

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE: CONDUTA ODONTOLÓGICA

SYNDROME OF IMMUNODEFICIENCY ACQUIRED IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: DENTAL CONDUCT

Camila Santos Marçal¹; Larissa Conrado da Silva²; Khawana Faker³; Mônica Almeida Tostes³; Viviane Cancio³

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Salgado de Oliveira

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense

³ Departamento de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) foi relatada inicialmente em 1981 nos Estados Unidos. Esta doença ataca o sistema imunológico do paciente deixando-o vulnerável às infecções oportunistas e neoplasias malignas. O objetivo deste estudo será apresentar maiores conhecimentos sobre vias de transmissão, principais manifestações bucais em crianças e adolescentes com AIDS e a importância do cirurgião dentista. Para tal, será utilizado resumos de artigos científicos sobre HIV/AIDS e odontologia, indexados no banco de dados MEDLINE, Pubmed, Google, SciELO e LILACS, no período de 2000 a 2018. A amostra foi constituída por 150 resumos e analisadas quanto ao tema. Ao final da seleção, 50 trabalhos foram escolhidos para realizar essa revisão de literatura. O cirurgião-dentista tem um papel muito importante no curso desta doença, visto que algumas lesões bucais aparecem na fase inicial, e o profissional pode fazer um diagnóstico precoce tornando o tratamento mais benéfico. É preciso fazer a avaliação do bem-estar do paciente, avaliações clínicas e laboratoriais, principalmente em crianças e adolescentes. Dentre as diversas doenças que acometem o paciente com a SIDA/AIDS, podem-se citar a fúngica, a bacteriana ou a viral sendo a candidíase oral, herpes simples e xerostomia as principais manifestações clínicas. Existem três vias diferentes de transmissão pelo vírus HIV: a Peri natal, a Transplacentária e a Pós-natal, e os exames mais utilizados para o diagnóstico da doença são o ELISA e o WESTERN BLOT.

Palavras chave: Doença oral. HIV. Manifestações orais. AIDS. Odontologia.

Correspondência:

Nome: Dra. Viviane Cancio

E-mail: vicancio@ig.com.br

Endereço: Faculdade de Odontologia - Rua Mário Santos Braga, 30 - Campus Valonguinho, Centro, Niterói, RJ, Brasil

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS/AIDS) was first reported in 1981 in the United States. This disease attacks malignant neuropathies. The purpose of teaching is more important about the transmission routes, the main oral manifestation in children and adolescents with AIDS and the importance of the dental surgeon. To do so, a summary of data on HIV/AIDS and dentistry, indexed in MEDLINE, Pubmed, Google, SciELO and LILACS, will be used from 2000 to 2018. The sample consisted of 150 abstracts and analyzes to the subject. At the end of the selection, 50 papers were selected to carry out this literature review. The dental surgeon has a very important role in the course of this disease, since some oral lesions appear in the initial phase, and the professional makes an early diagnosis making the treatment more beneficial. An assessment of patient well-being, clinical and laboratory evaluations, especially in children and adolescents, is required. Among the several diseases that affect the patient with AIDS, we can mention a fever, a bacterial or a viral one being oral candidiasis, herpes simplex and xerostomia as the main clinical manifestations. HIV: the natal, transplacental, and postnatal Peri, and the most commonly used diagnostic tests are the ELISA and the Western Blot.

Keywords: Oral disease. HIV. Oral manifestations. AIDS. Dentistry

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus adquirido principalmente por via sexual (sexo desprotegido), via sanguínea e por meio de objetos perfuro cortantes contaminados. Existem muitos indivíduos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e desenvolver a doença, mas ainda assim podem transmitir o vírus. O vírus do HIV se reproduz no corpo humano, nos linfócitos TCD4+, deixando o corpo vulnerável à infecção por doenças oportunistas¹. Realizando-se o diagnóstico precoce do HIV, há maior chance da doença não progredir para SIDA/AIDS e para o óbito nas crianças infectadas².

