



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**DOUTORADO EM ODONTOLOGIA**

**MELINNA DOS SANTOS MORENO**

**SAÚDE BUCAL EM TODAS AS POLÍTICAS: CONTEÚDO RELACIONADO**  
**AO HIV/AIDS EM PLANOS DE ENSINO DA GRADUAÇÃO EM**  
**ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA**  
**PORTUGUESA**

**FORTALEZA - CE**

**2020**

MELINNA DOS SANTOS MORENO

SAÚDE BUCAL EM TODAS AS POLÍTICAS: CONTEÚDO  
RELACIONADO AO HIV/AIDS EM PLANOS DE ENSINO DA GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar

FORTALEZA - CE

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M842s Moreno, Melinna dos Santos.  
Saúde Bucal em todas as políticas : Conteúdo relacionado ao HIV/AIDS em planos de ensino da graduação em Odontologia na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa / Melinna dos Santos Moreno. – 2020.  
206 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Andréa Sílvia Walter de Aguiar.
1. Instituições de Ensino Superior. 2. Odontologia. 3. HIV. 4. AIDS. 5. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. . I. Título.

CDD 617.6

---

**SAÚDE BUCAL EM TODAS AS POLÍTICAS: CONTEÚDO  
RELACIONADO AO HIV/AIDS EM PLANOS DE ENSINO DA GRADUAÇÃO  
EM ODONTOLOGIA NA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA  
PORTUGUESA**

**MELINNA DOS SANTOS MORENO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social.

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Karine Macedo Texeira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Fabrício Bitu Sousa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Vieira Saintrain  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Walda Viana Brígido de Moura  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

FORTALEZA - CE

2020

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é a culminância de uma caminhada árdua, porém, na maior parte do tempo, prazerosa. Durante este percurso, foi um privilégio conhecer e conviver com pessoas incríveis e que me enriqueceram muito, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. Assim, não posso deixar de agradecer:

Aos meus pais, José e Vera, pelo exemplo de luta e coragem, assim como pela educação e valores que me transmitiram. Por me ensinarem o sentido da responsabilidade e me terem dado seu apoio constante nos momentos mais importantes. Amo-vos muito!

Ao meu marido, Louiz Hermínio, por ter sempre acreditado no meu potencial, por todo o incentivo que sempre me dedicou, pela infindável paciência para comigo mesmo nos momentos mais difíceis, além da grande e fundamental participação junto ao nosso filho para que eu pudesse me dedicar a este trabalho. Agradeço também ao meu filho, Matheus, que, mesmo inconscientemente, colaborou para que eu me doasse o máximo possível a este trabalho. A realização deste sonho é nossa.

À minha orientadora, Dra Andréa Sílvia Walter de Aguiar, minha eterna gratidão por toda orientação, constante incentivo, apoio, confiança e disponibilidade desde a época da monitoria de Emergências Odontológicas. Muito obrigada por apostar e acreditar em mim e por, mesmo afastada da Universidade, nunca ter me desamparado.

À minha família, por compreender minhas ausências e, especialmente, ao meu primo, Glauton Filho, pelo auxílio com os recursos tecnológicos.

À Pollyanna, pela amizade, cumplicidade, empatia e direcionamento.

Meu sincero agradecimento à Profa Walda, pela torcida, flexibilidade na carga horária de trabalho e por me ensinar a encarar os desafios sempre com um sorriso.

Aos colegas do grupo de pesquisa de Diplomacia da Saúde e Saúde Bucal, pelo apoio mútuo e companheirismo, em especial, ao Mikael e à Ana Maria, que colaboraram em parte da coleta dos dados.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, assim como aos servidores Joana e Rafael.

Aos professores da banca avaliadora, pessoas que admiro muito e que, em meio a uma pandemia, aceitaram, prontamente, o convite para participar da banca.

Agradeço também aos amigos que, embora não citados, foram importantes nesta caminhada.

## RESUMO

O cuidado em saúde bucal é importante para o diagnóstico precoce da AIDS, o acompanhamento em saúde e a melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), compondo o enfrentamento dessa enfermidade. Objetivou-se explorar a formação de recursos humanos em saúde bucal (RHSB) de nível superior, analisando, sobretudo, a abrangência de conteúdos relacionados ao HIV nos planos de ensino/ementas de cursos de Odontologia dos Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), assim como elaborar infográficos educacionais a serem utilizados no cuidado oral às PVHA. Após exploração dos sítios eletrônicos das Instituições de Ensino Superior (IES) responsáveis pela formação de RHSB nos nove países da CPLP, foram confeccionados, por meio de dois softwares (*QGIS*<sup>®</sup> e *Google My Maps*<sup>®</sup>), mapas temáticos, com a distribuição espacial e caracterização dos cursos. Em seguida, foi efetuada a análise documental do conteúdo referente ao HIV/AIDS especificado nos planos de ensino/ementas das disciplinas disponibilizados nos *sites* oficiais dos referidos cursos. Ademais, descreveu-se a criação de infográficos educacionais baseados nos resultados de uma revisão integrativa da literatura acerca do papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA. Como resultados, foram identificados 520 cursos, com intensa desigualdade do ponto de vista quantitativo, destacando-se a grande quantidade de IES no Brasil e a carência/dependência externa de alguns Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste, mas com forte semelhança quanto ao predomínio de instituições de natureza privada (88%). Na análise documental, evidenciou-se a presença de conteúdo sobre HIV/AIDS preponderantemente em componentes curriculares no campo de conhecimento biomédico e em semestres iniciais do curso, bem como uma baixa participação desse conteúdo em planos de ensino de disciplinas voltadas aos aspectos éticos implicados nesse cuidado. Adicionalmente, infográficos educacionais detalharam, de maneira acessível e atrativa, a atuação de profissionais no cuidado oral desse grupo de pacientes. Apesar da relevância de RHSB adequadamente formados para o enfrentamento desta pandemia, os planos de ensino dos cursos analisados necessitam de readequações, a fim de que possam contribuir para a melhora do cenário de exclusão e iniquidade tradicionalmente vinculado às PVHA.

**Palavras-chave:** Instituições de Ensino Superior. Odontologia. HIV. AIDS. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

## ABSTRACT

Oral health care is important for the early diagnosis of AIDS, health monitoring and improving the quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA), making up the combat of this disease. The objective was to explore the training of human resources in oral health (HROH) in graduate courses, analyzing, above all, the scope of HIV-related content in teaching plans/ menus of Dentistry courses in the Member States of the Community of Portuguese Speaking Countries (CPSC), as well as preparing educational infographics to be used in oral care of PLHA. After exploitation of the websites of Higher Education Institutions (HEIs) responsible for the training of HROH in the 9 countries of the CPSC, were made, using 2 softwares (QGIS<sup>®</sup> and Google My Maps<sup>®</sup>), thematic maps, with the spatial distribution and characterization of the courses. Then, the documental analysis of the content referring to HIV/AIDS was carried out in the teaching plans/menus of the disciplines of the referred courses. In addition, the creation of educational infographics based on the results of an integrative literature review about the role of the dental surgeon in the health monitoring of PLHA has been described. As results, 520 courses were identified, with intense inequality from the quantitative point of view, highlighting the large number of HEIs in Brazil and the lack/external dependence of some African Countries of Portuguese Official Language (PALOP) and Timor-Leste, but with a strong similarity regarding the predominance of private institutions (88%). In the documental analysis, the presence of content on HIV/AIDS was evidenced mainly in curricular components in the field of biomedical knowledge and in the initial semesters of the course, as well as a low participation of this content in teaching plans of disciplines in the area of ethical aspects involved in this care. In addition, educational infographics detailed, in an accessible and attractive way, the performance of professionals in oral care this group of patients. Despite the relevance of properly trained HROH to face this pandemic, the teaching plans of the courses analyzed need changes, so that they can contribute to the improvement of the scenario of exclusion and inequity traditionally linked to PLHA.

**Keywords:** Higher Education Institutions. Dentistry. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Community of Portuguese-Speaking Countries.

## LISTA DE QUADROS

	<b>Título dos Quadros</b>	<b>Pág.</b>
Quadro 1	Lesões orais fúngicas associadas ao HIV/AIDS.	28
Quadro 2	Lesões orais de origem viral associadas ao HIV/AIDS.	30
Quadro 3	Lesões orais de origem bacteriana associadas ao HIV/AIDS.	36
Quadro 4	Lesões orais neoplásicas relacionadas ao HIV/AIDS.	38
Quadro 5	Outras condições orais associadas ao HIV/AIDS.	40
Quadro 6	Características gerais dos países que compõem a CPLP.	57
Quadro 7	Resumo das semelhanças e diferenças epidemiológicas do HIV nos Estados-membros da CPLP.	71
Quadro 8	Fontes de dados para a identificação das IES existentes nos países estudados.	74
Quadro 9	Quantitativo, por país, de cursos de formação superior em Odontologia componentes da amostra, CPLP, 2019.	77
Quadro 10	Quantidade de cursos de Odontologia, por país, que apresentou disciplinas cujos planos de ensino de acesso público referiram o conteúdo HIV/AIDS, CPLP, 2019.	89
Quadro 11	Categorias e subcategorias de análise definidas para as disciplinas, CPLP, 2019.	93



## LISTA DE FIGURAS

	<b>Título das Figuras</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1	Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	49
Figura 2	Processo de seleção dos artigos para revisão integrativa da literatura	82
Figura 3	Distribuição geográfica do Curso de Enfermagem Dentária, Timor-Leste, 2019.	84
Figura 4	Distribuição geográfica dos cursos de Medicina Dentária, Portugal, 2019.	85
Figura 5	Distribuição geográfica dos cursos de Medicina Dentária, Moçambique, 2019.	86
Figura 6	Distribuição geográfica dos cursos de Odontologia/ Medicina Dentária, Angola, 2019.	87
Figura 7	Mapa temático da quantidade de cursos de Odontologia, por Estado e no Distrito Federal. Brasil, 2019.	88
Figura 8	Nuvem de palavras das disciplinas cujo plano de ensino cita a temática HIV/AIDS, Cursos de Odontologia, CPLP, 2019.	90
Figura 9	Distribuição de disciplinas cujos planos de ensino indicaram conteúdos sobre a temática HIV/AIDS segundo o semestre em que são lecionadas, Portugal, 2019.	90
Figura 10	Distribuição de disciplinas cujos planos de ensino indicaram conteúdos sobre a temática HIV/AIDS segundo o semestre em que são lecionadas, Brasil, 2019.	91
Figura 11	Dispersão de disciplinas cujos planos de ensino citaram conteúdos sobre HIV/AIDS em cursos de Odontologia, Brasil e Portugal, 2019.	91
Figura 12	Representação gráfica da distribuição das disciplinas em que os planos de ensino acessados referenciaram conteúdos relacionados ao HIV/AIDS por categoria de análise, Brasil e Portugal, 2019	95

