalência das alterações bucais avaliadas no exame clínico;
- f) Correlacionar as variáveis: sócio-demográficas relacionadas com a infecção pelo HIV; a condição de saúde bucal com a frequência das alterações estomatológicas como manifestação da aids.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aids

#### 2.1.1 Considerações gerais

A aids é uma epidemia de abrangência mundial do século XX, e que ainda suscita forte preconceito em grande parte da população de diferentes países. O avanço acelerado desta síndrome é motivo de muita apreensão em diferentes regiões do Planeta, acarretando implicações individuais e coletivas no campo da saúde pública (RODRIGUES, 2005).

Por isso mesmo, a aids representa um dos maiores desafios para ciência na atualidade, porque esta epidemia atinge tanto países econômica e socialmente desenvolvidos como os mais pobres, cujas conseqüências se fazem sentir em diversas dimensões sociais, entre as quais a saúde, a cultura, a política, a economia e a ética (RODRIGUES et al., 2005).

A doença aids manifesta-se após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla provém da expressão em inglês *Human Immunodeficiency Virus*. Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ANDRADE, 2003).

O HIV destrói os linfócitos – células responsáveis pela defesa do nosso organismo –, tornando o indivíduo vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, assim chamadas por surgirem nos momentos em que o seu sistema imunológico está suprimido.

Há alguns anos, receber o diagnóstico de aids era quase uma sentença de morte. Atualmente, porém, a aids já pode ser considerada uma doença crônica. Isto significa que uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal.

Isso tem sido possível graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. Deve-se, também, à experiência obtida ao longo dos anos

por profissionais de saúde. Todos estes fatores possibilitam aos portadores do vírus ter uma sobrevivência cada vez maior e de melhor qualidade (BRASIL-MS, 2007).

### 2.1.2 Etiologia

O agente etiológico da aids foi identificado em 1983 e é o HIV – *Human Immunodeficiency Virus*. Pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus, o HIV é um vírus RNA, que se caracteriza pela presença de uma enzima – transcriptase reversa – que permite a transcrição do RNA viral em DNA. Essa cópia de DNA é capaz de integrar-se ao genoma da célula hospedeira, passando a fazer parte do seu patrimônio genético (MARTINS, 2002).

Taxonomicamente, o HIV pertence à família dos retrovírus e ao gênero lentivírus:



Fig. 1 – Imagem do vírus da imunodeficiência humana (HERSH, 2001).

O vírus HIV foi isolado pela primeira vez em 1983, pelos pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França, sendo que, em 1986, um comitê internacional recomendou o termo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (KUBY, 2002 apud ANDRADE, 2003).

Embora não se conheça a origem do vírus, sabe-se que existe semelhança com a família de retrovírus relacionada a primatas não-humanos (macacos verdes africanos) que vivem na África sub-Saariana, chamada de Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV). Esta hipótese de introdução do SIV em humanos foi proposta por um antropologista que estudou a tribo Igjiwi oriunda do Zaire. Ele observou que, em rituais religiosos, o homem sacrificava o animal, fazendo a ingestão do seu sangue. Assim, o vírus SIV pode ter sido transmitido ao homem, sofrido mutação e atacado a espécie humana. Por isso, supõe-se que o HIV tenha origem no continente africano (KUBY, 2002 apud ANDRADE, 2003).

O registro mais antigo de infecção pelo HIV foi observado num marinheiro em Manchester, que morreu com uma patologia semelhante à da aids, em 1959. No entanto, a autenticidade deste fato não está confirmada. Além disso, análises genéticas de seqüências de amostras obtidas no período entre 1971 a 1976, de membros de uma família Norueguesa infectados antes de 1971, mostraram que as viroses foram adquiridas a partir de grupos estranhos ao local referido, ou seja, uma estirpe de vírus existente, principalmente, na África Ocidental (ZHU et al, 1998; KUBY, 2002 apud ANDRADE, 2003).

### 2.1.3 Patogenia

A doença aids é caracterizada por infecções oportunistas e tumores que surgem como resultado de uma falha do sistema imunológico. Tal fato ocorre porque, embora aparentemente a infecção aguda inicial possa ser controlada pelo sistema imune, o vírus possui uma capacidade muito grande de se replicar e acaba infectando células novas no sistema. Dessa forma, não se pode falar em uma resposta imune capaz de eliminar o vírus (MARTINS, 2002).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) traduz-se numa desordem clínica, que representa a fase final de uma série de mudanças imunossupressivas. Estas resultam de um complexo conjunto de fenômenos aos quais o organismo é sujeito, resultantes da infecção pelo HIV.

Uma pessoa infectada pode sentir-se bem e demonstrar saúde até dez anos ou mais antes de surgirem os sintomas. Porém, quando a doença começa a manifestar-se, os primeiros sinais mais freqüentes são:

- Suor intenso, freqüentemente à noite;
- Febre diária que pode não ser muito alta;
- Sensação constante de cansaço, mesmo estando em repouso;
- Diarréia que não é curada com medicamentos, podendo durar muito tempo;
- Ínguas nas axilas, pescoço e virilhas, que podem permanecer durante muito tempo.

Na verdade, existe grande número de indivíduos que albergam o vírus e não o sabem (ANDRADE, 2003).

#### 2.1.4 Vias de transmissão

A infecção pode dar-se por contato sexual ou transfusão de sangue, estando este contaminado. Pode, ainda, transmitir-se no contacto com seringas infectadas no caso dos toxicodependentes (KUBY, 2002 apud ANDRADE, 2003).

#### 2.1.5 Tratamento

Diante de todo esse panorama de mudanças de comportamento que permeiam o quadro de disseminação da doença aids, tem sido também desenvolvido um forte programa do governo brasileiro no sentido de frear ou controlar o avanço da doença. Existe, hoje, amplamente implantado no país o programa brasileiro de distribuição gratuita, e universal, de ARVs (Anti-retovirais) para o tratamento do HIV/ aids na rede pública de saúde. Tal distribuição é totalmente subsidiada pelo Tesouro Nacional, ou seja, faz parte do orçamento do Ministério da Saúde (MS).

A conferência de Berlim, em 1993, é o marco inicial nas pesquisas das drogas anti-HIV. Aproximadamente uma década depois de se ter desvendado o HIV como sendo o causador da aids, apenas três drogas anti-HIV entraram no mercado: AZT, ddI e ddC, todas elas atuando ao nível da transcriptase reversa. A transcriptase reversa foi o primeiro alvo das drogas antivirais usadas clinicamente, sendo a enzima protease o segundo alvo, devido ao fato de quebrarem as proteínas precursoras durante a formação das partículas virais. Outros alvos promissores para o desenvolvimento das drogas antivirais incluem a interação superfície celular/receptor e a interação do DNA viral/DNA cromossomal da célula hospedeira.

Com o aparecimento da terapia denominada de HAART (Highly Active Anti-retroviral Therapy), Terapia Anti-retroviral de Alta Eficácia, em 1996, a idéia de cura para a infecção do HIV foi discutida seriamente pela primeira vez. O conceito é bastante linear: interromper o ciclo vicioso do vírus, bem como o seu elevado nível de replicação por um tempo suficiente que permita a morte dos linfócitos cronicamente infectados (ANDRADE, 2003). Esta terapia consiste na combinação de, pelo menos, três drogas anti-retrovirais e usualmente inclui, pelo menos, uma droga das classes dos inibidores das proteases. Esta terapia destina-se a indivíduos infectados com o HIV, constituindo um passo importante no controle e replicação viral. A aplicação desta terapia mudou dramaticamente o decorrer da infecção em muitos indivíduos infectados, levando a um declínio substancial na incidência da aids e da mortalidade associada, nos países desenvolvidos.

No que diz respeito aos efeitos secundários, nenhuma droga é isenta de toxicidade. Quando drogas anti-retrovirais foram introduzidas pela primeira vez, os riscos e toxicidades foram toleradas, devido ao fato de a doença ser bastante devastadora. As terapias crônicas prolongadas e o desaparecimento dos sintomas comuns da doença têm permitido identificar e caracterizar complicações adversas das drogas anti-retrovirais. Por exemplo, os inibidores das proteases têm estado intimamente relacionadas com a intolerância à insulina e ao aumento dos níveis do colesterol e dos triglicéridos (ANDRADE, 2003).



### 2.1.6 Epidemiologia

Mais de vinte anos passados desde que se identificou o primeiro caso, a epidemia HIV/aids tem continuado a exceder todas as expectativas tanto em termos de severidade como da dimensão do impacto.

Estima-se que nos chamados países desenvolvidos exista, hoje, mais de 1,6 milhões de pessoas infectadas, enquanto que na Ásia e Europa Central se tem um total de 1,4 milhões de pessoas.

A região onde a epidemia atingiu maiores dimensões é a região Sub-Saariana (África), onde, até ao fim do ano 2000, existiam cerca de 25,3 milhões de pessoas infectadas, atingindo já cerca de  $\frac{3}{4}$  da mortalidade global provocada por esta doença. No Brasil, atualmente, estima-se em torno de 600 mil o número de casos existentes de aids (NOCE, 2005).



Fig. 2 – Números mundiais de adultos e crianças infectadas com o HIV (PIOT et al.,2001).

### 2.1.7 Mortalidade

As doenças infecciosas causaram a morte de 14,7 milhões de indivíduos no mundo, em 2001, representando 26% da mortalidade global, segundo a OMS. A aids, a tuberculose e a malária figuram como as mais significativas causas de morte atribuídas às doenças infecciosas, as quais, juntas, contribuem com 39% do total. Essas doenças foram responsáveis por 5,6 milhões de mortes em 2001, e, quando somadas às doenças diarreicas e infecções respiratórias, 5,8 milhões de mortes; esses agravos correspondem a 78% do total das doenças infecciosas no mundo (CAMPINAS et al., 2005).

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde de 2002, o sexo inseguro é apontado como um dos dez fatores de risco global, junto ao baixo peso, hipertensão arterial e outros. A aids é a principal causa de morte em adultos de 15 a 59 anos, em nível mundial. Apesar de seu surgimento relativamente recente, cerca de pouco mais de 20 anos, o HIV já infectou mais de 60 milhões de pessoas, causando mais de 20 milhões de mortes. Em 2003, ocorreram 3 milhões de mortes por aids e foram registrados 5 milhões de casos novos (CAMPINAS, et al., 2005).

Segundo a OMS, na África, atualmente, 1 em cada 12 adultos é soropositivo, sendo que, na África sub-Sahariana, 9 entre 10 infectados desconhecem sua condição. Nessa região, provavelmente, o impacto de HIV/aids acarretará redução na expectativa de vida de 50 anos, registrada em 2005, para cerca de 39 anos (CAMPINAS et al., 2005).

No Brasil, novos dados sobre a aids revelam que a epidemia está num processo de estabilização, embora em 2003 tenham ocorrido 32.247 casos novos, com uma taxa de 18,2 casos por 100 mil habitantes. Entretanto, observa-se, ainda, o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa em 2003: 14 casos por 100 mil mulheres. A mortalidade foi 2% maior em 2003, do que a registrada em 2002, com 11.276 óbitos. A taxa de mortalidade foi de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL-MS, 2003).

### 2.1.8 A Aids e a odontologia

Como para outras áreas da saúde, a epidemia da aids também trouxe desafios importantes para a Odontologia. Um deles foi o de deixar clara a necessidade do respeito às medidas de biossegurança como recurso preventivo de riscos de contaminação na prática odontológica diária (GOMES FILHO, 2003).

A aids vem ganhando grandes proporções e causando muita preocupação a nível mundial. Os cirurgiões-dentistas estão envolvidos nessa pandemia, na medida em que atendem inúmeros pacientes, entre eles portadores assintomáticos do vírus HIV. As infecções causadas por esses vírus podem provocar uma quantidade considerável de sintomas, entre os quais as manifestações bucais exercem um papel importante, pois, além de serem muito comuns, estão geralmente entre as queixas principais dos pacientes, e se apresentam como primeiros sinais e sintomas dessa doença. Entre as manifestações bucais de pacientes com HIV, encontram-se as doenças periodontais, infecções oportunistas (herpes e candidíase), leucoplasia pilosa, neoplasias (sarcoma de Kaposi), linfomas e outras (SILVERMAN JÚNIOR, 1995).

Dentre os vários riscos a que estão sujeitos os profissionais de saúde, particularmente os cirurgiões-dentistas, estão o risco de infecção através da transmissão de agentes infecciosos dentro do ambiente clínico. Essa infecção pode ocorrer pelo ar, pelo contato pessoa-pessoa, ou ainda por meio de objetos contaminados. Embora o problema de transmissão, como o de Hepatite B (HBV), de Herpes simples (HBV) e de outras ocorram com razoável frequência, os profissionais da odontologia, por sua vez, nem sempre estiveram conscientes dos passos necessários para eliminar ou diminuir os riscos para os pacientes ou para si próprios (RODRIGUES et al., 2005).

Faz-se necessário, portanto, que os profissionais realizem um exame bucal completo e criterioso em todos os pacientes, o que possibilitará a identificação de pacientes de risco. Em pessoas que estão vivendo com HIV e aids, é imprescindível diagnosticar o estágio da doença, para indicação imediata da terapêutica apropriada. Acredita-se que a maioria dos procedimentos odontológicos restauradores possa ser realizado por clínico generalista e, na necessidade de encaminhamento para especialistas, os critérios devem ser os mesmos utilizados

para quaisquer outros pacientes (GREENSPAN, 1992).

Atualmente é reconhecido um número crescente de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O aumento da incidência dessas doenças infecciosas se dá, em parte, pela mudança de comportamento das pessoas em relação à conduta sexual, o que envolve diversos tipos de experiências e práticas sexuais. Dentro dessa premissa, observa-se ainda crescente atividade da cavidade bucal como órgão de práticas sexuais e correspondente aumento de manifestações bucofaringeanas de DSTs/aids (MOREIRA, 2002).

Acredita-se que, atualmente, as práticas sexuais bucogenitais têm se tornado uma das vias de transmissão mais importantes de doenças sexualmente transmissíveis (NEVILLE, 1998).

#### 2.1.9 Manifestações bucais associadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)

Embora diferentes lesões bucais possam acometer os portadores de infecção por HIV, as lesões brancas, como a candidíase, são as mais prevalentes. Estudo realizado por Rosenberg et al. (1984), mostrou que o sarcoma de Kaposi e as lesões brancas representavam 95% das lesões de cabeça e pescoço. Desde 1996, quando começou a ser amplamente difundida a terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART), foi observada uma redução da incidência de infecções oportunistas (IOs) em portadores do HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Embora a incidência das IOs esteja em declínio em portadores do HIV, estas infecções não têm desaparecido, mesmo entre os pacientes que estão sob tratamento.

As manifestações bucais da AIDS são divididas em cinco grandes grupos:

- Infecções fúngicas
- Infecções Virais
- Infecções Bacterianas
- Neoplasias

- Lesões de causas desconhecidas
- Manifestações neurológicas
- Lesões associadas à HAART (LOPES et al., 2004; SOUZA et al., 2000)

- **Infecções fúngicas**

**A candidíase oral** é uma infecção fúngica devido à presença de levedura do gênero *Cândida*, membro da família *Cryptococcace* e é considerada uma condição intra-oral comum. É causada freqüentemente por um micro organismo que faz parte da microbiota normal da cavidade bucal, que convive em equilíbrio com outros fungos e bactérias. Presentemente, 81 espécies são admitidas no gênero *Cândida*, sendo a mais comum a *Cândida albicans* a mais conhecida e mais comum patógeno deste grupo (VIDEIRA, 1994), presente em 60% da população mundial. Embora a *Cândida albicans* seja a mais freqüente, outras espécies podem ocorrer, tais como a *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. Krusei*, *C. parapsilosis* (PLEMONS et al., 2002; MIRANZI et al., 2003).

A alteração bucal mais freqüentemente observada em portadores de HIV/aids é candidíase oral, com relatos de prevalência de 7 a 93%, e é considerado um importante indicador de comprometimento imunológico (MIRANZI et al., 2003, PLEMONS et al., 2002).

Desde a notificação dos primeiros casos de aids, em 1981, a candidíase oral tem sido a ela associada. A presença dessa alteração é sempre um indicativo precoce de imunossupressão, e sugere queda no número de CD4, o que pode ser entendido como a morte de linfócitos T4, aumento da carga viral e ainda pode-se considerar falha no tratamento anti-retroviral (MIRANZI et al., 2003).

Estudos realizados por Klein et al. (1984) e Murray et al. (1985) observaram uma forte relação entre a presença da candidíase oral e o desenvolvimento subsequente da aids, dados que foram confirmados nos anos seguintes, assinalando o valor preditivo da candidíase com a progressão da doença aids (GREENSPAN & GREENSPAN, 2002).