Observa-se a manutenção da epidemia a respeito de pesquisas e de novos medicamentos anti-retrovirais. Com a sua implementação em 1997, houve grande crescimento da terapia anti-retroviral combinada (TARVC) que reduziu a mortalidade global por SIDA/AIDS. Foi reduzido também o número de casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) por transmissão vertical em meninas/mulheres quando a medicação ficou acessível para essa categoria da população, sendo esse meio a principal via de transmissão em crianças. Para reduzir ainda mais novos casos de infecção pelo vírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou investimentos na identificação de gestantes infectadas pelo HIV e atendimento especializado para mãe e filho. Estudos comprovam que a epidemia se mantém como um dos principais problemas de saúde pública no mundo³.

Na última década, estudos em crianças infectadas pelo HIV revelaram benefícios na introdução precoce da TARVC. O Brasil, em relação ao controle do SIDA/AIDS, é bastante diferenciado comparado aos países em desenvolvimento devido ao livre acesso do medicamento anti-retroviral oferecido pelo governo e consequente redução da transmissão vertical do vírus, hospitalizações, morbidade e mortalidade relacionada à AIDS².

Independente dos sintomas e alterações laboratoriais, estudos fizeram o Brasil adotar uma conduta para iniciar o tratamento com o TARVC em todos os pacientes menores de 12 meses¹ e um novo ponto de corte de linfócitos CD4 de 25% ou 750 células/ μ L para crianças de dois a cinco anos⁴.

O planejamento da transição deve incluir a abordagem integral do paciente englobando saúde mental e desenvolvimento cognitivo, adesão aos medicamentos, sexualidade, saúde reprodutiva, identidade de gênero, aspectos sociais, estigma, ruptura com o ambulatório de pediatria e comunicação⁵. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é ter um maior conhecimento sobre o HIV/AIDS, apresentar as principais manifestações bucais, mostrando a importância do cirurgião dentista e suas vias de transmissão.

O presente estudo foi desenvolvido através da análise documental da produção bibliográfica obtida através da base de dados. Foram utilizados resumos de artigos científicos sobre HIV/AIDS e odontologia, indexados no banco de dados MEDLINE, Pubmed, Google, SciELO e LILACS, no período de 2000 a 2018. As estratégias de buscas utilizadas incluíram as seguintes palavras: “HIV”, “AIDS”, “ODONTOLOGIA”, “TRATAMENTO”, “DOENÇA ORAL”, “MANIFESTAÇÃO ORAL”. A amostra foi constituída por 150 resumos e analisadas quanto ao tema. Ao final da seleção, 50 trabalhos foram escolhidos para realizar essa revisão de literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

Descoberta do vírus HIV

Com o aumento do número de casos descobertos em diversos países, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) tornou-se uma grande epidemia. O vírus é reconhecido pela redução avançada dos linfócitos CD4 e pela perda de elementos fundamentais do organismo infectado, atingindo o sistema imunológico e dando espaço para aparição de doenças como as neoplasias malignas e infecções oportunistas, que apontam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS⁶. As lesões bucais são um alerta, pois podem ser os primeiros sinais e sintomas de uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em crianças e adolescentes⁷.

Lesões na cavidade oral

A cavidade oral se torna um lugar com maiores chances de vulnerabilidade às infecções, pois aloja microorganismos capazes de realizar proliferação em condições de supressão imunológica, criando oportunidade para desenvolvimento de infecções bacterianas, fúngicas e virais, além de lesões neoplásicas⁸. Nesses casos, é comum a presença de lesões bucais como candidíase, estomatite herpética, úlcera aftosa e aumento da glândula parótida em crianças que são portadoras de HIV positivo⁹. Os problemas orais em pessoas que portam o HIV são recorrentes e evidentes. Com o desequilíbrio do sistema imunológico, há aparecimento de febre, sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa, gengivites, doenças periodontais, inchaço de glândulas salivares, boca seca, lesões orais virais e lesões por herpes simples. A causa ainda não é definida

para esse tipo de lesão, mas estudos revelam que algumas condições orais podem ocorrer como parte da reconstituição imunológica resultante da terapia anti-retroviral⁸.

Essas lesões também podem ser divididas em três grupos, de acordo com a sua intensidade: Grupo I – Consiste de lesões orais que estão comumente associadas com infecção pelo HIV como, por exemplo, candidíase, leucoplasia pilosa, gengivite úlcernecrosante aguda (GUNA) e sarcoma de Kaposi. Grupo II – Neste grupo enquadram-se as doenças mais comuns de ocorrerem, tais como: ulcerações atípicas, doenças de glândulas salivares, infecções virais por citomegalovírus (CMV) e vírus herpes, papiloma vírus e varicela-zoster. Grupo III – Abrange lesões possivelmente associadas à infecção pelo HIV, como, por exemplo, osteomielite, distúrbios neurológicos, sinusite, carcinoma epidermóide, etc.