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroidais
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
ART	Técnica Restauradora Atraumática (do inglês - <i>Atraumatic Restorative Treatment</i> )
ARV	Antirretroviral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBS	Ciências Biológicas e da Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEC	Carcinoma espinocelular
CESPU	Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário
CHS	Ciências Humanas e Sociais
CMV	Citomegalovírus
CO	Candidíase oral
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSS	Cooperação Sul-Sul
DMO	Densidade mineral óssea
DP	Doença periodontal
DPRH	Doenças periodontais relacionadas ao HIV
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EBV	Vírus Epstein-Barr
EGL	Eritema gengival linear
EPI	Equipamentos de proteção individual
EUN	Estomatite Ulcerativa Necrosante
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
FTA-abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
GUN	Gengivite Ulcerativa Necrosante
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (do inglês <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> )
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HIV <sup>+</sup>	Paciente soropositivo para HIV

HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HHV-8	Herpesvírus Humano tipo 8
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
HSV	Herpes simplex vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IGC	Índice Geral do Curso
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde
IO	Infecções Oportunistas
IP	Inibidor de protease
IUCS	Instituto Universitário de Ciências da Saúde
LNH	Linfoma não-Hodgkin
LOAH	Lesões orais associadas ao HIV
ME	Ministério da Educação
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONB	Osteonecrose associada a bisfosfonatos
ORN	Osteorradionecrose
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCR	Proteína C Reativa
PEC-G	Programa Estudantes-Convênio de Graduação
PECS-CPLP	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP
PNB	Produto Nacional Bruto
PNE	Pacientes com necessidades especiais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROFORSA	Projeto de Fortalecimento do Sistema de Saúde em Angola

PROUNI	Programa Universidade para Todos
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
PUN	Periodontite Ulcerativa Necrosante
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/AIDS
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RHSB	Recursos Humanos em Saúde Bucal
RNI	Razão Normalizada Internacional
SIRI	Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune
SK	Sarcoma de Kaposi
SLMANDIC	Faculdade São Leopoldo Mandic
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDR	<i>Transmissible Drougs Resistance</i>
TP	Tempo de Protrombina
TPD	Técnicos em Prótese Dentária
TTP	Tempo de Tromboplastina Parcial
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFC – Fortaleza	Universidade Federal do Ceará – <i>campus</i> Fortaleza
UFC – Sobral	Universidade Federal do Ceará – <i>campus</i> Sobral
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFJF – JF	Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFP	Universidade Fernando Pessoa
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

ULISBOA	Universidade de Lisboa
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNDIL	Universidade de Díli
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UNILEÃO	Centro Universitário Doutor Leão Sampaio
UPORTO	Universidade do Porto
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VVZ	Vírus Varicela Zoster
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 O papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA .....	17
2.2 A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) .....	48
2.3 Situação epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS nos países-membros da CPLP .....	58
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>72</b>
3.1 Objetivo geral .....	72
3.2 Objetivos específicos .....	72
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>73</b>
4.1 Parte A-Identificação e caracterização dos cursos de Odontologia na CPLP	73
4.1.1 <i>Tipologia do estudo</i> .....	73
4.1.2 <i>Campo de investigação, localização e variáveis do estudo</i> .....	74
4.1.3 <i>Coleta de dados</i> .....	74
4.1.4 <i>Apresentação dos dados</i> .....	75
4.2 Parte B - Caracterização do enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino dos cursos de Odontologia na CPLP de acesso público .....	75
4.2.1 <i>Tipologia do estudo</i> .....	75
4.2.2 <i>Loccus da pesquisa</i> .....	76
4.2.3 <i>Coleta de dados</i> .....	77
4.2.4 <i>Apresentação e análise dos dados</i> .....	78
4.3 Parte C - Elaboração de infográficos educacionais acerca do papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA .....	80
4.3.1 <i>Tipologia do estudo</i> .....	80
4.3.2 <i>Sistematização do conteúdo</i> .....	80
4.3.3 <i>Preparação de ilustrações, layout, design e textos</i> .....	83
4.4 Aspectos éticos .....	83
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
5.1 Mapas temáticos dos cursos de Odontologia na CPLP .....	84
5.2 Enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino .....	89
5.2.1 <i>Perfil das disciplinas com conteúdo voltado à temática HIV/AIDS</i> .....	89
5.2.2 <i>Momento de oferta de conteúdo relacionado ao HIV/AIDS</i> .....	90
5.2.3 <i>Análise de conteúdo do enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino</i> .....	92

5.3 Infográficos educacionais .....	98
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>101</b>
6.1 Formação de RHSB na CPLP .....	101
6.2 Conteúdos relacionados ao HIV/AIDS nos planos de ensino .....	114
6.2.1 <i>Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Biológicas e da Saúde</i> .....	117
6.2.2 <i>Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Humanas e Sociais</i> .....	122
6.2.3 <i>Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Odontológicas</i> .....	124
6.3 Infográficos educacionais sobre o acompanhamento em saúde das PVHA..	133
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>140</b>
APÊNDICE A – Amostra de cursos pesquisados .....	165
APÊNDICE B – Amostra final de disciplinas .....	168
APÊNDICE C - Infográfico A: Papel do cirurgião-dentista no acompanhamento odontológico das PVHA em geral.....	170
APÊNDICE D - Infográfico B - Peculiaridades do acompanhamento odontológico nos adultos e idosos com HIV/AIDS .....	196
APÊNDICE E - Infográfico C: Papel do Cirurgião-Dentista no cuidado do paciente pediátrico com HIV/AIDS. ....	197
APÊNDICE F - Notas metodológicas em relação à concepção da tese e reflexões adicionais.....	202

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado odontológico do paciente com sorologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) é referido como um recurso importante para o diagnóstico precoce e o acompanhamento da efetividade do tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS - do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*), o que é corroborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao publicar que a saúde oral pode contribuir para o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento dessa doença (WHO, 2016).

Além de aumentar o desenvolvimento de doenças oportunistas e o risco de morte, o diagnóstico tardio da infecção por HIV é responsável pelo aumento da incidência da AIDS, pois sustenta comportamentos de alto risco, atuando como obstáculo para a prevenção eficaz e para o controle de propagação da enfermidade (MOREIRA, 2013). Portanto, o conhecimento precocemente de sua condição sorológica pelo paciente é fundamental para serem evitadas novas infecções, assim como para o controle da doença, por meio da manutenção de níveis ideais de carga viral, diminuindo o potencial de infecção de parceiros, e de taxa linfocitária dos pacientes em terapia antirretroviral, o que diminui o acometimento dessas pessoas por doenças oportunistas.

Além disso, o monitoramento clínico das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA) é uma ferramenta fundamental para o acompanhamento dos avanços e esforços necessários para a melhoria da atenção a estas pessoas. Uma vez que as lesões orais associadas ao HIV/AIDS figuram entre os mais precoces e importantes indicadores da infecção pelo HIV, podem prever a progressão da infecção pelo HIV à AIDS e, assim, desempenhar um importante papel do ponto de vista preventivo e em programas de intervenção voltados à resposta a essa doença (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005).

Dessa forma, a saúde bucal pode favorecer o alcance das três metas reconhecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS): as metas 90-90-90, as quais estabelecem que os países devem atingir, até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em Terapia Antirretroviral (TARV); e 90% das PVHA em TARV com supressão viral (BRASIL, 2015).

Lesões orais podem estar presentes em até 50% de pessoas infectadas com HIV e em até 80% dos pacientes com diagnóstico de AIDS e, em geral, são claramente



visíveis, podendo ser diagnosticadas, algumas vezes, apenas mediante características clínicas. São relatadas sete lesões fortemente associadas à infecção pelo vírus: candidíase oral, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante e linfoma não-Hodgkin (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; PETERSEN et al., 2005).

Isso enfatiza a importância de um exame oral completo em todas as fases do diagnóstico e tratamento dos pacientes HIV positivos, bem como daqueles em suspeita ou risco de infecção (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005). Além disso, por meio de ações de educação em saúde, assistência ao paciente, controle de infecção e vigilância efetiva, os serviços e profissionais de saúde bucal podem contribuir para além do diagnóstico precoce, prevenção e controle do HIV/AIDS (PETERSEN, 2006).

Os profissionais de saúde bucal e os demais profissionais de saúde precisam fazer do estado de saúde bucal uma parte integrante do cuidado às PVHA, assim como da vigilância das doenças associadas com a infecção pelo vírus. Para isso, devem desenvolver atividades como: identificação das manifestações orais mais indicativas de HIV/AIDS; registro dos dados relacionados ao HIV/AIDS, assegurando avaliação médica apropriada, prevenção e tratamento; formação de outros profissionais de saúde, em nível comunitário ou aldeia, sobre o rastreamento de lesões orais e manifestações extraorais; e divulgação de informações sobre a doença e sua prevenção perante todos os meios possíveis de comunicação (WHO, 2016).

Esses fatores cooperam para a crescente inclusão do cirurgião-dentista (CD) no enfrentamento do HIV/AIDS, deixando em evidência a necessidade de oferta desse conteúdo nos cursos de Odontologia com vistas à qualidade da formação desses profissionais enquanto graduandos. A atuação eficaz do profissional no cuidado odontológico do paciente HIV<sup>+</sup> exige qualificação do conhecimento na graduação (GOMES et al., 2015), cuja falta pode, por vezes, ocasionar recusas de atendimento a essas pessoas por parte de profissionais e acadêmicos de Odontologia (SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005), uma atitude antiética e ilegal.

Uma vez que este estudo se insere na linha de pesquisa de Diplomacia da Saúde Global no âmbito da Saúde Bucal, justifica-se explorar a respeito dos conteúdos programáticos relacionados ao HIV/AIDS lecionados nos cursos que formam os profissionais de saúde bucal no Brasil e nos demais Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Dessa maneira, a pesquisa remete ao

pensamento de alternativas para a cooperação e integração internacional no que diz respeito à saúde bucal, tendo em vista as lacunas da literatura acerca desse tema.

