

UNIVERSIDADE PAULISTA

EVELYN SILVA SOARES

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE PORTADOR DE HIV

SANTANA DE PARNAÍBA

2025

EVELYN SILVA SOARES

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE PORTADOR DE HIV

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Cristine Tarquinio Marinho.

SANTANA DE PARNAÍBA

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Evelyn

Atendimento odontológico ao paciente portador de HIV / Evelyn

Soares. - 2025.

43 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, Santana de Parnaíba, 2025.

Área de Concentração: Atendimento Integrado.

Orientador: Prof. Dr. Kelly Marinho.

1. Soropositividade para HIV. 2. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. 3. Assistência Odontológica . I. Marinho, Kelly (orientador). II. Título.

EVELYN SILVA SOARES

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE PORTADOR DE HIV

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
Odontologia apresentado à Universidade
Paulista – UNIP.

Aprovado(a) em: 12 / 12 / 25

nota: 9,5

BANCA EXAMINADORA

Kelly Cristina T. Marinho

Prof. Dra. Kelly C T Marinho

Universidade Paulista - UNIP

Nicholas Filippetti

Prof. Me. Nicholas Filippetti

Universidade Paulista - UNIP

Hélio Kiyochi

Prof. Me. Hélio Kiyochi

Universidade Paulista - UNIP

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre abençoar e sustentar meus passos, por todas as oportunidades que me foram cedidas e por estar ao meu lado quando o cansaço tentou me vencer. Gratidão a Ele que me deu sabedoria quando as dúvidas me cercaram e me ensinou que nada é impossível quando colocamos fé diante de tudo. Cada página deste trabalho é fruto da sua presença constante e poderosa.

Aos meus pais, **Claudio** e **Mônica** que me apoiaram e me ofereceram amor incondicional durante toda a jornada. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando o caminho parecia incerto e por me darem a base que sustenta todos os meus sonhos. Este trabalho e todas as conquistas são principalmente de vocês também.

As minhas irmãs **Ellen** e **Emily** por estarem sempre ao meu lado oferecendo colo e um abraço apertado nos momentos mais difíceis. Vocês tornaram tudo mais leve.

As minhas avós **Nativa** e **Graça** por cada palavra de incentivo, cada gesto de carinho e cada oração que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

As minhas amigas **Duda**, **Samira** e **Vitoria** pela amizade, companheirismo e por estarem sempre comigo tornando essa jornada mais leve e significativa.

À minha orientadora **Profa. Dra. Kelly Marinho**, pela paciência, pelo exemplo de postura profissional e por todos os ensinamentos acadêmicos e científicos. Suas orientações não apenas guiaram este trabalho, mas também inspiraram minha formação humana e profissional.

Na vida, não existe nada a se temer, apenas a ser compreendido.

Marie Curie

RESUMO

O quadro de imunodepressão apresentado pelos pacientes portadores de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é causado pela destruição dos linfócitos TCD4+ que auxiliam os linfócitos B na produção de anticorpos. O presente trabalho teve como objetivo compreender a importância do atendimento odontológico individualizado diante ao quadro de imunodepressão, visando garantir os cuidados necessários para obtenção de um prognóstico favorável. A pesquisa foi realizada nas bases *PubMed*, *LILACS*, *SciELO*, *Web of Science*, e *Google Acadêmico*, contemplando publicações entre 2005 e 2025. Os estudos selecionados demonstram que o atendimento odontológico ao paciente com HIV não requer protocolos distintos daqueles aplicados aos pacientes saudáveis sistemicamente, porém levando em consideração seu estado de imunodeficiência, os cuidados devem ser redobrados, principalmente ao envolver um procedimento mais invasivo no plano de tratamento. Conclui-se que o ponto crítico identificado não é a necessidade de protocolos diferenciados, mas sim o fortalecimento da formação e da atualização profissional.

Palavras-chave: Soropositividade para HIV; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Assistência Odontológica.

ABSTRACT

The immunosuppression presented by patients with HIV (Human Immunodeficiency Virus) is caused by the destruction of TCD4+ lymphocytes, which assist B lymphocytes in the production of antibodies. The aim of this study was to understand the importance of individualized dental care in the context of immunosuppression, with a view to ensuring the care necessary to obtain a favorable prognosis. The research was conducted in the PubMed, LILACS, SciELO, Web of Science, and Google Scholar databases, covering publications between 2005 and 2025. The selected studies demonstrate that dental care for patients with HIV does not require protocols different from those applied to systemically healthy patients. However, considering their state of immunodeficiency, care must be redoubled, especially when involving a more invasive procedure in the treatment plan. It is concluded that the critical point identified is not the need for different protocols, but rather the strengthening of professional training and updating

Keywords: HIV seropositivity; Highly Active Antiretroviral Therapy; Dental Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Fisiopatologia do HIV	13
3.1.1 Evolução clínica e tratamento antirretroviral	13
3.2 Manifestações bucais relacionadas ao HIV	15
3.2.1 Candidíase Oral	16
3.2.2 Sarcoma de Kaposi	17
3.2.3 Gengivite e periodontite associados ao HIV	18
3.2.4 Leucoplasia Pílosa	19
3.2.5 Xerostomia	20
3.3 Riscos Ocupacionais e Biossegurança	21
3.3.1 Medidas de prevenção na prática odontológica	21
3.3.2 Conduta em casos de exposição ocupacional	23
3.3.3 Desmistificando o risco da transmissão no consultório	24
3.4 Atendimento odontológico ao paciente com HIV	25
3.4.1 Avaliação Sistêmica e investigação de comorbidades	27
3.4.2 Interação medicamentosa com antirretrovirais	28
3.5 Condutas clínicas em odontologia	31
3.5.1 Procedimentos endodônticos	31
3.5.2 Cirurgia e extrações dentárias	33
4 METODOLOGIA	35
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O quadro de imunodepressão apresentado pelos pacientes portadores de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é causado pela destruição dos linfócitos TCD4+ que auxiliam os linfócitos B na produção de anticorpos. Esse quadro celular leva os indivíduos portadores dessa doença a se tornarem grupos de risco, devido a perda da capacidade de combater microrganismos com respostas imunológicas eficazes, deixando-os suscetíveis a doenças oportunistas. No entanto, o comprometimento do sistema imunológico pode acarretar no desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Nesse sentido, a contagem dos linfócitos TCD4+ torna-se de extrema importância para determinar o estado imunológico do paciente, sendo a doença AIDS caracterizada pela redução excessiva, abaixo de 200 células/mm³, juntamente com o valor da carga viral elevada.

No contexto da odontologia, o desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos, pode ocasionar sérias limitações no tratamento odontológico, visto que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas não se sentem preparados para realizar o atendimento em indivíduos soropositivos, principalmente quando estes apresentam complicações clínicas. Entretanto, o atendimento odontológico proporciona a identificação dos primeiros sinais clínicos da imunodeficiência associados ao HIV, pois estes aparecem com frequência na cavidade oral.

Contudo, o cirurgião-dentista deve possuir um conhecimento específico sobre as repercussões que o Vírus pode ocasionar na cavidade bucal após entrada no organismo, pois isso o tornará apto para contribuição do diagnóstico precoce da doença. Além disso, o conhecimento sobre a condição imunodepressora também torna-se necessário, visto que pacientes com uma alta carga viral ou saúde geral debilitada, causam limitações no plano de tratamento a ser proposto.

Durante todo o atendimento, é importante que questões de biossegurança sejam preservadas, bem como uma postura ética, visto que ainda há estigmas que ocasionam receio por parte de alguns profissionais que pode comprometer a qualidade do atendimento e dificultar o acesso do paciente soropositivo aos serviços odontológicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a importância do atendimento odontológico individualizado diante ao quadro de imunodepressão, visando garantir os cuidados necessários para obtenção de um prognóstico favorável.

2.2 Objetivos específicos

- Demonstrar a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce do quadro imunológico.
- Discutir a importância de um atendimento integral e multiprofissional.
- Descrever os cuidados necessários no manejo clínico para segurança do profissional e paciente.
- Analisar os riscos que as interações medicamentosas podem ocasionar nos pacientes sob terapia antirretroviral.
- Demonstrar os cuidados prévios a um procedimento invasivo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fisiopatologia do HIV

Conforme Neville (2021), nas últimas décadas, avanços significativos em nossa compreensão da etiopatogenia da infecção pelo HIV/AIDS levaram a aprimoramentos do tratamento e da prevenção. No entanto, a infecção ainda é um grande problema de saúde global. O vírus HIV, de acordo com Dantas et al. (2015), é contraído pela exposição a fluídos biológicos contaminados, como esperma e sangue, que pode ocorrer durante a relação sexual ou compartilhamento de seringas. Outros possíveis meios de transmissão como a vertical que ocorre de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação também podem acontecer.

Microbiologicamente, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é descrito como um retrovírus de ácido ribonucleico de cadeia simples (RNA) que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), sua principal célula-alvo é o linfócito T CD4+ que auxilia os linfócitos B na produção de anticorpos. Conforme Neville (2016), em pacientes infectados pelo HIV, há a formação de anticorpos contra o vírus, mas estes não possuem função protetora. O vírus age de maneira silenciosa, promove a morte da célula ou produz a fusão sincicial das células, as quais deixam de funcionar normalmente. Uma diminuição no número de células T auxiliares ocorre, resultando em perda da função imunológica.