Etiologia das doenças que acometem cavidade oral

De acordo com o Ministério da Saúde¹, no Brasil ocorreu 23.433 casos de crianças no boletim epidemiológico de 1980 a 2014 e um total de 16.455 casos notificados em crianças menores de treze anos de idade.

Muitas mães soropositivas têm um grande sentimento de culpa e medo por terem infectado ou de infectar os seus bebês, e também da própria morte por não poder acompanhar o desenvolvimento do seu filho¹⁰. Como o leite materno é um grande transmissor do vírus, muitas mães sentem-se desapontadas por não poderem amamentar seus filhos, convivendo com receio de estigmas e preconceitos. Nesta circunstância, parece ser mais difícil descobrir o HIV no período da gravidez podendo vir a se tornar um desconforto adicional¹¹. Os sintomas depressivos também se fazem presente nesse momento, colaborando para que a mãe tenha um comportamento negativo com o seu bebê e com grandes chances de, no futuro, atingir o comportamento infantil desse indivíduo¹².

Adiar a revelação da doença para crianças e bebês é bem mais fácil do que para um adolescente, considerando que é melhor o adiamento por causa da criança não se recusar ao tratamento, não fazer perguntas e nem entender. O medo de uma reação negativa do filho faz com que algumas mães infantilizem a relação com condutas de superproteção para que não ocorra a maturidade que fará com que a criança mais velha comece a questionar seu tratamento¹³.

Uma das formas de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) mais recorrentes é a transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho. No Brasil, no período de 1980 a 2011 foram notificados 14.127 casos de AIDS em crianças menores de cinco anos¹. Os pacientes que sofrem da transmissão vertical possuem um sistema imune mais debilitado e são expostos a um período de incubação mais curto resultando em um processo de doença mais agressivo¹⁴. Para saber se o bebê está infectado, devem-se realizar dois exames para investigar a carga viral, de modo que no primeiro o resultado é não infectado quando essa se apresenta abaixo do limite de detecção, e o segundo deve ser realizado após o quarto mês de vida. O exame anti-HIV deve ser realizado no período de 12 a 18 meses de vida para a confirmação da soronegatividade¹.

Crianças que possuem o vírus da HIV apresentam com mais frequência maiores números de cáries quando comparadas às crianças não portadoras do vírus. Essa situação se agrava pelas crianças soropositivas não obterem os cuidados especiais, por não terem a presença dos pais no seu cotidiano devido à morte, abandono ou porque outro parente assumiu a criação das mesmas, e também pela dificuldade do acesso ao atendimento odontológico¹⁵.

Pacientes portadores do vírus HIV fazem uso de grandes quantidades de medicamentos e muitos deles contêm um elevado teor de açúcares e diminuem o fluxo salivar, além da dieta rica em carboidratos para a composição calórica, baixa imunidade do organismo, deficiência na higiene bucal e falta de acesso às informações e práticas da saúde oral. Com tudo isso, torna-se um grupo com mais susceptibilidade ao aparecimento da cárie e gengivite¹⁴.

Doenças relacionadas ao vírus HIV

É de extrema importância que o dentista saiba que existem vários tipos de manifestações bucais relacionadas ao vírus HIV, valendo lembrar que 90% dos pacientes infectados pelo vírus possuem lesões bucais comuns à candidose, doenças periodontais, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi e infecção pelo herpes simples¹⁶. O Sarcoma de Kaposi pode se desenvolver em qualquer estágio da infecção pelo HIV sem depender do grau de imunossupressão e do número de células CD4, mas estudos revelam que uma baixa contagem de células CD4+ ($< 150\text{--}200$ células/mm³) pode aumentar o risco de desenvolvimento. Como se trata de um tumor multicêntrico há probabilidade de aparecerem lesões em diversos lugares do corpo¹⁷.