Como a saúde oral é um componente essencial da saúde em geral e um direito humano fundamental (GLICK et al., 2012), a proposta desta tese incluiu a compreensão do enfoque de conteúdos programáticos vinculados ao HIV/AIDS descritos em planos de ensino de disciplinas da graduação em Odontologia nas Instituições de Ensino Superior (IES) dos Estados-membros da CPLP, assim como o desenvolvimento de produto técnico com base em evidências científicas robustas sobre o cuidado odontológico das PVHA. Sobretudo em parte dos países lusófonos que vivem epidemias generalizadas, a participação do componente odontológico da saúde pode contribuir para o controle da infecção e, assim, favorecer o alcance das metas 90- 90-90 por meio da maximização da disponibilidade de atendimento odontológico a essas pessoas e ampliação, portanto, do acesso delas à assistência odontológica.

O interesse pelo desenvolvimento deste tema surgiu do anseio de descortinar o valor da formação dos profissionais de saúde bucal para a cascata de cuidado das PVHA nos países de língua portuguesa, países com quem o Brasil, regularmente, estabelece relações de cooperação.

Desde a minha vivência enquanto estagiária de Odontologia em um serviço de atenção a pacientes com doenças infectocontagiosas, muitos deles com AIDS, sempre entendi a importância do cuidado em saúde bucal para o acompanhamento das PVHA. Assim, compreender os assuntos referentes ao HIV/AIDS abordados durante a formação dos profissionais de saúde bucal na CPLP e, principalmente, buscar se essa temática era incluída em disciplinas voltadas a aspectos desta condição não apenas biomédicos foram as maiores motivações para realizar a pesquisa.

Ademais, um outro fator que impulsionou a concretização do estudo consistiu na construção de um material passível de utilização no apoio à formação e capacitação de trabalhadores de saúde bucal atuantes no sistema de saúde de países lusófonos beneficiários de ações de cooperação técnica em saúde.

A julgar pelos pontos que se visa considerar acerca destas questões, cabe empreender uma breve revisão de literatura sobre o papel do CD no acompanhamento em saúde das PVHA, a Comunidade e a situação epidemiológica da enfermidade nestes países, conforme detalhado na revisão de literatura.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA**

#### ***2.1.1 Acompanhamento odontológico das PVHA em geral***

Com o crescimento da demanda por serviços odontológicos de pacientes que, além do HIV/AIDS e seus pormenores, portam, também, alterações sistêmicas, as quais podem repercutir na conduta do CD, cabe a ele iniciar o tratamento odontológico por meio de uma detalhada anamnese - a qual não difere muito daquela cujo paciente é clinicamente complexo, mas que deve ser direcionada aos aspectos inerentes ao cuidado de pacientes imunocomprometidos e em terapia com antirretrovirais - e cuidadoso exame clínico.

##### ***2.1.1.1 Anamnese e Exame Clínico***

Nesse sentido, inclui-se a indagação sobre fatores que permitem o conhecimento da real situação de saúde do paciente, como: a fase da infecção em que o paciente se encontra, com notáveis ponderações apenas nos indivíduos com AIDS, pois, nas demais fases (infecção aguda inicial e assintomática), em geral, inexistem transtornos ao tratamento odontológico (NAGARAJ, SAVADI, 2013; ROBBINS, 2017), a não ser por relatos de trombocitopenia e hemorragias intramucosas orais na curta fase aguda da infecção (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; JOHNSON, 2010); e o acometimento por doenças oportunistas, pois estas podem: ser contagiosas, como a tuberculose, recomendando-se adiar o tratamento odontológico eletivo (MCLEAN et al., 2012), assim como utilizar máscara especial para doenças infectocontagiosas quando necessária a intervenção imediata; e sinalizar falha virológica ou baixa adesão à TARV (CORREA; ANDRADE, 2005; MCLEAN et al., 2012) ou a ocorrência da síndrome inflamatória de reconstituição imune (SIRI) (ARAÚJO et al., 2018), situações que necessitam da interlocução com o médico do paciente para seu devido enfrentamento.

A investigação de aspectos que direcionam o exame bucal também é importante, por exemplo, a situação de controle da imunossupressão, a qualidade da adesão à TARV e os efeitos colaterais que originam lesões bucais.

O acesso do CD aos exames de contagem de CD4 e carga viral é pertinente, visto que são preditores confiáveis de progressão e prognóstico da doença (MAY et al., 2016; ROBBINS, 2017), sendo a literatura bem consistente na associação entre o descontrole da imunossupressão e o aparecimento de lesões orais associadas ao HIV (LOAH) (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; BODHADE; GANVIR; HAZAREY, 2011; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; FICARRA et al., 1994; GASPARIN et al., 2009; MCLEAN et al., 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; REZNIK, 2005; SROUSSI; EPSTEIN, 2007). Nesse âmbito, Robbins (2017) relatou início de infecções oportunistas (IO) à medida que a contagem de CD4 chega a menos de 500 células/mm<sup>3</sup>, ao passo que as manifestações mais graves e iminentemente fatais do HIV/AIDS apresentam-se conforme esse número cai abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> (NAGARAJ, SAVADI, 2013; ROBBINS, 2017; SAINI, 2011). A carga viral - um marcador da replicação do vírus (ROBBINS, 2017) e importantíssimo indicador de resposta à TARV - permite avaliar, de acordo com Oliscovicz et al. (2015) e Robbins (2017), a insuficiência ou a resistência do esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART - do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy*), sendo ideal quando é considerada indetectável, isto é, quando for menor que 50 cópias/mL (ILYAS et al., 2002; MASSARENTE et al., 2011; MAY et al., 2016; ROBBINS, 2017). Sem dúvida, é extremamente importante que esses exames pouco influenciam na prestação da assistência odontológica, mas se destacam, junto com os dados clínicos (GRANDO et al., 2002), no monitoramento do estado imunológico das PVHA. Assim, na perspectiva do cuidado integral, são dados importantes para o CD, embora, mesmo com contagens elevadas de CD4, este profissional deva permanecer vigilante quanto à identificação das LOAH o mais precocemente possível (SROUSSI; EPSTEIN, 2007), bem como às condições que predisõem a seu desenvolvimento (xerostomia, má higiene oral, tabagismo, etc) (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; CHERRY-PEPPERS et al., 2003).

Identificada a baixa adesão à TARV, maior atenção deve ser dedicada ao exame da cavidade oral no intuito de identificar precocemente e possibilitar o tratamento de manifestações orais ou não orais que apontem possível falha na TARV (MOSCA; HATHORN, 2006; REZNIK, 2005). Assim, o CD deve encaminhar o paciente para testes virais e imunológicos (RYDER, 2002) ou para consultas com os demais profissionais

responsáveis por seu cuidado, bem como esclarecer sobre os prejuízos do abandono/baixa adesão à terapia (WAGNER et al., 2016), a saber: o desenvolvimento de manifestações bucais e de resistência viral à droga/classe de drogas, assim como o risco de transmissão da doença, haja vista a ligação intrínseca entre a carga viral plasmática da pessoa infectada e o risco de transmissão (MOSCA; HATHORN, 2006; PATTON, 2003; SROUSSI; EPSTEIN, 2007). Por outro lado, aqueles com adesão satisfatória precisam ser acompanhados de perto em razão dos efeitos colaterais das drogas antirretrovirais (ARV).

Além disso, outros componentes a serem sondados melhoram o planejamento da equipe odontológica, evitando complicações no decorrer das intervenções odontológicas, por exemplo a exibição de coinfeções, alterações sistêmicas e efeitos colaterais da TARV com repercussão no tratamento, além de interações medicamentosas de interesse para a prática odontológica.

Destaque foi dado à busca da coinfeção entre o HIV e o Vírus da Hepatite C, a qual repercute tanto no metabolismo de drogas quanto em coagulopatias (PATTON, 2003), assim como potencializa a hepatotoxicidade da TARV (ROBBINS, 2017), bem como de condições que impactam no tratamento odontológico, como hemofilia (CAMPO et al., 2007; PATTON, 2003), alterações cardiovasculares, diabetes, hepatopatias ou doenças renais (DONOSO-HOFER, 2016; ROBBINS, 2017), terapia ou doença imunossupressora (KINANE; MARSHALL, 2001). As interações dos medicamentos da TARV - em especial, o inibidor de protease (IP) ritonavir - com fármacos do cotidiano do CD realçadas na revisão salientam cautela no uso de metronidazol, exibindo uma reação do tipo dissulfiram; corticoide, aumentando o risco de osteonecrose; cetoconazol, que pode necessitar de redução na terapia com IP; alguns benzodiazepínicos (diazepam, midazolam, triazolam) e o antibiótico claritromicina, que podem ter seus níveis aumentados; analgésicos e anestésicos, sendo citada potencial interação com codeína, propoxifeno, piroxicam e lidocaína, assim como a contraindicação do opioide meperidina e dos derivados da ergotamina (CORREA; ANDRADE, 2005; MOSWIN, EPSTEIN, 2007; PATTON, 2003; PORTER; SCULLY, 1998; VERNON et al., 2016). Desse modo, o CD deve: diante da necessidade de sedação, usar temazepam ou lorazepam (PORTER; SCULLY, 1998); orientar a abstenção de álcool durante o uso do metronidazol (WINKLER; ROBERTSON, 1992); usar corticoides com justificativa clínica apropriada e monitoramento de seus efeitos colaterais, bem como os benzodiazepínicos (PORTER;

SCULLY, 1998); e considerar sempre a menor dose de medicamentos e anestésicos capaz de produzir o efeito desejado (CORREA; ANDRADE, 2005).

Outros questionamentos com vistas a subsidiar as orientações necessárias, inclusive, nos momentos de educação em saúde bucal, como histórico de exposição a fatores de risco para as doenças bucais, com destaque para o uso do tabaco, álcool e outras drogas ilícitas (MCLEAN et al., 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; ROBBINS, 2017), bem como de comportamentos que agravam as doenças bucais, tais como práticas sexuais não seguras que podem favorecer infecções com ocorrências na cavidade oral, por exemplo, Vírus Epstein-Barr (EBV) (MOSCA; HATHORN, 2006), Herpesvírus Humano tipo 8 (HHV-8) (EPSTEIN, 2007; JOHNSON, 2010; LEAO et al., 2009), Papilomavírus Humano (HPV), sífilis, etc, além do próprio HIV.

Dessa maneira, o conhecimento da real situação de saúde do paciente possibilita um planejamento mais integral, adequado e consciente da atuação dos profissionais de saúde bucal, visto que as pessoas são vistas e cuidadas em sua totalidade, e não apenas a sua boca. Isto posto, necessariamente, o acompanhamento odontológico desses pacientes deve levar essa gama de fatores em consideração, os quais, de forma alguma, podem ser excluídos de uma boa anamnese.