De maneira geral, a infecção ocorre a partir do momento em que as células TCD4+, após invadidas pelo Vírus, expressam as partículas da proteína viral, as quais são reconhecidas pelos linfócitos CD8+, e como consequência, há a destruição. Nesse sentido, o processo de replicação se inicia quando há a ligação da proteína gp120 do envelope do vírus à molécula CD4 e ao receptor para quimiocinas. Após a ligação, há a fusão com a membrana plasmática da célula do hospedeiro, e consequentemente, a entrada do vírus no citoplasma (Lazzarotto, Deresz e Sprinz, 2010). Em seguida, a proteína transcriptase reversa realiza um processo que converte o RNA em DNA viral, possibilitando a integração do DNA viral ao DNA da célula hospedeira. Ao final do processo, novas partículas virais são formadas, que por sua vez, rompem a membrana plasmática da célula hospedeira, levando consigo material membranoso que servirá como envelope viral (Dantas et al., 2015).

3.1.1 Evolução clínica e tratamento antirretroviral

Em virtude da contaminação pelo vírus do HIV, o indivíduo pode permanecer meses a anos com um quadro assintomático, ou seja, sem apresentar imunodepressão e sem a diminuição de linfócitos TCD4+. Sendo assim, nem sempre que o paciente contrair o vírus HIV irá desenvolver a doença AIDS (Dias, et al, 2020). Porém, é válido enfatizar, que apesar de não haver necessariamente o desenvolvimento para AIDS, há diversos aspectos a serem citados durante a evolução clínica do paciente, aspectos estes marcados por fases que irão desde um quadro agudo até a AIDS.

Após o contato e posterior contaminação pelo Vírus, ocorre o desenvolvimento de um quadro agudo denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se manifesta dentro duas a quatro semanas após infecção. Nesse período o índice de viremia é alto e há uma diminuição de linfócitos TCD4+, além de que nessa fase os sintomas são semelhantes a outras infecções virais como a gripe. Quando o diagnóstico do HIV é realizado precocemente, o controle da replicação viral pode ser realizado, preservando o sistema imune e diminuindo a gravidade da infecção. Nesta fase também é passível de ocorrer a diminuição do risco de transmissão, estando atualmente recomendado o tratamento antirretroviral a todos os indivíduos infectados pelo HIV, na fase aguda, com o objetivo de suprimir a carga de RNA viral para níveis indetectáveis (Oliveira et al., 2016).

Posteriormente a fase aguda da doença, ocorre a chamada latência clínica, no qual para Barbosa (2016) ainda não é compreendida em detalhes, possuindo como características processos biológicos complexos, e altamente dinâmicos, cujo resultado macroscópico é traduzido em populações celulares e virais quase estacionárias. Nesta fase, não há sintomas clínicos estabelecidos além da linfadenopatia que os indivíduos podem apresentar.

Contudo, sem o devido tratamento a falha do sistema imune aumenta drasticamente devido a apoptose das células TCD4+ , caracterizando-se assim a fase da doença AIDS. De acordo com Oliveira et al., (2016), essa fase é traduzida como um conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem concomitantemente e que indicam a existência de uma doença. A AIDS é definida como síndrome porque não tem uma manifestação única, pelo contrário, caracteriza-se pelo surgimento de várias doenças oportunistas sucessivas e simultâneas, que ocultam a sua verdadeira causa (Santos et al., 2012).

Apesar de não haver cura para o HIV/AIDS, com o intuito de impedir a multiplicação do Vírus no organismo e o consequente enfraquecimento do sistema imunológico, surgiram na década de 1980 os medicamentos antirretrovirais (ARV), que propiciam ao paciente uma melhor qualidade de vida por tratar-se de uma terapia potente que diminui a replicação viral e o progresso da infecção, combinando três ou mais antirretrovirais, os quais atuam nas diferentes etapas de replicação viral. Com o início da Terapia Anti-Retroviral (TARV) combinada, alguns pesquisadores verificaram a redução acentuada na ocorrência de infecções oportunistas e na prevalência das manifestações bucais. Isso ocorre devido à recuperação parcial da função imunológica após supressão da viremia e redução da destruição celular causada pelo HIV (Paulique et al., 2017).

Os primeiros medicamentos permitiam benefícios temporários, em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica e os efeitos limitados sobre a redução da carga viral (Martins et al., 2023). Porém no ano de 1996, com a inclusão de novas classes de ARV inibidores de protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos, mediante a terapia antirretroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART) houve uma melhora significativa no tratamento e grande queda nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS (SeidL et al., 2007). Atualmente existem cerca de 32 medicamentos para tratamento da AIDS, com cerca de 38 apresentações farmacêuticas. No entanto diante os estudos realizados por Brojan et al. (2020), a lamividina e o tenofovir são os antirretrovirais prescritos como primeira linha no tratamento do HIV, sendo considerados os fármacos mais prevalentes nos esquemas terapêuticos. Ademais, os antirretrovirais como o efavirenz, relacionado a reações neuropsiquiátricas, permanecem como componente de esquema inicial e tem sido gradativamente substituído pelo dolutegravir. Esta troca é recomendada, devido à maior supressão viral, menor probabilidade de resistência, maior recuperação do sistema imune, dose única diária e poucas reações adversas atribuídas ao dolutegravir (Brojan et al., 2020).

3.2 Manifestações bucais relacionadas ao HIV

Devido a condição imunológica afetada no decorrer da infecção, Paulique et al. (2017) relataram que os primeiros sinais de pessoas infectadas pelo HIV podem ser retratados por lesões bucais e peribucais, antes mesmo de alguma manifestação

sistêmica. Segundo os autores Carrasco et al., (2008), Machado et al.,(2008), Alves et al., (2009) e Sales–Peres et al. (2012), as lesões bucais frequentemente encontradas em pacientes soropositivos são: candidíase oral, leucoplasia pilosa, herpes simples, doenças periodontais, sarcoma de Kaposi, xerostomia, ulceração aftosa recorrente e infecções bacterianas em mucosa.

3.2.1 Candidíase Oral

A candidíase é a manifestação oral mais comum da infecção pelo HIV. Em alguns casos, a candidíase é um sinal que leva ao diagnóstico inicial de infecção pelo HIV. Além disso, o desenvolvimento de candidíase pode ser um precursor da progressão para AIDS (Neville, 2021).

Qualquer uma das inúmeras variações clínicas de candidíase oral (pseudomembranosa, eritematosa, queilite angular e hiperplásica) podem ser observadas na cavidade bucal dos pacientes soropositivos. No entanto, a candidíase pseudomembranosa, é forma mais comum identificada nestes pacientes e caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis à raspagem (figura 1) (Paulique et al., 2017).

Dependendo das condições imunológicas do paciente, a candidíase pode afetar outras áreas do corpo como a faringe, a traqueia e o esôfago. O diagnóstico é feito clinicamente pelos sinais clínicos e exame de citologia esfoliativa, com identificação definitiva por meio de cultura. A primeira escolha de tratamento é a Nistatina 200.000 UI, suspensão oral e nos casos sistêmicos, pode ser indicado o Cetoconazol.

Figura 1. Candidíase oral



Fonte: Patologia Oral e Maxilofacial Neville (2021)

3.2.2 Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia vascular causada pelo herpesvírus humano e é considerado um câncer definidor da AIDS. No entanto, com os avanços na terapia antirretroviral combinada, a incidência anual tem diminuído consideravelmente, sendo que entre os indivíduos infectados pelo HIV predomina-se o gênero masculino (Paulique et al., 2017).

As lesões orais são observadas em algum momento em cerca de 70% dos pacientes com sarcoma de Kaposi relacionado à AIDS, e em alguns casos, as lesões orais representam o local inicial do acometimento. Outros locais frequentemente envolvidos incluem o palato, a gengiva e a língua (Neville, 2021). Inicialmente, as lesões podem aparecer como máculas arroxeadas, azuis ou eritematosas que posteriormente se tornam placas e nódulos (figura 2). Dor, sangramento e ulceração também podem ocorrer. Lesões progressivas no palato ou na gengiva podem levar à destruição do osso subjacente e à perda dos dentes (Neville, 2021). O diagnóstico definitivo se dá através de uma biópsia incisional.

O tratamento para essa lesão inclui radiação, excisão cirúrgica e injeções intra-lesionais com quimioterápico. É importante salientar que a maior parte desses

tratamentos não curam, porém auxiliam na redução do tamanho e o número de lesões (Paulique et al., 2017).

Figura 2. Sarcoma de Kaposi em palato



Fonte: Patologia Oral e Maxilofacial Neville – 4ª Edição (2016)

3.2.3 Gingivite e periodontite associados ao HIV

Existe uma forte associação entre a infecção pelo HIV e certos padrões agudos incomuns de doença periodontal, incluindo a Gingivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e a Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN). De acordo com alguns estudos, a gingivite ulcerativa necrosante pode se desenvolver em pacientes infectados pelo HIV com contagem de linfócito T CD4+ menor que 500 células/mm³, ao passo que a periodontite ulcerativa necrosante ocorre tipicamente naqueles pacientes com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200/mm³ (Neville, 2021). O quadro de imunossupressão permite alterações na microbiota oral, propiciando o desenvolvimento dessas lesões gengivais e periodontais graças à interação dos fatores de risco com os mecanismos imunológicos

A GUN é caracterizada por um rápido início de dor e sangramento gengival, com ulceração e necrose crateriforme das papilas interdentais. Alguns outros sintomas também podem ocorrer, como: odor fétido, febre, mal-estar e linfadenopatia cervical. Na periodontite ulcerativa necrosante, além da ulceração gengival e necrose, também ocorre perda de inserção periodontal, na qual é rapidamente progressiva.