Um ponto importante e frequente a ser considerado é a redução do fluxo salivar em pacientes com o HIV que causa danos à qualidade de vida. Isso ocasiona a redução das propriedades antimicrobianas, que são fatores de contribuição para a incidência de cárie e doença periodontal nos pacientes soropositivos, além de levarem a um rápido avanço dessas doenças. A saliva possui um grande papel na cavidade bucal realizando a manutenção da mesma. Estudos revelam que em 5% dos pacientes há aumento bilateral das glândulas salivares e que 10% a 30% apresentam xerostomia. A xerostomia, que não se apresenta como uma lesão e sim como uma manifestação bucal, é caracterizada pelo baixo fluxo salivar e está associada à hiperplasia da parótida¹⁸.

Conduta no atendimento odontológico ao paciente com HIV

Os acidentes com exposição ocupacional ao material biológico são frequentes na odontologia em decorrência do trabalho com instrumentos perfurocortantes em um campo de visão restrito e sujeito à movimentação do paciente².

A cavidade oral do portador do SIDA/AIDS é um sítio anatômico frequentemente acometido por doenças oportunistas e neoplasias malignas de etiologias distintas. Mais de 40 afecções foram identificadas e associadas a graus de imunossupressão leve, moderada ou severa em amostras recrutadas por pesquisadores oriundos de países subdesenvolvidos¹⁹.

Dessa maneira, o cirurgião-dentista (CD), supostamente detentor desse conhecimento, deve ter qualificação para auxiliar no diagnóstico precoce do HIV bem como colaborar com a equipe médica no acompanhamento do paciente²⁰.

Os pacientes que possuem o vírus da imunodeficiência humana (HIV) devem receber atenção especial, pois as infecções oportunistas podem ter início na cavidade oral, geralmente provocadas pela *Candidaalbicans*. Portanto, o dentista deve fazer consultas rotineiras para o monitoramento da saúde bucal de seu paciente, prevenindo complicações mais severas²¹.

Tratamento

Um novo tratamento foi implantado no Brasil a fim de reduzir a infecção pela via de transmissão do aleitamento materno, substituindo este pelo leite artificial e pelo uso da zidovudina (AZT), um xarope utilizado nos seis primeiros meses de vida. O método do leite artificial é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mas somente é indicado quando acessível, seguro e sustentável. Se o leite não atingir essas metas é recomendado pela OMS que essa amamentação seja realizada nos seis primeiros meses, com intuito de reduzir a morbidade e a mortalidade²². Quanto mais precoce for inserida a terapia anti-retroviral, independente da contagem dos linfócitos CD4 e manifestações clínicas relacionadas ao HIV, maiores chances de se obter efeitos positivos. Com isso, se atinge redução significativa da carga viral diminuindo o risco de transmissão do vírus HIV, a morbidade e a mortalidade, além da melhora na condição de vida dos pacientes portadores do vírus¹.

O tratamento padrão para a infecção pelo vírus HIV é a terapia anti-retroviral que colabora para a diminuição global de lesões orais que estão relacionadas a esse vírus²³, como mostra a Tabela 1.

Um ponto importante no tratamento é o uso da biossegurança, que tem mostrado bons resultados na prevenção de infecção pelo HIV, pois se sabe que todo ou qualquer paciente pode ser infectado. Um segundo ponto de grande importância é como o indivíduo infectado é tratado, já que muitos se encontram em fases psicologicamente e fisicamente debilitados além de merecerem um tratamento respeitoso, digno, solidário e ético.

Há grande melhora de pacientes portadores do vírus com o uso do TRAV, mas os anti-retrovirais apresentam ação de uma abordagem mais agressiva, tendo o objetivo de fazer a reconstituição imunológica precoce e o retardo na evolução natural da infecção.

DISCUSSÃO

Para Samico³¹, caso o cirurgião-dentista seja procurado por um paciente comprovadamente infectado pelo HIV ou que tenha AIDS, o mesmo deve adotar uma das seguintes condutas: em caso de urgência, o profissional deve atender o paciente normalmente, dentro dos limites de sua atuação. Caso não seja uma urgência, ou após a mesma ter sido debelada, o profissional poderá atender normalmente se a necessidade

do paciente estiver dentro do escopo de sua atuação profissional ou encaminhá-lo imediatamente para acompanhamento em um serviço especializado, seja público ou privado. Corroborando junto com Feltrin³² que o mais importante e ético é que não se negue atendimento única e simplesmente por ser o paciente um portador do HIV ou da AIDS.

