



SAÚDE BUÇAL

O ATENDIMENTO INTEGRAL AOS
PACIENTES VIVENDO COM O HIV/AIDS
E OUTRAS IST, DA COORDENADORIA DE
IST/AIDS DA CIDADE DE SÃO PAULO

/// Maria Cristina Abbate

Coordenadora - Coordenadoria de IST/Aids da cidade de São Paulo

/// Prof. Dr. Elcio Magdalena Giovani

Área da Assistência - Saúde Bucal - Coordenadoria de IST/Aids
da cidade de São Paulo



APRESENTAÇÃO

O Sistema Único da Saúde (SUS) no Brasil rege, de forma soberana, a efetivação dos direitos de cidadania, entre os quais a saúde bucal, por meio de políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que também está assegurado pela Constituição Federal da República (1988). A finalidade deste documento é estabelecer, traçar linhas, protocolos de atendimento, e normas de referências para o atendimento odontológico, aos pacientes vivendo com HIV/Aids e pessoas que possuem outras ISTs, nos serviços de atendimento a essa população junto a Coordenadoria IST/Aids da cidade de São Paulo.

O foco central da atenção a esses clientes é pautado na “Integralidade e Humanização”. Integralidade no sentido amplo de seu significado, não apenas a integralidade das ações de prevenção, assistência e reabilitação, mas, também contemplando a ótica da Atenção Integral à Saúde do Cidadão, e a Humanização que se torna fundamental para a boa qualidade dos serviços prestados da saúde ao cidadão, refletindo positivamente na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

O presente documento, objetiva, o cumprimento de princípio constitucional de saúde enquanto direito de cidadania, assim como dos demais princípios que regem o Sistema Único de Saúde, contribuindo para a atenção integral à saúde dos usuários do sistema. Esse documento também é pautado nas “Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal – Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal” estabelecido pela Área Temática de Saúde Bucal, da Secretaria Municipal da Saúde do cidade de São Paulo .

Esta publicação tem a cooperação da UNESCO no âmbito do projeto 914BRZ1054, o qual tem o objetivo de orientar os profissionais de saúde bucal da Coordenadoria de IST/Aids da Cidade de São Paulo sobre o atendimento integral aos pacientes vivendo com HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. As indicações de nomes e a apresentação desta publicação não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, tampouco da delimitação de suas fronteiras ou limites. As ideias e opiniões expressas neste manual são as dos autores e não refletem obrigatoriamente as da UNESCO nem comprometem a Organização.

ÍNDICE

A odontologia, e o atendimento aos pacientes vivendo com HIV/AIDS (Pvhiv/Aids) e outras IST	06
O atendimento odontológico aos pacientes da Coordenadoria em IST/Aids do município de São Paulo	10
Atendimento ao paciente com lipodistrofia/lipoatrofia facial	14
Atendimento ao paciente com lesões orais por HPV	20
Atendimento ao paciente com Hepatite C e coinfestado pelo HIV	25
Encaminhamento para diagnóstico semiológico	27
Protocolo terapêutico para tratamento das manifestações orais em pacientes Hiv/Aids	29
O que fazer frente a acidentes?	34
Como estudar os casos?	34
Referências Bibliográficas	35

**A ODONTOLOGIA,
E O ATENDIMENTO
AOS PACIENTES VIVENDO
COM HIV/AIDS (PVHIV/
AIDS) E OUTRAS IST**

A epidemia da Aids já se faz presente há mais de quatro décadas e, junto com ela, ocorreram muitas conquistas e muitas perdas, e, ainda, respostas à epidemia que mexeram com aspectos sociais, culturais, crenças religiosas e verdades científicas.

A luta contra a Aids está longe do fim. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 40 milhões de pessoas estejam contaminadas pelo vírus da imunodeficiência humana no mundo e que 16 mil novas infecções ocorrem a cada dia, sendo a quarta causa de morte no mundo. Tal mortalidade vem caindo significativamente em função das terapias antirretrovirais existentes atualmente e da adesão a essas terapias.

Desde o início dos anos 80, a epidemia de Aids vem sofrendo mudanças importantes como inicialmente caracterizado pela infecção majoritária de homossexuais ou homens que fazem sexo com outros homens (HSH). A posterior, marcado pela significativa categoria dos usuário de droga injetável (UDI), juvenilização (20 a 29 anos de idade) e heterossexualização da epidemia (HET). Um outro importante momento, foi o avanço acentuado de transmissão heterossexual, e o crescimento nos casos de mulheres vivendo com HIV/Aids, e, em consequência, a ocorrência da transmissão vertical, aumentando o número de crianças nascidas com HIV. No atual momento da epidemia, assiste-se um avanço da Aids nos adolescentes praticamente iniciando suas atividades sexuais e nas pessoas acima dos 60 anos de idade, denominados de terceira idade.

No começo da epidemia, os pacientes muitas vezes não viviam mais do que dois anos após desenvolver a doença. Atualmente ao estudar o modo como o vírus ataca as células imunológicas, os cientistas desenvolveram categorias de drogas que evitam a multiplicação do vírus. Essas drogas são usadas em combinações conhecidas como Terapia Antirretroviral, e essas drogas possibilitam que os pacientes possam viver por um período maior de tempo e com melhor qualidade de vida.

As manifestações bucais oportunistas causadas pela infecção do HIV foram mais prevalentes, mas sofreram um decréscimo significativo com o advento da HAART, mas outras manifestações e complicações, relacionados aos

efeitos adversos causados pela HAART, tornaram-se muito frequentes, sendo: sialolitíases, xerostomias, líquen planos, mucocelos, rânulas, hemangiomas, e a lipodistrofia (principalmente a lipoatrofia facial). Mesmo assim, ainda as manifestações bucais podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, sendo indicadoras de comprometimento imunológico, do tempo de evolução da doença, como marcadores de infecção, como avaliadores da adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos, do diagnóstico precoce das infecções e indicadores da falência terapêutica. As candidíases e a leucoplasias pilosas continuam até hoje como importantes marcadores da doença.

Além da Aids, muitas outras infecções sexualmente transmissíveis, proliferam desordenadamente, e segundo a OMS existem aproximadamente 340 milhões de casos no mundo, sendo registrados 685 mil casos diariamente.

Outros tantos milhões de IST não curáveis, ocorrem anualmente, como o Herpes genital, o Papiloma Vírus Humano (HPV), a Sífilis, a Tuberculose, as Hepatites, e todas com repercussões na cavidade bucal. Só 200 mil casos são notificados por ano no Brasil.