MATTOS (2004), em sua investigação sobre a Prevalência de Lesões de Mucosa Bucal em Pacientes HIV – Positivos, identificou, ao examinar 116 pessoas, a candidíase bucal como das lesões associadas a aids, e a mais prevalente, afetando 10,3% da sua amostra. Ele afirma, ainda, que essa infecção fúngica tem sido largamente associada com a infecção do HIV, pois está presente em todas as pesquisas revisadas sobre a prevalência de manifestações bucais em pessoas com HIV/aids, no Brasil e no mundo. PINHEIRO et al (2004) também observaram que a candidíase oral foi a alteração mais freqüente entre os portadores de HIV/aids (28,6%).

A doença dermatológica mais prevalente foi a candidíase oral independente da idade e sexo, seguida por escabiose, herpes simples e dermatite seborréica, de acordo com o trabalho de MICHELIM et al. (2004).

A candidíase pode apresentar três formas clínicas distintas:

- Pseudomembranosa
- Eritematosa (atrófica)
- Hiperplásica ou leucoplásica
- Queilite angular (LIMA et al, 1994, MIRANZI, et al 2003)

A forma pseudomembranosa, também conhecida como sapinho ou afta, manifesta-se como uma placa branca esbranquiçada ou amarelada, pode ser também chamada de placa ou membrana semi-aderente, e assemelha-se a um coágulo de leite, de fácil remoção por meio de raspagem. A doença é comumente aguda, mas em pacientes HIV positivos ela pode, se não tratada, persistir por meses, apresentando curso crônico.

A alteração bucal cuja forma clínica é eritematosa aparece como uma lesão vermelha que pode variar a coloração de intensa a suave. Ela se apresenta como pontos ou placas vermelhas, encontrada na mucosa da boca, palato em toda sua extensão e também no dorso da língua, que é a face superior dela; nesse caso, a depilação está associada.

A queilite angular é caracterizada clinicamente por crostas nos cantos da boca, comissura labial tem coloração vermelha, ocasionalmente associada com pequena placa branca, presença ou não de ulceração, e sintomas como dor e ardor podem ser encontrados. Aproximadamente 10% dos indivíduos HIV positivos

apresentam queilite angular (SAMARANAYAKE, 1992 apud VIDEIRA, 1994). Essa alteração é comum em pessoas que não estão vivendo com HIV/aids, e pode ter sido causada por anemia, por diminuição da dimensão vertical de oclusão (diminuição da medida do ápice do nariz até o mento), além de deficiência vitamínicas antes da aids. Estas lesões eram mais comuns em pessoas idosas, como complicação de estomatite induzida por prótese, sendo a doença relativamente rara entre indivíduos jovens; por outro lado, quando observada, hoje, em grupos mais jovens, poderá ser a primeira indicação de infecção pelo HIV (GREENSPAN et al., 1992).

Em estudo de lesões orais e dentais em pacientes infectados por HIV em população brasileira, PINHEIRO et al. (2004) encontraram uma prevalência de manifestação da candidíase em 28.6%, sendo que, desses, 11.8% eram de candidíase eritematosa, 11.8% de pseudomembranosa e 5% de queilite angular.

- **Infecções Virais**

Diversas alterações de caráter recidivante e crônico que aparecem na mucosa bucal estão ligadas etiológicamente aos vírus HIV, embora não existam evidências de sua ação diretamente na mucosa da cavidade bucal.

A maioria das infecções virais é assintomática, por isso é dita subclínica, entretanto são conhecidas há tempo as manifestações bucais das infecções agudas causadas por vírus, principalmente do tipo *Herpes simplex* que é o agente etiológico do conhecido herpes recorrente.

A infecção viral mais freqüente e conhecida da população em geral, depois da gripe, é a infecção do herpes, cuja manifestação primária ocorre, geralmente, na primeira infância e pode se manifestar pelo quadro de gengivo-estomatite herpética primária. Quando se manifesta em indivíduos imunossuprimidos, seus aspectos clínicos tornam-se bastante alterados (CORREA et al., 1994).

Várias infecções virais foram observadas em pacientes HIV – positivos, tais como as relacionadas com o vírus Epstein Barr (EBV), o vírus do Herpes simples, o vírus do herpes zoster, o citomegalovírus e o vírus do papiloma humano, a descrição

da Leucoplasia Pilosa (LP) e sua associação com o Epstein-Barr (MIRANZI et al., 2003).

**O herpes simples** – o vírus se manifesta intrabucalmente, na forma clássica de úlceras irregulares e rasas que destroem o epitélio pavimentoso estratificado queratinizado do palato duro, gengiva e região dorsal da língua, geralmente são cobertas por pseudomembrana e muito doloridas. As lesões como vesículas que se rompem, em média por volta dos 14 dias, formando úlceras irregulares, múltiplas e rasas, e podem ou não estar associadas com eritemas. O diagnóstico é confirmado pela citologia esfoliativa, cultura de célula ou esfregaços reativos com anticorpos multiclonais HSV específicos. O tratamento é feito com substâncias que interferem na duplicação viral, o Aciclovir (LOPES et al., 2004).

Os pacientes HIV – positivos, com contagem de TCD4+ abaixo de  $200/\text{mm}^3$ , estão mais propensos a desenvolver essas lesões. Elas ocorrem com mais frequência nos tecidos ceratinizados (mucosa), principalmente no palato duro e gengiva. O tratamento de escolha, neste caso, é: Aciclovir (800 a 1.200mg/dia), fanciclovir (500mg duas vezes ao dia, por sete dias) e valaciclovir (1g três vezes ao dia, por sete dias) (LOPES et al., 2004).

O herpes simples pode ser desencadeado pelos raios solares, infecções respiratórias, trauma, menstruação, *stress* emocional e imunodepressão. Esta última é comum em pacientes portadores do vírus HIV.

As lesões mais frequentes são causadas pelo HSV-1 e HSV-2, que afetam lábios e são encontradas em 10 a 15% dos pacientes soropositivos, nos quais, geralmente, recidivam com maior frequência, são maiores e muitas vezes aparecem como múltiplas lesões persistentes, respondendo muito mal ao tratamento: o ciclo dura 1 mês, em média, enquanto nos pacientes normais demora, no máximo, 7 dias. A evolução da doença é bastante diferente em portadores do HIV e na população em geral (CORREA et al., 1994).

**O herpes zoster** é uma reativação do vírus varicela-zóster (HHV-3). Manifesta-se clinicamente, produzindo vesículas disseminadas e prolongadas, ao longo da distribuição de um ou mais feixes do nervo trigêmeo. Geralmente, o comprometimento é unilateral, e acomete pacientes jovens e imunossuprimidos pelo HIV, com contagem de CD4 menor que  $100 \text{ céls.}/\text{mm}^3$ . Drogas como Aciclovir (800 a 1.200mg/dia), Fanciclovir (500mg duas vezes ao dia, por 7 dias) e Valaciclovir (1g



três vezes ao dia, por sete dias) são indicados como tratamento (LOPES et al., 2004).

**A Varicela Zoster** – em pacientes imunossuprimidos existe o risco de ativação do *chickenpox vírus* latente. Quando isso ocorre, a doença adquire a forma de varicela zoster, levando ao herpes zoster. As vesículas epiteliais formadas pelo vírus Varicela zoster, são autolimitantes, dolorosas (especialmente quando o nervo trigêmeo é afetado) e provocam pruridos, formando, eventualmente, crostas que após se rompem. As ulcerações estão presentes por duas a três semanas, mas podem persistir por um a dois meses. A varicela é a doença primária e o herpes zoster é a reativação do vírus que reside nos gânglios sensoriais. A varicela é altamente contagiosa e se dissemina particularmente através do ar. Dessa forma, a equipe odontológica não imune pode contrair a doença, através da inalação de aerossóis, se o paciente que estiver incubando a doença procurar atendimento odontológico. As máscaras e luvas oferecem certa proteção. O tratamento é feito com analgésicos e medicamentos que alteram o humor. Recorrências são incomuns; quando aparecem, o prognóstico da aids é grave, e a morte por infecções oportunistas ocorre num curto espaço de tempo (CORREA et al., 1994).

**A Leucoplasia pilosa** – é a única manifestação oral nova, reconhecida a partir da epidemia da aids (DIAS et al., 2001). A primeira descrição da leucoplasia pilosa oral (LPO) em pacientes de risco para aids, foi feita em 1984 por GREENSPAN et al, 1984, descrita com base em achados de 37 homossexuais masculinos de San Francisco com sinais de imunossupressão ou linfadenopatia generalizada, mas nenhum com aids. As lesões eram assintomáticas, elevadas, indolores, de limites imprecisos, brancas e de superfície rugosa, localizadas em geral na borda lateral da língua e que não eram eliminadas por raspagem. Após um acompanhamento de nove meses, alguns dos pacientes estudados desenvolveram aids, sendo naquela ocasião o vírus do papiloma humano e do tipo herpes associado às lesões identificadas através de métodos imunocito-químicos (CORREA et al., 1994).

A alteração bucal apresenta-se clinicamente como uma lesão em forma de placa branca, caracteristicamente não-removível através de raspagem, algumas vezes com rugosidade, e, na maioria das vezes, localizada nas bordas laterais da língua, unilateral ou bilateralmente, também detectada no assoalho da boca, na mucosa bucal, na mucosa orofaríngea e no palato mole. As lesões geralmente são

assintomáticas, a superfície da lesão pode apresentar-se plana, corrugada ou pilosa, sendo seus aspectos clínicos característicos, porém não patognomônicos, ou seja, exclusivos da lesão em questão. A LP representa um indicativo de comprometimento imunológico, considerada um sinal precoce da presença do vírus HIV, quando o portador se encontra na fase assintomática, também estimado, nessa fase, como um sinal para o desenvolvimento da doença. Embora a etiologia exata ainda não seja conhecida, o vírus Epstein-Barr parece ter importante papel no seu desenvolvimento (MIRANZI et al., 2003; LOPES et al., 2004; DIAS et al., 2001).

O tratamento da leucoplasia pilosa consiste na remoção da lesão com o uso de ceratolíticos, como a podofilina. O desaparecimento da leucoplasia tem sido relatado após a administração de Aciclovir e AZT (LOPES et al., 2004; PLEMONS et al., 2002)

A leucoplasia pilosa pode ser confundida clinicamente com outras lesões brancas da boca, tais como línquen plano, nevus branco, lesões causadas por tabaco, leucoplasia idiopática, candidíase hiperplásica, língua mordida, leucoedema severo ou língua geográfica (ITIN, 1993 apud VIDEIRA, 1994).

**Citomegalovírus** – os anticorpos para esse vírus, quando encontrados em portadores HIV, causam retinite, leucopenia, ulcerações gastrintestinais e pneumonia. Lesões na mucosa bucal causadas por ele só foram documentadas uma única vez, mas sabe-se que atua como co-fator para outras lesões na boca, inflamação das glândulas salivares maiores, que leva à xerostomia. O tratamento é feito com Ganciclovir (PLEMONS et al., 2002).

**Papiloma Vírus Humano** – existem inúmeros tipos de papiloma vírus humano (HPV), mais de 100 tipos já identificados. As lesões causadas pelo Papiloma vírus apresentam-se em forma de verrugas, que podem ocorrer em qualquer superfície da mucosa. Sua presença constitui um forte indício de contaminação pelo HIV. O diagnóstico é feito baseado na história, aspecto clínico e na biópsia. O papel do HPV em outras lesões orais (leucoplasia e carcinoma) vem sendo investigado. Nas crianças, a infecção pode ser transmitida do dedo para a cavidade oral e, nos adultos, a transmissão sexual é comum. O HPV não é um risco infeccioso na Odontologia, até onde se sabe. O tratamento é feito com cirurgia (PLEMONS et al., 2002).

- **Infecções bacterianas**

Há alguns anos, tornou-se evidente que lesões gengivais e periodontais incomuns, com frequência não esperada, estavam afligindo pacientes afetados pelo HIV. O envolvimento das estruturas periodontais cria uma oportunidade precoce de detecção daqueles indivíduos que desconhecem o seu estado de infecção pelo HIV.

**GUNA** – a GUN (Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda) é uma infecção bacteriana rápida e progressiva, causada por um complexo de fuso espiroquetas, dos quais o mais associado à lesão é o *Treponema vicentii*, que causa massiva destruição aos tecidos orais. A infecção inicia nas papilas gengivais, espalhando-se lateralmente à gengiva marginal. A rápida perda dos tecidos resulta na retração gengival sem a concomitante formação de bolsa periodontal. As lesões afetam mais comumente a gengiva anterior de pacientes portadores do vírus HIV (CORRÊA et al., 2005).

É uma alteração bastante comum nas pessoas infectadas pelo HIV, com prevalência de 4 a 16%. O tratamento inclui Metronidazol, 500mg, três vezes ao dia, por seis a oito dias, e o uso tópicos de bochechos de produtos que liberam oxigênio, associado com o tratamento periodontal convencional (MIRANZI et al., 2003).

**Gengivite Associada ao HIV (HIV-G) ou Eritema Linear Gengival (ELG)** – esta patologia caracteriza-se pela presença de um eritema que afeta a gengiva livre, inserida e mucosa alveolar, e não desaparece completamente após terapia de controle da placa bacteriana.

A importância do correto diagnóstico se deve a duas razões: primeiro, porque esta lesão pode representar um dos primeiros sinais de infecção pelo HIV; e, em segundo, porque a gengivite associada ao HIV pode evoluir para uma periodontite associada ao HIV, resultando uma perda de tecidos do periodonto de proteção e inserção (LOPES et al., 2004)

**Periodontite Associada ao HIV (HIV-P) ou Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)** – é caracterizada pela rápida, irregular e generalizada destruição do periodonto de inserção e osso alveolar. Possui as características gengivais da gengivite associada ao HIV, acrescida de severa sintomatologia dolorosa, sangramento gengival espontâneo, necrose de tecido mole, e rápida destruição do ligamento periodontal. A rápida progressão da necrose no tecido mole pode levar à

exposição da crista alveolar ou septo interdentário, com o subsequente seqüestro ósseo. Embora se consiga o controle do quadro infeccioso e inflamatório, há perda óssea progressiva até a perda dos elementos dentários. Também não responde à terapêutica (CORRÊA et al., 2005).

A doença periodontal pode ser uma das primeiras apresentações clínicas de infecção por HIV. Pacientes que apresentam doença periodontal agressiva devem ser investigados por possível infecção por HIV (NOVAK, 1999).

- **Manifestações orais de neoplasias**

Pacientes imunocomprometidos correm grande risco de desenvolver neoplasias malignas. Logo, é previsível que indivíduos HIV positivos sejam atingidos por doenças malignas em maior grau do que a população em geral.

**Sarcoma de Kaposi** – a doença maligna mais freqüentemente encontrada em pacientes aidéticos é o sarcoma de Kaposi (15% dos portadores do HIV). Ela se caracteriza pela proliferação neoplásica de células endoteliais e fibroblastos, pois está relacionada ao fator celular de crescimento que estimula a proliferação de vasos sangüíneos, linfáticos e do tecido conjuntivo fibroso. Está presente no palato com maior freqüência e apresenta-se com coloração avermelhada, azulada ou de nódulos roxos. No estágio mais avançado, as lesões tornam-se elevadas e nodulares, podendo se ulcerar com a progressão, causando dor e sangramento, interferindo na fonação, alimentação e higiene devido às características dolorosas e hemorrágicas. Seu diagnóstico é obtido através da biópsia do tecido. O tratamento é baseado no grau da doença. No entanto, o trabalho integrado de um dermatologista, um oncologista e um dentista é muito importante para o manejo adequado do Sarcoma de Kaposi (PLEMONS et al., 2002; SOUZA et al., 2000; FABRO et al., 2002).

**Linfoma** – a forma mais comum é o não-Hodgkin (NHL). É encontrado na cabeça e pescoço. Freqüentemente, observado em linfonodos cervicais, a doença pode ocorrer extra-nodularmente. Intraoralmente, o linfoma apresenta-se como uma massa tumoral que envolve a gengiva e o palato, geralmente originados de células B. Nos pacientes soropositivos, tendem a ser agressivos, de alto grau e a sobrevida

a partir do diagnóstico é de meses. Devido à precária situação da saúde bucal de alguns pacientes, tem-se observado essas alterações associadas a dentes em mau estado, levando à hipótese inicial de abscesso dento-alveolar ou doença periodontoal. Para os clínicos, recomenda-se que os casos de abscesso sejam acompanhados bem de perto, com a realização de biópsia.

**Carcinomas** – são tumores malignos de tecido epitelial. O fato de que homens jovens aidéticos tenham desenvolvido carcinomas numa frequência mais alta que a esperada tem causa incerta, já que a imunossupressão não tem sido detectada na época do diagnóstico do carcinoma (PLEMONS et al., 2002).