Pollak³³ acredita na Medicina curativa que muitas vezes é impotente, apesar da rapidez das descobertas e coloca, à disposição da coletividade, a possibilidade de saber quem está ou não infectado, mas nem sempre oferece um remédio eficaz. Assim, faz-se necessário criar caminhos a fim de resgatar a cidadania dos indivíduos portadores do HIV.

Andrade et al¹⁵ afirmaram que crianças com severas manifestações do HIV relataram queixas de graves sintomas orais, o que podem causar limitações funcionais, emocionais e sociais relacionadas à saúde bucal. Segundo Chibinski³⁴ e Tonelliet³⁵, essas manifestações são diferentes das encontradas em adultos, destacando a importância da atenção do cirurgião-dentista em relação a essas alterações para diagnosticar a doença. José et al.³⁶ acredita que apesar das manifestações bucais serem frequentes em pacientes pediátricos com HIV, observa-se redução na ocorrência e gravidade dessas lesões em decorrência do aumento na adesão à TARV. Na Tabela 1 pode ser observado os medicamentos utilizados em paciente com diagnóstico positivo para HIV e suas repercussões durante o tratamento.

Tabela - Medicamentos utilizados em paciente com diagnóstico positivo para HIV e suas repercussões:

Zidovudina (AZT)	1987	É um análogo do nucleosídeo de peso molecular 267,2 e fórmula estrutural C ₁₀ H ₁₃ N ₅ , sendo a primeira droga anti-retroviral aprovada pelo FDA em 1997 ²⁴ . A sua utilização aumentou significativamente o tempo de sobrevivência de pacientes infectados pelo vírus HIV quando comparada aos outros tratamentos ²⁵ .
Estavudina (d4T)		É um análogo insaturado de nucleosídeo, sintetizado por Horwitz et al. ²⁶ . Apresenta atividade contra o HIV, in vitro, comparável à da Zidovudina, mas sua toxicidade para as células de cultura, incluindo células progenitoras da medula óssea, é menor quando comparada ao AZT ²⁸ .
Zalcitabina (ddC)	1992	É um fármaco que junto com a didanosina, lamivudina e zidovudina pertencem à classe dos inibidores nucleosídeos de transcriptase reversa (INRT) ²⁵ .
Lamivudina (3TC)	1997	É um novo análogo de nucleosídeo de citosina, transcriptase reversa inibidor utilizado no tratamento de infecções causada pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) ou vírus da hepatite B (VHB) ²⁹ .
Didanosina (ddI)	1993	Para o tratamento de pacientes adultos e pediátricos com infecção avançada pelo HIV com intolerância ao AZT (Zidovudina) ou piorando com o uso deste ³⁰ .

Feitosa et al.³⁷ relatam que a falha no tratamento e o aparecimento de lesões orais estão associados à posologia e sabor das medicações, reações adversas e dificuldade de acesso. Em contrapartida, Trombini e Schermann³⁸ mostram que a maioria dos pais e cuidadores apresentam baixo grau de escolaridade/renda, o que os tornam negligentes quanto ao horário da medicação, hábitos de higiene oral e alimentação e isso acaba dificultando a adesão ao tratamento e contribuindo para a incidência de cárie e doença periodontal. Chibinski³⁴ e Tonelliet³⁵ acreditam que as classes econômicas mais baixas estão diretamente relacionadas à qualidade de vida dessas crianças já que há uma maior dificuldade de acesso ao atendimento, menor orientação sobre prevenção e menor condição emocional. Além de que, muitas vezes, devido à grande demanda médica dos pacientes infectados, acabam por negligenciar o tratamento odontológico.

A importância de um trabalho de revisão sobre esse assunto é demonstrada na complexidade sistêmica do paciente. Essa condição exige da equipe odontológica um preparo extra ao programar e planejar os procedimentos odontológicos a serem implementados e assim, trazer ao paciente o que há de melhor no tratamento dentário sem prejuízos à sua saúde.

Em suma, é dever dos profissionais de saúde, principalmente dos dentistas, que sejam promotores de conscientização da saúde oral para que os gestores implementem programas amplos em que essa esteja inserida. E que principalmente esse público seja contemplado nesses sistemas de saúde a fim de prevenir doenças orais e diminuir o número de procedimentos invasivos.