As ISTs de notificação compulsória são: HIV/Aids em gestante vivendo com HIV/Aids e criança expostas, sífilis na gestação e sífilis congênita. Para as outras IST não há um sistema de notificação, dificultando a sua visibilidade. As ISTs funcionam como co-fatores para transmissão do HIV, sendo que as úlceras orais e genitais facilitam e aumentam em 4,7 vezes a contaminação, a gonorreia em 4,7 vezes, o HPV em 3,7 vezes, o herpes em 3,3 vezes, e a sífilis em três vezes.

O Cirurgião Dentista tem um papel importante no diagnóstico das manifestações oportunistas, no estadiamento clínico do paciente e no diagnóstico da infecção pelo HIV. Para tanto, deve o Cirurgião Dentista estar treinado e capacitado sobre as intercorrências dessas patologias, sabendo diagnosticá-las e tratá-las a contento.

Devemos ressaltar a importância vital que Coordenadoria de IST/Aids tem,

junto aos Serviços Municipais Especializados, que permiti um inestimável acesso à integração de todos os serviços no diagnóstico e tratamento desses pacientes, sem distinção das diferenças sociais, das adversidades, dos preconceitos banais, dos medos, dos estigmas, e da população vivendo com HIV/Aids tão carente de atendimento, vivenciando assim experiências grandiosíssimas no campo da saúde compreendendo todos os setores e a interligação entre todas as especialidades, inclusive a odontologia, visto que a Coordenadoria de IST/Aids à qual referimos, tem hoje um atendimento por excelência. A atuação direta junto a estes grupos de trabalho, surte importantes frutos na área do conhecimento, sendo esses conhecimentos aplicados com a finalidade da promoção da saúde, bem-estar e melhorias na qualidade de vida.

Tudo isso acaba sendo uma mola propulsora, instigando a todos que vivenciam essas realidades, mesmo com as perdas e ou com os ganhos, conquistados durante esses anos da epidemia da Aids, a **formularem questionamentos e buscar mais soluções na área da saúde,** citando Aristóteles que diz: **A ciência tem raízes amargas, porém os seus frutos são doces.**

**O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO
AOS PACIENTES DA
COORDENADORIA EM IST/
AIDS DO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO**

Acreditamos que todos os nossos esforços tenham que ser no sentido de proporcionar o melhor ao nosso paciente. Desde a atenção dispensada nas consultas, até o estudo criterioso de cada caso, buscando na literatura científica o suporte para a melhor solução do paciente.

O Cirurgião Dentista pertence a uma equipe multidisciplinar, que tem como função auxiliar a perceber, conhecer, e entender a diversidade de patologias, seus cuidados, e suas possibilidades de vida, podendo auxiliar promovendo a conscientização em todos os níveis. Deve também estar inserido nos grupos de adesão onde terão as oportunidades de socializar conflitos e dúvidas através de atividades dos grupos, além de buscar a reinserção no convívio social e facilitar a aceitação das próprias contradições, e das percepções distorcidas, partilhando dificuldades. Sendo assim o resultado final é a formação efetiva do vínculo dos pacientes com o profissional, e a efetiva aderência aos tratamentos preconizados, promovendo saúde e melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

AGENDAMENTO

Os pacientes são atendidos com hora marcada, e obviamente são alertados para que não deixem de comparecer às consultas sem aviso prévio. Porém, muitos de nossos pacientes possuem patologias que os impedem subitamente de comparecer. Devemos analisar cada caso muito bem, antes de advertir o paciente por sua ausência. Os atrasos, desde que dentro de um período aceitável, também não devem ser encarado da mesma maneira que em um consultório particular. Não podemos nos esquecer que geralmente os pacientes dependem de transporte público coletivo além de possuírem, muitas vezes, limitações motoras importantes.

Prestamos atendimento odontológico ambulatorial, o que significa que o paciente é atendido em seu horário, retornando em seguida para sua casa. Não pode ser realizado, a nível ambulatorial, qualquer tipo de sedação ou anestesia geral, frente aos riscos que esses procedimentos impõem. Somos profissionais da saúde e responsáveis por nossos atos profissionais. Temos o direito

de prescrição e devemos nos responsabilizar por esse direito. Portanto nenhum médico vai se responsabilizar por um ato que você, Cirurgião Dentista, cometer. É preponderante a comunicação e a troca de informações entre o Cirurgião Dentista, o Médico, e toda equipe multidisciplinar na atenção ao paciente. Muitas vezes por dificuldades de informações do paciente, não conseguimos uma boa anamnese.

O número de pacientes agendados dependerá da composição da equipe de Saúde Bucal. Em qualquer período, preconiza-se o atendimento de **seis pacientes agendados para cada Cirurgião Dentista, e mais duas procuras/emergências por** as faltas correspondentes ao agendamento deverão ser substituídas pela procura do dia ou urgências. Vale lembrar que os cirurgiões dentistas atendem pessoas com doenças infectocontagiosas e que os instrumentais utilizados são, na maioria, perfurocortantes; além disso, em muitas unidades, falta auxiliares de apoio, dificultando o desenvolver do atendimento, e o profissional deverá ter seu tempo, evitando estresse que poderá ser um facilitador em exposição a sangue e fluídos, vindo a se contaminar. Em unidades com número elevado de faltosos, deverão ser agendados uma ou duas consultas a mais para garantir o rendimento da equipe. Geralmente a tolerância de faltas às consultas agendadas é de, no máximo, duas faltas no decorrer do tratamento. Os usuários deve ser bem orientados e o controle ser rigoroso para não ocorrer o risco de ociosidade.

O agendamento deve ser efetuado por hora marcada. Os casos caracterizados como urgências pelo profissional do período serão prioritários e deverão ser atendidos ou encaminhados de acordo com a disponibilidade de recursos da unidade.

A consulta de retorno ou subsequente deverá ser entre cinco e sete dias úteis no máximo, para que os tratamentos se iniciem e se concluam em curto espaço de tempo, evitando o abandono. A proposta é que, dentre do possível, o paciente terá de 30 a 35 minutos por hora em atendimento odontológico, onde os Cirurgiões Dentistas devem otimizar o tempo, aproveitando e realizando o tratamento por quadrante. Dividir a boca em 4 quadrantes e executar os procedimentos de cada quadrante em uma consulta, com raras exceções e

dificuldades de execução fará o término em outra sessão. em resumo, quatro sessões serão suficientes na maioria dos pacientes para serem concluídos. Os pacientes deverão ser proservados a cada seis meses e, em caso de alguma alteração da normalidade buscar seu retorno ao serviço.