- **Manifestações orais de origens desconhecidas**

**Estomatites Aftosas Recorrentes** – tipo de manifestação de alteração auto-imune que ocorre em 20 a 40% da população em geral. Em indivíduos portadores do HIV, parece haver um aumento do aparecimento de estomatites aftosas recorrentes, e estas são mais agressivas, maiores e múltiplas, que persistem por longos períodos e geralmente são dolorosas. O diagnóstico diferencial é feito por causa do tamanho, insensibilidade e duração da afta maior, carcinoma e doença granulomatosa relacionada com infecção microbiana. Assim, a biópsia é indicada em alguns casos. O tratamento é diretamente contra os linfócitos associados à lesão. Por isso, para ser eficiente, requer o uso de corticosteróides. Úlcera Necrosante Progressiva é caracterizada por lesões maiores que as observadas na estomatite aftosa recorrente (WINKLE, 1987 apud MIRANZI, 2003).

**Púrpuras** – em pacientes portadores do vírus HIV há ocorrência de púrpuras que são manchas de coloração vermelho-arroxeadas, vistas freqüentemente na junção palato duro e palato mole. É importante salientar que essas manchas não desaparecem sob pressão (LOPES, 2004).

**Hiperpigmentação Melânica** – são máculas de coloração variando de preto a marrom. As lesões podem estar relacionadas à melanina intra-leucocitária ou ainda à pigmentação nas camadas de células basais (LOPES, 2004).

**Aumento das Glândulas Salivares** – o aumento das glândulas salivares também deve ser considerado um tipo de alteração bucal que ocorre em pacientes portadores do vírus HIV, e principalmente em crianças em que o aumento crônico da parótida foi observado (PLEMONS et al., 2002).

**Xerostomia** – pacientes infectados pelo HIV queixam-se, freqüentemente, de secura na boca, que pode ser resultado da diminuição do fluxo salivar. A causa pode ser reação imune, infecção pelo citomegalovírus, das glândulas salivares e aos medicamentos usados com os antiretrovirais, antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos. O tratamento deve incluir antibióticos, para eliminar a infecção, e biópsia, para eliminar a hipótese de neoplasia. Os pacientes podem mascar chicletes sem açúcar para estimular a salivação. “O baixo fluxo salivar baixa a resistência à cárie e doenças periodontais” (PLEMONS et al., 2002). O acompanhamento do paciente é importante por causa da possibilidade de transformações malignas, agudização e aparecimento de dor (PLEMONS et al., 2002; SCHIDT, 1992 apud MIRANZI, 2003; HEINIC, 1993 apud MIRANZI, 2003).

#### 2.1.10 Perfil epidemiológico de saúde bucal na população brasileira

Em 1996, o Ministério da Saúde realizou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal. Na oportunidade, foram apresentados dados referentes sobre a cárie dental, doença periodontal e necessidades de prótese.

Decorridos 10 anos da pesquisa, o Ministério da Saúde, através da área técnica de saúde bucal, e em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia – Nacional, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as secretarias estaduais de Saúde, realizou o segundo levantamento, buscando verificar as alterações ocorridas no perfil da população brasileira.

Inicialmente, realizou-se apenas a pesquisa da doença cárie em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas de 27 capitais e o Distrito Federal, visando estabelecer um referencial para o desenvolvimento de ações preventivas do SUS.

Foi identificado que aproximadamente 27% das crianças de 18 a 36 meses de vida apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado, e em crianças com cinco anos de idade chega à proporção de 60%. Os resultados mostram que a cárie dentária tem rápido avanço, conforme a idade. A média do índice CPO é de 2,8 nas crianças de 12 anos, 6,2 nos adolescentes, 2,01 nos adultos e 27,8 nos idosos.

A perda dentária precoce é grave, levando em consideração que 55% dos jovens com 18 anos possuem todos os dentes. Mais de 28% dos adultos não possui nenhum dente funcional (todos os dentes foram extraídos e os que restam têm extração indicada), em pelo menos uma arcada. Desses, mais de 15% necessitam de pelo menos uma dentadura.

Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentaram gengivas saudáveis. O estudo ressalta que mais de 2,5 milhões de adolescentes nunca foram ao dentista. Esses dados na população adulta são de 3% e na população idosa chega aos 6%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o estudo de GONÇALVES et al. (2002), em Florianópolis, o quadro epidemiológico da população de jovens de 18 anos do sexo masculino é favorável. Porém, os grupos de menor renda e menor escolaridade concentram a maior parte da doença não tratada, devendo receber ações preventivas e assistenciais prioritárias. Esse autor chama a atenção para a escassez de estudos sobre doenças bucais, e assinala, ainda, que existe uma tendência desse tipo de pesquisa para a população infante.

A frequência de cárie em duas cidades do Nordeste (Recife e Feira de Santana) foi considerada baixa por Santos et al. (2007), sendo que o maior percentual de dentes restaurados foi observado no grupo de jovens com melhores condições financeiras.

O estudo de BARBATO et al. (2007), aponta que o edentulismo (a perda de todos os dentes) na população estudada chegou a 9% da amostra, e apresenta, também, uma mediana de 11 dentes perdidos. As perdas dentárias estavam associadas a indivíduos que residiam em zona rural, eram do sexo feminino, mais pobres, de menor escolaridade e mais idosos. Usuários do serviço público e aqueles que tinham feito visita ao dentista há mais tempo tinham maior prevalência do agravo à saúde.

SILVA et al. (2004) também identificaram, em seu trabalho, uma alta prevalência de edentulismo nos idosos, que apresentaram, em média, apenas um dente hígido, isto é, saudável, entretanto as condições de saúde bucal da população adulta estudada (de 35 a 44 anos) apresentou melhores condições.

NARVAI et al. (2000) afirma que houve contenção no avanço da doença cárie dentária na população escolar na capital paulistana, produzindo um declínio na prevalência e severidade da doença. Eles explicam que esse quadro ocorreu por

conta das ações desenvolvidas por órgãos públicos de saúde, que promoveram a fluoretação de águas e programas preventivos de saúde bucal.



### **3 MATERIAL E MÉTODO**

O presente trabalho foi submetido, e aprovado, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, no dia 22 de Agosto de 2007, Protocolo nº 33104–1144/2007 ( Anexo A), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

A pesquisa caracteriza-se como descritiva analítica observacional transversal, por se tratar de um estudo de prevalência com o traçado do perfil de uma determinada população e posteriormente feita a elaboração de hipóteses com objetivo de testar os dados, de modo a investigar a associação entre exposição e doença (PEREIRA, 2006). Além de realizada por meio dos procedimentos técnicos pautados na pesquisa bibliográfica, com vistas a estabelecer os pressupostos teóricos indispensáveis.

#### **3.2 Local do Estudo**

Inicialmente, foram identificadas quatro unidades de serviços de referência para o atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids no município de São Luís do Maranhão: o CTA (Centro de Testagem Anônima), localizado no Bairro do Anil; o CTA situado no Bairro do Lira; o Centro de Saúde de Fátima, no Bairro de Fátima e o Hospital Presidente Vargas, localizado no Bairro da Jordoá.

Antes de iniciar efetivamente o contato com os usuários dessas unidades de interesse desta pesquisa, procurou-se conhecê-las, no intuito de viabilizar o processo de pesquisa. Chegou-se à conclusão que os CTA configuravam-se, apenas, como centros de testagem para pessoas que recebiam seu diagnóstico e não voltavam mais em busca de tratamento ou aconselhamento, o que

impossibilitava, nesse momento, qualquer tipo de abordagem, uma vez que esse paciente acabara de conhecer sua condição de soropositividade para HIV.

Com base no exposto acima, foram selecionadas duas outras unidades de atendimento, o Centro de Saúde de Fátima e o Hospital Presidente Vargas. O primeiro é caracterizado como uma unidade de assistência ambulatorial da rede de serviço de Saúde do Município, que presta atendimento médico e dispensação de medicamentos (ARV) a esses usuários, e o segundo é hospital da rede estadual, também referência para internação de pacientes em estágios de maior gravidade.

O Centro de Saúde de Fátima localiza-se num bairro de periferia, populoso, chamado Bairro de Fátima, e nele foi implantado o serviço de atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis desde o ano de 1989 (ALVES, 2003). Como a aids tem como característica de transmissão principalmente a via sexual, as pessoas que estavam vivendo com HIV/aids passaram a ser atendidos pela mesma equipe que atendia os das DST (ALVES, 2003).

Há consulta médica todos os dias da semana, sob a responsabilidade de 03 profissionais médicos infectologistas, de segunda à sexta-feira pela manhã, exceto feriados, finais de semana, segundas e quartas-feiras à tarde, cumprindo uma escala fixa, atendendo os pacientes de DST e aids. As consultas são agendadas previamente, e o retorno é marcado ao término da consulta ou agendado por telefone. O número de pacientes atendidos pelos profissionais médicos por turno é em torno de 16 pacientes. Nesses mesmos dias, há atendimento do serviço social e, em todos, há a dispensação dos medicamentos antiretrovirais, por profissional não farmacêutico-bioquímico.

O número de pacientes cadastrados não é conhecido precisamente, porém a estimativa atual é de que existam 374 pacientes por mês, em seguimento no serviço das unidades de saúde em estudo.

A outra unidade de referência para atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids em São Luís é o Hospital Presidente Vargas, desde a década de 90, quando começou a receber pacientes que eram encaminhados do Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos (ALVES, 2003).

Atualmente, existe atendimento ambulatorial e internação em dois turnos. O consultório odontológico é destinado a esses pacientes, oferece atendimento às terças e quintas pela manhã e à tarde. O número diário de pacientes é pequeno,

nunca ultrapassando quatro; e em algumas visitas da pesquisadora não houve presença de pacientes

### **3.3 Seleção da Amostra**

A pesquisa foi realizada entre as pessoas que vivem com HIV/aids que buscaram consulta de seguimento nas unidades de referência denominadas, Centro de Saúde de Fátima e Hospital Presidente Vargas, no período de Abril a Agosto de 2007.

Foram sujeitos eleitos para a pesquisa, as pessoas com infecção pelo HIV ou aids agendados para consulta médica de primeiro atendimento ou de seguimento.

A pesquisa de campo foi empreendida, inicialmente, com uma abordagem das pessoas que estão vivendo com HIV e aids, agendadas para primeiro atendimento ou de seguimento, na sala de espera que era comum ao consultório médico do médico infectologista e consultório odontológico da Unidade de Centro de Saúde de Fátima, e na sala de espera do consultório odontológico, destinado a esses usuários do Hospital Presidente Vargas. Essa abordagem teve o objetivo de convidá-los a participar do estudo respondendo a um questionário e submetendo-se ao exame clínico da cavidade bucal. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), foi então iniciada a coleta de dados. Cabe ressaltar que os voluntários teriam liberdade para recusar-se em participar em qualquer momento do processo nenhum dos usuários, entretanto, desistiu de sua participação, e, portanto, o número final da amostra é de 128 usuários das duas unidades de referência em estudo.

### **3.4 Procedimentos para Realização da Pesquisa**

Foi aplicado um questionário (Vide Apêndice A) elaborado pela pesquisadora, a fim obter informações do paciente sobre a ocorrência das

alterações bucais após a infecção pelo vírus e verificar a condição de saúde bucal desses usuários, avaliando os seguintes aspectos: características sócio-demográficas, características da doença aids, prevalência de alterações orais relacionadas, características morfológicas das alterações bucais relacionadas, necessidade de tratamento odontológico (entenda-se por essa necessidade aquela que é julgada e relatada pelo paciente), hábitos de higiene bucal, aspectos encontrados no exame clínico intra-bucal, condições de higiene e saúde bucal, presença e características morfológicas das alterações bucais ao exame clínico. Após aplicação do questionário, essas pessoas foram encaminhadas ao consultório odontológico para a realização do exame clínico da região oral e perioral, buscando-se observar a presença ou não de alterações bucais. Aquelas encontradas foram descritas e registradas.

### **3.5 Instrumentos**

#### **3.5.1 Questionário**

Constituído por 44 perguntas divididas em cinco blocos, de acordo com o que é mostrado a seguir:

Bloco A: questões relacionadas aos aspectos sócio-demográficos dos entrevistados: nome, sexo, idade, ocupação, estado civil e escolaridade. A variável ocupação foi categorizada em grupos, de acordo com o que determina o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A variável estado civil foi distribuída em dois grupos denominados de: companheiro fixo, que corresponde a casados e união estável e sem companheiro fixo: solteiro, viúvo, divorciado, baseado na categorização do IBGE.

Bloco B: questões relacionadas à doença aids: tempo de conhecimento pela pessoa da sua condição de infectado pelo vírus HIV, se estava em consulta de seguimento e há quanto tempo em uso de terapia anti-retroviral.

Bloco C: questões referentes à presença de alteração bucal relatada pela pessoa que vive com HIV/aids. Para obter informações acerca de alterações

localizadas na região intra e peribucal, perguntou-se a essas pessoas se em algum momento elas perceberam qualquer tipo de alteração nessas regiões. Foi explicado o significado de alteração, que poderia ser presença de vesícula bolhosa, uma mancha de coloração clara, escura ou vermelha etc. Com relação à intensidade da dor, esta foi classificada de três formas: LEVE – quando a pessoa relatava que sentia pouca dor; já a resposta “mais ou menos” equivaleu à classificação dor MODERADA; e quando ele se referia a muita dor, foi classificada como dor SEVERA. Com relação ao tamanho das lesões classificadas em pequenas, médias e grandes levou-se em consideração a idéia que o entrevistado tinha de cada dimensão. IGNORADO entendeu-se como não saber definir as dimensões ou não lembrou.

Bloco D: questões referentes ao que o usuário relatou como sendo necessidade de tratamento odontológico.

Bloco E: questões relativas aos hábitos bucais relatados pelos usuários:

Bloco F: questões relativas ao exame bucal e intra-bucal:

Neste bloco registraram-se o número de dentes presentes, ausentes, cariados, indicados clinicamente para exodontia, considerando a extensão da atividade de cárie, podendo estar presente apenas as raízes residuais, por exemplo. Os dentes indicados para restauração foram considerados não levando em conta o número de superfície atacada pela cárie, pois os dados registrados foram baseados no exame da coroa de cada órgão dental. (índice CPOD) e não nas superfícies dentais (CPO-S). Desse modo o índice utilizado para verificar a experiência de cárie foi o CPO-D médio, o qual totaliza o número de dentes cariados, perdidos e restaurados/obturados divididos pelo número de pessoas que constituem a amostra (SILVA et al, 2004).

Para a análise do índice CPO-D encontrado levou-se em consideração o grau de severidade que esse índice aponta:

Escores de 1 a 5:

1- Muito baixo (1,1)

2- Baixo (2,6)

3- Moderado (4,4)

4- Alto (6,5)

5- Muito alto (6,6 ou mais) (PINTO, 2000).

Onde os valores elevados indicam má condição de saúde bucal, freqüentemente associados às condições sócio-econômicas desfavoráveis.

No tocante à informação de condição de higiene, considerou-se como BOA aquela pessoa que apresentou ausência de placa bacteriana visível, sem utilização de substância reveladora, nas superfícies dentárias e ausência de língua saburrosa, ou seja, cheia de resíduos alimentares (TOMMASI, 1999), além de considerar o número de dentes presentes, ausentes, número de dentes restaurados, eritema gengival, ou seja, gengiva edemaciada e vermelha com sangramento espontâneo ou provocado pela sonda exploradora. Condição considerada como RUIM, quando presentes todos os aspectos acima citados.

### 3.5.2 Exame clínico

Foi realizado por um examinador cirurgião-dentista. O paciente foi colocado em posição inclinada e confortável na cadeira odontológica sob luz artificial, e o examinador, devidamente indumentado, obedecendo às recomendações de biossegurança (MS, 1996 apud RODRIGUES et al., 2005), posicionou-se ao lado do paciente de modo que pudesse visualizar a região intra e peribucal, usando espelho e explorador bucal e espátulas de madeira. Buscou-se identificar a presença de alterações e outros sinais clínicos da cavidade bucal avaliando os seguintes aspectos: presença e ausência de dentes, número de dentes restaurados, número de dentes indicados para restauração e exodontia baseado no aspecto clínico da coroa dental, presença ou ausência de tártaro, aquele visível acima do sulco gengival, sangramento gengival espontâneo, ou seja, não provocado por sondagem, mobilidade dental. E essa foi considerada como o movimento aparente da raiz dentro do alvéolo, observado através da manobra clínica, de pressão da superfície vestibular da coroa clínica dental com o dedo médio contra a superfície lingual pressionada com o cabo do espelho bucal. Não foram considerados graus de mobilidade, apenas se havia movimento da coroa no sentido línguo-vestibular e, finalmente, a presença de alguma alteração bucal no momento do exame.