O manejo da doença periodontal necrosante inclui debridamento, agentes antimicrobianos tópicos e sistêmicos, controle da dor, manutenção periodontal a longo prazo e início ou otimização da terapia antirretroviral combinada. No entanto, é aconselhável que os pacientes HIV-positivos recebam cuidados regulares de saúde bucal preventiva, incluindo profilaxia e reforço de higiene oral (Neville, 2021).

Figura 3. Periodontite Ulcerativa Necrosante



Fonte: Patologia Oral e Maxilofacial Neville (2021)

3.2.4 Leucoplasia Pilosa

A Leucoplasia Pilosa Oral (LPO) é uma infecção oportunista associada à presença do vírus Epstein-Barr (EBV), sendo marcada clinicamente por lesões brancas não removíveis na língua e frequentemente observada em estágios mais avançados da infecção pelo HIV (Silva et al., 2024). Normalmente as placas brancas estão localizadas nas bordas laterais da língua (figura 4), uni ou bilateralmente. A superfície pode se apresentar plana, corrugada ou pilosa, sendo seus aspectos clínicos característicos, porém não patognomônicos (Paulique et al., 2017). Na maioria dos casos a LPO é assintomática, fato que se torna de extrema importância quando se trata do diagnóstico precoce e prognóstico da AIDS. Alguns estudos apontam a citopatologia como método de escolha para o diagnóstico. No entanto, com a implantação da terapia antirretroviral, os casos de LPO, assim como outras manifestações bucais, estão ocorrendo com menor frequência (Paulique et al., 2017). Contudo, na maioria dos casos o tratamento consiste em uma excisão cirúrgica, análise microscópica e acompanhamento clínico, justificados devido ao potencial de desenvolvimento de displasia ou carcinoma (Neville, 2021).

Figura 4. Leucoplasia Pilosa em borda lateral de língua.



Fonte: Patologia Oral e Maxilofacial Neville (2021)

3.2.5 Xerostomia

A xerostomia é uma manifestação oral frequente em pacientes soropositivos que ocorre devido aos efeitos colaterais dos medicamentos para o HIV ou à proliferação de células CD8 + nas glândulas salivares principais. Essa patologia afeta a qualidade de vida dos pacientes infectados devido aos efeitos e sintomas que esta pode ocasionar. Sendo assim, os sintomas incluem: lábios atróficos, rachados e descascados, glossite, cáries cervicais progressivas ou na ponta de cúspide mesmo com higiene bucal ideal, candidíase e mucosa bucal seca, pálida e ondulada (Mortazavi et al., 2014). Além disso, também pode ocorrer quadros de disfagia, disgeusia, dor oral, cárie dentária, infecção oral e doença periodontal.

O papel da saliva é de grande importância para a manutenção da saúde da cavidade bucal devido a sua função de reparação tecidual, tamponamento, proteção, digestão, gustação, ação antimicrobiana, manutenção da integridade do dente e sistema de defesa antioxidante (Falcão et al., 2013). Alterações ou ausência desta em quantidade e qualidade, incluindo a diminuição das propriedades antimicrobianas, levam ao rápido avanço da cárie dentária e da doença periodontal. Há uma estimativa de que 10% a 30% dos pacientes HIV positivos apresentaram xerostomia, sendo esta

um importante fator de contribuição para o aumento da incidência de cárie dentária em indivíduos infectados pelo HIV.

3.3 Riscos Ocupacionais e Biossegurança

Com o surgimento da epidemia de AIDS em 1980, parte da comunidade de saúde passou a apresentar uma maior preocupação em relação ao contágio de agentes patogênicos. Com isso, houve a necessidade de discutir e adotar mecanismos de proteção, tanto para o profissional quanto para o paciente na prática clínica odontológica. Esses mecanismos de proteção visam tornar a prática diária do cirurgião-dentista segura, através do uso de procedimentos efetivos de controle de infecção no consultório odontológico e laboratórios relacionados, prevenindo a infecção cruzada, extensiva aos cirurgiões-dentistas, equipe e paciente.

A partir desse pressuposto, é necessário dar ênfase ao risco ocupacional biológico que o cirurgião-dentista enfrenta diariamente e possui o potencial de causar danos como doenças ou agravos à saúde. Essa preocupação é fundamentada na natureza do trabalho do cirurgião-dentista, que exige interação frequente e direta com pessoas, materiais e equipamentos, podendo ocasionar acidentes com material biológico devido aos procedimentos realizados, no qual pode acontecer a transmissão de agentes através do contato direto com a lesão, secreções ou sangue, além de aerossóis, agulhas ou bisturis e instrumentos inadequadamente esterilizados. Entretanto, isso ocorre na maioria das vezes devido a falta de atenção ou despreparo dos profissionais em relação ao uso de precauções universais e barreiras de proteção, que reduzem a possibilidade da ocorrência de danos (Nogueira et al., 2010).

3.3.1 Medidas de prevenção na prática odontológica

Na odontologia, a biossegurança possui uma grande importância por tratar-se de regras e normas pré-estabelecidas que reduzem os riscos biológicos nos momentos de exposição do profissional ao material orgânico, como sangue e saliva. Uma das medidas mais comuns, realizada de maneira primária é a vacinação. Todos os profissionais envolvidos no consultório odontológico devem ser imunizados contra as principais doenças a que estão expostos, como: hepatite B, febre amarela,

sarampo, caxumba e rubéola, tuberculose, difteria e tétano e influenza (Taveres et al., 2018). Ainda de acordo com Taveres et al., (2018) outra medida importante na biossegurança é a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) que tem como objetivo evitar o contato de produtos biológicos da cavidade oral com o tecido cutâneo ou com a mucosa conjuntival. Sendo assim, esses equipamentos englobam as vestimentas protetoras, como o jaleco e gorro, que visam a proteção do corpo do profissional, bem como seus cabelos; as máscaras que protegem contra possíveis inalações de microgotas de saliva e sangue gerados durante alguns tipos de procedimentos clínicos e os óculos de proteção, que servem como uma barreira protetora para os olhos contra secreções e aerossóis (Ramos et al., 2020).

Além disso, a manipulação dos instrumentais, bem como o tratamento dos dejetos após consulta clínica devem ser feitos de maneira correta e cuidadosa, a fim de dificultar a ocorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes. Diante disto, vale ressaltar que os procedimentos necessários para o controle da infecção cruzada vão desde os métodos preventivos, de descontaminação e esterilização do material e ambiente, até as medidas a serem tomadas em caso de suposta ocorrência de contaminação, através das medidas de prevenção pós-exposição (Soares et al., 2021). O profissional de odontologia deve estar ciente dos riscos ocupacionais que podem ocorrer e conhecer os protocolos propostos pela secretaria da saúde, frente aos acidentes de biossegurança que ocorrem no ambiente profissional.

De acordo com o documento da Anvisa (Paz et al., 2006), as seguintes medidas devem ser adotadas na assistência a todos os pacientes:

- a) Utilizar Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (Brasil, 1978).
- b) Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente e entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente.
- c) Manipular cuidadosamente o material perfurocortante;
- d) Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar as agulhas das seringas. Se o paciente precisar de complementação anestésica de uma única seringa, a agulha pode ser reencapada pela técnica de deslizar a agulha para dentro da tampa deixada sobre uma superfície (bandeja do instrumental ou mesa auxiliar).
- e) Transferir os materiais e artigos, durante o trabalho a quatro mãos, com toda a atenção e, sempre que possível, utilizando-se uma bandeja.
- f) Manter as caixas de descarte dispostas em locais visíveis e de fácil acesso e não as preencher acima do limite de 2/3 de sua capacidade total.

- g) Efetuar o transporte dos resíduos com cautela para evitar acidentes.
- h) Não afixar papéis em murais utilizando agulhas.
- i) Descontaminar as superfícies com desinfetantes preconizados pelo Controle de Infecção, caso haja presença de sangue ou secreções potencialmente infectantes.
- j) Submeter os artigos utilizados à limpeza, desinfecção e/ou esterilização, antes de serem utilizados em outro paciente.
- k) Não tocar os olhos, nariz, boca, máscara ou cabelo durante a realização dos procedimentos ou manipulação de materiais orgânicos, assim como não se alimentar, beber ou fumar no consultório.
- l) Manter os cuidados específicos na coleta e manipulação das amostras de sangue.
- m) Durante os procedimentos (com luvas), não atender telefones, abrir portas usando a maçaneta nem tocar com as mãos em locais passíveis de contaminação.

Deve-se destacar que realizar o controle de infecção são procedimentos indicados e regulamentados pela Biossegurança/ANVISA (Brasil, 2006), se constituindo em dever legal de todo profissional da saúde. Sabe-se que a saúde e a vida são cláusulas pétreas da Constituição Federal de 1988 e a não vigilância destas está prevista com punição no Artigo 132 do Código Penal Decreto Lei 2848/40 (Brasil, 1940): “Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.”