O foco central da atenção a esses pacientes é pautado na “Integralidade e Humanização”, que significam, não apenas as ações de prevenção, assistência e reabilitação, mas, também a boa qualidade dos serviços prestados ao cidadão, compreendendo todas as faixas etárias.

Segundo A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil definem que os pacientes da terceira idade são as pessoas com idade superior a 60 anos, população essa que vem aumentando gradativamente, frente às conquistas na área científica. Mas, é do conhecimento público que, nos dias de hoje, as mudanças na sexualidade e os avanços tecnológicos na saúde (como drogas que atuam no desempenho sexual, próteses penianas e reposições hormonais) aumentaram a qualidade e a frequência das relações sexuais entre os mais velhos. Mas há um preconceito na sociedade de que pessoas idosas não têm relação sexual e, portanto, não há necessidade de se fazer prevenção às IST/Aids. Por causa desse descuido, o número de pessoas vivendo com HIV/Aids nessa faixa etária vem crescendo acentuadamente. Devemos lembrar que o atendimento a esses pacientes é integral e requer controle de três a seis meses, e o melhor horário para atendimento é preconizado a partir das dez horas da manhã, frente que, as maiores intercorrências cardiológicas, ocorrem no início da manhã.

**ATENDIMENTO
AO PACIENTE COM
LIPODISTROFIA/
LIPOATROFIA FACIAL**



Como o Cirurgião Dentista faz parte de uma equipe multidisciplinar e frente às alterações metabólicas e anatômicas que podem ocorrer em qualquer indivíduo e de forma muito frequente nas pessoas vivendo com HIV/Aids e principalmente os que fizeram uso de Inibidores de Protease e Estavudina, denominada da Síndrome lipodistrófica, essas alterações metabólicas e anatômicas podem estar ou não associadas à perda progressiva de gordura facial em virtude da diminuição da gordura malar (gordura de Bichat) da temporal e pré-auricular, e que ocasiona o surgimento dos sulcos cutâneos com o enrugamento da face, área de depressão e evidência do arcaçouço ósseo, acaba acarretando problemas de autoestima e autoimagem, considerando que as pessoas que vivem com HIV/Aids continuam sofrendo por estigmas, preconceitos e discriminações. Do ponto de vista do estabelecimento das redes afetivas, sociais e de trabalho, esses danos podem resultar em perdas ou dificuldades no campo das sociabilidades, para a busca e ou manutenção de relações e em atitudes de isolamento social e afetiva. Daí o papel do Cirurgião Dentista em preparar e restabelecer as funções mastigatória, fonética e estética desses pacientes, reestabelecendo também o a saúde bucal de forma efetiva, para que esses pacientes possam receber o tratamento com reparação das perdas dos elementos dentais e, se necessário, complementar com o preenchimento facial, atenuando os efeitos indesejáveis da lipodistrofia facial. Compete ao Cirurgião Dentista, como protocolo de atendimento ao paciente lipodistrófico os seguintes procedimentos:

AVALIAÇÃO MÉDICA

Pacientes com diagnóstico de HIV/Aids e lipodistrofia serão analisado e, a partir de então, serão coletadas informações pertinentes à idade, raça, cor da pele, grau de instrução, provável meio de contaminação do HIV, contagem de linfócitos T-CD4, carga viral e terapia antirretroviral (TARV) utilizada, que referem aos dados obtidos, no momento da anamnese e do exame clínico dos pacientes, anotados no formulário de coleta de dados.

Os pacientes que contemplarem os pré-requisitos avaliados pelo médico serão encaminhados ao Cirurgião Dentista da unidade para diagnóstico e tratamento odontológico.

AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

O paciente será avaliado e tratado pelo Cirurgião Dentista, frente às necessidades de controle de focos de infecção e reposição dos elementos dentais perdidos, melhorando assim a qualidade da saúde bucal, restabelecendo as funções mastigatória, fonética e estética. Dentre as manifestações bucais, serão consideradas as lesões presentes no momento do exame clínico e aquelas que se manifestarem no decorrer do tratamento odontológico, desprezando-se relatos anteriores dos pacientes. Quando necessário, o exame clínico será complementado por exame radiográfico, citologia esfoliativa ou biópsia, conforme a indicação para cada caso. O Cirurgião Dentista da unidade realizará todo o tratamento odontológico do paciente e só assim poderá encaminhar para a unidade de referência para a confecção da (s) prótese (s). O tratamento odontológico do paciente deverá estar concluído para depois encaminhá-lo para prótese (s). **OBS: SÓ PODERÁ ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A CONFEÇÕES DAS PRÓTESES COM O TÉRMINO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UNIDADE DE ORIGEM, CASO CONTRÁRIO A REFERÊNCIA NÃO DARÁ O ATENDIMENTO.** As referências determinadas para cada unidade receberão os pacientes encaminhados após marcar consulta via telefone realizada pelo próprio Cirurgião Dentista e ou Auxiliares de Consultório Odontológico, e o paciente levará em mãos o encaminhamento com todos os dados preenchidos adequadamente. O Cirurgião dentista da referência para a confecção das próteses acolherá o paciente referendado, fará uma prévia consulta e nesse momento fará fotos de frente e de perfil como marco inicial, avaliando os afundamentos, atrofia muscular e, após a entrega das próteses, repetirá as fotos, para posteriormente sobrepor as imagens iniciais e finais, usando os recursos da terceira dimensão (3D) confirmando a recuperação/melhorias das alterações faciais, método esse simples mas efetivo para avaliação dos resultados obtidos. As fotografias serão realizadas por

aparelho de celular. As fotografias tiradas dos pacientes ficarão com tarja negra nos olhos dos pacientes, protegendo-o de exposição ou mesmo garantindo seu total sigilo na sua identificação, e no momento da realização das fotos, elas serão exibidas aos pacientes para que eles deem sua anuência e concordância com as imagens obtidas e vejam suas imagens protegidas por tarjas preservando seu anonimato. Após as confecções das fotos elas serão superpostas (imagem inicial e final) verificando os ganhos e benefícios estéticos e funcionais que o tratamento pode oferecer e as imagens serão apagadas/deletadas mediante a presença do paciente. A sobreposição das imagens tem a finalidade de verificar os ganhos obtidos. Não será permitido mudar ou encaminhar para outro SAE de referência para a confecção das próteses a não ser naqueles já previamente estabelecidos. O SAE de referência, após confeccionar à(s) prótese(s), reencaminhará o paciente ao serviço de origem.