### 3.7 Análise estatística

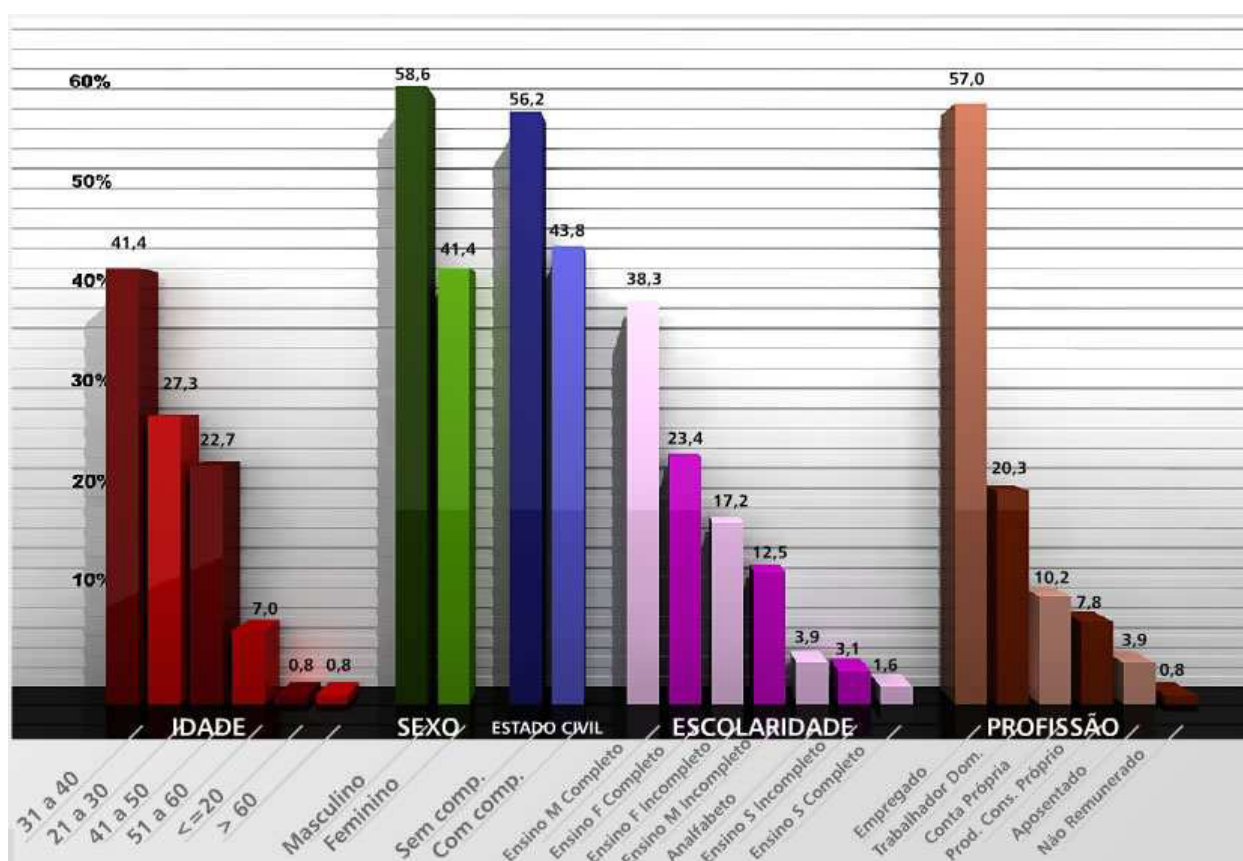
Após a coleta de dados, foi realizada a análise de coerência, isto é, codificação dos dados, para serem digitados com a finalidade de formar-se um banco de dados, para o qual se utilizou o programa Epi info 3.0.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa *SPSS for Windows 10.0* (1999). Inicialmente, foi feita a análise descritiva de todas as variáveis através de gráficos e tabelas de frequência. Posteriormente, para se avaliar a associação da presença de alterações bucais com as variáveis qualitativas (sexo, faixa etária, ocupação, escolaridade, uso de ARV, tempo de uso de ARV, grau de higiene, medicamentos) foi realizado o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de independência, de Pearson. A variável numérica CPO-D foi avaliada pelo teste t de *student* para amostras independentes, quando a variável independente tinha só dois grupos (sexo e uso de ARV); e avaliada pela análise de variância (ANOVA) com um fator, quando a variável independente tinha 3 ou mais grupos (idade, escolaridade, tempo de uso de ARV, tempo de diagnóstico, medicamentos ). Em todos os testes, o nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%.

## 4 RESULTADOS

Foram analisados dados referentes a 128 pessoas que vivem com HIV e aids, que buscaram atendimento nas unidades de referência de São Luís no período de abril a agosto de 2007. Em relação a distribuição por sexo, 58,6% (75) é constituída por pessoas do sexo masculino, e 41,4% (53) é do sexo feminino, conforme mostra a figura 1.

**Gráfico 1 – Distribuição das características sócio-demográficas das pessoas que vivem com HIV/aids das unidades de referência estudadas – São Luís-MA, 2007.**



Este gráfico mostra ainda que o maior percentual de pessoas que vivem com HIV/aids entrevistadas, está na faixa etária de 31 a 40 anos, o equivalente a 41,4% (63) da amostra estudada. A menor faixa etária de entrevistados está abaixo



ou igual a 20 anos, apresentando um percentual de 0,8% (01). Observou-se 01 caso de pessoa com idade acima de 60 anos, o correspondente a 0,8% da amostra. A média geral de idade foi 36,45. A média de idade entre os homens foi de 36,83 e de mulheres foi de 35,91.

A figura 1 aponta também que 56,2% dos entrevistados relataram que vivem sem companheiro fixo.

O ensino médio completo foi o nível de escolaridade mais freqüente, ocorrendo em 38,3% das vezes, entretanto, cabe ressaltar, que 21,1% não completaram o ensino fundamental e apenas 4,7% relataram ter nível superior.

Pode-se ainda observar que 57,0% dessas pessoas têm renda, ou seja, estão inseridos na categoria emprego formal, dos quais 20,3% correspondem a trabalhadores domésticos e 3,9% aposentados.

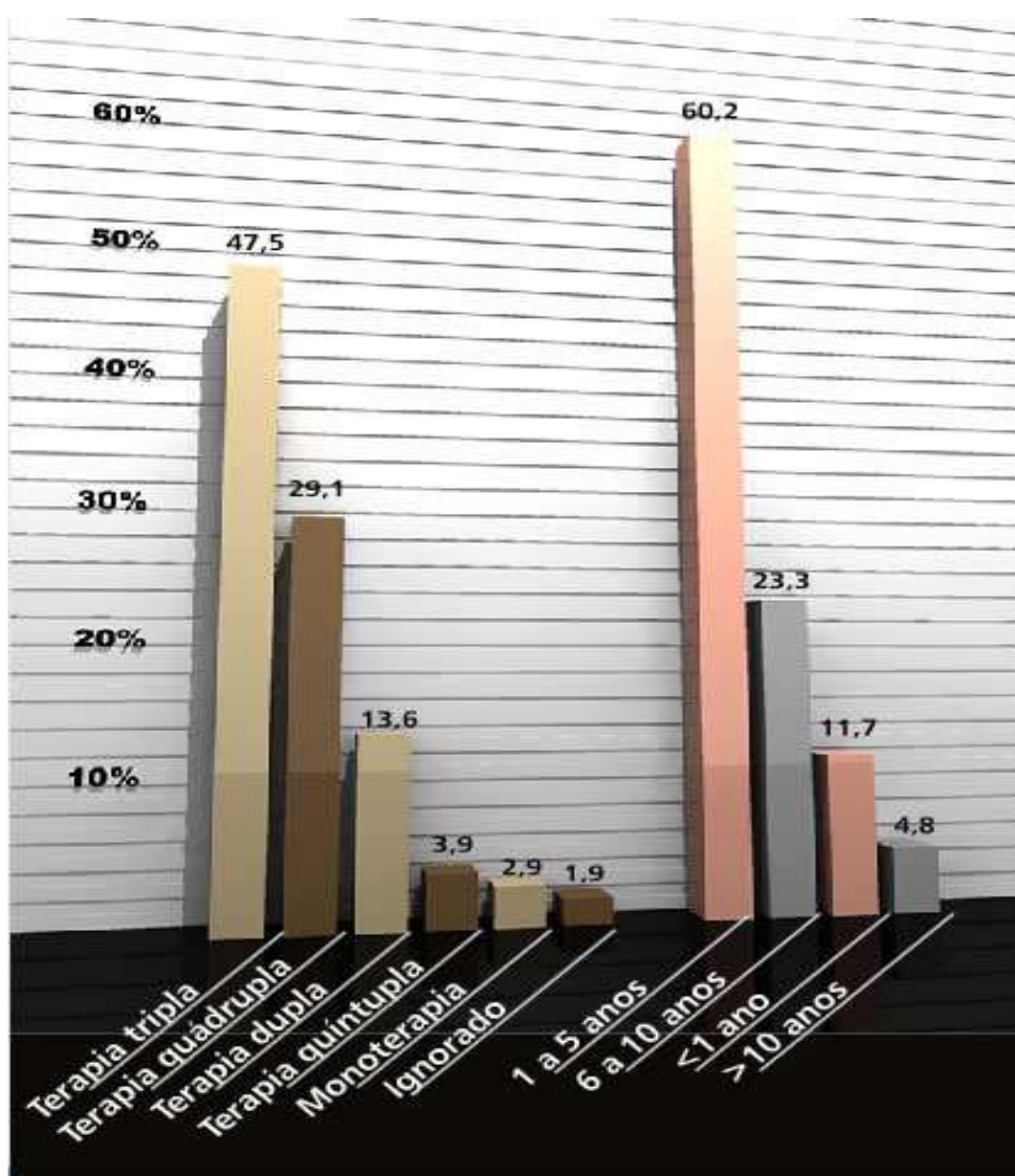
**Tabela 1 – Número de pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com o tempo de conhecimento da sua condição de soropositividade para o HIV e a freqüência da consulta de seguimento –São Luís-MA, 2007.**

| VARIÁVEIS                          | f          | %            |
|------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Tempo de diagnóstico (anos)</b> |            |              |
| 01 — 05 anos                       | 67         | 52,3         |
| 06 — 10 anos                       | 32         | 25,0         |
| < 1 ano                            | 14         | 10,9         |
| > 10 anos                          | 13         | 10,2         |
| Ignorado                           | 02         | 1,6          |
| Total                              | 128        | 100,0        |
| <b>Consulta de seguimento</b>      |            |              |
| Sim                                | 125        | 97,7         |
| Não                                | 03         | 2,3          |
| <b>Total</b>                       | <b>128</b> | <b>100,0</b> |

A tabela 1 mostra que 52,3% das pessoas souberam que estavam infectadas pelo HIV decorrido o tempo de 01 a 05 anos, e 10,9% souberam de sua condição de soropositividade há menos de um ano.

Quase toda a amostra (97,7%) encontra-se em consulta de seguimento, ou seja, freqüenta regularmente a unidade de referência para consulta médica e recebimento de medicação anti-retroviral, e 2,3% estavam na primeira consulta ambulatorial no momento da entrevista.

**Gráfico 2 – Distribuição de terapias anti-retroviral (TARV) e tempo de uso – São Luís-MA, 2007.**



O gráfico 2 refere-se ao número e ao tempo de uso dos medicamentos anti-retrovirais, e mostra que o percentual de 80,5% das pessoas que estão vivendo com HIV/aids, ouvidas nessa pesquisa, encontram-se em uso de medicação anti-retroviral. O uso de medicamentos mais freqüente foi terapia tripla, ocorrendo num percentual de 47,5%. O uso de medicação menos freqüente foi o da monoterapia (2,9%), que correspondia as gestantes em tratamento quimioprolático, e 29,1% da amostra estavam em terapia quádrupla.

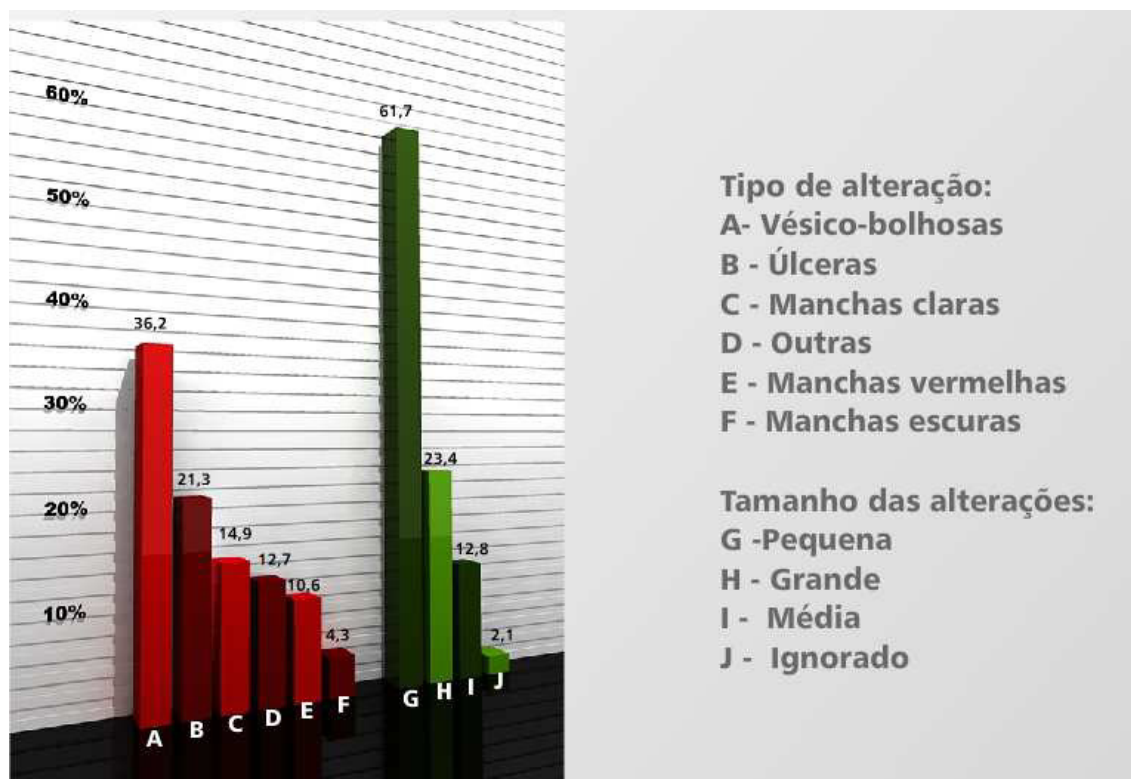
O maior percentual de tempo de uso de medicação anti-retroviral, (60,2%), foi de 01 a 05 anos. 11,7% das pessoas desta pesquisa relataram estar usando algum esquema medicamentoso a menos de um ano. Um percentual de 23,3 % relatou uso entre 6 e 10 anos.

**Tabela 2 – Prevalência de alterações bucais relatadas por pessoas vivendo com HIV/aids das unidades de referência – São Luís-MA, 2007.**

| <b>VARIÁVEIS</b>        | <b>f</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------|------------|--------------|
| <b>Alterações orais</b> |            |              |
| Não                     | 81         | 63,3         |
| Sim                     | 47         | 36,7         |
| <b>Total</b>            | <b>128</b> | <b>100,0</b> |

Na tabela 2 verificou-se que 81 pessoas, o equivalente a 63,3% da amostra, relatou nunca ter observado a presença de alguma alteração oral, enquanto que 36,7% das pessoas ouvidas afirmaram ter observado a presença de pelo menos uma alteração oral em algum momento da sua condição de soropositividade para o HIV.

**Gráfico 3 – Características clínicas das alterações bucais relatadas em pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.**



O gráfico 3 mostra que o tipo de alteração bucal relatado mais freqüentemente (36,2%), apresentava-se como alteração vésico-bolhosa, seguida por úlceras, com 21,3%, e pelo aparecimento de manchas, em 29,8%. No que se refere ao tamanho das alterações, 61,7% dos relatos fez referência a pequenas.