CONCLUSÃO

O cirurgião dentista tem grande importância na doença SIDA/AIDS, pois sendo profissional da saúde é de sua competência identificar, diagnosticar e tratar sabendo que as manifestações orais podem ser os primeiros sinais da doença, considerando idade, condições de vida, hábitos e costumes do paciente. Por isso, é de grande importância o exame clínico minucioso da cavidade oral, visto que o cirurgião dentista pode ser o primeiro a ter contato e descobrir que o paciente possui a doença.

A SIDA/AIDS possui causa indefinida e assim, torna-se necessário um tratamento multifatorial para maior qualidade de vida do paciente, visto que a doença influencia não só ele como a sua família.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST. 2013; Ano 88, n. 1.
- 2- Ramos Jr. AN, Matida LH, Alencar CH, Hearst N, Heukelbach J. Late-stage diagnosis of HIV infection in Brazilian children: evidence from two national cohort studies. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7): 1291-1300.

- 3- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the Global AIDS Epidemic. 2013.
- 4- World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2013.
- 5- Cervia JS.. Easing the Transition of HIV-Infected Adolescents to Adult Care. *AIDS Patient Care and STDs*. 2013; 27(12): 692–696.
- 6- Dávila ME, Gil M. Manifestaciones orales y caries dental em niños expuestos AL virus de inmunodeficiencia humana. *RevSalud Pública*. 2011; 13 (5): 833-43.
- 7- Meless D, Ba B, Faye M, Diby JS, N'zoré S, Datté S, et AL. Oral lesions among HIV-infected children on antiretroviral treatment in West Africa. *Tropical Med Int Health*. 2014; 19(3): 246-255.
- 8- Subramaniam P, Kumar K. Oral mucosal lesions and immune status in HIV-infected Indian children. *J Oral Pathol Med*. 2015 Apr; 44(4): 296-9.
- 9- Chambers AE, Conn B, Pemberton M, Robinson M, Banks R, Sloan P. Twenty-first-century oral hairy leukoplakia--a non-HIV-associated entity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015 Mar; 119(3): 326-32.
- 10- Liamputtong P, Haritavorn N. My life as Mae Tid Chua [mothers who contracted HIV disease]: Motherhood and women living with HIV/AIDS in central Thailand. *Midwifery*. 2014; 30(12): 1166-72.
- 11- Kelly C, Alderdice F, Lohan M, Spence D. 'Every pregnant woman needs a midwife' - the experiences of HIV affected women in maternity care. *Midwifery*. 2013; 29(2): 132-8.
- 12- Trocme N, Courcoux MF, Tabone MD, Leverger G, Dolfus C. Impact of maternal HIV status on family constructions and the infant's relational environment during the perinatal period. *Arch Pediatr*. 2013; 20(1):1–8.
- 13- Marques HS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JR, DellaNegra M, et AL. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *CadSaude Publica*. 2006; 22(3):619-629.
- 14- Rosendo IA, Ferreira SMS, Pugliesi DM. Avaliação das condições bucais em crianças infectadas pelo HIV atendidas em um posto de assistência municipal de Maceió-AL. Estudo longitudinal. *Revista Semente*. 2011; 6(6):53-61.
- 15- Andrade ALDL, Alves CAJ, Medeiros MB, Galvão HC, Rosa MRD. Qualidade de vida e experiência em saúde bucal de crianças com e sem infecção pelo HIV. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2012; 60(3):343-348.
- 16- Kreuger MRO, Diegoli NM, Pedrini RD, Chaves B, Forlin DC. Influência da terapia antirretroviral nas manifestações orais de pacientes HIV+/AIDS. Faculdade de Odontologia de Lins/UNIMEP. 2009; 21(2):7-13.
- 17- Petruzzi MNMR. Perfil epidemiológico de portadores do HIV com manifestações estomatológicas em cinco centros de referência na cidade de