Os pacientes com diagnóstico de lipodistrofia/lipoatrofia facial, realizados pelo médico e pelo Cirurgião Dentista, serão esclarecidos sobre as mudanças e alterações pertinentes a essas patologias e suas consequências, mesmo eles sabendo, frente às alterações na sua estética como a perda de massa muscular, afundamento facial frente à perda muscular e da gordura facial, que causa transtornos negativos a sua estética, e a sua perda de identidade, a possibilidade de na falta de elementos dentais, ele confeccionando próteses bucais esses efeitos são amenizados eficazmente, daí eles realizarão todo o tratamento odontológico convencional nas unidades de atendimento da Coordenadoria em IST/Aids e o paciente será exaustivamente orientado a respeito da confecção das próteses bucais. Estando de acordo, assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participar desse projeto, que será encaminhado aos serviços de referência na confecção das próteses.

Os pacientes não permanecerão em fila, pois há agendamento prévio imediato e todos os outros pacientes que tratam nas unidades continuam a receber os tratamento normalmente, e os pacientes que se submeterão ao estudo terão benefícios com o ganho das prótese bucais para amenizar os efeitos dos achatamentos faciais ocasionados pelas perdas de gordura facial, muscular e o retorno da "cara da Aids, muito comum na década de 1990, face essa não peculiar aos pacientes sem lipodistrofia/lipoatrofia facial não necessitando desses

recursos das próteses bucais.

Os locais que serão referências para **PRÓTESE TOTAL SUPERIOR/ INFERIOR** e ou **PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS METÁLICOS FUNDIDOS SUPERIOR/INFERIOR.**

Esses três serviços foram escolhidos estrategicamente, visando facilitar o fluxo e a viabilidade da locomoção dos pacientes e, ainda, em função da qualidade dos Cirurgiões Dentistas gabaritados para a confecção das próteses. Segue abaixo os locais para a confecção das próteses e as unidades da Coordenadoria de IST/Aids que referem os pacientes.

SAE SANTANA - Marcos Lottenberg

R. Dr. Luis Lustosa da Silva, 339. Fone: 29509217 (Dra. Luciana)

- / SAE BUTANTÃ
- / SAE SANTANA
- / SAE LAPA
- / SAE FREGUESIA DO Ó
- / SAE CAMPOS ELÍSEOS

SAE CIDADE DUTRA

R. Cristina de Vasconcelos da Silva Pinto, 109

Fones: 5666 8301 / 5667 5484 / 5667 6432 (Dra. Marcia)

/ SAE CIDADE DUTRA

/ SAE MITSUTANI

/ SAE SANTO AMARO

/ SAE CECI

SAE FIDELIS RIBEIRO

R. Peixoto, 100 - Penha, São Paulo - SP, 03627-010

Fone: 2621-0217 (Dra. Adriane)

/ SAE IPIRANGA

/ SAE FIDELIS RIBEIRO

/ SAE PENHA

/ SAE VILA PRUDENTE

/ SAE CIDADE LIDER II

/ SAE HERBERT DE SOUZA - BETINHO

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÕES ORAIS POR HPV

A transmissão do HPV para a mucosa bucal ocorre pela autoinoculação, embora as práticas do sexo oral, multiplicidade de parceiros, falta de higiene e hábitos nocivos (como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas) influenciem como fatores modificadores e facilitadores da transmissão da doença, interferindo negativamente na resposta aos tratamentos recomendados.

A cavidade bucal é um importante reservatório e fonte de infecção do HPV. As lesões são geralmente de crescimento exofítico e proliferam em projeções papilares. Podem ser pediculadas ou sésseis, apresentando-se como múltiplas, pequenas, avermelhadas, rosadas ou embranquecidas, que aumentam ao longo do tempo e são frequentemente confluentes, normalmente demonstradas pelo seu aspecto “couve-flor”.

ETIOLOGIA

Dos mais de 200 subtipos de HPV identificados, 24 foram associados a lesões orais (HPV-1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 52, 55, 57, 59, 69, 72, 73). Os subtipos 16 e 17 são os mais prevalentes em lesões orais e genitais e podem significar transmissão oro-genital. Os pares 6 e 11 também são os mais encontrados, afetando áreas queratinizadas ou não queratinizadas, lembrando também que os HPV 16 e 18 são os mais oncogênicos, e têm se mostrado responsáveis pelo câncer de colo do útero e carcinomas na região da cavidade oral. Na mucosa bucal, a prevalência do HPV e seu papel na patogênese das displasias e do câncer têm sido cada vez mais elucidados, sugerindo que a cavidade bucal seja um reservatório desse vírus e infecção em combinação com outros fatores, como cigarros e álcool, favorecendo o desenvolvimento tardio de neoplasias.

DIAGNÓSTICO DA LESÃO ORAL PELO HPV

Exame clínico, citologia, biópsia, imunohistoquímica, hibridização de DNA, captura híbrida e PCR (reação em cadeia da polimerase). A biópsia permite o estudo histopatológico de uma amostra representativa da lesão, entretanto não identifica o tipo de HPV, que é obtido apenas por técnicas de biologia molecular (hibridização in situ, captura híbrida e PCR Reação em Cadeia da Polimerase).

TRATAMENTO

- / **Remoção cirúrgica:** é o mais aconselhável para as lesões localizadas na boca, pois oferece a possibilidade de eliminar o problema e confirmar o diagnóstico por meio do exame histopatológico.
- / **Uso de substâncias ceratolíticas:** deve ser reservado aos casos em que houver presença de lesões múltiplas ou disseminadas.
- / **Outras formas de tratamento** como cirurgia de alta frequência (CAF), cirurgia à laser CO, creme de 5-fluorouracil 5%, aplicação tópica de solução de podofilina 2 a 25%, ácido tricloroacético a 80-90% (ATA), creme de podofilotoxina 0,15%, creme de imiquimod 250 mg, crioterapia, eletrocauterização podem ser consideradas.
- / **Podofilina:** a aplicação tópica apresenta resultados satisfatórios. É de fácil execução e baixo custo. A coloração acastanhada facilita a visualização da área aplicada. Procedimento: embeber um cotonete na solução, remover o excesso e aplicar com

leves toques sobre a área afetada. Observar a coloração acastanhada e, após três minutos, lavar a cavidade com muita água. Lembrar de orientar o paciente a cuspir, pois o gosto é muito ruim. Essa terapia é realizada uma vez por semana até a regressão da lesão e aplicada exclusivamente pelo Cirurgião Dentista.