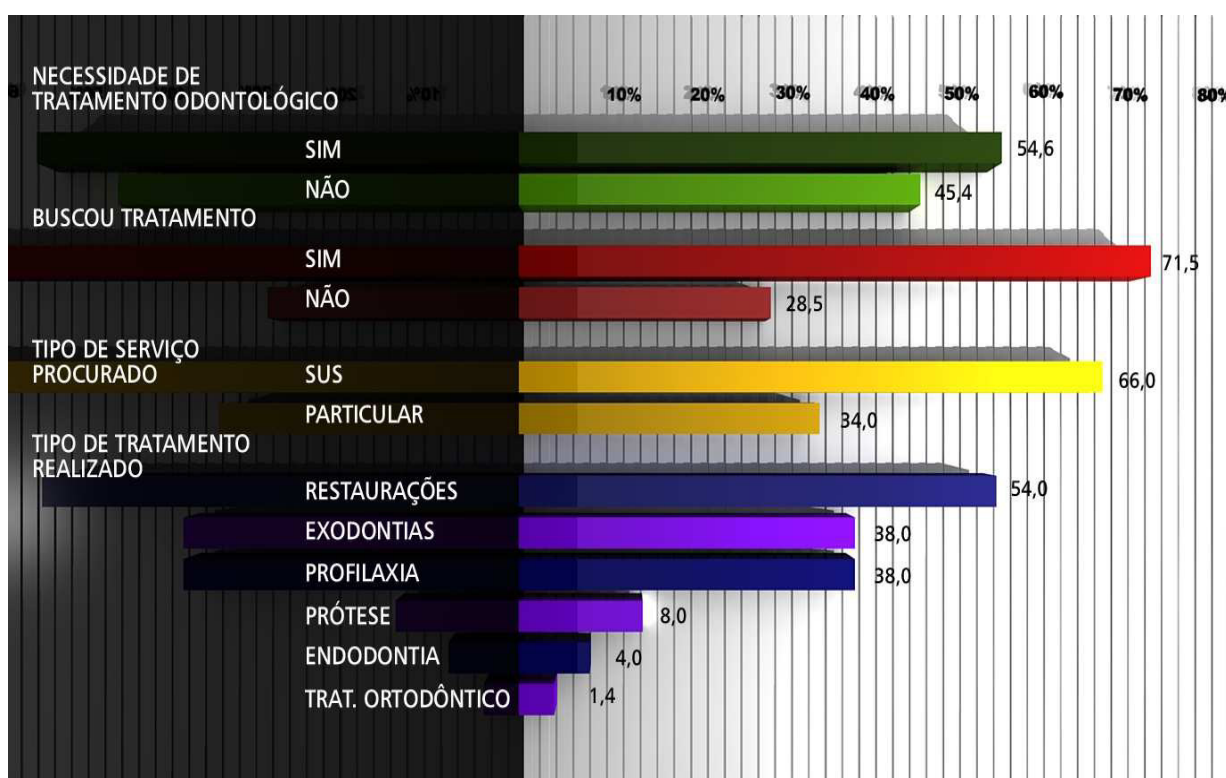
**Tabela 3 – Sintomatologia das alterações bucais relatadas em pessoas vivendo com HIV/aids - São Luís- MA, 2007.**

| VARIÁVEIS          | f  | %     |
|--------------------|----|-------|
| <b>Dor</b>         |    |       |
| Sim                | 25 | 53,2  |
| Não                | 22 | 46,8  |
| Total              | 47 | 100,0 |
| <b>Intensidade</b> |    |       |

|              |           |              |
|--------------|-----------|--------------|
| Leve         | 14        | 56,0         |
| Moderada     | 05        | 20,0         |
| Severa       | 06        | 24,0         |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100,0</b> |

A tabela 3 indica as alterações bucais relatadas em relação à presença de dor. Esta ocorrendo em 53, 2% das vezes, e quando presente era considerada por essas pessoas como leve, numa frequência de 56,0%.

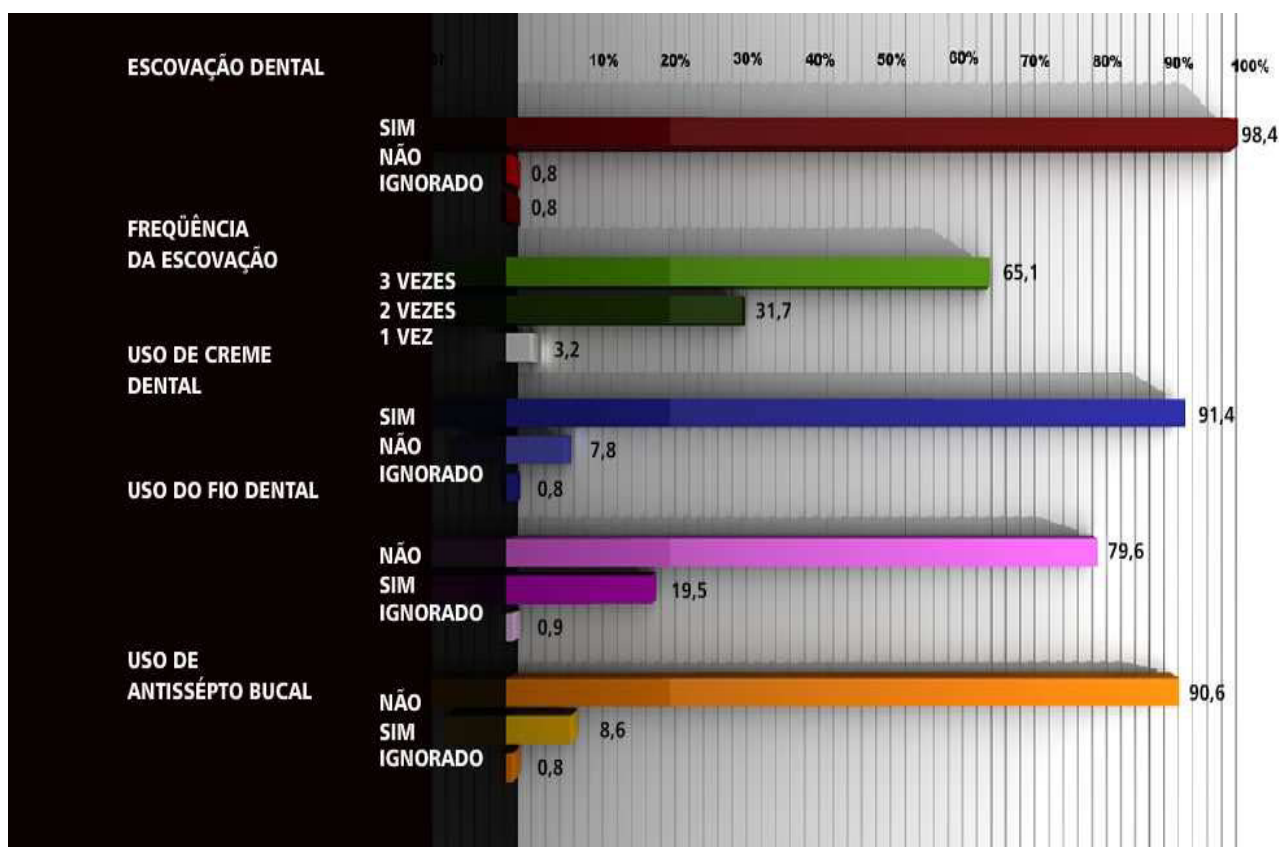
**Gráfico 4 – Necessidade relatada pelas pessoas que vivem com HIV/aids de tratamento odontológico, tipo de tratamento e tipo serviço procurado – São Luís-MA, 2007.**



Este gráfico aponta que, 54,6% das pessoas que estão vivendo com HIV/aids ouvidas nessa pesquisa, relatou ter alguma necessidade de tratamento odontológico. Dessas, 71,5% buscaram tratamento na rede pública (SUS) 66,0%, enquanto que 34,0% buscaram tratamento na rede particular.

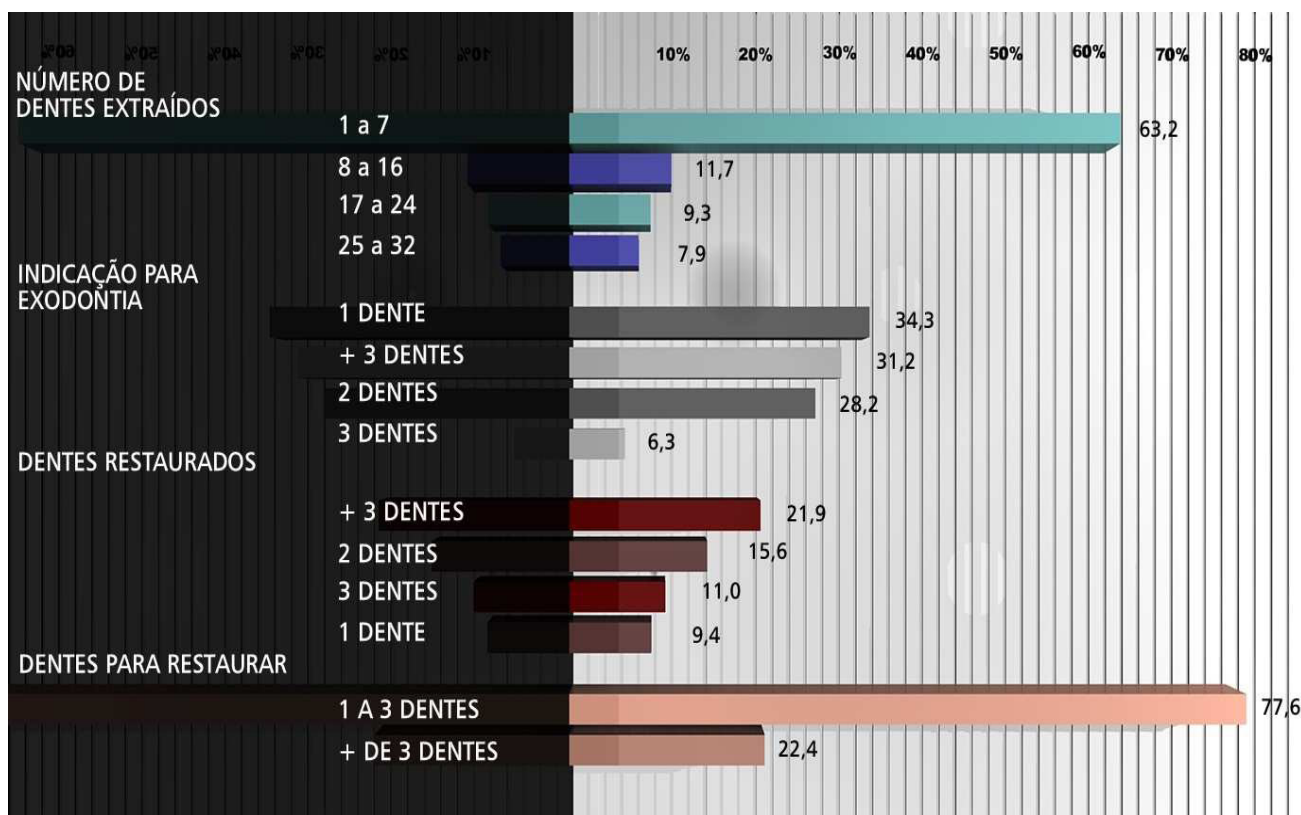
O tipo de tratamento mais freqüente foi o de restauração dentária (54,0%), seguido de exodontias e profilaxia, ambas com 38% de freqüência.

**Gráfico 5 – Hábitos de higiene bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.**



Na análise do gráfico 5, verifica-se que a maioria das pessoas que está vivendo com HIV/aids dessa pesquisa, relatou, em 98,4% das vezes, ter o hábito de escovação dental, com freqüência de 3 vezes ao dia, em 65,1% das vezes, e usando creme dental (91,4%). Já o hábito do uso de fio dental e anti-séptico bucal é menos freqüente, representados em percentuais respectivos de 19,5% e 8,6%.

**Gráfico 6 – Distribuição dos achados clínicos do exame intra-bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.**



O gráfico 6 possibilita verificar que 7,9% das pessoas, que estão vivendo com HIV/aids examinadas nessa pesquisa, não apresentou nenhum dente extraído, 63,2% tiveram de 1 a 7 dentes extraídos, e 7,9% entre 25 e 32.

Num percentual de 34,3% das vezes havia indicação clínica para exodontia de pelo menos 01 dente, e, 31,2% das vezes com indicação para exodontia de mais de 3 dentes.

Observou-se que 21,9% tinham mais de 3 dentes restaurados e 9,4% apresentavam apenas 1 dente restaurado. Com relação à indicação para restauração dental, um percentual de 77,6% das pessoas precisava restaurar de 1 a 3 dentes, seguido de 22,4% para mais de 3 dentes.

**Tabela 4 – Condições de higiene e saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/aids – São Luís-MA, 2007.**

| <b>VARIÁVEIS</b>                       | <b>f</b>   | <b>%</b>     |
|----------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Condição de higiene</b>             |            |              |
| Boa                                    | 86         | 67,2         |
| Ruim                                   | 42         | 32,8         |
| Total                                  | 128        | 100,0        |
| <b>Sangramento gengival espontâneo</b> |            |              |
| Não                                    | 108        | 84,4         |
| Sim                                    | 20         | 15,6         |
| Total                                  | 128        | 100,0        |
| <b>Presença de tártaro</b>             |            |              |
| Não                                    | 93         | 72,7         |
| Sim                                    | 35         | 27,3         |
| Total                                  | 128        | 100,0        |
| <b>Mobilidade dental</b>               |            |              |
| Não                                    | 114        | 89,1         |
| Sim                                    | 14         | 10,9         |
| <b>Total</b>                           | <b>128</b> | <b>100,0</b> |

São visualizados na tabela 4 dados sobre as condições de saúde bucal e higiene bucal das pessoas examinadas, podendo-se constatar que mais da metade da amostra foi classificada como tendo saúde bucal boa em 67,2% das vezes, 28,1% foram classificadas como tendo saúde bucal ruim.

Um percentual de 84,4% não apresentou sangramento gengival contra 15,6% para presença de sangramento ao exame.

A presença de tártaro foi verificada em 27,3% das ocorrências, e em 89,1% não foi observada mobilidade dental.



**Tabela 5 – Presença e características clínicas das alterações bucais examinadas das pessoas que vivem com HIV/aids das unidades de referência em estudo – São Luís-MA, 2007.**

| <b>VARIÁVEIS</b>                                 | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Presença da lesão</b>                         |          |          |
| Não                                              | 110      | 85,9     |
| Sim                                              | 18       | 14,1     |
| <b>Aspecto clínico da lesão examinada</b>        |          |          |
| Mancha hiper cromática – borda lateral da língua | 06       | 33,3     |
| Queilite angular                                 | 05       | 27,8     |
| Candidíase                                       | 03       | 16,7     |
| Formações nodulares                              | 02       | 11,2     |
| Úlceras inespecíficas                            | 01       | 5,6      |
| Herpes labial                                    | 01       | 5,6      |

A tabela 5 refere-se à presença de alguma lesão oral e ou perioral no momento do exame clínico e que o tipo de lesão observada, considerando suas características clínicas.

Desse modo, foi possível verificar que houve prevalência da ausência de alterações bucais no momento do exame clínico, num percentual de 85,9% das pessoas examinadas.

O percentual de pessoas que apresentaram alterações bucais foi de 14,1%. Dentre as lesões observadas no exame clínico, a mais freqüente foi mancha hiper cromática na borda lateral da língua, num percentual de 33,3%, seguida pela queilite angular, em 27,8% dos casos. A Candidíase oral foi observada em 16,7% das pessoas examinadas. As demais lesões encontradas foram: formações nodulares (11,2%), herpes labial (5,6%) e úlceras inespecíficas (5,6%).

Para verificar o grau de severidade da experiência de cárie dessa amostra, calculou-se o índice médio CPO-D, conforme mostra a tabela 6. Observa-se nela que o valor encontrado foi de 11,96. A contribuição de cada integrante do índice é mostrado em percentuais, como pode ser visto na tabela 6, sendo que a maior proporção refere-se ao integrante “extraído”.