Além disso, um minucioso exame de cabeça e pescoço, verificando linfonodos aumentados e alterações intraorais de tecidos moles e duros (MOSCA; HATHORN, 2006) deve ser realizado, dada a importância de avaliar o estado de saúde bucal da PVHA, monitorando condições associadas à queda imunológica (CHALLACOMBE et al., 2006; HODGSON et al., 2006; MOSCA; HATHORN, 2006; ROBBINS, 2017; TOBIAS et al., 2012) com o objetivo de reconhecer as LOAH.

Assim, devem compor os cuidados médicos das PVHA uma avaliação abrangente da cavidade oral nos pacientes recém-diagnosticados (ROBBINS, 2017), assim como *check-ups* odontológicos periódicos (MOSCA; HATHORN, 2006), com ênfase na busca de lesões comumente relacionadas ao HIV, como candidíase pseudomembranosa e leucoplasia pilosa oral, consideradas marcadores clínicos sensíveis de imunossupressão e sinais precoces de avanço da infecção (CHALLACOMBE et al., 2006; HODGSON et al., 2006; MOSCA; HATHORN, 2006; OLISCOVICZ et al., 2015; ROBBINS, 2017; TOBIAS et al., 2012). Todavia, embora a literatura não reconheça uma lesão oral, exclusivamente, indicativa do HIV (DONOSO-HOFER, 2016; ROBINSON, CHALLACOMBE, SHEIHAM, 1998; SAINI, 2011), a observação destas LOAH alerta

para a possibilidade da infecção ou progressão da doença (COOGAN, GREENSPAN, CHALLACOMBE, 2005; HODGSON et al., 2006; SAINI, 2011), além disso, pode apontar para a falha da TARV e necessidade de alterações nos esquemas terapêuticos implementados (TOBIAS et al., 2012).

Também importa a identificação de patologias devido aos efeitos colaterais da TARV, com destaque para xerostomia, úlceras bucais, parestesias periorais, eritema multiforme (síndrome de Stevens-Johnson), lipomatose parotídea e lipoatrofia facial (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; CORREA; ANDRADE, 2005; ENGELAND et al., 2008; FREEMAN et al., 2012; LEO et al., 2009; MCLEAN et al., 2012; NEDWICK-CASTRO; VIEIRA, 2012; OLISCOVICZ et al., 2015; PATTON, 2003; PORTER; SCULLY, 1998; REZAEI-SOUFI et al., 2014; SHEKARCHIZADEH et al., 2013; VERNON et al., 2016).

#### *2.1.1.2 Manejo da cárie dentária e da doença periodontal*

No que concerne ao manejo da cárie e da doença periodontal, destaca-se a relevância da avaliação de risco para determinar o plano preventivo/ terapêutico, aliando procedimentos restauradores a técnicas de remineralização, bem como investigando a presença de doenças periodontais relacionadas ao HIV (DPRH) e de outros fatores que influenciam a progressão da doença periodontal (DP), a saber: tabagismo, diabetes, neuropatia periférica decorrente de medicação, xerostomia, debilitação imunológica e distúrbio da função neutrofílica (ENGELAND et al., 2008; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; HOLMSTRUP; WESTERGAARD, 1998; ROBBINS, 2017).

Quanto à cárie, a segurança e a previsibilidade de procedimentos invasivos visando a uma boa adaptação marginal da restauração ou a recuperação do espaço biológico foram retratadas no estudo de Kolhatkar et al. (2012), enquanto Robbins (2017) recomendou postergar a confecção de próteses fixas complexas até o alcance e manutenção do controle de cárie satisfatório. No tratamento periodontal, por sua vez, estudos citaram uma volta dos níveis de bacteremia à normalidade em 30 minutos após o debridamento, sendo, portanto, uma abordagem segura para as PVHA (RYDER, 2002; RYDER, 2000).

Vale salientar os diversos fatores que concorrem para a maior propensão das PVHA à cárie dentária (COKER et al., 2018; ROBBINS, 2017), os quais, quando

possível, devem ser controlados pelo CD, a saber: comprometimento imunológico que resulta em maior atividade da microbiota cariogênica; xerostomia; alta exposição à sacarose na dieta e/ou medicamentos; refluxo ácido e negligência ou diminuição da capacidade de realizar o autocuidado oral; assim como alterações na flora microbiana oral, como aumento de *Streptococcus mutans* (BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007; COKER et al., 2018; COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; ENGELAND et al., 2008; KALANZI et al., 2018; MCLEAN et al., 2012; REZAEI-SOUFI et al., 2014; ROBBINS, 2017; VERNON et al., 2016). Nessa perspectiva, o acompanhamento odontológico requer frequentes visitas tanto para o tratamento em si quanto para manutenção periódica - profilaxia de rotina, instrução e acompanhamento do controle mecânico de biofilme - sobretudo em pacientes com periodontite crônica (ADENIYI; DIAKU-AKINWUMI; OLA, 2016; FRICKE et al., 2012; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; NEDWICK-CASTRO; VIEIRA, 2012; ROBBINS, 2017; RYDER, 2002; RYDER, 2000). Além disso, recomenda-se a individualização do cronograma de retornos, a depender do histórico clínico de DP necrosantes, diabetes ou periodontite crônica; da resposta à terapia periodontal implementada; e da efetividade do controle mecânico do biofilme (ENGELAND et al., 2008; ROBBINS, 2017).

### *2.1.1.3 Tratamentos reabilitadores*

No tocante ao planejamento em prótese, cabe ao CD iniciar a reabilitação após o devido controle de infecções orais; realizar a manutenção da saúde dos remanescentes dentários, dos pilares de próteses fixas e dos tecidos peri-implantares; prevenir/controlar lesões fúngicas, principalmente, a candidíase, bem como adotar medidas padrão de biossegurança com os instrumentos e artefatos - impressões, mordidas de cera, modelos de gesso e próteses – que contactam fluidos dos pacientes (NAGARAJ, SAVADI, 2013). Ademais, deve atentar para a adequação do plano reabilitador às condições emocionais e financeiras do paciente, priorizando-se a simplicidade dele (CORRÊA; ANDRADE, 2005), ou seja, planejar o tratamento reabilitador de uma PVHA implica preocupações que o profissional destina a todo e qualquer paciente, porém sem excessos.

Para a reabilitação oral da PVHA, faz-se necessário o controle de condições que interferem em seu sucesso, em especial, a periodontite, a xerostomia e a candidíase



oral, indicando a necessidade de avaliação periodontal criteriosa dos remanescentes dentários, do manejo adequado da xerostomia – que gera dificuldades fonéticas, mastigatórias e na deglutição, desconforto/dor e irritação/ulcerações da mucosa já fragilizada pelo movimento crônico de próteses removíveis (EPSTEIN; MATHIAS, 1987; NAGARAJ, SAVADI, 2013) - e da candidíase, frequentemente associada a peças protéticas acrílicas, que podem servir de reservatório para o fungo e, por vezes, ocasionar infecções disseminadas (KRISHNAN, 2012; MCLEAN et al., 2012; NAGARAJ, SAVADI, 2013).

Para minimizar a xerostomia, Nagaraj e Savadi (2013) preconizaram a utilização de saliva artificial na base da prótese, sua embebição em água ou a confecção de reservatório para saliva artificial a fim de melhorar a retenção de prótese, enquanto no enfrentamento da candidíase, apontaram o tratamento antifúngico tanto da mucosa oral quanto da superfície de contato da prótese com a mucosa. Ademais, Krishnan (2012) acrescentou que higiene oral precária, próteses mal ajustadas, infecção bacteriana ou alergia a material utilizado na base das próteses dentárias favorecem a candidíase, enquanto foi citada a alternativa de confecção da base da prótese em metal para as PVHA com maior propensão a infecções fúngicas, assim como desaconselhado o uso de adesivos para próteses por eles abrigarem fungos (NAGARAJ, SAVADI, 2013).

#### *2.1.1.4 Procedimentos invasivos*

No tocante à realização de procedimentos cruentos que envolvem bacteremia em potencial, a literatura revisada foi enfática em relação à ausência de risco aumentado de sangramento e outras complicações pós-cirúrgicas em virtude exclusivamente do HIV (KOLHATKAR et al., 2011; MOSWIN, EPSTEIN, 2007; PATTON, 2003; ROBBINS, 2017; SHIRLAW et al., 2002). Convém destacar que o sucesso da HAART favorece a segurança da execução de procedimentos odontológicos invasivos, uma vez que diminui a chance de trombocitopenia e neutropenia, dada a associação significativa dessas alterações com o descontrole da imunossupressão (PATTON, 2003). Ademais, dados obtidos no hemograma completo e nos exames de coagulação contribuem para a melhor condução desses procedimentos odontológicos (CAMPO et al., 2007; KOLHATKAR et al., 2011; ROBBINS, 2017). Em cirurgias extensas, níveis de hemoglobina abaixo de 6 g/dl indicam transfusão de hemácias (CAMPO et al., 2007; PATTON, 1999). Quanto às

complicações hemorrágicas, plaquetopenias da ordem de menos de 20.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> contraindicam a maioria dos procedimentos cirúrgicos (CAMPO et al., 2007), enquanto foram citadas alternativas que incluem terapia pós-operatória com o ácido aminocaproico ou enxaguatório bucal de ácido tranexâmico a 5% (10 ml, por 2 min, 4 vezes ao dia, durante 7 dias); uso de medidas hemostáticas locais (ex: gelatina absorvível ou esponjas de fibrina para contagem entre 70.000 e 100.000/ $\mu$ L), imunoglobulinas intravenosas (1g/kg no dia anterior e no dia do procedimento) ou transfusão de plaquetas (quando abaixo de 50.000/ $\mu$ L) (CAMPO et al., 2007; MUNOZ-MUNOZ et al., 2002; PATTON, 1999; ROBBINS, 2017). Além disso, segundo Robbins (2017) e Patton (1999), em pacientes com plaquetopenia entre 50.000 e 70.000/ $\mu$ L ou diante de coinfeção com os vírus da Hepatite (HBV) ou da Hepatite C (HCV) e outras hepatopatias induzidas por medicação ou abuso de substâncias que alterem os fatores de coagulação, deve-se acrescentar a análise de outros fatores de risco hemorrágico, considerando como parâmetros mínimos, conforme Robbins (2017), os tempos de protrombina (TP) em 21 e de tromboplastina parcial (TTP) em 55 segundos, além de Razão Normalizada Internacional (RNI) de 3,5.