I Ácido tricloroacético (ATA) de 70% a 90%: tem sido utilizado em casos de lesões extensas. Procedimento: com um cotonete embebido na solução, remover o excesso e aplicar com leves toques sobre a área afetada. Ao observar a coloração esbranquiçada, deixar a substância por três minutos e lavar a cavidade com muita água, sempre orientando o paciente a cuspir. Este procedimento tem o inconveniente de ser altamente doloroso. Essa manobra deve ser realizada uma vez por semana, exclusivamente pelo Cirurgião Dentista, observando se não ocorreram ulcerações.

I Laser de alta potência: a ablação a laser tem sido usada, mas este procedimento tem levantado alguns questionamentos, como o transporte de HPV pelo ar por meio das microgotas aerossolizadas, criadas pela vaporização do tecido lesional.

I Evidências indicam que o uso de outras substâncias imunomoduladoras tópicas atuais, dentre elas o creme imiquimod e o creme podofilotoxina 0,15% podem ser de grande valia no tratamento das lesões causadas pelo HPV. Os estudos realizados preconizam a utilização desses medicamentos sob a forma de creme três vezes por semana, em dias alternados, aplicados com cotonetes. No entanto, faltam ainda estudos prospectivos, controlados, com séries maiores de pacientes, comparando o uso desses medicamentos com outros métodos já estabelecidos e consagrados, tais como a eletrocauterização, exérese

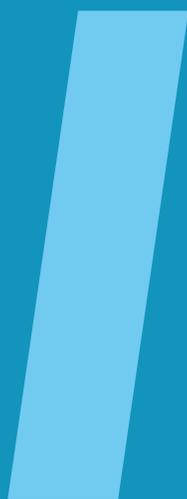
cirúrgica, o uso tópico de podofilina e do ácido tricloracético, inclusive avaliando a relação custo benefício. Talvez essas possam ser terapias adjuvantes eficazes após a ressecção dessas lesões. Provavelmente estudos futuros poderão responder a essas questões.

/ Todos esses medicamentos de uso tópico não devem ser utilizados por gestantes ou que planejam engravidar e durante o período de amamentação, em bebês ou crianças de até 12 anos. A escolha da terapia é baseada no número, tamanho, local e morfologia das lesões, bem como da preferência do paciente, custo, conveniência, efeitos adversos, e experiência clínica, pois as lesões muito numerosas ou volumosas podem não responder adequadamente aos tratamentos preconizados.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HEPATITE C E COINFECTADO PELO HIV

Todos os pacientes que forem atendidos e obtiverem o seu diagnóstico sorológico positivo para o vírus da hepatite C e coinfectedados pelo HIV, deverão ser encaminhados para o Cirurgião Dentista para avaliação e detecção de possíveis reações liquenóides, ou líquen plano, tanto na forma reticular como erosiva, presentes na cavidade bucal. Evidência recente apoia o conceito de que é uma doença imunologicamente mediada. A imunidade celular parece ter um papel extremamente importante na patogênese. Sua ocorrência era em pacientes do gênero feminino, entre a quarta e sexta década de vida, mas atualmente, há mudança no perfil epidemiológico, acometendo pacientes jovens entre a segunda e terceira década de vida principalmente do gênero masculino, conjuntamente com soropositividade para o vírus da hepatite C e com a coinfecção para o HIV/Aids e que administram terapias medicamentosas de Ribavirina e Interferon Peguilado conjuntamente ou não com a terapia antirretroviral (TARV). As manifestações nos jovens e portadores do vírus da hepatite C e HIV/Aids e que utilizam as terapias citadas acima apresentam normalmente lesões de líquen plano em mucosa jugal bilateral bastante exuberantes, na forma mais erosiva contrapondo a prevalência até então da forma reticular. Esse encaminhamento e atendimento do paciente, serão realizados em pronto atendimento (procura do dia), não havendo necessidade de agendamento para a realização do diagnóstico, e, quando confirmado em cavidade bucal, realiza-se à primeira intervenção terapêutica, agendando novos procedimentos ou preservação.

ENCAMINHAMENTO PARA DIAGNÓSTICO SEMIOLÓGICO



Nos casos de diagnósticos de manifestações bucais, em que o profissional tenha dificuldade em fechar o mesmo, o paciente deverá ser encaminhado para o CEAPE - Centro de Estudos e Atendimentos a Pacientes Especiais da Universidade Paulista - FOUNIP - SP, na Avenida José Maria Wtaker, nº 320, **telefone 5586 4132**, com o encaminhamento devidamente preenchido, nas **segundas-feiras, às 13 horas**. (Parceria Coordenadoria IST/Aids e CEAPE - Centro de Estudo e Atendimento a Pacientes Especiais da UNIP). Esse encaminhamento deverá ser realizado pelo Cirurgião Dentista da unidade descrevendo a lesão, localização, características clínicas, duração, dados anamnéticos do paciente como o CD4, carga viral e outros exames laboratoriais, onde se necessário for, serão realizados todos os exames imaginológicos e biopsiado ou realizado outro procedimento para conclusão do diagnóstico. O laudo da biópsia será enviado por fax ao serviço que encaminhou aos cuidados do profissional responsável.

**PROTOCOLO
TERAPÊUTICO PARA
TRATAMENTO DAS
MANIFESTAÇÕES ORAIS
EM PACIENTES VIVENDO
COM HIV/AIDS**

CANDIDIASES

- / Correção do desequilíbrio.
- / Remoção dos fatores que auxiliam a presença da infecção.

FOCOS ISOLADOS

- / Remoção mecânica das placas (para as pseudomembranosas);
- / Água bicarbonatada (eritematosa e pseudo membranosa);
- / Miconazol - Daktarim® gel (queilite angular);
- / Reavaliação após 7 dias.

ÁREA ENVOLVIDA > QUE 20% DE PROGRESSÃO RÁPIDA

- / Nistatina - Micostatin® suspensão (eritematosa e pseudomembranosa).

ENVOLVIMENTO EXTENSO COMPROMETENDO PILARES AMIGDALIANOS

- / Itraconazol - Sporanox® - cápsulas de 100 mg. (eritematosa e pseudomembranosa).

Obs: Os AZÔIS Interagem com os inibidores de protease, e com os inibidores da transcriptasereversa. Tendo dúvidas, discuta o caso com o médico do paciente.