3.3.2 Conduta em casos de exposição ocupacional

Diante a exposição ocupacional, sobretudo, aos materiais biológicos, alguns dos procedimentos recomendados incluem cuidados locais com a área exposta, os quais devem ser imediatamente iniciados. Recomenda-se lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea e para os casos de exposição em mucosas está recomendado a lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contraindicados (Ministério da Saúde, 1996).

Posteriormente, é necessário dirigir-se ao Centro de Referência no atendimento de acidentes ocupacionais com material biológico da região. Nesse local, o ocorrido

deverá ser comunicado ao Técnico de Segurança do Trabalho para realização do preenchimento do inquérito de notificação e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). O atendimento é considerado uma urgência devido ao pouco tempo disponível para se iniciar a profilaxia com os medicamentos antiretrovirais. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1996), as quimioprofilaxias contra o HIV devem ser iniciadas até duas horas após o acidente, pois após esse período de tempo, a sua eficácia torna-se discutível.

Diante disso, é de suma importância obter do paciente-fonte uma anamnese recente e detalhada sobre seus hábitos de vida, história de transfusão de sangue, uso de drogas, vida sexual, uso de preservativos, história de ISTs (Infecção Sexualmente Transmissível) e sorologias anteriores, para analisar a possibilidade de situá-lo numa possível janela imunológica. Além disso, o profissional também deve fornecer informações do seu estado vacinal, os devidos dados recentes de sua saúde e sorologias anteriores. Amostras de sangue do paciente e profissional deverão ser coletados, a partir de uma solicitação realizada pelo médico, no qual serão encaminhados imediatamente ao laboratório de referência para serem centrifugados. Caso o paciente-fonte se recusar a realizar a sorologia para o HIV, deve-se considerar este como sendo soropositivo e com alto título viral. Caso o quadro caracterize situação de risco, as quimioprofilaxias contra o HIV serão iniciadas.

No paciente-fonte com HIV desconhecido, deve-se iniciar com o esquema básico de antiretroviral (AZT + 3TC ou Lamivudina) e procurar o serviço especializado para reavaliar o acidente. O profissional só fará a coleta de sangue quando o paciente-fonte for positivo ou desconhecido para HIV. Se o paciente-fonte for negativo não é necessário o acompanhamento sorológico do cirurgião-dentista.

O profissional acidentado, em uso de quimioprofilaxia antiretroviral, deverá retornar à consulta médica semanalmente, ou conforme protocolo do serviço, para acompanhamento clínico dos sinais de intolerância medicamentosa. Se durante o acompanhamento ocorrer novo acidente com o profissional, este deverá submeter-se ao protocolo novamente sendo desconsiderado todos os procedimentos já realizados (Ministério da Saúde, 1996). Nos casos em que ocorrer a soroconversão para HIV o cirurgião-dentista será encaminhado ao médico do trabalho para as orientações legais e a um centro de referência para o acompanhamento e tratamento necessário.

3.3.3 Desmistificando o risco da transmissão no consultório

Alguns estudos indicam que o HIV no contexto odontológico, não é transmissível por aerossóis resultantes da atividade clínica odontológica (Brasil, 2000; Cotran, 2000) e a saliva presente na cavidade oral não é um veículo eficaz para sua transmissão, já que possui proteínas que funcionam como uma barreira natural na transmissão do vírus.

Entretanto, sabe-se do risco de contaminação pelo HIV através de acidentes com materiais perfurocortantes, todavia, o risco é pequeno e dependerá da gravidade do acidente, incluindo a profundidade do corte, volume de sangue presente no instrumental contaminado e carga viral do paciente. Estima-se que após um acidente percutâneo, o risco de soroconversão seja de 0,3%. Após uma exposição mucocutânea a sangue contaminado o risco é de 0,09%. Contudo, com o advento dos antiretrovirais, após um acidente de trabalho, o tratamento profilático pode ser realizado, diminuindo ainda mais os riscos de contaminação (Correa et al., 2005).

3.4 Atendimento odontológico ao paciente com HIV

O atendimento aos pacientes HIV+ em um contexto geral, não se difere muito dos pacientes saudáveis sistemicamente, visto que o protocolo para o controle de infecções se aplica a todos que recebem atendimento clínico, independentemente de sua condição patológica. Portanto, cada paciente deve receber atendimento dentro das diretrizes do Código de Ética Odontológica, Constituição Federal de 1988 e Normas de Biossegurança. O principal objetivo deste serviço é proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de vida. Por este motivo, o histórico médico do paciente deve sempre ser considerado para determinar os objetivos e meios de tratamento (Brasil, 1999).

O tratamento dos indivíduos soropositivos deve ser baseado na prevenção e diagnóstico de infecções oportunistas relacionadas à imunossupressão, visando a melhora na qualidade de vida. No entanto, é fundamental que durante a anamnese o profissional faça uma revisão da história médica do paciente para comprovar que este está em acompanhamento médico especializado, sob terapia antirretroviral e sobretudo, a situação sorológica referente à carga viral em que se encontra. Todos esses aspectos sistêmicos são importantes de serem avaliados previamente ao início do plano de tratamento odontológico, pois este deve variar de acordo com as necessidades médicas de cada paciente (Hastreiter e Jiang, 2002). É necessário a

coleta de todas as informações possíveis neste contato inicial, pois visa entender se o quadro relatado é compatível com aspecto clínico visto pelo profissional.

A realização do exame clínico em pacientes HIV+ deve incluir os exames extra e intra oral normalmente. Sendo que no exame extra oral será analisado a pele, os lábios, gânglios linfáticos e a presença de nódulos ou alguma alteração facial. Já no exame intra oral serão observados a mucosa oral e outras áreas da cavidade oral, visando o encontro de alguma lesão ou alteração decorrente da imunodepressão. Após a realização desses procedimentos, todas as informações devem ser registradas no prontuário do paciente para avaliação contínua, sendo que este deve sempre estar ciente dos procedimentos a serem realizados, tais como novos sinais ou manifestações observados pelo dentista (Brasil, 2000).

Todos os aspectos analisados durante o exame clínico e anamnese são de grande valor para confecção de um plano de tratamento individualizado e seguro para o paciente, pois todos os aspectos apresentados servirão como base para o planejamento de cada procedimento clínico.

Além dos aspectos citados no atendimento e contato inicial, também deve-se considerar o tratamento preventivo como de grande valor ao ser aplicado no atendimento dos indivíduos HIV+, pois abrange alguns métodos e cuidados básicos essenciais na prevenção de doenças e problemas causados por patologias existentes. No caso dos pacientes soropositivos, o estado de imunodeficiência torna os cuidados mais intensivos. Contudo, a ausência do tratamento preventivo considerado comum em pacientes não portadores da doença, é muitas vezes considerado grave em pacientes diagnosticados com a doença (Brasil, 2000). Por isso, é necessário que essa forma de prevenção seja realizada de modo a evitar futuras complicações. Portanto, as recomendações são as seguintes:

- 1- Controle a cada 3 meses; 2- Enxagues diários; 3- Suplementação de flúor em aplicações tópicas, enxáguos ou creme dental, particularmente para pacientes com xerostomia e aumento de incidência de cárie (Brasil, 2000).

Durante a consulta de retorno, é importante que uma reavaliação seja feita levando em consideração a história clínica do paciente, mudanças no quadro clínico, presença de novos medicamentos em sua rotina, etc. Nesse caso, além da continuidade do tratamento, os cuidados com a higiene bucal devem ser reforçados (Brasil, 2000).

3.4.1 Avaliação Sistêmica e investigação de comorbidades

Desde que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foram descritos pela primeira vez em 1981, os profissionais de saúde têm testemunhado mudanças significativas na saúde geral e bucal das pessoas vivendo com HIV (Bartholo, et al., 2025).

Embora seja difícil determinar se a infecção pelo HIV acelera o envelhecimento ou apenas aumenta o risco de comorbidades crônicas, Siddiqi et al. (2023), demonstraram que a tendência para comorbidades crônicas aumenta entre pacientes idosos com HIV em comparação com seus pares sem HIV. Diante desse cenário, a odontologia tem apresentado mudanças significativas nas doenças bucais e comorbidades em pacientes portadores do HIV (Bartholo, et al., 2025). Como o manejo odontológico de pacientes clinicamente complexos requer conhecimento de suas doenças ou condições, os cirurgiões-dentistas devem estar cientes das condições médicas que o paciente HIV+ pode apresentar para antecipar complicações indesejáveis devido ao tratamento odontológico (Bartholo, et al., 2025).

Os estudos realizados por Bartholo, et al., (2025), demonstram que as comorbidades mais relatadas entre os pacientes foram ISTs, pneumonia, herpes zoster, tuberculose, transtornos psiquiátricos, diabetes mellitus e hipertensão. Em relação as ISTs relatadas, o predomínio foi voltado para sífilis, principalmente em homens com mais de 50 anos. Neste mesmo estudo, houve relatos sobre idosos com mais de 60 anos que mantêm uma vida sexual ativa sem preservativo. Esses dados reforçam que os profissionais de saúde, incluindo os dentistas, devem ampliar a investigação de ISTs com base na história clínica dos pacientes e, principalmente em idosos, considerá-los como possivelmente sexualmente ativos e motivá-los a adotar medidas preventivas. Os profissionais de odontologia devem estar atentos às manifestações orais das ISTs (Bartholo, et al., 2025).