Em relação às complicações infecciosas, os autores revisados foram contundentes na indicação de antibioticoprofilaxia, exclusivamente, no caso de neutropenia grave - isto é, menos de 500 neutrófilos/mm<sup>3</sup>- para as pessoas em risco de endocardite infecciosa (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; KOLHATKAR et al., 2012; ROBBINS, 2017; SHIRLAW et al., 2002; WINKLER; ROBERTSON, 1992), em que Campo et al. (2007) e Porter, Scully e Luker (1993) enquadraram neste risco a população de usuários de drogas injetáveis. Ademais, em virtude da predisposição a superinfecções e resistência microbiana (HOLMSTRUP; WESTERGAARD, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; PORTER; SCULLY; LUKER, 1993; RYDER, 2002, RYDER, 2000), vale investigar se os pacientes com essa indicação já não se encontram em profilaxia contra pneumonia ou tuberculose (CAMPO et al., 2007), ou em terapia antimicrobiana de longo prazo para alguma enfermidade (SCULLY; MCCARTHY, 1992), preconizando-se o uso racional de antibióticos.

No que diz respeito às cirurgias periodontais, Kolhatkar et al. (2012) ressaltaram a instrução quanto aos cuidados pós-operatórios, especialmente, pelo grau de trombocitopenia apresentado (ROBBINS, 2017; RYDER, 2002), mas que não aumentam as complicações de procedimentos como o debridamento com retalho aberto (ROBBINS,

2017), embora Ryder (2000) tenha defendido a não realização de atos cirúrgicos periodontais eletivos extensos nos casos de grave imunossupressão.

Durante a terapia endodôntica das PVHA, a literatura revisada demonstrou semelhantes taxas de cicatrização de lesões periapicais, assim como não assinalou aumento na incidência de complicações pós-operatórias (CAMPO et al., 2007; ROBBINS, 2017), comprometimento dos resultados (JOHNSON, 2010) ou justificativa para o uso rotineiro de antibióticos sistêmicos (ROBBINS, 2017), tampouco a sua administração profilática, bem como a de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) (CAMPO et al., 2007).

#### *2.1.1.5 Manejo das lesões orais associadas ao HIV (LOAH)*

Uma vez que a infecção pelo HIV compromete o sistema imune de maneira sistêmica, a função imunológica da mucosa oral, também, é abalada, tornando-a suscetível a diversas alterações além das doenças orais comuns, tais como infecções (fúngicas, virais e bacterianas), crescimento celular anormal (neoplásicas) e lesões de causa idiopática (CORRÊA; ANDRADE, 2005; GASPARIN et al., 2009; LIBERALI et al., 2013; MARGOLLES; MACHADO, 2000; VELÀSQUEZ, 2006).

A literatura científica já estabeleceu as LOAH e reconhece que elas podem ocorrer em mais de 50% das PVHA (LIBERALI et al., 2013; PETRUZZI et al., 2013), mesmo estando em TARV. Na presente revisão, foram encontradas as seguintes LOAH: candidíase; herpes zoster; leucoplasia pilosa; lesões herpéticas, úlceras aftosas recorrentes, eritema gengival, Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN), estomatite (aftoide recorrente e necrosante), tuberculose oral, afecções causadas pelo HPV, Sarcoma de Kaposi e Linfoma não-Hodgkin (CAMPOS; LOFFREDO, 2010; CORRÊA; ANDRADE, 2005; BUTT; CHINDIA; RANA, 2011; CLAUDINO et al., 2012; GASPARIN et al., 2009; KOYIO et al., 2014; LIBERALI et al., 2013; RITTER; PATTON, 2007; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA et al., 2011).

Vale salientar que outros agravos orais podem estar relacionados ao HIV/AIDS, mas esta revisão buscou englobar os principais e mais citados, cabendo aqui a ressalva da possibilidade de identificação dessas manifestações em pacientes imunocompetentes ou em imunossuprimidos por motivo alheio ao HIV/AIDS

(DONOSO-HOFER, 2016; RITTER; PATTON, 2007; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011).

Uma vez que, em geral, os CDs são os primeiros profissionais a diagnosticar e tratar tais patologias bucais e tendo em vista a prevalência e a gravidade dessas manifestações, faz-se necessário que o CD esteja atento aos fatores de risco de patologias orais (PETRUZZI et al., 2013), bem como ao diagnóstico e às condutas necessárias ao seu adequado manejo durante o acompanhamento do paciente. Para uma melhor compreensão, diante da ampla gama de lesões, os resultados desta parte da revisão foram compilados em quadros, os quais contemplam as lesões fúngicas (Quadro 1), virais (Quadro 2), bacterianas (Quadro 3), neoplásicas (Quadro 4), assim como lesões diversas que acometem a cavidade oral das PVHA (Quadro 5).

#### 2.1.1.5.1 Lesões orais de origem fúngica

O controle da candidíase oral (CO) permite que a saúde bucal tenha o seu papel reconhecido na melhora da qualidade de vida das PVHA, em virtude da sensação de ardência e queimação na boca, sobretudo durante a ingestão de alimentos salgados, condimentados ou bebidas ácidas, da perda do paladar ou sabor metálico na boca, bem como do seu desconforto na fala, mastigação e deglutição, prejudicando, inclusive, o seu estado imunológico (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CLAUDINO et al., 2012; DONOSO-HOFER, 2016; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; KRISHNAN, 2012; REZNIK, 2005). Ademais, os profissionais da Odontologia, ao conduzirem o tratamento eficaz e rápido desse agravo, participam da diminuição da morbidade da doença, pelo risco que a disseminação na cavidade oral e na mucosa esofágica, caso haja grave imunodeficiência, representa para a saúde das PVHA (CLAUDINO et al., 2012; COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; KRISHNAN, 2012; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011).

Nesse sentido, cabe ao CD decidir o antifúngico a ser utilizado no tratamento, considerando o potencial cariogênico, dando preferência aos que não têm sacarose, quando se tem condições favoráveis a seu uso (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997;

MOSCA; HATHORN, 2006; SHIRLAW et al., 2002), bem como minimizando tal efeito, por meio, por exemplo, de bochechos diários com fluoretos (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997); a baixa adesão a esquemas com múltiplas aplicações diárias (ROBBINS, 2017); a inviabilidade do uso de pastilhas na presença de hipossalivação/xerostomia, tendo em vista a dissolução inadequada, e de baixo nível de colaboração do paciente, pela necessidade de manutenção na boca durante cerca de 15 a 20 minutos (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; ROBBINS, 2017); as interações medicamentosas, hepatotoxicidade e outros efeitos colaterais dos antifúngicos (JOHNSON, 2010). No tocante à profilaxia da CO, a ação do CD é ponderar o antifúngico utilizado (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MOAZZEZ; ALVI, 1998; SCULLY; MCCARTHY, 1992), assim como o uso da solução aquosa do gluconato de clorexidina com essa finalidade (CHALLACOMBE et al., 2006; HODGSON et al., 2006; SCULLY; MCCARTHY, 1992); e a duração, os medicamentos concomitantes, bem como a viabilidade do uso recorrente de fármacos ao longo do dia (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997). Contudo, diante da necessidade de terapia sistêmica, deve-se encaminhar o paciente ao médico ou a um CD especialista, pois extrapola o escopo da prática do CD geral, segundo McLean et al. (2012).

Além disso, nas PVHA usuárias de próteses dentárias removíveis, quando indicado, deve-se restabelecer a dimensão vertical de oclusão, diminuindo a sua tendência à queilite angular (KRISHNAN, 2012), e efetuar, nas próteses, o tratamento antifúngico (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; NAGARAJ; SAVADI, 2013) e a remoção de reservatórios de *Candida*, sobretudo, nas antigas e em condições precárias (ROBBINS, 2017).

Acrescenta-se, ainda, que são atribuições essenciais da equipe odontológica identificar e minimizar fatores predisponentes para a CO, a saber: xerostomia, higiene bucal precária, necessidade de ajuste e melhor higiene de próteses removíveis, tabagismo, desnutrição, deficiências vitamínicas, antibioticoterapia de amplo espectro recente e imunocomprometimento, por exemplo, por diabetes, corticoterapia e uso de azatioprina (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; BODHADE; GANVIR; HAZAREY, 2011; CHAGAS et al., 2009; CLAUDINO et al., 2012; DONOSO-HOFER, 2016; GASPARIN et al., 2009; KRISHNAN, 2012; LOURENÇO et al., 2017; MCLEAN et al., 2012; RITTER; PATTON, 2007; ROBBINS, 2017).

Quadro 1 – Lesões orais fúngicas associadas ao HIV/AIDS.