- Cetoconazol - Nizoral.®
- Fluconazol - Zoltec.®
- Itraconazol - Sporanox.®

Uma nova opção recomendada é a utilização da PDT (Terapia Fotodinâmica - laser de baixa intensidade de potência associado a um corante. Exemplo: azul de metileno e ou verde de malaquita)

LEUCOPLASIA PILOSA

- / Terapia antirretroviral
- / Tratamento tópico:
 - Solução Alcoólica de Podofilina a 25 %;
 - Ácido Retinóico a 0,05%;
 - Uso tópico com aplicação a cada 7 dias, após reavaliar o resultado obtido, observando a não formação de úlceras.

HERPES SIMPLES

- / **Localizado (pele)**
 - Aciclovir - Zovirax® (creme), 5 x ao dia, por 7 dias.
- / **Disseminado**
 - Aciclovir - Zovirax®, comp. 200 mg, 5 comp. ao dia, por 14 dias.
 - Laser de baixa intensidade de potência.

Obs: Não havendo remissão do quadro, e resistência ao uso do Aciclovir e ao Ganciclovir, solicite avaliação médica.

HPV (PAPILOMA VÍRUS HUMANO)

- / Cirúrgico.
- / Crioterapia.
- / Laser de alta potência (CO²).
- / Wartec® (creme).
- / Aldara®
- / Solução alcoólica de podofilina a 25%.
- / ATA - Ácido tricloroacético a 90%.

- / Uso o dos medicamentos tópicos deverá ser aplicados num intervalo de sete dias, após reavaliar o resultado obtido, observando a não formação de úlceras.

GENGIVITES

- / Raspagem e polimento corono-radicular - R.P.C.R;
- / Gluconato de clorexidina a 0,12% - Periogard® solução - 10 ml;
- / Iodeto de sódio - 20 ml - Povidine®;
- / Laser de baixa intensidade de potência. - PDT

PERIODONTITES ULCERATIVAS NECROSANTES OU NECROTIZANTES

/ 1ª visita

- Iodeto de sódio 40 ml - Povidine®;
- Gluconato de clorexidina a 0,12% - Periogard® solução - 10 ml;
- Metronidazol - Flagyl®, comp. 250 mg. 02 cada 8 hs;
- Laser de baixa intensidade de potência. - PDT

/ 2ª visita

- Iodeto de sódio 40 ml - Povidine®;
- Debridamento gengival e R.P.C.R;
- Gluconato de clorexidina a 0,12% - Periogard® solução -10 ml;
- Laser de baixa intensidade de potência. PDT

ÚLCERAS

- / Omcilon "A" em orabase®, 4 x ao dia;
- / Gluconato de Clorexidina a 0,12%, Periogard® solução -10 ml.1 x ao dia;
- / Elixir de dexametasona® - bochechos 4 x ao dia;

- / Laser de baixa intensidade de potência; - PDT
- / Reavaliar após 7 dias.

O QUE FAZER FRENTE A ACIDENTES?

O profissional de saúde exposto deverá ser encaminhado para um Serviço de Assistência Especializado (SAE) nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas) após o acidente, quando houver indicação para a quimioprofilaxia. Estudos sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada de 24 a 36 horas após o acidente. O início da medicação após longo intervalos de tempo (1 a 2 semanas) podendo ser considerado somente para exposição com elevado risco de transmissão do HIV. Para maiores informações sobre condutas frente a exposição ocupacional a material biológico, consultar o manual de condutas “Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV” do Ministério da Saúde.

PEP E PREP COMO MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O HIV: PODE E DEVE O CIRURGIÃO DENTISTA PRESCREVÊ-LAS?

O termo profilaxia se refere a medidas ou cuidados preventivos que têm como objetivo evitar doenças. Ao falarmos no HIV, os preservativos impedem a passagem do vírus de um parceiro para outro durante o sexo. Atualmente, além da camisinha, existem estratégias preventivas importantes efetivas e recomendadas contra o HIV que são baseadas no uso de medicamentos, sendo eles a PEP e a PrEP.

A PEP quer dizer “profilaxia pós-exposição”, ou seja, os medicamentos são administrados após uma provável exposição ao HIV, enquanto a PrEP significa “profilaxia pré-exposição”, neste caso a pessoa toma os remédios antes de ser exposta ao vírus.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP)

Situações de violência sexual ou do sexo consentido sem camisinha podem trazer riscos de infecção pelo vírus do HIV, assim como alguns acidentes (ferimentos causados por instrumentos perfurocortantes ou a partir do contato direto com sangue, sêmen e secreção vaginal contaminados). Para tais situações, pode-se recorrer ao uso da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), uma medida preventiva de urgência. Em caso de uma possível exposição ao HIV, portanto, deve-se iniciar a PEP preferencialmente nas duas primeiras horas e em até no máximo 72 horas após a possível exposição.

A PEP só pode ser obtidas a partir da prescrição de um profissional de saúde. É necessário realizar um teste para HIV, avaliando se a pessoa que sofreu a exposição já estava infectada ou não, e, em caso positivo, inicia-se o tratamento e não a profilaxia. Em caso negativo, por sua vez, a PEP deve ser utilizada por 28 dias ininterruptos. Ao final, é necessária a realização de um novo teste para confirmar a eficácia do esquema, que envolve dois comprimidos (um deles contém os medicamentos tenofovir e lamivudina e o outro contém o medicamento dolutegravir). Todos esses medicamentos são chamados de antirretrovirais por serem usados no tratamento das infecções por retrovírus.

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP)

A PrEP consiste em um método preventivo que prepara o organismo para que seja possível enfrentar o contato com o vírus do HIV. Ela deve ser utilizada por pessoas que possuam alguma vulnerabilidade para a infecção (pessoas trans, travestis, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que possuem parceiros vivendo com HIV, pessoas que possuem relações sexuais com frequência sem o uso do preservativo, pessoas que têm ou já tiveram infecções sexualmente transmissíveis e pessoas que fizeram uso de PEP).

Além disso, é necessário possuir pelo menos 15 anos de idade. A partir disso, a PrEP pode ser acessada de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). É necessário passar por um profissional de saúde para que seja realizada a avaliação do caso. O usuário deste método deverá tomar um comprimido todos os dias no caso da modalidade diária ou seguir o esquema específico no caso da modalidade sob demanda (uma dose dupla de duas a 24h antes da possível exposição, uma dose única 24h após a dose dupla e uma dose única 48h após a dose dupla). O comprimido contém o tenofovir e o entricitabina, que são medicamentos antirretrovirais.

COMO ESTUDAR OS CASOS?