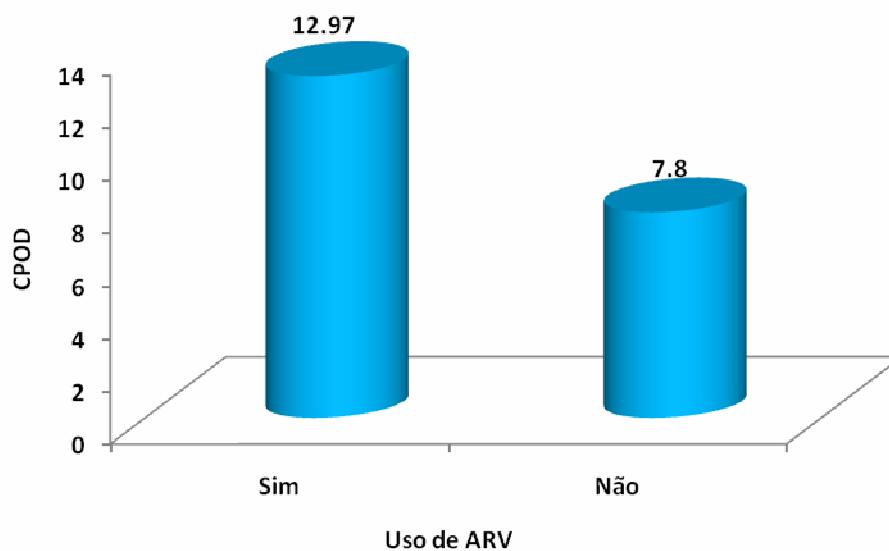
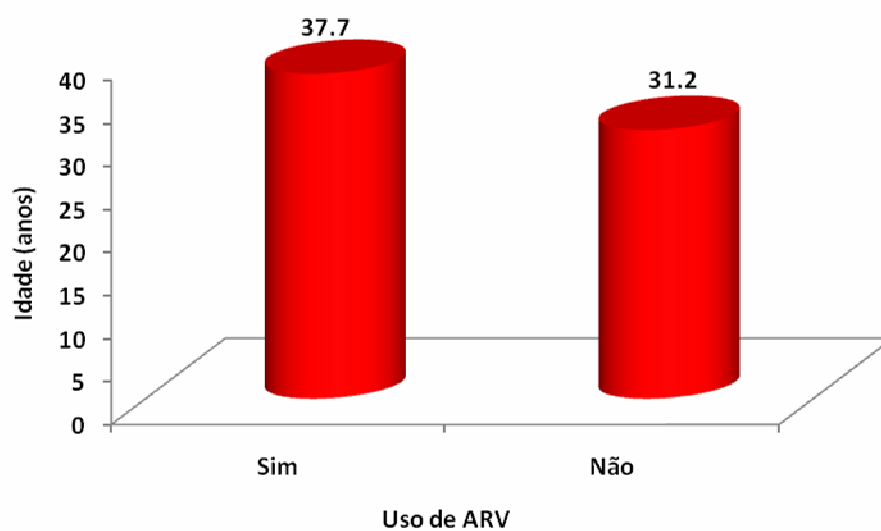
**Tabela 6 – Relação dos dentes extraídos, obturados e cariados em relação ao índice de CPO-D**

|           | <b>n</b> | <b>Soma</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio padrão</b> | <b>%</b> |
|-----------|----------|-------------|--------------|----------------------|----------|
| CPOD      | 128      | 1531        | 11.96        | 8.71                 |          |
| Extraídos |          | 999         |              |                      | 65.3     |
| Obturados |          | 251         |              |                      | 16.4     |
| Cariados  |          | 281         |              |                      | 18.4     |

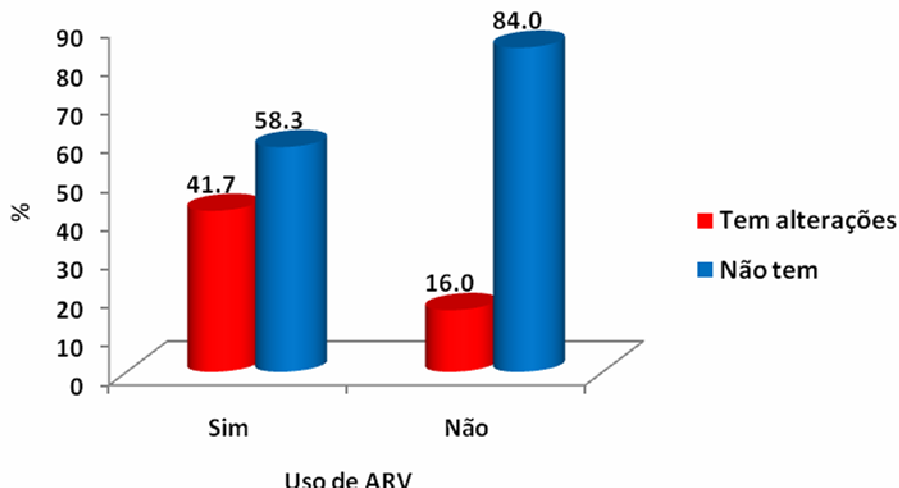
**Tabela 7. Teste *t* de *student* da variável idade e CPOD em relação ao sexo**

|              | <b>Sexo</b> | <b>N</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|--------------|-------------|----------|--------------|----------------------|----------|----------|
| <b>Idade</b> | Masculino   | 75       | 36.83        | 8.03                 | 0.576    | 0.566    |
|              | Feminino    | 53       | 35.91        | 10.04                |          |          |
|              | Total       | 128      | 36.45        | 8.89                 |          |          |
| <b>CPOD</b>  | Masculino   | 75       | 11.11        | 7.61                 | - 1.264  | 0.209    |
|              | Feminino    | 53       | 13.17        | 10.01                |          |          |
|              | Total       | 128      | 11.96        | 8.71                 |          |          |

A tabela 7 mostra que, ao testar a associação entre as variáveis idade e sexo e o índice médio CPO-D, não houve diferença estatística significativa nos resultados ( $p > 0,05$ ).

**Gráfico 7 – CPOD médio em relação ao uso de TARV****Gráfico 8 – Média da Idade em relação ao uso de TARV**

Observando os gráficos 7 e 8, verifica-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) na idade dos pacientes e no CPO-D em relação ao uso de anti-retroviral.

**Gráfico 9 – Relação entre o uso de TARV e a presença de alterações bucais**

Realizando-se teste do qui-quadrado em relação da manifestação de alterações bucais e as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, uso de ARV, tempo de uso, tempo de diagnóstico e medicamentos, verifica-se que somente a variável uso de TARV apresentou uma associação significativa ( $p < 0,05$ ) em relação à manifestação de alterações bucais, de acordo com o gráfico 9. Nas demais variáveis não se observou associação significativa ( $p > 0,05$ ).

Foi usado o teste do qui-quadrado da relação das variáveis: manifestação de alterações bucais e grau de higiene em relação às variáveis: escovação, nº de escovações/dia, uso de creme dental, de fio dental e de antissépticos, porém não foi encontrado uma relação significativa ( $p > 0,05$ ) das variáveis higiênicas com a manifestação de alterações bucais e o grau de higiene, como mostra a tabela 8.

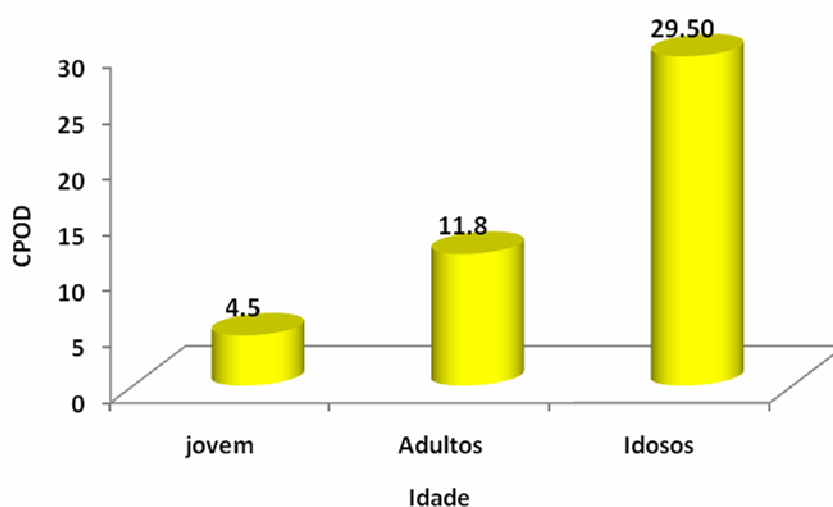
**Tabela 8 – Teste do qui-quadrado da relação das variáveis: manifestação de alterações bucais e grau de higiene em relação às variáveis escovação, nº de escovações/dia, uso de creme dental, de fio dental e de antissépticos**

|                  | Alteração |          |       | Higiene |          |       |
|------------------|-----------|----------|-------|---------|----------|-------|
|                  | GL        | $\chi^2$ | p     | GL      | $\chi^2$ | P     |
| Escovação dental | 1         | 0.22     | 0.637 | 2       | 2.25     | 0.324 |

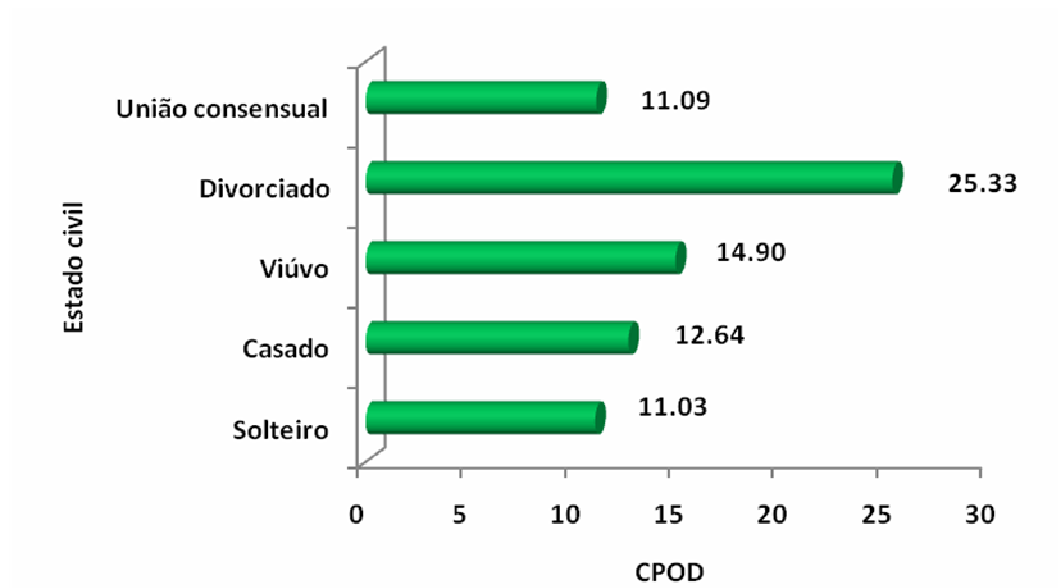
|                     |   |      |       |   |       |       |
|---------------------|---|------|-------|---|-------|-------|
| Nº de escovação/dia | 4 | 1.96 | 0.743 | 8 | 7.46  | 0.488 |
| Uso de creme dental | 3 | 2.13 | 0.546 | 6 | 10.23 | 0.115 |
| Uso de fio dental   | 2 | 0.71 | 0.703 | 4 | 6.99  | 0.136 |
| Uso de antisséptico | 3 | 4.05 | 0.256 | 6 | 4.26  | 0.642 |

De acordo com o resultado da ANOVA da variável dependente CPOD e das variáveis independentes idade, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de diagnóstico, tempo de uso de ARV, pode-se verificar que houve associação significativa ( $p < 0,005$ ) para as variáveis idade e estado civil. Figura 10 e 11.

**Gráfico 10. CPOD médio por idade**



Entendendo-se, aqui, que jovem está na faixa etária de 18 a 21 anos, adulto de 22 a 59 anos e idoso a partir de 60 anos.

**Gráfico 11- CPOD médio por estado civil**

## 5 DISCUSSÃO

A faixa etária de mais freqüente das pessoas entrevistadas nesse estudo foi de 31 a 40 anos correspondendo a um percentual de 41,4%. Esses dados estão próximos aos de MATTOS et al. (2004), que na estratificação de idades de sua amostra encontrou 37,9% nessa faixa etária, e 32,8% na faixa de 21 a 30 anos, 17,2% entre 41 e 50 anos e finalmente 12,1% com mais de 50 anos. GRUNER et al. (2005), em estudo realizado em um hospital de referência para HIV em Florianópolis, afirmam que a média de idade de sua amostra estava por volta de 30 anos, no grupo estudado em 1997, e 34,9 anos no grupo estudado em 2001. Nesse estudo encontrou-se uma média de idade de 36,45. Já CASOTTI et al. (2004) encontraram uma média de idade de 39,8 anos. CARDOSO et al. (2003) encontraram em sua pesquisa uma média de 37,17 anos de idade. ALVES et al. (2004) dizem que 70% da sua amostra era constituída por pessoas que se encontravam na quarta década de vida. Já FABRO et al. (2002) encontraram uma faixa etária modal de 30 a 39 anos. Dados de VERONESI e FOCACCIA (1997) mostram que a faixa etária mais acometida pela aids, sem levar em consideração as categorias de exposição mais prevalentes, tem sido a de adultos jovens, geralmente entre 20 e 40 anos, faixa que coincide com a maior atividade sexual.

Este trabalho apresenta uma maior freqüência (58,6%) de pessoas do sexo masculino vivendo com HIV/aids, sendo que o sexo feminino mostrou freqüência de 41,4%. GRUNER et al. (2005), comparando dois grupos de estudo de pessoas vivendo com HIV/aids, nos anos de 1997 e 2001, observaram que o sexo masculino foi predominante em ambos os casos. MATTOS et al. (2004) dizem que na sua amostra, composta por 116 pacientes soropositivos para o HIV, 65 eram homens e 51 mulheres.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, há uma tendência mundial para o crescimento da infecção pelo HIV na população feminina, com uma prevalência de dois casos em homem para cada caso em mulher. Observou-se, neste estudo, a razão homem/mulher, de 1,4 homens para cada mulher, o que reforça os dados nacionais para tendência do aumento do número de mulheres infectadas. O fenômeno da feminização é considerado o mais importante aspecto da nova faceta da epidemia nos últimos anos, com o aumento no número de casos

notificados de aids em mulheres, e de acordo com essa perspectiva, é que pesquisadores se referem ao perigo da chamada “africanização”, ou seja, a possibilidade da proporção homem mulher se converter em 1/1 (GRUNER et al., 2005). CASOTTI et al. (2004) encontraram na sua pesquisa que, dos 105 pacientes estudados, 61% eram do sexo masculino, enquanto 39% do sexo feminino. ALVES et al. (2004) encontraram no seu estudo que 65% da sua amostra eram formadas pelo sexo masculino. FABRO et al. (2002) encontraram maior frequência (32,0%) de pessoas vivendo com HIV do sexo masculino. SOUZA et al. (2000) mostram que, dos 100 pacientes examinados que compunham sua amostra, 74 eram do sexo masculino e 26 do sexo feminino.

Quanto ao estado civil das pessoas dessa pesquisa, o maior percentual encontrado (56,2%) revela que vivem sem companheiro; já ALVES et al. (2004) mostram que se encontrou 76% de solteiros, indicando a possibilidade de relações instáveis.

As características de escolaridade e renda correspondem ao perfil epidemiológico brasileiro, ou seja, maior número de pessoas vivendo com HIV/aids tem nível médio completo (38,3%), sendo ligados a empregos formais (57,0%). Estes achados também estão em conformidade com os números mostrados por (SILVEIRA, 2004; CASOTTI et al., 2004).

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença HIV/aids encontrados nessa pesquisa, observou-se que o maior percentual foi entre 1-5 anos (52,3%), dados próximos ao de (ALVES et al., 2004), que mostram que sua amostra conhecia a condição de soropositividade era conhecida há 1 e 2 anos. CASSOTTI et al. (2004) mostram também que o tempo médio encontrado entre o diagnóstico e a admissão no serviço de atendimento referencial foi de 2,5 anos. Isso nos leva a pensar numa explicação pautada provavelmente pelo estigma que se criou sobre a doença ao longo desses anos, desde o conhecimento de suas causas e características, gerando um sentimento de vergonha em procurar realizar testes de sorológico para o HIV, de rotina.

A maioria das pessoas que foram examinadas e questionadas encontrava-se em consulta de seguimento (97,7%), apenas 03 pessoas afirmaram não estar em consulta de seguimento, pois aquela era a sua primeira consulta. Dessas, 80,5% estão usando terapia anti-retroviral tripla. De acordo com CASSOTTI



et al (2004), 47,0% de sua amostra tinham recebido terapia anti-retroviral tripla, cujo esquema era zidovudina, lamivudina e nelfinavir.

O percentual de 85,9% das pessoas que vivem com HIV/aids que fizeram parte da amostra nesse estudo, relatou não apresentar algum tipo de alteração bucal. Dados semelhantes ao de (ALVES et al., 2004), que ao realizar sua pesquisa ao exame extra-oral, verificou que 89,1% de sua amostra não apresentou nenhuma lesão extra-oral. MATTOS et al. (2004) também afirmam que há baixa prevalência de manifestações associadas ao HIV/aids nas pessoas examinadas.

As alterações que apresentaram maior frequência no momento do exame clínico foram: manchas hiperpigmentadas nas bordas laterais da língua, seguida de queilite angular. Hiperpigmentação da mucosa bucal foi diagnosticada, no estudo de (MATTOS et al., 2004) em 2,5% dos casos, e tem sido descrita como efeito adverso da terapia anti-retroviral (BRASIL, MS, 2006). Mattos et al continuam afirmando, em seu trabalho, que as pessoas que apresentavam essa alteração bucal estavam fazendo uso do AZT como integrante do esquema anti-retroviral, porém sugere que um estudo prospectivo torna-se necessário para esclarecer a relação.