Candidíase oral			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p><b>- Pseudomembranosa:</b> Pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por raspagem, deixando uma mucosa subjacente eritematosa e adjacente normal, por vezes, ligeiramente sangrante, sintomática ou não. *Mais comum em imunossupressão mais severa.</p> <p><b>-Eritematosa:</b> Pontos/manchas vermelhas e atróficas, sensíveis ao toque, frequentemente, no palato, dorso da língua (papilas filiformes desaparecem) e mucosa jugal, podendo tornar-se difusa, sendo o tipo de candidíase associada a próteses. * mais frequente no início da enfermidade e, por vezes, subdiagnosticada.</p> <p><b>- Queilite angular:</b> Lesões eritematosas ou fissuras partindo da comissura labial e, por vezes, placas esbranquiçadas com eritema da pele próxima, assintomática ou desconfortável à abertura excessiva da boca, sendo frequentemente bilateral e concomitante a formas intraorais. *Predisposição pela perda de dimensão vertical de oclusão.</p>	<p>- Tópico (3 a 4 vezes ao dia) → 1ª escolha nos casos leves a moderados e baixo imunocomprometimento</p> <p><u>Pseudomembranosa e eritematosa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nistatina: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bochecho: 100.000 UI, 1 a 5 ml, 4 ou 5 vezes ao dia</li> <li>▪ aplicação de solução: 500.000 UI, 4 a 6 ml</li> <li>▪ pastilha: 100.000 UI ou 200.000 UI, 3 a 5 vezes ao dia</li> <li>▪ comprimido de lenta dissolução</li> </ul> </li> <li>○ Clotrimazol: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pastilha: 10mg, 5 vezes ao dia</li> <li>▪ comprimido de lenta dissolução: 50mg, 2 vezes ao dia</li> </ul> </li> <li>○ Miconazol: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gel: 2%, 2,5 mL</li> <li>▪ pastilha: 50 mg</li> <li>▪ adesivo bucal: 50 mg, 1 vez/dia</li> </ul> </li> <li>○ Anfotericina B <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suspensão: 100 mg/µl, 1 ml, 4 vezes ao dia</li> <li>▪ pastilha: 10mg, 4 a 5 vezes ao dia</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Queilite angular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tratamento de formas intraorais e aplicação de creme ou gel nas comissuras <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nistatina: Miconazol 2%; Clotrimazol 1%; Cetoconazol 2%; Triancinolona acetonida</li> </ul> </li> </ul> <p>- Sistêmico → Lesões moderadas a graves ou persistentes e imunossupressão moderada. * Responsabilidade do médico</p>	<p>- Diagnóstico clínico</p> <p>- Nistatina: potencial cariogênico</p> <p>- Clotrimazol: menos cariogênico e eficaz para dissolução lenta na boca</p> <p>- Miconazol, cetoconazol e itraconazol: interação medicamentosa (IM) com varfarina, potencializando-a</p> <p>- Fluconazol: menos IM com TARV em comparação ao itraconazol e o voriconazol.</p> <p>- Itraconazol: casos refratários ao fluconazol</p> <p>- Soluções orais à base de álcool e melaleuca sem álcool e violeta de genciana - países em dificuldade financeira</p> <p>- Duração de, pelo menos, 2 semanas</p> <p>- Eliminação de fatores predisponentes</p> <p>- Tratamento antifúngico de próteses removíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pó de nistatina (50 milhões de UI) ou</li> <li>• Creme de clotrimazol (4 a 5 vezes ao dia)</li> <li>• Gel de miconazol (4 vezes ao dia)</li> </ul> <p>- Profilaxia antifúngica: fluconazol (100 ou 150 mg, via oral, uma vez por semana), clotrimazol, pastilhas de anfotericina ou bochecho com clorexidina</p>	<p>ARAÚJO et al., 2018; BODHADE; GANVIR; HAZAREY, 2011; CHAGAS et al., 2009; CHALLACOMBE et al., 2006; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CLAUDINO et al., 2012; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GASPARIN et al., 2009; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; HODGSON et al., 2006; KRISHNAN, 2012; LAHOTI et al., 2017; LOURENÇO et al., 2017; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; PATTON, 2003; PEDREIRA et al., 2008; REZNIK, 2005; RITTER; PATTON, 2007; RYDER, 2002; ROBBINS, 2017; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; SCULLY; MCCARTHY, 1992</p>
Outras micoses			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p>- Grandes ulcerações crônicas ou lesões atípicas persistentes, dolorosas, irregulares e com bordas elevadas, as quais, por vezes, se assemelham ao câncer bucal.</p> <p>- Incluem: criptococose, histoplasmose, penicilose, aspergilose e paracoccidiomicose.</p>	<p>- Anfotericina B</p> <p>- Antifúngicos de menor toxicidade (ex: itraconazol 100mg, via oral) – lesões localizadas e sem comprometimento sistêmico</p>	<p>- Diagnóstico: Biópsia / Cultura</p> <p>- Micoses sistêmicas e raras</p> <p>- Países tropicais e em desenvolvimento,</p> <p>- Raramente são de ocorrência isolada</p> <p>- Alerta para focos sistêmicos - sistema respiratório ou disseminadas</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; JOHNSON, 2010; KRISHNAN, 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; SCULLY; MCCARTHY, 1992; VALLE et al., 2006.</p>

Fonte: Elaboração própria

#### 2.1.1.5.2 Lesões orais causadas por vírus

De acordo com a literatura pesquisada, são sete os grupos de vírus que usualmente causam lesões orais diante da coinfeção com o HIV, sendo os principais grupos virais: vírus herpes simplex (HSV 1 e 2), vírus varicela zoster (VVZ), citomegalovírus (CMV), diversos subtipos do HPV, EBV, vírus do molusco contagioso e HHV-8 (MCLEAN et al., 2012).

Isso se deve ao desmonte que o HIV causa nos mecanismos de defesa contra as infecções virais (SPEICHER et al., 2016), bem como pelo déficit nas respostas imunológicas inatas a esses vírus em virtude da TARV (SPEICHER et al., 2016), podendo ser tanto infecções primárias quanto a reativação de infecções virais latentes (MCLEAN et al., 2012).

Ao exame da cavidade oral das PVHA, embora as manifestações virais possam ser típicas, isto é, similarmente às encontradas em imunocompetentes, em geral, as infecções são incomuns e generalizadas, sendo marcadas pela severidade e recorrência (MCLEAN et al., 2012).

Observou-se que elas são, habitualmente, tratadas pelo médico ou pelo CD e diagnosticadas clinicamente; todavia, para um diagnóstico definitivo, podem-se utilizar recursos como biópsia, *swab* para análise de Proteína C Reativa (PCR) e cultura (MCLEAN et al., 2012). Cabe ao CD participar do diagnóstico e do tratamento, assim como colaborar no âmbito de sua prevenção, estimulando a realização rotineira do autoexame oral e abordando a educação sexual nas atividades preventivas, pois comportamentos sexuais de alto risco predis põem as PVHA à exposição a fluidos corporais contaminados por outros vírus, inclusive alguns classificados como oncovírus, tais como EBV, HHV-8 e HPV, concorrendo para o desenvolvimento de malignidades (CHERRY-PEPPERS et al., 2003; EPSTEIN, 2007; LEAO et al., 2009; MCLEAN e tal., 2012; SPEICHER et al., 2016).

## Quadro 2 – Lesões orais de origem viral associadas ao HIV/AIDS

*continua...*

Leucoplasia pilosa oral (LPO)			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p><b>Lesões brancas assintomáticas do tipo manchas onduladas semelhantes a pelos, sobretudo nas bordas laterais - uni ou bilateralmente - da língua, mas também podem acometer a orofaringe e o palato mole, não sendo removíveis à raspagem e com textura grosseira</b></p> <p><b>*Assintomática e sem risco biológico</b></p>	<p>Geralmente desnecessário</p> <p>* Casos sintomáticos (interferência na alimentação e estética) – visa reduzir tamanho</p> <p>- Sistêmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir (800 mg, 4 vezes por dia, durante 14 a 20 dias, até o desaparecimento da lesão); ou</li> <li>o Valaciclovir (500mg, 2 vezes ao dia), ganciclovir, famciclovir, valganciclovir e foscarnet.</li> </ul> <p>- Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Resina de podofilina 25% (30 a 60 segundos);</li> <li>o Vitamina A 0,1% (2 vezes ao dia);</li> <li>o Creme de aciclovir 5%; ou</li> <li>o Tretinoína (2 a 3 vezes/dia até desaparecer)</li> </ul>	<p>- Diagnóstico clínico</p> <p>- Infecção oportunista benigna relacionada à reativação do vírus Epstein-Barr latente</p> <p>- Valor prognóstico - indicador confiável de imunossupressão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressão da doença para AIDS</li> <li>• Falha do esquema antirretroviral</li> </ul> <p>- Valaciclovir: melhor absorção e posologia mais confortável</p> <p>- Frequente resolução com a HAART ou remissão espontânea</p> <p>- Descontinuação da terapia = Recorrência</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; FICARRA et al., 1998; GASPARIN et al., 2009; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; JOHNSON, 2010; LAHOTI et al., 2017; LEAO et al., 2009; MARGOLLES; MACHADO, 2000; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; PATTON, 2003; PEDREIRA et al., 2008; PETRUZZI et al., 2013; REZNIK, 2005; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; SPEICHER et al., 2016; VALE et al., 2016.</p>
Herpes Simples			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p><b>- Lesões intraorais: vesículas que se rompem e coalescem, formando regiões ulceradas profundas, irregulares, com centro vermelho e margens amarelas ou esbranquiçadas e elevadas, sendo sintomáticas e persistentes até por mais de 1 mês</b></p> <p><b>- Herpes labial: pequenas vesículas/ úlceras em regiões queratinizadas, incluindo a pele adjacente, sendo comuns lesões exuberantes, recorrentes e persistentes</b></p> <p><b>* Apresentação mais usual nas PVHA</b></p>	<p>- Tópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir 5%, 5 vezes ao dia, até a remissão</li> </ul> <p>* Contagem de CD4 &gt; 200 células/mm<sup>3</sup></p> <p>- Sistêmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir (200 a 400 mg, 3 a 5 vezes ao dia);</li> <li>o Valaciclovir (1 g, duas vezes ao dia),</li> <li>o Famciclovir (500 mg duas vezes ao dia) ou</li> <li>o Ganciclovir</li> </ul> <p>* Contagem de CD4 &lt; 200, lesões extensas ou ausência de resposta à terapia tópica</p> <p>- Casos refratários e recidivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir (50 mg/kg/dia por 14 a 21 dias)</li> <li>o Imiquimode</li> <li>o Foscarnet endovenoso</li> </ul>	<p>- Diagnóstico clínico</p> <p>* Confirmação por exame citopatológico (esfregaço de Tzanck) ou DNA</p> <p>- Efeito limitado das drogas em infecções estabelecidas</p> <p>- Diminuição da chance de disseminação</p> <p>- Profilaxia com aciclovir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunossupressão grave e recorrência frequente.</li> <li>• Aciclovir 200 mg, via oral, 2 a 5 vezes ao dia.</li> </ul>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; JOHNSON, 2010; LAMARÃO et al., 2012; MCLEAN et al., 2012; MARGOLLES; MACHADO, 2000; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; SCULLY; MCCARTHY, 1992; SROUSSI; EPSTEIN, 2007.</p>
Herpes zoster			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p><b>- Bolhas e vesículas dolorosas e unilaterais, cuja distribuição coincide com um ramo nervoso, com preferência pelo palato, língua e lábios.</b></p> <p><b>- Elas estouram e ulceram, possuindo duração, em geral, de 10 a 14 dias e com um período prodrômico.</b></p>	<p>- Via oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir 800 mg, 5 vezes ao dia, por 7 a 14 dias;</li> <li>o Famciclovir 500mg, três vezes ao dia, por 7 dias</li> <li>o Valaciclovir 1g, 2 vezes ao dia</li> </ul> <p>- Via endovenosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aciclovir 15 a 30 mg/kg, de 8/8h</li> </ul> <p>* Critério: Disseminação viral e letalidade</p>	<p>- Geralmente, advém da reativação do VZV latente abrigado no nervo trigêmeo após infecção primária (catapora)</p> <p>- Tratamento implementado o mais breve possível</p> <p>* gravidade e neuralgia pós-herpética</p> <p>- Manejo da neuralgia pós-herpética: Antidepressivos tricíclicos e corticosteroides intralesionais</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA et al., 2011; SCULLY; MCCARTHY, 1992.</p>



Quadro 2 – Lesões orais de origem viral associadas ao HIV/AIDS

...continuação.