- Porto Alegre [dissertação mestrado]. Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2012.
- 18- Tinós AMFG, Sales-Peres, SHC. Xerostomia relacionada à infecção pelo HIV/AIDS: uma revisão crítica. *Rev. Odontol UNESP*. 2014; 43(3): 214-222
 - 19- Hodgson TA, Greenspan D, Greenspan JS. Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries. *Adv Dent Res*. 2006; 19 (1):57-62.
 - 20- Bhayat A, Ywenopal V, Rudolph M. Predictive value of group I oral lesions for HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010; 109 (5):720-723.
 - 21- Sbardelotto BM, Fleig CN, Griza GL, Formighieri LA, Pagliosa CJ, Conci RA, et al. Protocolo para atendimento Cirúrgico odontológico de Pacientes soropositivos. *Rev. Odontologia (ATO)*. 2013; 13(1): 24-60.
 - 22- Freitas JG, Cunha GH, Lemos LA, Barroso LMM, Galvão MTG. Alimentação de crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 617-25.
 - 23- Nittayananta W, Chanowanna N, Jealae S, Nauntofte B, Stoltze K. Hyposalivation, xerostomia and oral health status of HIV-infected subjects in Thailand before HAART era. *J Oral Pathol Med*. 2010; 39(1): 28–34.
 - 24- Lima AL, Kiffer CR, Uip D, Oliveira MS, Leite OM. Perguntas e respostas HIV/AIDS. 1996. São Paulo: Atheneu., Pp., 1-26.
 - 25- Ruiz-Arguelles, GJ, B. Agunes-Yannelli, L. Mercado-Diaz & D.D. Alemán-Hoey, D.D. *Rev. Invest. Clin*. 1994; 46: 491-3.
 - 26- Horwitz JP, Chua MAJ, DaRooge M, Noel, Klundt L. Nucleosides. IX. The formation of 2',3'-unsaturated pyrimidine nucleosides in a novel P-elimination reaction. *The Journal of Organic Chemistry*. 1966; 31(1):205-211.
 - 27- Janiszewski JS, Mulvana DE, Kaul S, Dandekar KA, Barbhaiya RH. High-performance liquid chromatographic determination of 2',3'-dedehydro-3'-deoxythymidine: a new anti-human immunodeficiency virus agent, in human plasma and urine. *J. Chromatogr*. 1992; 577 (1), p.151- 156.
 - 28- Cunico W, Gomes CRB, Junior WTV. HIV – recentes avanços na pesquisa de fármacos. *Química Nova*. 2008; 31(8): 2111-2117.
 - 29- Soudeyns H, Yao XI, Gao Q, Belleau B, Kraus JL, Nguyen-Ba N, et al. Anti-human immunodeficiency virus type I activity and in vitro toxicity of 2'-deoxy-3'-thiacytidine (BCH-189), a novel heterocyclic nucleoside analog. *Antimicrob Agents Chemother*. 1991; 35(7): 1386-1390.
 - 30- Robertson D. US FDA approves new class of HIV therapeutics. *Nat. Biotechnol*. 2003; 21 (5): 470-1.
 - 31- Samico AHR, Menezes JDV, Silva M. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia. 1994; 6–13.

- 32- Feltrin EE, Navarro CM, Sposto MR. Nível de informação e comportamento dos dentistas brasileiros em relação à AIDS e à infecção pelo HIV. *Rev. odontol. UNESP*. 1997; 26(2):287-295.
- 33- POLLAK, M. Os Homossexuais e a Aids: Sociologia de uma Epidemia. São Paulo, Ed. Estação Liberdade, 1990.
- 34- Chibinski ANR, Czlusniak GD, Filho JSV. Lesões bucais e cárie em crianças portadoras do vírus HIV. *Publ. UEPG Ci. Biol.* 2004; 10(3/4): 13-23.
- 35- Tonelli SQ, Oliveira WF, Olivera GA, Popoff DAV, Coelho MQ, Júnior ESB. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. *RFO UPF*. 2013;18(3):365-372.
- 36- José R, Chandra S, Puttabuddi JH, Vellappally S, Khuraif AA, Halawany HS, et al. Prevalence of Oral and Systemic Manifestations in Pediatric HIV Cohorts with and without Drug Therapy. *Current HIV research*. 2013; 11(6): 498-505.
- 37- Feitosa AC, Lima HJA, Caetano JÁ, Andrade LM, Beserra EP. Terapia antiretroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2008;12(3): 515-521.
- 38- Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. *Ver. Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):419-425.