As outras comorbidades retratadas, também possuem um impacto no atendimento odontológico e devem ser percebidas previamente ao atendimento. O cirurgião-dentista em alguns casos, será o profissional que dará o primeiro passo em relação ao tratamento e diagnóstico precoce de determinadas condições sistêmicas. No caso dos indivíduos portadores do HIV, os transtornos psiquiátricos anteriormente citados, estão associados a uma menor adesão à medicação, aumento de comportamentos de alto risco (sexo desprotegido, múltiplos parceiros sexuais e uso

de drogas ilícitas) e não busca por serviços de saúde em geral, incluindo tratamento odontológico (Bartholo, et al., 2025).

Ademais, esses transtornos psiquiátricos impactam significativamente a saúde bucal e o tratamento odontológico, pois os pacientes nessa situação podem negligenciar a higiene bucal, complicar a execução de procedimentos cirúrgicos durante as consultas odontológicas e não aderir às recomendações do dentista (Bartholo, et al., 2025). Além disso, o profissional deve se atentar aos sinais e sintomas relatados pelo paciente, como a redução do fluxo salivar, pois esta queixa está frequentemente relacionada ao consumo de determinados medicamentos.

Em relação à prevalência de diabetes mellitus e hipertensão, é possível que a patogênese dessas duas condições esteja ligada ao envelhecimento, à infecção pelo HIV e ao uso de TARV (Bartholo, et al., 2025). As condições bucais relacionadas à hiperglicemia devem ser rastreadas durante o exame odontológico dos pacientes HIV+, incluindo doença periodontal de progressão rápida, xerostomia e candidíase (Bartholo, et al., 2025).

Contudo, quando se trata de pacientes hipertensos HIV+, os cirurgiões-dentistas precisam estar cientes do possível desenvolvimento de manifestações orais comumente observadas em pessoas hipertensas, como hipossalivação, xerostomia e aumento gengival induzido por medicamentos (Bartholo, et al., 2025). No entanto, o manejo clínico de pacientes hipertensos com HIV deve seguir a mesma abordagem utilizada em indivíduos hipertensos sem HIV.

3.4.2 Interação medicamentosa com antirretrovirais

Os medicamentos utilizados na terapia antirretroviral atuam de maneira a reduzir a carga viral, permitindo que o indivíduo portador do HIV obtenha um retorno da sua capacidade imunológica. No entanto, é importante salientar que dependendo da idade ou estado de saúde geral do indivíduo, em conjunto com a terapia antirretroviral outros medicamentos podem ser implementados devido a certas comorbidades que o ser humano pode apresentar ao longo da vida, especialmente quando trata-se do envelhecimento. Entretanto, devido essas mudanças fisiológicas ou patológicas que afetam o organismo, o consumo de medicamentos associados torna-se cada vez mais frequente, caracterizando uma polifarmácia e, consequentemente, uma interação medicamentosa (IM).

Contudo, é perceptível que as interações medicamentosas ocorrem de maneira comum em pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, isso pode ser explicado pelo uso frequente de medicação concomitante, seja para o tratamento de infecções oportunistas ou para o tratamento de comorbidades. Essa associação de medicamentos exacerba o risco de interações entre as substâncias, podendo causar inefetividade terapêutica ou reações adversas.

Diante disso, as interações medicamentosas podem ocorrer por via farmacocinética provocando alterações no perfil de absorção, distribuição, metabolismo e eliminação dos medicamentos, ou por via farmacodinâmica com modificações que ocorrem durante a ligação do fármaco nos receptores. Nesse sentido, a interação medicamentosa pode causar alguns impactos sobre a terapia, incluindo o efeito do fármaco se manter reduzido ou potencializado, nos casos em que as concentrações ultrapassam a janela terapêutica podendo resultar em toxicidade e efeitos farmacológicos aumentados. Um exemplo dessa realidade diz respeito às terapias antirretrovirais (TARV) associadas a tratamentos com ansiolíticos, antimicrobianos, inibidores da bomba de prótons, benzodiazepínicos, antipsicóticos, estatinas e antiepiléticos.

Dentro desse contexto, muitos portadores do vírus HIV desenvolvem agravos decorrentes de um processo infeccioso e do surgimento de algumas infecções oportunistas, dentre as quais podem ser destacadas a histoplasmose, a pneumonia e a tuberculose (Ostad, 2012). Muitos, ainda, são acometidos por transtornos de humor, como a ansiedade e a depressão, como consequência do resultado do processo do preconceito que ainda prevalece em relação a essas pessoas (Reis, 2014; Santos et al., 2016). Desse modo, diante os estudos realizados por Mota, et al., (2022), a infecção pelo HIV está associada na maioria das vezes à ansiedade, depressão e psicose, por esse motivo a administração de um psicofármaco em conjunto com o esquema terapêutico antirretroviral é frequentemente necessário. Com isso, os problemas relacionados às interações medicamentosas tornam-se evidentes, já que determinados antirretrovirais são metabolizados pelo mesmo conjunto de enzimas que compõem os antidepressivos e antipsicóticos (Moreira; Pereira; Correia, 2013). Um exemplo para essa situação está a interação entre o diazepam e o ritonavir, que a partir de alguns estudos demonstrou impacto clínico de sedação excessiva e confusão mental.

Ainda dentro desse contexto, alguns outros fármacos como a carbamazepina utilizada no tratamento de epilepsia e neuralgia do trigêmeo, demonstram significativas interações com os medicamentos antirretrovirais, principalmente aos que pertencem à classe dos Inibidores da Transcriptase Reversa (ITRNN) (efavirenz), devido a ambos serem metabolizados pelo mesmo complexo de enzimas. Essa interação pode ocasionar uma queda ambivalente nas concentrações séricas de carbamazepina e efavirenz quando coadministrados. Ademais, alguns estudos identificaram o mesmo efeito sobre os seguintes medicamentos: zidovudina, abacavir, nevirapina, ritonavir, darunavir, lopinavir, etravirina, maraviroc, atazanavir e dolutegravir (Menezes, et al., 2025). O uso concomitante desses fármacos com a carbamazepina está relacionado a falências terapêuticas, de modo que deve ser contraindicado, excetuando-se a zidovudina e o abacavir, os quais podem ser coadministrados com precaução (Menezes, et al., 2025).

Conforme Bernardes, et al., (2021), ao realizar a análise das IM no site Medscape (2021), por meio do Drug Interaction Checker, foram encontradas interações medicamentosas entre os antirretrovirais inibidores de protease, associados principalmente a medicações como a sinvastatina, fenobarbital e omeprazol. Os medicamentos coadministrados juntamente com a TARV, ocasionaram a diminuição do efeito dos antirretrovirais ao afetar o metabolismo da enzima hepática ou intestinal, resultando na perda do efeito terapêutico ou em resistência aos antirretrovirais. Ademais, o uso de medicamentos como atazanavir ou rilpivirina em combinação com omeprazol pode acarretar na redução de concentração correspondente ao aumento do pH gástrico causado pelo omeprazol, reduzindo a absorção do antirretroviral e aumentando o risco de uma falha virológica (Fernández Cañabate & Ortega Valín, 2019)

Além do que foi exposto, interferências na ação de antimicrobianos também são relatadas na literatura, visto que pode ocorrer uma redução no efeito e aumento da toxicidade, desencadeando um risco para o desenvolvimento de bactérias resistentes e intoxicação medicamentosa. Dessa maneira, no contexto odontológico, é possível citar que o antirretroviral tenofovir possui grande potencial de interação com medicamentos como os antibióticos, anti-inflamatórios e antifúngicos devido seu potencial de desencadear uma nefrotoxicidade. Alguns achados na literatura demonstraram interações relacionadas ao tenofovir associado ao aciclovir, no qual o segundo pode aumentar a concentração sérica do primeiro. Em relação aos AINES,

alguns achados denotam que estes podem aumentar a nefrotoxicidade do tenofovir quando ambos são administrados concomitantemente. Diante disso, é necessário que os profissionais da saúde incluindo os cirurgiões-dentistas estejam cientes desses efeitos adversos relacionados ao tenofovir, principalmente em pacientes com doença renal subjacente (Mateus et al., 2022).

Além disso, outro fármaco constante no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) é a Lamivudina, antirretroviral com grandes chances de interações com uma gama maior de medicamentos, dentre os quais: antibióticos, antifúngicos, anti-hipertensivos, antilipêmicos, antimaláricos, narcóticos, anticonvulsivantes, antiespasmódicos, anti retrovirais, anti-helmínticos, antirreumáticos, benzodiazepínicos, retinóides e tireostático (Menezes, et al., 2025).

Diante disso, é notório importância do conhecimento dessas informações por parte dos profissionais da saúde no momento de realizar a prescrição desses medicamentos, visto que essas classes ocasionam o aparecimento de doenças como miopatia e rabdomiólise (Menezes, et al., 2025).