Lesões orais de citomegalovírus (CMV)			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
Úlceras perfuradas de diâmetro variável, as quais podem causar destruição tecidual profunda com um halo branco e, na mucosa oral, ocorrem, sobretudo, no palato ou na gengiva com duração variável e acompanhadas de dor leve a severa e xerostomia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altas doses de antivirais               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ganciclovir intravenoso (7,5 a 15 mg/kg/dia durante até 14 dias) - pode resultar em neutropenia, trombocitopenia, eosinofilia e afetar a função hepática.</li> <li>o Foscarnet;</li> <li>o Aciclovir via oral – sem lesões em outras regiões</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diante do diagnóstico do CMV em úlceras orais, encaminhar o paciente ao médico               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar: ulceração do trato gastrointestinal, hepatite, encefalite, retinite, leucopenia e infecções respiratórias</li> </ul> </li> <li>- Comumente recidivante</li> </ul>	AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; SCULLY; MCCARTHY, 1992
Lesões orais causadas pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV)			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p>Aspectos clínicos diversos (papilomas, verrugas vulgares, hiperplasia epitelial focal e condiloma acuminado) que têm aparência papilomatosa, pedunculada ou sésil, localizadas principalmente no palato, na mucosa bucal e na comissura labial</p> <p><b>Papiloma:</b> superfície irregular com projeções que se assemelham ao formato de couve-flor</p> <p><b>Verrugas vulgares:</b> lesões brancas exofíticas, firmes, de bordas sésseis definidas e frequente queratinizadas</p> <p>*difícil distinguir verrugas de papilomas</p> <p><b>Condiloma acuminado:</b> nódulos brancos ou cor-de-rosa indolores que coalescem em um formato parecido a couve-flor, com superfície mais irregular do que o papiloma</p>	<p>Tratamento mal definido</p> <p>* Ponderar: localização, quantidade de lesões e apresentação clínica.</p> <p>- Agentes ácidos/ cáusticos tópicos ou intralesionias:           <ul style="list-style-type: none"> <li>o Cantaridina, podofilina, cidofovir, 5-fluoracil, ácido salicílico, ácidos bi e tricloroacético e imiquimod, interferon-<math>\alpha</math> ou bleomicina</li> </ul> </p> <p>- Remoção cirúrgica:           <ul style="list-style-type: none"> <li>o Criocirurgia, laser de CO<sub>2</sub>, curetagem ou ressecção com lâmina fria</li> </ul> </p>	<p>- Lesão contagiosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Via sexo oral</li> <li>• Autoinoculação</li> <li>• Transmissão vertical</li> </ul> <p>- Geralmente aparece na área anogenital</p> <p>- Eventual envolvimento orofacial.</p> <p>- Não existe terapia que elimine a infecção</p> <p>- Alta recorrência</p> <p>- Ocorrência correntemente em baixos níveis de CD4</p> <p>- Geralmente envolve os genótipos do HPV 6, 11, 16, 18, 31 e 32</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguns de alto risco para malignidades na boca e outras regiões</li> </ul>	AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; JOHNSON, 2010; LEAO et al., 2009; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; REZNIK, 2005; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA et al., 2011; SROUSSI; EPSTEIN, 2007;

Fonte: Elaboração própria

### 2.1.1.5.3 Lesões orais bacterianas

Entre as lesões bacterianas, sobressaem-se as doenças periodontais relacionadas ao HIV - gengivite ulcerativa necrosante (GUN) e periodontite ulcerativa necrosante (PUN) - em que, por sua gravidade e alta prevalência, faz-se necessário que as PVHA sejam encaminhadas à equipe odontológica para o manejo adequado (CHERRY-PEPPERS et al., 2003; MOAZZEZ; ALVI, 1998), inclusive, em longo prazo, com profilaxia profissional periódica, uso diário de clorexidina 0,12% de 12/12 horas e acompanhamento/reforço da manutenção do autocuidado oral (WINKLER; ROBERTSON, 1992). Contudo, eventualmente, essas enfermidades podem não responder bem ao tratamento convencional, especialmente a PUN (HOLMSTRUP; WESTERGAARD, 1998), ocasião em que Ryder (2002) recomendou que sejam descartadas outras LOAH com aspecto clínico similar, por exemplo, ulcerações aftosas ou herpéticas, linfomas e outras neoplasias.

Nesta revisão, a única reserva do tratamento periodontal das PVHA encontrada diz respeito à parcimônia na prescrição do metronidazol e, além disso, vale destacar o importante papel do CD nessas doenças, dada a possibilidade de evolução da GUN e da PUN para a debilitante estomatite ulcerativa necrosante e a frequente associação das DP, sobretudo das necrosantes, à falha terapêutica ou baixa adesão à TARV (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; FRICKE et al., 2012; LIBERALI et al., 2013), devendo tratá-las pronta e adequadamente (HOLMSTRUP; WESTERGAARD, 1998; MCLEAN et al., 2012; RYDER, 2002). Em relação à noma, conta-se com o cuidado do CD para o necessário diagnóstico precoce e o rápido tratamento (BARRIOS; ARIA; BRAHNEY, 1995).

Além disso, a contribuição do CD pode dar-se, ainda, no âmbito de práticas voltadas à promoção da saúde, tendo em vista o agravamento da enfermidade quando de higiene oral deficiente (SCULLY; MCCARTHY, 1992), o envolvimento da desnutrição profunda (BARRIOS; ARIA; BRAHNEY, 1995; PORTER; LEAO, 2005), bem como a pobreza como principal fator de risco (PETERSEN et al., 2005). No tocante às lesões tuberculínicas, depreendeu-se que o papel do CD consiste em, basicamente, efetuar o diagnóstico diferencial dessa lesão com o câncer bucal, assim como o devido encaminhamento do paciente para tratamento médico, visto que tem o seu manejo sistêmico e, portanto, de responsabilidade do médico do paciente (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015). No manejo das alterações bucais causadas pela sífilis, a literatura

ênfatiou a colaboração do CD na oportunização do diagnóstico e tratamento de úlceras orais de sífilis, inclusive, para a prevenção de infecções virais, como o HHV-8 e o próprio HIV, visto que, conforme apontado por Leão, Gueiros e Porter (2006), úlceras aumentam a carga de HIV na boca, contribuindo para a probabilidade de transmissão do vírus via sexo oral. Uma vez que, além das características clínicas, o diagnóstico requer testes laboratoriais, como o VDRL (sigla de *Venereal Disease Research Laboratory*) e FTA-abs (sigla de *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*) (ORTEGA et al., 2004; LEÃO; GUEIROS; PORTER, 2006), o papel do profissional da Odontologia é, em caso de suspeita de lesão oral sífilítica, encaminhar o paciente para investigação e tratamento pelo médico (MCLEAN et al., 2012). Outro ponto destacado foi o valoroso ofício da equipe odontológica no que diz respeito ao diagnóstico da forma congênita da sífilis (ORTEGA et al., 2004), dadas as anomalias dentárias nos incisivos (formato de chave de fenda) e primeiros molares (em forma de botão), além de hipoplasia do esmalte e perda da borda circunscrita do vermelhão do lábio (LEÃO; GUEIROS; PORTER, 2006).

#### 2.1.1.5.4 Lesões orais neoplásicas

Grande importância no diagnóstico de lesões orais do Sarcoma de Kaposi (SK) pode ser atribuída ao CD quando da realização de diagnóstico diferencial, posto que, clinicamente, assemelha-se a lesões inflamatórias ou reativas inespecíficas, como o granuloma piogênico e outras lesões vasculares, como hemangioma, equimose, hematoma ou acúmulo de pigmento melânico (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; MCLEAN et al., 2012; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; VERNON et al., 2016). É salutar a atuação do CD quanto à minimização da mucosite e xerostomia, à prevenção da osteorradionecrose (ORN) decorrentes da irradiação e da quimioterapia utilizada para regressão das lesões (GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; KRISHNAN, 2012; MIGLIORATI; MADRI, 2007; SCULLY; MCCARTHY, 1992; MCLEAN et al., 2012; SHIRLAW et al., 2002), assim como quanto à ênfase na higiene bucal necessária nesses pacientes (CHERRY-PEPPERS et al., 2003). Ademais, visando à prevenção do SK, devem ser priorizadas atividades de educação sexual e o estímulo a práticas sexuais seguras, no sentido de prevenir a transmissão oral-genital do HHV-8, posto que é altamente transmissível sexualmente (DAI et al., 2014; EPSTEIN, 2007; JOHNSON, 2010; LEAO et al., 2009). No que concerne ao

diagnóstico de casos suspeitos de SK, Reznik (2012) destacou a ação do CD na realização de biópsia para confirmar o diagnóstico, bem como do encaminhamento para o médico de cuidados primários ou de doenças infecciosas antes do início da quimioterapia, ao passo que McLean et al. (2012) salientaram o risco hemorrágico de tal procedimento por sua extrema vascularidade, recomendando que seja evitado pelo CD geral. Entretanto, para o tratamento dessa lesão, cuja modalidade selecionada é definida pelo perfil de distribuição das lesões, McLean et al. (2012) frisaram a necessidade de atuação desse profissional conjuntamente com a equipe médica que assiste o paciente.

Em relação ao diagnóstico do Linfoma não-Hodgkin (LNH), esta lesão pode mimetizar infecções dentárias, como abscesso dentoalveolar, complicações periodontais (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CORRÊA; ANDRADE, 2005; EPSTEIN, 2007; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997), situação que gera, muitas vezes, baixa suspeição clínica, erros de diagnóstico e atraso no tratamento (VALE et al., 2016), o qual deve ser executado por médicos oncologistas (CHERRY-PEPPERS et al., 2003; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MCLEAN et al., 2012). Enfatiza-se, portanto, a importância do acompanhamento de perto pelo CD por meio de retornos breves dos casos suspeitos - afecções refratárias ao tratamento convencional – para confirmação por biópsia (CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998), haja vista o seu prognóstico ruim, com média de sobrevida menor que 1 ano (AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; EPSTEIN, 2007; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; MOAZZEZ; ALVI, 1998).

A HAART reduziu, significativamente, a incidência de SK e LNH, os cânceres mais comuns nas PVHA na era pré-antirretroviral, conforme citado por McLean et al. (2012), ao passo que malignidades não associadas à AIDS, inclusive o câncer de cabeça e pescoço foi destacado na literatura tanto pela prevalência crescente (EPSTEIN, 2007; MCLEAN et al., 2012), assim como por seu impacto na morbimortalidade das PVHA (VERNON et al., 2016). Nesse contexto, confirma-se o mérito do exame periódico da cavidade oral, bem como do estímulo ao autoexame oral das PVHA para a identificação de sinais precoces de carcinoma espinocelular (CEC) (OLISCOVICZ et al., 2015), uma vez que ele pode afetar esses pacientes em uma faixa etária mais jovem e que, não necessariamente, estejam expostos a outros fatores de risco reconhecidamente associados a ele, como afirmou Epstein (2007). Assim, cabe ressaltar que o CD, ao diagnosticar e controlar adequadamente coinfeções

virais com manifestações na cavidade oral envolvendo oncovírus favorece também a prevenção de cânceres de cabeça e pescoço nas PVHA.