Nas reuniões de educação permanente, que são agendadas a cada dois meses. E se necessário for, poderá ser realizada outras reuniões imediatamente em um curto espaço de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- / 01. ABREU PM, CÓ ACG, AZEVEDO PL, VALLE IB, OLIVEIRA KG, GOUVEA SA, SILVA MFC, LOURO ID, PODESTÁ JRV, LENZI J, SENA A, MENDONÇA EF,VON ZEIDLER SLV
Frequency of HPV in oral cavity squamous cell carcinoma BMC Cancer 2018,18:324
- / 02. BABICH, S. B.; HABER, S. D.; CAVIEDES, E. Y.; TEPLITSKY, P. Condyloma acuminata in a boy. **J. Am Dent Assoc.** v. 134 (3), p. 331-334, Marc. 2003
- / 03. BAKER GE, TYRING SK. Therapeutic approaches to papillomavirus infections. *Dermatol Clin* 1997;15(2):331-40.
- / 04. BEUTNER KR, FERENCZY A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997;102(5A):28-37.
- / 05. BOLLEN LIESBETH J. M., CHUACHOOWONG RUTT, KILMARX PETER H., MOCK PHILIP A., CULNANE MAPPSTATS MARY, SKUNODOM NATAPAKWA,
- / 06. BOUDA M, GORGOLIS VG, KASTRINAKIS NG, et al. "High risk" HPV types are frequently detected in potentially malignant oral lesions, but not in normal mucosa. *Mod Pathol* 2000;13(6):644-53.
- / 07. BORTOLUZZI, M. C.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S.; FIGUEIREDO, M.; Associação entre líquen plano oral e infecção pelo vírus da hepatite C: Revisão da literatura. **Robrac.** 2002, p. 30 - 34.
- / 08. CARDAMAKIS E, RELAKIS K, GINOPOULOS P, et al. Treatment of penile intraepithelial neoplasia (PIN) with interferon alpha- 2a, CO2 laser (vaporization) and 5- fluorouracil 5%.(5-FU). *Eur J Gynaecol Oncol* 1997;18(5):410-3.

- / 09. CHAOWANACHAN THANYANAN, JETSWANG BONGKOCH, NEEYAPUN KANCHANA, NEEYAPUN SUVANNA ASAVAPIRIYANONT, ROONGPISUTHIPONG ANUVAT, WRIGHT THOMAS C., TAPPERO JORDAN W. Human Papillomavirus (HPV) Detection Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Pregnant Thai Women: Implications for Future HPV Immunization **Sexually Transmitted Diseases**, April 2006, Vol. 33, No. 4, p.259–264
- / 10. CAMERON JENNIFER E., MERCANTE DONALD, O'BRIEN MEGAN, GAFFGA ANN M., LEIGH JANET E., FIDEL PAUL L., JR, HAGENSEE MICHAEL E., The Impact of Highly Active Antiretroviral Therapy and Immunodeficiency on Human Papillomavirus Infection of the Oral Cavity of Human Immunodeficiency Virus–Seropositive Adults, **Sexually Transmitted Diseases**, November 2005, Vol. 32, No. 11, p.703–709
- / 11. CANDOTTO V, LAURITANO D, NARDONE N, BAGGI L, CI, GATTO R, GAUDIO RM, SPADARI F CARINCI F HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer *Oral Implantol (Rome)*. 2017 Jul-Sep; 10(3): 209–220.
- / 12. CASARIEGO, Z., MICÑQUEVICH, S.; GOMES, M. A . HPV in “carcinoma in situ” associated with HIV/AIDS infections: a case report. **Med Oral**, v. 7(2), p. 84–88, Mar–Apr. 2002.
- / 13. CASTRO TPPG, BUSSOLOTI FILHO I. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006;72(2):272–82.
- / 14. CHERRY-PEPPERS, G.; DANIELS, C. O.; MEEKS, V.; SANDERS, C. F.; REZNIK, D. Oral manifestations in the era of HAART. **J Nati Med Assoc**, v. 95 (Suppl 2), p. 21 S– 32 S, FEB, 2003.
- / 15. CLAVEL, C. E.; NAWROCKI, B.; BOSSEAU, B.; POITEVIN, G.; PUTAUD, I. C.; MANGEONJEAN, C. C.; MONTEAU, M.H; BIREMBAUT, P. L. Detection of human papillomavirus DNA in bronchopulmonary carcinomas by hybrid capture II. **Cancer**, v. 88 (6), p. 1341–1351, 2000.
- / 16. CROWLEY-NOWICK, P. A .; ELLENBERG, J. H.; VERMUND, S. H.; DOUGLAS, S. D.; HOLLAND, C. A .; MOSCICKI, A. B. Cytocine profile in genital tract secretions from female adolescents: impact of human immunodeficiency virus, human papillomavirus, and other sexually transmitted pathogens. **J Infec Diseases**. v. 181(3), p. 939–945, 2000.

- / 17. CUNHA, K. S. G.; TORRES, S. R.; Associação do líquen plano com a hepatite C: uma revisão da literatura. **An bras Dermatol**, 77(1); p.11-21, jan/fev. 2002.
- / 18. DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL “CRESCENDO E VIVENDO COM SAÚDE BUCAL” – Área Temática de Saúde Bucal da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo. - julho 2005.
- / 19. DIRETRIZES PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO HPV NA REDE MUNICIPAL ESPECIALIZADA EM DST/AIDS – SMS – SP, Programa Municipal de DST/Aids Setor de Assistência Núcleo de Doenças Sexualmente Transmissíveis Revisão da 3ª Edição - Setembro 2010
- / 20. GILLISON ML, BROUTIAN T, PICKARD RK, et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. **JAMA** 2012;307(7):693-703
- / 21. GIOVANI, E.M., EGASHIRA, S., ALEGRETTI, C. E., MELO, J. J., TORTAMANO, N., The relationship between salivary flow and manifestations in patients who are HIV-positive, **Special Care in Dentistry**, 24(3), 141, may/june 2004.
- / 22. GIOVANNELLI, L.;CAMPISI, G.; LAMA, A .; GIAMBALVO, O.; MARGIOTTA, V.; AMMATUMA, P. Human papillomavirus DNA in oaral mucosal lesions, **J Infect Dis**, v. 15, p. 833-836, Marc. 2002.
- / 23. HÜBBERS CU, AKGÜL B HPV and cancer of the oral cavity Virulence. 2015 Apr; 6(3): 244-248.
- / 24. KING, M. D.; REZNIK, D. A.; O’DANIELS, C. M.; CARSEN, N. M.;OSTERHOLF, D.; BLUMBERG, H. M., Human papillomavirus associated oral warts among human imunodeficiency virus-seropositive patients in the era of highly active antiretroviral therapy: an emerging infection. **CI Infect Dis**, v. 1; n. 34 (5), p. 641-648, Mar, 2002.
- / 25. LIN, A.L.; JOHNSON, D.A.; STEPHAN, K.T.; YEH, C.K. Alterations in Salivary Function in Early HIV infection **J Dental Res** 82(9): 719-723, Sep/2003.