3.5 Condutas clínicas em odontologia

3.5.1 Procedimentos endodônticos

No contexto da endodontia, o tratamento de pacientes com HIV requer uma abordagem cuidadosa que integre tanto a avaliação clínica quanto a implementação rigorosa de protocolos de biossegurança (Marinho et al., 2023). Devido ao comprometimento imunológico, esses pacientes apresentam maior risco de contrair infecções, sendo fundamental personalizar o tratamento considerando fatores como carga viral e contagem de linfócitos TCD4+, para adaptar as práticas clínicas às condições de cada paciente (Gaibor et. al., 2024).

O planejamento do tratamento endodôntico nesses pacientes deve incluir uma revisão detalhada de seus antecedentes médicos e farmacológicos, informações sobre sua saúde sistêmica no contexto atual, além da confirmação de que este está sob acompanhamento em relação ao tratamento com antirretroviral. Nesse sentido, a comunicação entre o endodontista e outros profissionais da saúde envolvidos no cuidado desse paciente é essencial para coordenar uma abordagem que minimize os riscos e aumente a eficácia do tratamento proposto (Gaibor et. al., 2024). Essa

abordagem individualizada permite que os indivíduos soropositivos sejam submetidos com segurança a tratamentos endodônticos com resultados clínicos positivos (Deramo et al., 2020).

Conforme Gaibor et. al., (2024), o atendimento odontológico na área da endodontia exige padrões específicos de biossegurança por parte do especialista. Diante disso, o uso de luvas duplas pode ser necessário devido aos fluidos expostos durante o procedimento, o uso de um avental cirúrgico descartável também é imprescindível, sendo importante enfatizar que este deve ser utilizado somente em atendimento odontológico e durante o procedimento. Além disso, deve-se utilizar proteção ocular, máscaras e, ainda, lançar mão de práticas seguras ao injetar dispositivos e instrumentos dentro do canal radicular ou na mucosa bucal.

O procedimento endodôntico em si, não se difere muito dos que são realizados em pacientes sistemicamente saudáveis. Um exemplo disso, refere-se às substâncias utilizadas para irrigação dos canais radiculares, como o hipoclorito de sódio, que atua contra as bactérias e os demais microrganismos presentes no canal radicular. Além dessas substâncias serem utilizadas normalmente nos pacientes HIV+, as soluções anestésicas também não se diferem daquelas utilizadas em um paciente saudável, pois não há uma contraindicação específica, mantendo a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 a solução de primeira escolha.

Diante disso, após intervenção, os materiais descartáveis como aventais cirúrgicos, luvas, algodão e gaze, devem ser colocados em sacos plásticos vermelhos e, em seguida, serem etiquetados. Já os instrumentais como as limas e espaçadores, devem passar por processos de desinfecção e esterilização se ainda mantiverem a forma adequada, caso contrário, devem ser descartados juntamente com a esponja presente no tamborel para limas. Além disso, as radiografias que foram tiradas devem ser enxaguadas em água corrente, depois desinfetadas em álcool 70° por 5 minutos.

Contudo, segundo Machado et al. (2022), o tratamento deverá ser realizado de acordo com a avaliação clínica que obtivermos do paciente, por isso antes da intervenção odontológica, é necessário solicitar uma consulta prévia com o profissional responsável pelo tratamento do HIV, além de exames laboratoriais atualizados incluindo hemograma completo para contagem de plaquetas e linfócitos TCD4+ e de carga viral. Contudo, uma vez realizado o tratamento odontológico, o paciente deve ser monitorado de 24 a 72 horas.

Ademais, caso o especialista apresente feridas ou lesões dermatológicas, não

deverá manusear o paciente. Se houver sangue ou qualquer fluido respingado na pele, é necessário lavar imediatamente com sabão ou desinfetante à base de hipoclorito de sódio (Reddy et al., 2021).

3.5.2 Cirurgia e extrações dentárias

As cirurgias previstas no plano de tratamento de um paciente HIV+ deve seguir um protocolo clínico, a fim de garantir que o procedimento cirúrgico seja livre de intercorrências e, posteriormente, apresente um bom prognóstico. Neste sentido, é necessário incluir nesse protocolo a solicitação de um parecer médico para avaliação da condição geral do paciente e as taxas dos exames pré-operatórios. No entanto, o procedimento só deverá prosseguir mediante os resultados dos exames previamente realizados. Ao seguir esse protocolo clínico, o risco de complicações é reduzido, oferecendo maior segurança tanto ao profissional quanto ao paciente (Leal, et al., 2020).

Em relação aos exames pré-operatórios e suas respectivas taxas, antes da realização de procedimentos invasivos deve-se solicitar um hemograma completo, para analisar a porcentagem de plaquetas, a carga viral e a contagem de linfócitos TCD4+. Neste caso, podemos encontrar resultados que contraindique procedimentos cirúrgicos odontológicos, especialmente nos casos em que a contagem de plaquetas é inferior a 20.000 células/mm³ (Stomatos, 2002). No caso da carga viral, é importante analisá-la para identificar a progressão da doença e velocidade de replicação do vírus. Ademais, a contagem de linfócitos TCD4+ se mostra extremamente necessária, pois pode indicar a presença de um comprometimento imunológico e seu nível de gravidade.

Mediante a avaliação desses exames, o cirurgião-dentista poderá ou não considerar o estado de saúde do paciente favorável para uma intervenção cirúrgica. Dessa maneira, o paciente em condições de ser operado seria aquele que apresente uma contagem de células TCD4+ próxima ou superior à 350 células/mm³ de sangue, uma carga viral estabilizada abaixo de 100,000 cópias/mL, e os demais exames laboratoriais com taxas consideradas compatíveis a um quadro de saúde (Stomatos, 2002).

Diante esse pressuposto, quando necessário submeter o paciente a um procedimento odontológico invasivo, em alguns casos pode ser solicitado previamente a realização de uma profilaxia antibiótica. Nos casos que envolvem pacientes

imunodeprimidos, essa profilaxia só será necessária em casos particulares a depender do grau de comprometimento imunológico do paciente, extensão do procedimento a ser realizado, dos níveis de linfócitos TCD4+ e dos níveis de granulócitos (Leal, et al., 2020). A queda do número de granulócitos irá representar um fator de risco para infecções bacterianas e a diminuição da resistência orgânica. Portanto, quando necessário, a administração de primeira escolha inclui amoxicilina dose única, 2g 1 hora antes do procedimento cirúrgico por via oral (Pinheiro et al., 2020). Em caso de pacientes alérgicos às penicilinas, a conduta é administrar cefalexina 2g, azitromicina ou claritromicina 500 mg 1 hora antes do procedimento por via oral, ou doxiciclina 100mg 1 hora antes do procedimento (Alvares et al., 2024).

Contudo, durante o pré-operatório a conduta diante esse paciente deve considerar além dos exames complementares, a realização da adequação do meio bucal de modo a reduzir sua exposição à eventuais elementos patogênicos que possam desenvolver processos infecciosos oportunistas (Stomatos, 2002). Logo, é necessário minimizar possíveis problemas bucais já instalados, como remoção de cáries, placa bacteriana, cálculos, entre outros (Leal, et al., 2020).

Em suma, quando se trata do ato cirúrgico propriamente dito, alguns procedimentos devem ser realizados de maneira padrão, do mesmo modo que nos pacientes não infectados. Um exemplo para esse caso seria a utilização de bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12%, antes do procedimento, que é uma prática recomendável para reduzir a magnitude das bacteremias (Andrade, 1999; Pallasch e Slots, 2000). Além disso, quando se trata da escolha do anestésico local, também devemos manter a escolha padrão (lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000). O uso da adrenalina pode ser realizado normalmente, principalmente para infiltração local, pois este tipo de paciente pode apresentar um sangramento gengival acentuado, devendo ser utilizada a menor dose necessária para um bloqueio eficaz (Sonis, 1995).

Em relação a prescrição pós-operatória, não há uma diferença exacerbada quando comparado ao pós-operatório de um paciente normosistêmico, devendo incluir quando indicado pela história médica, os mesmos regimes posológicos habituais, incluindo dipirona 1g a cada 6 horas durante 3 dias (Leal et al., 2020)

Contudo, após a cirurgia é necessário uma série de fatores para garantir a qualidade do procedimento, incluindo a higiene oral do paciente, dieta, entre outras coisas que devem constar na folha de orientações pós-operatórias, que além de ser entregue para o paciente de forma escrita, deve ser explicada oralmente, de forma

clara e objetiva para o mesmo pelo cirurgião dentista (Leal, et al., 2020).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, com abordagem qualitativa e descritiva, que buscou reunir evidências científicas sobre o atendimento odontológico ao paciente portador de HIV. Para isso foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados eletrônicos amplamente reconhecidos, como *PubMed*, *LILACS*, *SciELO*, *Web of Science*, e *Google Acadêmico*, para seleção de estudos relevantes. Os termos de busca utilizados foram “Imunodepressão”, “HIV”, “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, “Atendimento odontológico”, “Biossegurança”, “Manifestações estomagnáticas”, “Odontologia”, “Dentistry”, “Dental care”, “Drug interactions”, “Opportunistic infections”, “Endodontic”, “Oral surgery”, “Oral Manifestations”. Foram incluídos artigos científicos, dissertações, teses e documentos oficiais publicados entre 2005 e 2025, em português e inglês. Foram excluídos estudos repetidos, incompletos ou que não abordassem o atendimento odontológico a pacientes soropositivos. Os dados obtidos foram analisados criticamente e organizados por temas para subsidiar a discussão e a conclusão do estudo.