Através do teste qui-quadrado testou-se a relação das alterações bucais e a variável uso de terapia anti-retroviral (TARV), e foi possível verificar que houve uma associação significativa ( $p < 0,05$ ), ou seja, os dados encontrados mostram que as pessoas que não fazem uso de medicação anti-retroviral apresentaram menor prevalência de alterações bucais. Essa relação significativa pode ser devido ao fato de que somente quando as pessoas apresentam algum sinal, manifestação de alguma alteração é que buscam tratamento e fazem uso da TARV. Além disso, as pessoas que estão em uso da TARV, não apresentam como manifestação as alterações bucais ou estomatológicas clássicas associadas à infecção do HIV/aids, e sim alterações resultantes de efeitos colaterais do uso da terapia anti-retroviral, como por exemplo, no uso da Zidovudina (AZT), o efeito colateral é uma hiperpigmentação melânica de mucosas, que é caracterizada na cavidade bucal como manchas escuras distribuídas nas bordas laterais da língua. Esse dado foi achado em nosso estudo como a lesão mais frequente naqueles que apresentavam algum tipo de alteração bucal, provavelmente pelo uso do AZT como integrante do esquema medicamentoso que estava em uso.

FABRO et al. (2002) afirmam que a queilite angular é uma alteração que ocorre em 17,3% dos casos; já nessa pesquisa encontrou-se um percentual de 27,8%.

O presente trabalho mostra que foram diagnosticadas 03 pessoas (16,7%) com candidíase. MATTOS et al. (2004) apontam em sua pesquisa que a candidíase bucal foi, das lesões associadas à infecção pelo HIV, a mais prevalente, afetando 10,3% das pessoas, sendo que em um caso havia associação de candidíase eritematosa e queilite angular. Essa infecção fúngica tem sido amplamente associada com a infecção pelo HIV, pois está presente na maioria das pesquisas revisadas sobre prevalência de manifestações bucais em soropositivos e foi encontrada como lesão mais prevalente nos estudos realizados com adultos em várias partes do mundo, inclusive no Brasil (Souza et al., 2000 apud FABRO et al., 2002). E no trabalho de Alves et al. (2004), se afirma ter encontrado a candidíase em 47,0% da amostra examinada. O uso da TARV tem diminuído muito a ocorrência das doenças oportunistas mais clássicas na infecção pelo HIV.

Em indivíduos que estão vivendo com HIV/aids é comum a presença de ulcerações da mucosa bucal de etiologia não definida de acordo com (MATTOS et al., 2004). Ele continua afirmando que úlceras bucais mostraram-se presentes em vários estudos nessas pessoas, sendo a menor prevalência encontrada igual a 2% e a maior igual a 22,7%.

Mattos et al. (2004) encontraram ulcerações da mucosa bucal de etiologia não definida em 3,4% das pessoas. Afirmam, em seu trabalho, que a presença dessas lesões tem sido atribuída ao uso de inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos (zalcitabina (ddc) e estavudina (d4T) e inibidores de protease (saquinavir (SQV) (Eyson et al., 2002 apud MATTOS et al., 2004). Os pacientes de seu estudo, que apresentaram ulcerações bucais, estavam sob terapia anti-retroviral e, em três dos casos, a estavudina(d4t) fazia parte do esquema terapêutico. Neste trabalho, apenas uma pessoa apresentou úlcera inespecífica.

Nesta pesquisa, dois pacientes (1,7%) apresentaram infecção pelo vírus do herpes simples, com lesão no lábio inferior e pele adjacente. O trabalho de SOUZA et al. (2000), afirma ter encontrado uma percentagem de 30,0% de amostra com herpes simples manifesta.

Quanto ao perfil de saúde bucal, a amostra estudada apresentou um CPO-D médio de 11.96, enquanto no estudo de Barbato, (2007) em adultos

brasileiros apresentou um CPO-D médio de 20,44, essa diferença pode ter sido pelo fato da amostra nesse estudo ter sido menor se comparada com a amostra no outro estudo que foi de 12.811 pessoas. Em ambos os casos esses valores são considerados muito altos o grau de severidade do ataque da doença cárie (PINTO, 2000).

No trabalho de SILVA et al 2004, numa amostra de 101 adultos da população em geral, o CPO-D foi de 22,86, apresentando maior percentagem de dentes restaurados(57%), seguida de dentes perdidos( 40,54%). Esta pesquisa apresentou em relação a proporção de cada integrante do índice, o seguinte: 18,4 % de dentes cariados, 65,3 perdidos e finalmente 16,4% de dentes obturados/restaurados. Nesse trabalho é visto que há mais dentes perdidos e restaurados, devido a falta de acesso aos serviços especializados é difícil por vários fatores associados às condições sócio-econômicas que desfavorecem esses indivíduos. A maior procura para tratamento foi na rede SUS, onde o tipo de tratamento odontológico mais freqüentemente oferecido, é a exodontia ou extração dentária. Pode-se suscitar ainda a dificuldade de acesso ao profissional da odontologia pelo estigma e preconceitos associados à doença.

De acordo com (SCHWARZ, 1991apud SILVA 2004) em levantamento realizado numa cidade do Japão, numa amostra de 372 pessoas adultas, observou 100% de edentulismo e 96% das pessoas examinadas posuíam mais de 21 dentes presentes, dados que mostram melhores condições de saúde bucal para esse e o seu estudo também.

Neste trabalho não foi identificado relação significativa entre condição de higiene bucal e a variável sexo. Entretanto ao observar a pesquisa de Abegg, 1997, pode-se notar que foi encontrada uma associação significativa em relação ao sexo. As mulheres apresentaram freqüência de escovação mais alta que os homens. Cerca de 30% das mulheres de sua amostra disseram que escovam seus dentes mais de três vezes ao dia, enquanto os homens afirmaram isso em apenas 16,9% das vezes.

Foi experimentada uma grande dificuldade de comparar os dados epidemiológicos que compunham o perfil da condição de saúde bucal achados nesse trabalho, com a literatura científica atual, que mostrasse trabalhos realizados em pessoas vivendo com HIV/aids.. A escassez a qual me refiro não foi vivenciada apenas nesse trabalho, a maioria dos artigos revisados se referiu à deficiência de

levantamento de dados acerca da saúde bucal dos mais diversos grupos de pessoas que compõem a população brasileira. Isso foi ainda mais evidente quando se fala do grupo de pessoas que vivem com HIV/aids.

Embora o enfoque do trabalho não tivesse sido na busca de doença periodontal especificamente, o trabalho propôs-se em delinear o perfil de saúde bucal dessas pessoas, então se passou a coletar dados como, por exemplo, a mobilidade dental, entretanto deficiência de instrumental adequado, a sonda periodontal, que serviria para mensurar a profundidade da bolsa periodontal existente, procedimento que garantiria uma categorização através do Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP), que seguramente poderia ter identificado os diferentes graus de severidade da doença periodontal, portanto a intensidade da mobilidade dental, por fim foi verificado somente a presença ou não de mobilidade dental, sugestiva de doença periodontal, considerando que a mobilidade dental não é causada apenas pela doença periodontal.

Para esta pesquisa a amostra constituída foi de conveniência, o que limita as possíveis inferências baseadas nos resultados encontrados. Porém, o trabalho tem valor exploratório de saúde bucal, para as pessoas que vivem com HIV/aids, objeto desse estudo.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos, embora não representativos a uma população, podem servir de indicadores do agravamento à saúde do número, ainda crescente, de pacientes acometidos pela aids no Brasil e no Maranhão, fundamentando normas de conduta e procedimentos terapêuticos que, incorporados aos métodos atuais, venham contribuir de forma efetiva, para o controle e aumento da qualidade e perspectiva de vida dos pacientes que vivem com o HIV/aids.

A maior frequência de pessoas vivendo com HIV/Aids que procuram os serviços de referência de São Luís são do sexo masculino e encontram-se na faixa etária de 31 a 40 anos. Estão em primeira consulta ou em seguimento ambulatorial e fazem uso de terapia anti-retroviral tripla, há um intervalo de tempo entre 1 e 5 anos.

O maior percentual das pessoas que estão vivendo com HIV/Aids desta pesquisa tem companheiro fixo, nível de escolaridade de ensino médio completo e têm emprego formal.

A necessidade de tratamento odontológico foi relatada por 54,6% dos entrevistados, embora 28,5% dos que relataram necessidade, não buscaram tratamento. O tipo de serviço mais procurado foi da rede SUS. A maior necessidade de tratamento dessas pessoas é a restauração dental, esse dado foi observado no relato dessas pessoas com frequência de 54%. Quando foram examinadas, encontrou-se um percentual de 77,6 % de frequência para necessidade de restaurar mais de três dentes.

A condição de saúde bucal dessas pessoas foi considerada como boa, com hábitos saudáveis de higiene, como escovação três vezes ao dia e uso de creme dental. Entretanto não foi freqüente o relato do uso de fio dental e anti-séptico bucal.

A prevalência estimada de alterações bucais relatadas pelas pessoas entrevistadas nesse estudo foi de 36,2% e a prevalência estimada para as alterações observadas no momento do exame clínico foi de 14,1%. As características clínicas mais freqüentes das alterações bucais e peribucais relatadas por essas pessoas foram: lesões pequenas, que causavam dor do tipo leve, com aspecto clínico classificado como alteração vésico-bolhosa.

A lesão mais freqüente ao exame clínico, o correspondente a 33,3%, foi do tipo mancha hipercromática na borda lateral da língua.

Não houve associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas e a manifestação de alterações bucais. Quando feita a relação das variáveis: condições de saúde bucal e hábitos de higiene bucal com freqüência de alterações bucais como manifestação da doença aids, observou-se que não houve associação estatística significativa.

Ao fazer a relação entre a variável dependente CPO-D e as variáveis sócio-demográficas, TARV e o tempo de uso de terapia anti-retroviral, verificou-se que há uma relação diretamente proporcional entre o CPO-D e a idade, ou seja, quanto mais velha a pessoa maior o CPO-D, e o CPO-d é maior para aquelas pessoas que fazem uso da TARV. Isso nos faz pensar que esse grupo de pessoas tem dificuldade de acesso ao tratamento odontológico, ou quando é possível o tipo de tratamento oferecido, já que foi verificado que é da rede SUS, é do tipo mutilador, ou seja, a extração dentária.

As alterações bucais como manifestações da aids é mais freqüente em quem não usa terapia anti-retroviral. As manifestações mais freqüentes encontradas não são as clássicas como candidíase que aparece como a terceira mais freqüente, mas sim as lesões hipercromática ou hipermelânica, que é considerado um efeito colateral do uso da medicação anti-retroviral.

Acredita-se que seja necessário tornar mais eficiente o sistema de atendimento odontológico para essas pessoas que vivem com o HIV/aids, no sentido de evitar as perdas dentárias, como forma mais freqüente de tratamento.

Promover campanhas informativas à classe odontológica, especialmente aos que fazem atendimento na rede pública (SUS) no sentido de prepará-los adequadamente para o atendimento especializado dessas pessoas que vivem com o Hiv/aids.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão.** São Paulo, 2003.

ALVES, Pollianna M. et al. **Perfil epidemiológico de pacientes Hiv+ Submetidos a Tratamento de Drogas Anti-Retrovirais Atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande – PB.** Paraíba, 2004.

ANDRADE, Jorge et al. **Hiv: perspectiva imunológica.** Évora, 2003.

ARAÚJO, Ney Soares de et al. **Patologia bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1986.

ARAÚJO, Marizeli Viana de Aragão. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidade de tratamento em pacientes do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará.** Dissertação apresentada ao curso de Mestrado da Universidade de São Paulo. USP. 2003.

BARBATO, Paulo Roberto. **Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003).** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 23(8): 1803-1814, ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis.** 3 ed. Brasília: 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação de Atenção Básica. **Informe de Atenção Básica.** Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **aids: boletim epidemiológico.** Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília- DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvido pela Secretaria Executiva e Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BRASILEIRO FILHO, Gualdo et al. **Bobliolo, patologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

BRITO, A. M. et al. Aids e Infecção pelo Hiv no Brasil: Uma Epidemia Multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 34, nº 2, 2000.

CAMPINAS, Lúcia de Lourdes Souza Leite et al. **Perfil epidemiológico como parâmetro para análise de saúde populacional**. O Mundo da Saúde. São Paulo, ano 29, v. 29, nº 1, jan./mar. 2005.

CARDOSO, Fernando et al. **Perfil epidemiológico de infectados pelo vírus Hiv co dermatoses em Natal/RN**. Rio de Janeiro. v. 78, nº 1, jan./fev. 2003.

CORRÊA, Elisabete Míriam de Carvalho. Tratamento Odontológico em pacientes HIV/aids. **Revista Odonto Ciência** – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n.49, jul/set. 2005.

CASOTTI, Janaina AS. **Estudo do Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Atendidos pelo Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica em aids – Vitória-ES – Brasil**. DST – J bras Doenças Sex Transm. v. 16, nº 3, 2004.

CHEQUER, P. A Epidemia da aids é um Problema Social que Envolve Toda a Nação. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro: dez. 1997. Especial.

CORREA, Odaílton Cássio L. **Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV- positivos ou com aids – parte II – Doenças virais (viróticas)**, Ver. ABO Nac. vol.2 – nº2 – Abr/Mai – 1994.

DIAS, Eliane Pedra. Leucoplasia Pilosa Oral: Aspectos Histopatológicos da Fase Subclínica. **Pesqui Odontol Bras**, v.15, n 2, p. 104-111, abr./jun. 2001.

FABRO, Sônia Maria L. et al. Estudo das Manifestações Estomatológicas em Pacientes Infectados pelo HIV, Atendidos no HOSPITAL Nereu Ramos - Florianópolis – SC, Brasil. **Revista Pós Graduação**. v. 9, nº 1, jan./mar. 2002.

GOMES FILHO, **A vida antes da morte: aids, estigma e odontologia**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Dissertação de Mestrado em Odontologia Social, 2003.



GREENSPAN, J. S. et al. Oral manifestations of Hiv infection. Definitions, diagnostic criteria and principles of therapy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** vol 73, nº 2. Feb. 1992.

GREENSPAN, D & GREENSPAN, J. S. **Significance of oral hairy leukoplakia.** Oral Surg., 73: 151-4, 1992.

GREENSPAN, J. S. & GREENSPAN, D. **The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world.** Oral Disease suppl. 2 34-39, 2002.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro, et al. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 18(3)699-706, mai-jun, 2002.

GRUNER, Mônica Ferreira. et al. Perfil Epidemiológico de pacientes com HIV/aids em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 34, nº 3, 2005.

JAWETZ, Ernest. et al. **Microbiologia médica.** 18 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

LIMA, Ana Lúcia. Lei Munhoz, **HIV/aids: perguntas e respostas.** São Paulo: Ateneu, 1996.

LOPES, Sílvia Maria Paparotto et al. **Manifestação Bucais Associadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.** JBM. vol.86,nº 4, 2004.

MARANHÃO. Secretária da Saúde do Estado. **Situação epidemiológica da aids no Maranhão.** São Luís, 2007.

MARTINS, Raimundo Nonato. **Aspectos imunológicos da aids, e a procura de uma melhor resposta terapêutica.** São Luís: UFMA, Monografia de Especialização em Imunologia Básica e Aplicada, 2002.

MATTOS, Simone Lopes de; SANTOS, Vagner Rodrigues. Prevalência de lesões de mucosa bucal em pacientes HIV - positivos da unidade de referência especializada em doenças infecciosas e parasitárias especiais-URE-DIPE (Belém-Pará). **Revista Brasileira de Patologia Oral.** v. 3 nº 1, jan./mar.2004.

MICHELIM, Lessandra. et al. Dermatoses em Pacientes Infectados pelo Hiv Com a Contagem de Linfócitos CD4. **Rev. Saúde Pública**. vol. 38, nº 6. São Paulo: 2004.

MOREIRA, Luiz Carlos. et al. A Boca como Órgão de Práticas Sexuais e Alvo de DST/aids. DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm**. v. 14, nº 2, 2002

MORSE, Skphen. et al. **Atlas de doenças sexualmente transmissíveis de aids**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

NARVAI, Paulo C. et al. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970 – 1996. **Rev. Saúde Pública** 34(2): 196-200, 2000.

NEVILLE, Brand W. et al. **Patologia oral e maxilo facial**. 2 ed. Guanabara Koogan, 1998.