- / 26. LINGEN MW, XIAO W, SCHMITT A, et al. Low etiologic fraction for high-risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas. *Oral Oncol* 2013; 49(1):1-8
- / 27. LORDUY MC, RICARDO JH, ARENAS YH, CARMONA WM Use of trichloroacetic acid for management of oral lesions caused by human papillomavirus
GENERAL DENTISTRY March/April 2018
- / 28. MACHADO J, REIS PPR, ZHANG T, et al. Low prevalence of human papillomavirus in oral cavity carcinomas. *Head Neck Oncol* 2010;2:6
- / 29. MANHART LISA E, KING K, HOLMES, LAURA A, KOUTSKY, TROY R, WOOD, DONNA L, KENNEY, QINGHUA FENG, AND NANCY B. KIVIAT, Human Papillomavirus Infection Among Sexually Active Young Women in the United States: Implications for Developing a Vaccination Strategy, **Sexually Transmitted Diseases**, May 2006, Vol. 33, No. 5, p.000-000
- / 30. MARGOTTA, V.; CAPOGRECO, M. Soft tissue pathologies of the oral cavity.
Minerva Stomatol v. 52 (1-2), p. 47-51, Beb 2003.
- / 31. MANUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO DO CENTRO DE ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.
- / 32. MATEE, M.I.; SCHEUTZ, F.; MOSHY, J. Occurrence of oral lesions in relation to clinical and immunological status among HIV-infected adult Tanzanians **Oral Diseases** 6(2): 106-110, Mar/2000.
- / 33. MILLER CS, WHITE DK. Human papillomavirus expression in oral mucosa, premalignant conditions, and squamous cell carcinoma: a retrospective review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82(1):57-68.
- / 34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Tratamento Lipoatrofia facial em pacientes portadores de HIV/AIDS com polimetilmetacrilato (PMMA).
Brasília: **Programa Nacional de DST/Aids**, 2005.
- / 35. MULLIGAN, R.; NAVAZESH, M.; KOMAROFF, E.; GREENSPAN, D.; REDFORD, M.; ALVES,

- / 36. M.; PHELAN, J. Salivary gland disease in human immunodeficiency virus-positive women from the WIHS study **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 89(6):702-709. jun/2000.
- / 37. NAVAZESH, M.; MULLIGAN, R.; KOMAROFF, E.; REDFORD, M.; GREENSPAN, D.; PHELAN, J. The Prevalence of Xerostomia and Salivary Gland Hypofunction in a Cohort of HIV-positive and At-Risk Women **J Dental Research** 79(7): 1502-1506, jul/2000.
- / 38. NAVAZESH, M.; MULLIGAN, R.; BARRÓN, Y.; REDFORD, M.; GREENSPAN, D.; ALVES, M.; PHELAN, J. A 4-year longitudinal evaluation of xerostomia and salivary gland hypofunction in the Women's Interagency HIV Study participants **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 95(6): 693-697, jun/2003
- / 39. OLIVEIRA, M. C.; SOARES, R. C.; COSTA, A. L. L. Ação Oncogênica do papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v. 1, p. 29-38, out/dez - 2002.
- / 39. PALEFSKY JOEL M. Cervical human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in women positive for human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy **Current Opinion in Oncology** 2003, 15:382-388
- / 40. PLEMONS, J.; BENTON, E. Oral Manifestations of HIV infection **Texas Dental J** 119(6):508-514, jun/2002.
- / 41. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA DA SÍNDROME LIPODISTRÓFICA COM PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS - **Protocolo produzido pela Área Técnica de DST/Aids - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**, Coordenação: MARIA CRISTINA ABBATE. Autores: DAMARES PEREIRA VICENTE, ELCIO GAGIZI, MARINA ARAGÃO WAHLBUHL GONÇALVES E ZARIFA KHOURY. COLABORADORES: GILVANE CASIMIRO DA SILVA, KÁTIA CRISTINA BASSICHETTO E MARINA STAGNI. São Paulo, maio de 2006.
- / 42. SCHLECHT HP. Oral human papillomavirus infection: hazard of intimacy. **JAMA** 2012;307(7):724-5
- / 43. SCULLY, C.; DIOS, P.D. oralfacial effects of antiretroviral therapies **Oral Diseases** 7(4): 205-208, jul/2000.

- / 44. SMITS PAUL H. M., BAKKER REMCO, JONG EEFJE, MULDER JAN WILLEM, MEENHORST PIETER L., KLETER BERNHARD, LEEN-JAN VAN DOORN, WIM G. V. QUINT High Prevalence of Human Papillomavirus Infections in Urine Samples from Human Immunodeficiency Virus-Infected Men **JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY**, Dec. 2005, p. 5936-5939
- / 45. SOUZA, L.B. PINTO, L.P. MEDEIROS, A.M.C. ARAÚJO, R.F.; MESQUITA, O.J.X. Manifestações Oraís em Pacientes com AIDS em uma População Brasileira **Pesq Odontol Bras** 14(1): 79-84, jun/2000.
- / 46. STOOPLER ET, BALASUBRAMANIAM R. Human papillomavirus lesions of the oral cavity. *N Engl J Med* 2011;365:e37
- / 47. TERAÍ, M.; BURK, R. D. Complete nucleotide sequence and analysis of a novel human papillomavirus genome cloned by na overlapping PCR method **Virology**. v. 279, p. 109-115, 2001.
- / 48. TROTTIER HELEN A, FRANCO EDUARDO L. The epidemiology of genital human papillomavirus infection **Vaccine** (2006)
- / 49. YOUNAI, F.S. MARCUS, M.; FREED, J.; COULTER, I.D.; CUNNINGHAM, W.; DER-MARTIROSIAN, C.; GUZMAN-BERCERRA, N.; SHAPIRO, M. Self-reported oral dryness and HIV disease in a national sample of patients receiving medical care **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 92(6): 629-635, dec/2001.

SAÚDE BUCAI

COOPERAÇÃO