5 DISCUSSÃO

Diante do presente estudo, foi possível observar que embora o conhecimento sobre o HIV tenha evoluído nas últimas décadas, algumas lacunas ainda são perceptíveis na prática clínica odontológica quando se trata do atendimento aos pacientes portadores do vírus. Diversos estudos demonstram que o atendimento odontológico ao paciente com HIV não requer protocolos distintos daqueles aplicados aos pacientes saudáveis sistemicamente, visto que as medidas precaução-padrão recomendadas pelos órgãos de saúde devem ser aplicadas em todos os atendimentos. No entanto, de acordo com Moreno et al. (2021), ao levar em consideração o estado de imunodeficiência do paciente, os cuidados devem ser mais intensivos, devendo-se dar ênfase às condições sistêmicas e bucais, medicamentos utilizados e adesão à terapia antirretroviral.

No que se refere ao manejo clínico, a literatura destaca a importância de uma anamnese detalhada e de uma comunicação clara com o paciente, visando a compreensão da situação em que sua saúde sistêmica se encontra. Além disso, para Brasil (1999) é de suma importância que o histórico médico do paciente seja sempre

considerado, principalmente na presença de comorbidades, pois os métodos de tratamento variam de acordo com as características médicas de cada paciente.

Diante disso, é válido ressaltar que para maioria dos autores os pacientes com carga viral indetectável e boa contagem de linfócitos TCD4+, não apresentam contraindicações significativas a procedimentos odontológicos eletivos. Assim como para Junior (2010), pacientes severamente imunocomprometidos e com complicações sistêmicas devem ter o tratamento odontológico eletivo adiado até o controle e melhora geral da saúde.

Nos casos de procedimentos invasivos, como cirurgias e tratamentos endodônticos, as evidências mostram que não há necessidade de restrições, desde que o paciente apresente parâmetros hematológicos adequados. Nesse caso, os autores de maneira unânime concordam que esses parâmetros devem ser avaliados previamente mediante a solicitação de um hemograma completo, que permite a análise da contagem de plaquetas, de linfócitos e carga viral. Dessa maneira, de acordo com Leal, et al., (2020) o procedimento estaria contraindicado, mediante uma carga viral alta (superiores a 100.000 cópias de RNA-HIV/ml), contagem de plaquetas inferior a 20.000 células/mm³ e contagem CD4+ menor que 200 células/mm³.

A partir desse pressuposto, é importante destacar que complicações infecciosas pós-operatórias são raras quando o profissional adota condutas adequadas. Segundo Glick et al. (1994), Patton et al. (2002) e Shirlaw et al. (2002), mesmo havendo comprometimento imunológico desses pacientes, não há diminuição da capacidade de reparação tecidual. Dessa forma, Leal et al. (2020) e demais autores indicam profilaxia antibiótica apenas nos casos particulares.

Quando se trata sobre o manejo em relação as prescrições medicamentosas, é necessário atenção visto que pode ocorrer uma interação entre alguns fármacos utilizados na odontologia e os antirretrovirais, especialmente os metabolizados pelas mesmas enzimas. Ademais, de acordo com Corrêa et al. (2005) para que o tratamento odontológico seja seguro para ambos, paciente e profissional, este último deve estar ciente dos medicamentos utilizados e patologias apresentadas pelo primeiro. Seguindo a mesma linha, para Bernardes et al. (2021) conhecer a prevalência das interações medicamentosas possibilita a identificação precoce, evitando eventos adversos e possíveis complicações a saúde do paciente.

Em suma, as comorbidades apresentadas pelo paciente HIV+ estão amplamente relacionadas às interações medicamentosas, já que para o tratamento

de ambas exige administração concomitante de alguns medicamentos. Sendo assim, a depressão que ocorre com frequência em portadores de HIV, está associada a uma série de fatores e, dentre os medicamentos utilizados para tratar esta patologia estão os antidepressivos tricíclicos que podem interagir com soluções anestésicas locais contendo vasoconstritores do tipo aminas simpatomiméticas. De acordo com Corrêa, et al. (2005), devido aos efeitos cardiotóxicos dos tricíclicos e a potencialização das drogas adrenérgicas, a injeção intravascular acidental ou o uso de altas doses de soluções anestésicas locais podem ocasionar aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas. Essas observações são corroboradas por Becker et al. (2012), no qual relatam que pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos podem apresentar aumento da pressão arterial e arritmias quando expostos a vasoconstritores adrenérgicos em soluções anestésicas locais.

A necessidade de integração entre cirurgião-dentista e equipe multiprofissional de saúde é de extrema relevância, visto que mediante o compartilhamento de informações com o infectologista e demais profissionais, o ajuste no plano de tratamento odontológico é realizado conforme o estado clínico e imunológico atual. Essa abordagem integrada contribui para redução de riscos e obtenção de um prognóstico favorável.

Em relação ao acompanhamento odontológico, a literatura reforça que consultas regulares são fundamentais para prevenção e diagnóstico precoce das manifestações orais associadas ao HIV. Neste sentido, ambos autores Corrêa et al. (2005) e Silva (2024) destacam que o cirurgião-dentista desempenha um papel importante no diagnóstico precoce da infecção e manutenção da saúde geral dos pacientes, visto que muitas vezes essas manifestações podem indicar falhas na adesão ao tratamento antirretroviral ou um quadro de imunodepressão.

6 CONCLUSÃO

De modo geral, os achados reforçam que o atendimento odontológico ao paciente portador de HIV deve seguir os mesmos princípios técnicos aplicáveis aos demais pacientes, com atenção especial às condições sistêmicas e possíveis manifestações orais decorrentes da infecção. O ponto crítico identificado não é a necessidade de protocolos diferenciados, mas sim o fortalecimento da formação e da atualização profissional, principalmente quando se trata do manejo clínico de pacientes imunodeprimidos.

Quando se trata do diagnóstico precoce, nota-se a importância do cirurgião-dentista na identificação das alterações relacionadas ao quadro imunológico, uma vez que as manifestações orais como a candidíase oral podem aparecer como um dos primeiros sinais de comprometimento imunológico. Dessa forma, o profissional desempenha um papel importante ao reconhecer essas lesões e, em seguida, encaminhar o paciente para avaliação médica e confirmação diagnóstica, contribuindo significativamente para o início precoce da terapia antirretroviral e melhoria do prognóstico geral.

A relevância de um atendimento integral e multiprofissional também se evidencia neste contexto, visto que a integração entre o cirurgião-dentista e os demais profissionais de saúde permite uma compreensão ampliada do estado clínico do paciente e a individualização do plano de tratamento. Essa abordagem favorece a segurança dos procedimentos, reduz o risco de complicações e assegura um cuidado centrado nas necessidades reais do paciente.

Quanto ao manejo clínico, é imprescindível realizar a atualização constante da anamnese, principalmente em relação aos medicamentos de uso diário e ao aparecimento de comorbidades. Além disso, a solicitação de exames complementares para análise dos parâmetros hematológicos é uma medida essencial para garantir a segurança tanto do paciente quanto do profissional. O conhecimento prévio do estado imunológico e das condições sistêmicas permite ao cirurgião-dentista planejar o tratamento de forma segura, minimizando possíveis riscos durante a intervenção.

Outro ponto de destaque é a necessidade de atenção às possíveis interações medicamentosas entre os fármacos prescritos e os antirretrovirais. A literatura demonstra que determinados medicamentos podem sofrer interferência no metabolismo quando utilizados concomitantemente com antirretrovirais, podendo resultar em toxicidade aumentada ou redução da eficácia terapêutica.

Por fim, previamente a realização de um procedimento invasivo, é indispensável a solicitação e avaliação de exames laboratoriais, incluindo hemograma completo e verificação da carga viral. Esse cuidado permite estimar o risco de sangramento, o risco de uma possível infecção e avaliação da cicatrização, garantindo que o procedimento seja conduzido de maneira segura.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, IT de; ALMEIDA, DO; COUTO, ACO; FONTES, JLF. Principais alterações imunológicas decorrentes da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida - HIV / principais alterações imunológicas decorrentes da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida - HIV. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, [S. l.], v. 7, pág. 50231–50252, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n7-101.
2. ALVARES, Letícia; GOMES, Maiza; FONSECA, Tiago; ROSA, Marina. Profilaxia antibiótica para prevenção de endocardite infecciosa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 01-12, nov./dec., 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n9-072.
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Prevention of infective endocarditis. 2024. Disponível em: <https://www.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/InfectiveEndocarditis/Infective-Endocarditis-Wallet-Card.pdf>.
4. ANDRADE, E.D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. **Artes Médicas Editora**, v.3, 2014.
5. ANVISA. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Brasília, 2006.
6. Bamashmous S, Almalki F, Alrefaei, Alsamadani E, Mohamed F, Laila K, Elfirt E.. Department Evaluation of Knowledge and Attitude of Dental Hygienists and Dental Assistants Regarding People Living with HIV/AIDS and HIV-Associated Oral and Periodontal Lesions in Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus*. 2024. DOI 10.7759/cureus.53719.
7. BARTHOLO, Maria; TENÓRIO, Jefferson; ANDRADE, Natália; SILVEIRA, Cristiane; ORTEGA, Karem; MARTINS, Fabiana; GALLOTTINI, Mariana. Comorbidities in people living with HIV/AIDS and their impact on outpatient dental care. *Original Research Stomatology*. 2025.
8. BECKER, Daniel; REED, Kenneth. Local anesthetics: review of pharmacological considerations. **Anesthesia progress**. vol. 59,2 (2012): 90-101. doi:10.2344/0003-3006-59.2.90.
9. BERNARDES, Isabelle; ARAÚJO, Jhenifer; CORTEZ, Eduardo; OLIVEIRA, Maíla; FERREIRA, Marlene; FONSECA, Deborah; ANDRADE, Heuler. Interações medicamentosas entre pacientes com HIV/AIDS. *Research, Society and*