NOCE, César W et al. Panorama Mundial da Epidemia pelo HIV/aids: Aspectos Sociais e Lesões Bucais. **J. Bras. Doenças Sex. Transm**. 17(4) 301-305. 2005.

NOVAC, MJ. Necrotizing Ulcerative Periodontitis. **Ann Periodontol**. 4(1): 74-78. Dec. 1999.

PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia Teoria e Prática. Guanabara Koogan-Rio de Janeiro. 2006.

PINHEIRO, A. et al. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. **International Dental Journal**. 54. 131-137, 2004.

PINTO, Vítor G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2000. Cap. 5, p. 181-186.

PLEMONS, Jaqueleine M., BENTON, Elain. Oral Manifestations of HIV Infection. **Texas Dental Journal**. 508 June 2002.

RICO, MJ. et al. **Guidelines of care for dermatologic conditions in patients infected with Hiv. Guidelines/Outcomes committee. Americam Academy of Dermatology**. I am Acad Dermatol, 1997.

RODRIGUES, Máisa Paulino. et al. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da aids. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, nº 2, 2005.

RODRIGUES- JÚNIOR, Antonio Luiz et al. A epidemia de aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 37(4): 321-317, jul-ago, 2004.

SANTOS, Nilton César Nogueira dos. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. **Ciência e & Saúde Coletiva**, 12(5): 1155-1166, 2007.

SILVA, Débora Dias da et al. Saúde Bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):626-631, mar-abr, 2004.

SILVEIRA Flávia Maia; RANGEL May. Perfil Biopsicossocial de Pacientes do Programa de Atenção à Saúde Bucal do Hospital Antônio Pedro/UFF. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** João Pessoa, v. 4, nº 3, set./dez. 2004.

SILVERMAN JÚNIOR, Sol. **Atlas colorido das manifestações bucais da aids**. 2 ed. São Paulo: Santos, 1995.

SOUZA, LB. et al. Manifestações orais em pacientes com aids em uma população brasileira. **Pesq. Odont. Bras.** v.14, nº 1, 2000.

TOMAMASI, Antônio Fernando. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 2 ed. São Paulo: Pancast Editora, 1989.

TRABULSI, Luís Richard et al. **Microbiologia**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1999.  
VASCONCELOS, Eliane Maria Riobeiro de et al. Perfil Epidemiológico dos Clientes HIV/aids na Terceira idade. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 54, nº 3, jul./set. 2001.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. 9 ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

VIDEIRA, Renato Sader. **Manifestações bucais de candidíase e leucoplasia pilosa em 229 pacientes HIV positivos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado, 1994.

WEISS, R.A. **Gulliver's travels in Hivland**. Nº 410, Nature, 2001.

WORD, Bank. **Confronting aids: Public Priorities in a Global Epidemic**. Washington: Oxford University Press, 1997.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Questionário Anamnésico

## FICHA PARA ANAMNESE E EXAME CLÍNICO DO PACIENTE

|     |                                                                                                                             |                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|     | Número questionário                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | Unidade de saúde<br>[1] Fátima [2] Lira [3] Getúlio Vargas                                                                  | <input type="checkbox"/>                          |
|     | Nome/Iniciais:                                                                                                              |                                                   |
|     | Endereço:                                                                                                                   |                                                   |
|     | Idade: .....anos                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | Sexo: [1] masculino [2] feminino                                                                                            | <input type="checkbox"/>                          |
|     | 03. Estado Civil:<br>[1] Solteiro [2] Casado [3] viúvo [4] divorciado [5] desquitado<br>[6] união consensual [9] ignorado   | <input type="checkbox"/>                          |
|     | Anos de estudo: ..... anos                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | Profissão:                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. | Tempo do diagnóstico do HIV..... [99] ignorado                                                                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. | Está em acompanhamento ambulatorial para tratamento da infecção do HIV?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado Tempo.....          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. | Usa algum medicamento ARV (coquetel)<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                        | <input type="checkbox"/>                          |
| 13. | Qual?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. | Há quanto tempo usa o coquetel?                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. | Já teve alteração na boca<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                   | <input type="checkbox"/>                          |
| 16. | Como era?<br>[1] Bolhas [2] vermelhidão [3] feridas [4] manchas claras [5] manchas escuras [6] outras                       | <input type="checkbox"/>                          |
| 17. | Essas lesões provocaram dor?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                | <input type="checkbox"/>                          |
| 18. | Qual intensidade?<br>[1] Leve [2] moderada [3] severa                                                                       | <input type="checkbox"/>                          |
| 19. | Qual a duração? .....dias                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                          |
| 20. | Qual o tamanho dessas lesões?<br>[1] pequenas [2] médias [3] grandes [9] ignorada                                           | <input type="checkbox"/>                          |
| 21. | A lesão regrediu após utilizar alguma medicação? Em caso afirmativo citar a medicação. ....<br>[1] sim [2] não [9] ignorado | <input type="checkbox"/>                          |
| 22. | Quanto tempo usou a medicação para essa lesão?<br>..... dias [9] ignorado                                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. | Você precisou nos últimos 6 meses de algum tratamento nos dentes?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                           | <input type="checkbox"/>                          |
| 24. | Foi ao dentista nos últimos 6 meses?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                        | <input type="checkbox"/>                          |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 25.  | 24. Qual o serviço você utilizou?<br>[1] Setor público do SUS<br>[2] Setor conveniado do SUS<br>[3] contratado do SUS<br>[4] Plano de saúde<br>[5] Particular<br>[6] não se aplica<br>[9] ignorado                                                       | <input type="checkbox"/>                          |
| 26.  | Fez algum desses tratamentos dentários nos últimos 06 meses?<br>[1] Tratamento ortodôntico/aparelho nos dentes<br>[2] Restaurações (obturações)<br>[3] Extração por motivo de cárie<br>[4] Tratamento de canal<br>[5] Limpeza dos dentes<br>[9] ignorado | <input type="checkbox"/>                          |
| 27.  | Costuma escovar os dentes?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                          |
| 28.  | Quantas vezes ao dia?<br>[1] 1 vez [2] 2 vezes [3] vezes [9] ignorado                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                          |
| 29.  | Usa creme dental?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                          |
| 30.  | Usa fio dental<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                          |
| 31.  | Usa algum produto para bochecho?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado<br>Qual? _____                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                          |
|      | EXAME INTRABUCAL                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |
| 32.  | Número de dentes presentes                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 33.  | Número de dentes extraídos                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 34.  | Número de dentes restaurados                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 35.  | Número de dentes tratados canal                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 36.  | Número de dentes para extrair                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37.  | Número de dentes para restaurar                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 38.  | Número de dentes para tratar canal                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 39.  | Condições de higiene<br>[1] boa [2] má [1] péssima [9] ignorado                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                          |
| 40.  | Sangramento gengival<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                          |
| 41.  | Presença de tártaro<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                          |
| 42.  | Mobilidade dental<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                          |
| 43.  | Bolsa periodontal<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                          |
| 44.. | Foi encontrada alguma lesão? Qual?<br>[1] sim [2] não [9] ignorado                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                          |

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, estou sendo selecionado (a) para participar da pesquisa cujo tema é: **ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS E O PERFIL DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES QUE VIVEM COM HIV/aids, ATENDIDOS NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA – SÃO LUÍS – MA**, realizada pela pesquisadora e Cirurgiã-dentista Célia Cristina Vieira Carvalho — CRO 1.147/MA, como trabalho de conclusão (dissertação) do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

### 1) Justificativa da Pesquisa

As dermatoses como a candidíase, leucoplasia pilosa e outras constituem um dos sinais clínicos mais comuns em pessoas acometidas pelo HIV. Seu diagnóstico diferencial é muito importante, pois pode ser confundido com muitas outras manifestações clínicas, entretanto se esse diagnóstico for correto, servirá como ponto referencial para o diagnóstico precoce sugestivo da aids, o que proporcionará um tratamento breve e adequado do usuário, favorecendo uma maior perspectiva de qualidade de vida (MICHELIM et al., 2004).

### 2) Objetivos da Pesquisa

- a) Identificar o perfil sócio-econômico dos usuários;
- b) Apontar as características da doença aids;
- c) Analisar a prevalência das alterações bucais, referidas pela pessoa que está vivendo com HIV/aids das unidades de atendimento de referência no município de São Luís do Maranhão;
- d) Verificar, descrever e documentar as características morfológicas daquelas alterações bucais e peribucais;
- e) Observar as necessidades de tratamento odontológico referidas por



aquelas pessoas;

- f) Verificar os hábitos e condição de higiene bucal daquelas pessoas;
- g) Examinar, identificar e analisar as condições de saúde bucal dos usuários, tais como: números de dentes cariados, perdidos e restaurados, presença de tártaro e doença periodontal;
- h) Estimar as taxas de prevalência das alterações bucais dos usuários que vivem com HIV/aids;
- i) Correlacionar as variáveis: sócio-demográficas, as relacionadas com a infecção pelo HIV, condição de saúde bucal com a frequência das alterações estomatológicas como manifestações da aids.

### **3) Exame clínico e anamnese**

O exame dos usuários será realizado somente por profissionais da saúde, com o uso de dispositivos de biossegurança, nas unidades de referência, no horário de atendimento habitual.

O exame será clínico, visual e serão utilizados espelho bucal, gaze, pinça, espátula de madeira, sob luz artificial (fotóforo), devidamente esterilizados, o profissional usará as barreiras de proteção tais como luvas, gorro, máscara e óculos. A duração do exame, de cada usuário, deverá ser de no máximo quinze (15) minutos. Também entrevista, onde serão colhidas informações sócio-econômico-cultural do usuário, assim como sua vida pregressa.

### **4) Riscos e Benefícios**

O usuário não sofrerá qualquer risco, visto que serão utilizado instrumental e materiais devidamente esterilizados, de acordo com as normas de biosegurança.

Com relação aos benefícios aos usuários, será a prestação de serviço odontológico de urgência, como profilaxia e orientação de dieta, higienização e prevenção oral nessas unidades de atendimento, às pessoas que convivem com HIV/aids, em razão de no atendimento ambulatorial, não haver exame bucal.

## 5) Desistência

O usuário tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Diante das informações acima, declaro ter sido convenientemente esclarecido (a), que o exame clínico faz parte da pesquisa, como forma de diagnosticar as alterações estomatológicas e proporcionar o encaminhamento para um adequado tratamento, e que não haverá desconforto e riscos adicionais em virtude da pesquisa. Também estou de acordo que toda documentação (fichas, fotos) obtida durante o estudo, permaneça sobre a guarda da pesquisadora, autorizando sua restrita publicação.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CIENTE E DE ACORDO: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

**Anexo A – Parecer consubstanciado aprovando a pesquisa.**

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | <b>Universidade Federal do Maranhão</b><br><b>Hospital Universitário</b><br><b>Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão</b><br><b>Comitê de Ética em Pesquisa</b> |
| <b>PARECER CONSUBSTANCIADO APROVANDO<br/>O INICIO DA PESQUISA</b><br><br><b>Dissertação de Mestrado em Ciências da<br/>Saúde</b> | <b>Nº. do Parecer: 425/2007</b><br><b>Nº do Protocolo: 33104-1144/2007</b><br><b>Data de Entrada no CEP: 26/07/2007</b><br><b>Data da Assembléia: 22/08/2007</b>          |

**I - Identificação:**

|                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Título do projeto:</b><br>Estudo da prevalência de alterações estomatológicas e o perfil da condição de saúde bucal dos pacientes que vivem com HIV/AIDS, atendidos nas unidades de referência- São Luís - MA. |                              |                                       |
| <b>Identificação do Pesquisador Responsável:</b><br>Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves                                                                                                                   |                              |                                       |
| <b>Identificação da Equipe executora:</b><br>Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves, Cecília Cláudia Costa Ribeiro e Célia Cristina Vieira Carvalho                                                          |                              |                                       |
| <b>Instituição onde será realizado:</b><br>Hospital Presidente Vargas e Unidade de Saúde do Bairro de Fátima                                                                                                      |                              |                                       |
| <b>Área temática:</b><br>III                                                                                                                                                                                      | <b>Multicêntrico:</b><br>NÃO | <b>Cooperação estrangeira:</b><br>NÃO |

**II – Objetivos:**

Estudar a prevalência das alterações estomatológicas e verificar as condições de saúde bucal dos pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida atendidos nas unidades de referência no município de São Luís - MA, no período de abril a junho de 2007.

**III- Sumário do projeto:**

O projeto de dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde de Célia Carvalho possui a seguinte estrutura: Folha de rosto, Folha de identificação, Introdução, objetivos (geral e específicos), material e métodos, orçamento, cronograma de execução, equipe executora, orçamento, Impactos esperados, referências, Apêndice A- Questionário e ficha clínica, TCLE, curriculum lattes da orientadora e orientanda.

O projeto terá a duração de março de 2007 a março de 2008, com previsão de coleta de dados nos meses de abril, março e junho de 2007, isuportamente uma vez que não são informados os anos.

Seguido prevê a metodologia os pacientes portadores do vírus HIV e AIDS em acompanhamento nos ambulatórios de referência na unidade de Saúde do Bairro de Fátima e no Hospital presidente Vargas, situada no bairro da Jorda, após assinatura do TCLE será verificada a condição de saúde bucal desses usuários, tais como: numero de dentes, índice CPD-o, índice de sangramento (ISG) e higiene bucal, os usuários responderão a um questionário anamnésia, contudo suas inicias, sexo, estado civil, profissão, endereço, tempo de diagnostico, unidade de saúde onde é assistido, tempo de acompanhamento ambulatorial para tratamento de infecção, tempo de medicamento utilizada e tempo de no.

Presença de alterações bucal, tamanho de lesão, regressão ou não após medicação, necessidade de tratamento odontológica nos últimos 6 meses. Qual o tipo de serviço utilizado, tipo de tratamento realizado, levantamento dos hábitos de higiene bucal, dados referentes ao exame entre oral

Os objetivos descrevem anteriormente prevenção analisar as condições de saúde bucal dos usuários, ao descrever o item 3- Material e método verificar que serão avaliados aspectos como: número de dentes, presença de cárie, dentes perdidos, restauradas e para tratamento endodôntico (COP-D), índice de sangramento gengival (IPC) o higiene bucal. Ao examinar-nos o Apêndice A- Questionário e ficha clínica: saúde bucal e HIV/AIDS, verificares que além do levantamento do índice CPO-D, serão levantados o número de dentes tratados endodônticamente, número de dentes indicados para tratamento endodôntico. Não é mencionado a realização e/ou avaliação radiográfica dos pacientes, do mesmo modo, o índice de sangramento gengival (ISG) não é contemplado na ficha clínica onde consta no item 40 a simplesmente a presença ou ausência de segmento. Verificar-se que o Apêndice A não contempla a coleta de dados a fim de atingir todos os objetivos propostos.

A coleta de dados conforme o cronograma já foi iniciada nos meses de abril, março e junho de 2007 enquanto que o projeto foi apresentada ao CEP em 26.07.07, configurando num desempenho a Res. 196/96 CNS/MS.

Não foram apresentada os currículos de toda a equipe executora ou seja co-orientadora e academias do curso de odontologia.

O TCLE inicia a redação com o nome do sujeito da pesquisa (ex: Eu -----) e a relação é predominantemente feita em linguagem técnica impossibilitando a compreensão por parte do sujeito da pesquisa (leigo), os objetivos são praticamente uma transversal do projeto. Na descrição dos objetivos a prefiluxia e a orientação da dieta são caracterizados como serviço odontológico de urgência, quando na verdade não são. Faz uma operação preocupante ao informar que no atendimento ambulatorial da unidade de referência para atendimento desses usuários não é realizado o exame bucal.

Não é informado que a identidade e as informações prestadas serão tratadas simplesmente, de modo a não permitir a identificação do sujeito da pesquisa, Há não foi informado que havendo a necessidade de maiores esclarecimentos e/ou eventuais denúncias com relação a participação na pesquisa o mesmo deverá se dirigir ao CEP-HUUFMA com o respectivo endereço e telefone.

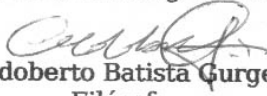
Os nomes e endereços da equipe executora não constam no TCLE, lembrando que uma cópia deve ficar em partes do sujeito da pesquisa.

#### **V – Parecer Consubstanciado do CEP:**

Diante do exposto, o protocolo 33104-1144/07, referente ao projeto Estudo da prevalência de alterações estomatológicas e o perfil da condição de saúde bucal dos pacientes que vivem com HIV/AIDS, atendidos nas unidades de referência- São Luís - MA, pleiteado por Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves é considerado: **APROVADO**

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 23/08/2008, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

São Luís, MA, 22 de agosto de 2007.



Wildoberto Batista Gurgel  
Filósofo  
Coordenador do CEP-HUUFMA  
*Ethica homini habitat est*