- Development, v. 10, n. 15, e264101522838, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22838>
10. BRASIL, Ministério da Saúde. TENOFOVIR DESOPROXILA (FUMARATO) + LAMIVUDINA.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: 2000.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos frente a acidentes de trabalho com exposição a material potencialmente contaminado com o vírus da Aids (HIV). Boletim Epidemiológico da Aids. Brasília: 1996.
 13. BROJAN, Luiz; MARCA, Leticia; DIAS, Frederico; RATTMANN, Yanna. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **einstein** (São Paulo). 2020;18:eAO4995. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995.
 14. CACHAY, E.R. Tratamento antirretroviral da infecção pelo HIV. MANUAL MDS Versão para Profissionais de Saúde. 2024.
 15. CARVALHO, Patrícia; BARROSO, Sabrina; COELHO, Heloisa; PENAFORTE, Fernanda. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019.
 16. CORRÊA, Elisabete Míriam de Carvalho; ANDRADE, Eduardo Dias de. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 20, n. 49, jul./set. 2005.
 17. DISCACCIATI, J. A. C.; NEVES, A. D.; PORDEUS, I. A.. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 75–82, jan. 1999.
 18. FALCÃO, D. P. et al. Sialometria: aspectos de interesse clínico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 53, n. 6, p. 525–531, nov. 2013.
 19. FELIPE, Lizandra; MILHOM, Cristiane; MORAIS, Ângela; HONDA, Rosemeire; PASSOS, William; FURUSE, Cristiane. Pacientes com HIV/AIDS na Odontologia e suas Manifestações Bucais. *Journal Of Orofacial Investigation*, v.3, n.1, p.53-62, 2016.
 20. GAIBOR, Alejandra; VALLADARES, Gustavo; QUINTANA, Juli; VACA, María;

- MERINO, Ivan. Endodontic and HIV: Myths and Realities about the Dental Care Protocol. Systematic review. Research, Society and Development. v. 13, n. 11, e122131147454, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47454>.
21. GARBIN, C. A. S.; GATTO, R. C. J.; GARBIN, A. J. I. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, [S. l.], v. 6, n. 2, 2017. DOI: 10.21270/archi.v6i2.1787.
 22. IZZETTI, R., et al. COVID 19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. J Dent Res, 2020.
 23. JUNIOR, Arley. Protocolo Clínico para Atendimento Odontológico ao Paciente HIV Positivo. **CRO-RJ. 2010.**
 24. KIM, Y.-J. Xerostomia and Its Cellular Targets. *Int. J. Mol. Sci.* 2023, 24, 5358.
 25. LEAL, João; SOUSA, Carolina; SILVA, Laiza; MANDARINO, Sydney; MORAES, Sylvio; SILVA, Jonathan. Exodontia em Pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ciência Atual. Rio de Janeiro, 2020.
 26. LINDOSO, Caio ; FONSECA, Anne; MARTINS, Camily; SOUSA, Flávia; ARAÚJO, Jéssica; MARQUES, Livia; SILVA, Mayane; FRANÇA, Suene; FREITAS, Chrys. BIOSSEGURANÇA NA ODONTOLOGIA. POR QUE ELA É TÃO IMPORTANTE? UMA REVISÃO DE LITERATURA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 977–986, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i1.8323.
 27. MANUAL FARMACÊUTICO. **Albert Eistein, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira.** 2018.
 28. MARINHO, L.; NERY, O. R.; SEPULVEDA, T. . P.; VILAR, H. . V. de A.; NETO, M. F. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES SOROPOSITIVOS. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 1101–1123, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p1101-1123.
 29. MATEUS, ED; TECCHIO, DW; PARANHAS, DO; SOUZA, LFB Interação medicamentosa de antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção por HIV em adultos / Interação medicamentosa de antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV em adultos. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 5, págs. 41278–41320, 2022. DOI:

- 10.34117/bjdv8n5-563.
30. MENEZES, GAM; DA SILVA, LB; LEÃO, RM; HOURANI, LHC; COUTINHO, JVS; DE SOUZA, LCOA; RESENDE, CAA. Potenciais interações medicamentosas associadas aos antirretrovirais: Revisão integrativa da literatura. *Revista Amazônia Science & Health*. 2025, Vol. 13, N° 1. DOI; 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v13n1p213-225.
 31. MORENO, Victória; MEDINA, Camila; DEMEIS, Bruna; MARTINS, José; GROMATZKY, Paulo; SANCHEZ, Jane. Atendimento odontológico em pacientes soropositivo. *E-Acadêmica*, [S. l.], v. 2, n. 3, p. e042340, 2021. DOI: 10.52076/eacad-v2i3.40.
 32. Mortazavi H, Baharvand M, Movahhedian A, Mohammadi M, Khodadoust A. Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 Jul;4(4):503-10. doi: 10.4103/2141-9248.139284. PMID: 25221694; PMCID: PMC4160670.
 33. MOTA, Andreia; TREVISOL, Fabiana. Interação medicamentosa entre antirretrovirais e psicofármacos. *Research, Society and Development*. v. 11, n. 11, e02111132576, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.32576>.
 34. NEVILLE, Brad W. Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial . Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. E-book. ISBN 9788595151390.
 35. NEVILLE, Brad W. Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial . Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. *E-book*. pág.153. ISBN 9788595157835..
 36. Nogueira SA, Bastos LF, Costa I do CC. Riscos Ocupacionais em Odontologia: Revisão da Literatura. *Journal Health Science*. Julho 2015.
 37. PAULIQUE, Natália; CRUZ, Marlene; SIMONATO, Luciana; MORETI, Lucieni; FERNANDES, Karina. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, [S. l.], v. 6, n. 6, 2017. DOI: 10.21270/archi.v6i6.2067.
 38. Paz CRP, Ferreira IRC, Verotti MP, Amaral MJM, Francischini V. Precauções-padrão e riscos ocupacionais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cap. 4, p. 37-54.

39. Paz CRP, Santi LQ. Acidente de trabalho e consulta após exposição ao material biológico. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cap. 5, p. 55-58.
40. PINHEIRO, J. C. et al. Tratamento odontológico em pacientes com predisposição a endocardite bacteriana: Revisão de literatura. **Revista da AcBO**, v. 9, n. 1, dez. 2019.
41. RAMALHO, MG.; FIALHO, MIAG. Tratamento endodôntico em pacientes HIV: uma revisão integrativa. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.] , v. 14, pág. e30121444309, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i14.44309.
42. SILVA, A. de S.; DIAS, E. M.; AGUIAR, P. H. G.; SILVA, A. M. da; ROSA, A. C. G. Principais doenças sistêmicas relacionadas à xerostomia e à hipossalivação. REVISTA DELOS, [S. l.], v. 18, n. 67, p. e5181, 2025. DOI: 10.55905/rde-losv18.n67-142.
43. SILVA, Àurea; SOUSA, Celso; MOTTA, Luca; GONÇALVES, Lúcio; SILVA, Melissa; AMARAL, Simone; CUNHA, Sarah; CARDOSO, Thyago. Manifestações Estomatognáticas de Pacientes Infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana HIV/AIDS em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. vol. 6, pág. 1841-1860. 2024.
44. SILVA, CE; SILVA, M.E. da. Atendimento odontológico de pacientes HIV positivos e os aspectos éticos do sigilo profissional: Atendimento odontológico de pacientes HIV positivos e os aspectos éticos do sigilo profissional. Revista Brasileira de Desenvolvimento, [S. l.], v. 12, pág. 77267–77278, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n12-034.
45. Soares, A. D. J., Queluz, D. D. P., Francesquini Júnior, L., Vendemiatti, E. B., Leite, J. O., Vieira, W. D. A., & Santos, G. R. B. D. Biossegurança para prevenção da contaminação cruzada na prática odontológica. Sistema Integrado de Clínicas Odontológicas-SICOD. 2021.
46. TAVERES, Kelle; JÚNIOR, José; ALVES, Maria; BATISTA, Maria; PEREIRA, Thais; REIS, Ivanice. Importância da biossegurança na odontologia. Jornada Odontológica de Goianésia, v.1, n. 1, 2018.
47. TINÓS, A. M. F. G.; SALES-PERES, S. H. DE C. Xerostomia related to HIV

- infection /AIDS: a critical review. Revista de Odontologia da UNESP, v. 43, n. 3, p. 214–222, maio 2014.
48. TREZENA, S.; RODRIGUES, A. I. S.; JÚNIOR, E. de S. B.; PINTO, M. de Q. C. Xerostomia em pacientes com HIV/ Aids: revisão sistemática de literatura. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, [S. l.], v. 23, n. 1, 2018. DOI: 10.5335/rfo.v23i1.8509.