Desse modo, embora o manejo das neoplasias orais seja responsabilidade dos médicos ou cirurgiões bucomaxilofaciais adequadamente capacitados, ao CD cabe o importante papel de identificar precocemente alterações orais que possam vir a apresentar malignidade, bem como de atuar na manutenção da saúde bucal das PVHA. Dessa forma, o CD pode contribuir bastante para tratamentos oncológicos menos agressivos e, portanto, com menos sequelas e até minimizar complicações orais geradas pelos tratamentos antineoplásicos.

As úlceras requerem dos profissionais de saúde bucal um olhar cuidadoso no que compreende, entre outras ações, o seu diagnóstico, nele incluído o diagnóstico diferencial com ulcerações neutropênicas (MOSCA; HATHORN, 2006; REZNIK, 2005), causadas pelo CMV (DONOSO-HOFER, 2016; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997) e lesões malignas, como o carcinoma de células escamosas e ulceração linfomatosa (DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987). Visto que são situações marcadas por grande desconforto e que podem provocar disfagia e/ou dificuldades na fala (DONOSO-HOFER, 2016; MCLEAN et al., 2012; PORTER; LEO, 2005; REZNIK, 2005), outra competência relevante do CD nessas ulcerações diz respeito ao seu tratamento, salientando-se que, na ausência de resposta ao tratamento tópico, em úlceras de grande dimensão e recorrência, bem como para descartar a presença de malignidades, alguns casos podem necessitar de biópsia (EPSTEIN; MATHIAS, 1987; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; SCULLY; MCCARTHY, 1992) ou de outros exames, por exemplo, a contagem absoluta e diferencial de neutrófilos, a fim de descartar úlceras neutropênicas (MOSCA; HATHORN, 2006). Ademais, espera-se do CD uma preocupação com o oportuno encaminhamento do paciente para aconselhamento/ suplementação nutricional em virtude da associação de carências nutricionais - ferro, folato e vitamina B12 - na predisposição a úlceras aftosas recorrentes (MCLEAN et al., 2012; SCULLY; MCCARTHY, 1992), assim como a orientação de evitar fatores desencadeantes de tais ulcerações, em que se destacaram, na presente revisão, estresse, má alimentação ou trauma, devendo afastar-se de comidas/bebidas ácidas, salgadas, condimentadas e alimentos duros ou ásperos, que podem exacerbar os sintomas dolorosos (CHERRY-PEPPERS et al., 2003; DONOSO-HOFER, 2016; MCLEAN et al., 2012; REZNIK, 2005).

Quadro 3 – Lesões orais de origem bacteriana associadas ao HIV/AIDS. *continua...*

Doenças periodontais relacionadas ao HIV (DPRH)		* São manifestações orais fortemente associadas ao HIV	
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p><b>Eritema gengival linear (EGL):</b> - Faixa vermelha de 2 ou 3 mm ao longo da gengiva marginal, podendo se estender até a gengiva inserida, com sangramento à sondagem de intensidade desproporcional ao biofilme acumulado, podendo ser desconfortável ou não e sem ulceração ou perda de inserção óssea</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profilaxia dentária profissional</li> <li>- Terapias adjuvantes               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gluconato de clorexidina a 0,12%                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bochecho (5 a 15 ml) por 1 minuto, de 12/12 hs, 14 dias</li> </ul> </li> <li>o Iodopovidona 10%                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Irrigação por meio de seringa com baixa pressão</li> <li>▪ Efeitos antisséptico e anestésico e melhora no sangramento</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Controle de biofilme</li> <li>- Antifúngicos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nistatina ou clotrimazol</li> <li>• Fluconazol sistêmico para grave imunossupressão</li> </ul> </li> </ul>	<p>Envolvimento de espécies de <i>Candida</i> no no tecido gengival</p> <p>- Indicação de antifúngicos: Resposta insatisfatória a medidas de higiene oral e terapia periodontal</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORREA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; HOLMSTRUP; WESTERGAARD, 1998; JOHNSON, 2010; KRISHNAN, 2012; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; MUNOZ-MUNOZ et al., 2002; NAGARAJ, SAVADI, 2013; PATTON, 2003; PORTER; LEO, 2005; REZNIK, 2005; RYDER, 2002; RYDER, 2000; WINKLER; ROBERTSON, 1992</p>
<p><b>Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN):</b> - Presença de pseudomembrana acinzentada; áreas de necrose gengival, particularmente das papilas interdentais; dor intensa, odor fétido e sangramento espontâneo; edema e eritema severos, rápida destruição de tecidos moles, porém, sem envolvimento do osso alveolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento imediato:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Debridamento</li> <li>o Terapias adjuvantes</li> <li>o Controle da dor</li> <li>o Antibioticoterapia sistêmica: Metronidazol (400 mg, três vezes ao dia ou 500 mg, a cada 12 horas) durante 5 a 10 dias</li> </ul> </li> <li>- 1º retorno (em cerca de 1 a 3 dias):               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Avaliação de higiene bucal</li> <li>o Debridamento adicional, caso seja necessário</li> </ul> </li> <li>- Tratamento mediato (em 7 a 10 dias):               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Raspagem e alisamento radicular em cada quadrante</li> <li>o Remoção de tecidos infectados remanescentes</li> </ul> </li> <li>- 3º retorno (em 7 a 10 dias)               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Reforço da higiene bucal</li> <li>o Avaliação da cicatrização e epiteliação</li> <li>o Conclusão do debridamento e do alisamento radicular</li> </ul> </li> </ul>	<p>- Possibilidade de sintomas sistêmicos - febre, mal-estar e linfadenopatia</p> <p>- Forte marcador de imunossupressão severa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressão para a AIDS</li> </ul> <p>- Nem sempre se formam bolsas profundas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Perda óssea e extensa necrose gengival simultaneamente</li> </ul>	
<p><b>Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN):</b> - Exposição e perda óssea alveolar progressiva e rápida, levando a defeitos ósseos em forma de cratera, perda avançada de inserção periodontal, com recessão gengival e mobilidade de elementos dentários, além de sangramento – muitas vezes de maneira espontânea - e dor intensa por toda a maxila ou mandíbula</p> <p>- Papilas interdentais cobertas por tecido necrótico acinzentado</p>	<p><u>Metronidazol:</u> *Indicação: Comprometimento sistêmico, lesões extensas, profundas ou de progressão rápida * Prolongável, dependendo do envolvimento ósseo * Requer monitoramento para CO * Interações com ARV - reação tipo dissulfiram (ritonavir) e potencialização de neuropatia periférica (didanosina ou zalcitabina) * Hepatotoxicidade – uso prolongado requer testes de função hepática ao início e término</p>	<p>- Possibilidade de sintomas sistêmicos - febre, mal-estar e linfadenopatia</p> <p>- Forte marcador de imunossupressão severa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressão para a AIDS</li> </ul> <p>- Nem sempre se formam bolsas profundas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Perda óssea e extensa necrose gengival simultaneamente</li> </ul>	
<p><b>Estomatite Ulcerativa Necrosante (EUN):</b> Ulceração oral extensa (desde a gengiva até o tecido ósseo subjacente), necrose e eritema, podendo resultar em osteonecrose, sequestro ósseo, fistula oroantral e osteíte, halitose, febre, mal-estar e linfadenopatia</p>		<p>Evolução da GUN e PUN - além da junção mucogengival</p>	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 – Lesões orais de origem bacteriana associadas ao HIV/AIDS.

... continuação

Noma			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<b>Gangrena orofacial parecida com a GUN e extremamente debilitante, que tem início como uma ulceração gengival localizada avermelhada ou púrpura e dolorosa, a qual, aceleradamente, se alastra através das estruturas orofaciais – tecidos moles e osso - e se estabelece com um centro necrótico escuro e endurecido, podendo necrosar lábios, bochechas, etc - lesão profunda, perfurante e deformante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debridamento tecidual</li> <li>- Antibioticoterapia               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Penicilina, aminoglicosídeos ou metronidazol</li> </ul> </li> <li>- Manutenção de alto padrão de higiene bucal</li> <li>- Enfrentamento do quadro de desnutrição               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Predisposição à infecção e ulceração oral</li> </ul> </li> </ul> *Responsabilidade de profissional da nutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predomínio na faixa etária de 1 a 4 anos</li> </ul>	BARRIOS; ARIA; BRAHNEY, 1995; PETERSEN et al., 2005; PORTER; LEAO, 2005; SCULLY; MCCARTHY, 1992.
Lesões tuberculínicas orais			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Úlceras crônicas de grande dimensão, de cor cinza-amarelado e bordas endurecidas, com predileção pela língua, gengiva e palato</li> </ul> * Difícil diferenciar do câncer bucal * Eventualmente, é secundária * Condição relativamente rara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento sistêmico</li> <li>- Responsabilidade do médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestações da TB extrapulmonar</li> <li>- Lesões primárias               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção inicia na boca</li> <li>• Pode comprometer linfonodos locais</li> </ul> </li> <li>- Lesões secundárias               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsequentes à TB em outra região</li> <li>• Reflete inoculação bucal via escarro infectado ou disseminação hematogênica do microorganismo</li> </ul> </li> </ul>	AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; ILYAS et al., 2002; JOHNSON, 2010; MCLEAN et al., 2012
Alterações relacionadas à sífilis			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<b>Lesões sífilíticas: manchas mucosas nas superfícies móveis da boca, geralmente, bilaterais; lesões maculopapulares vermelhas, firmes e ligeiramente elevadas no palato duro; e, raramente, nódulos redondos firmes com um centro cinzento que pode ulcerar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibioticoterapia sistêmica               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Penicilina G (2,400,000 UI), dose semanal, durante três semanas</li> </ul> </li> <li>* Realizado pelo médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incomuns</li> <li>- Podem ser confundidas com outras patologias</li> </ul>	LEÃO; GUEIROS; PORTER, 2006; MCLEAN et al., 2012; ORTEGA et al., 2004.
<b>Anomalias dentárias: incisivos (formato de chave de fenda) e primeiros molares (em forma de botão), além de hipoplasia do esmalte e perda da borda circunscrita do vermelhão do lábio</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compõem, juntamente com problemas visuais e auditivos, a tríade Hutchinsoniana</li> </ul>	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4- Lesões orais neoplásicas relacionadas ao HIV/AIDS.

<b>Sarcoma de Kaposi</b>			
<b>Características Clínicas</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Observações</b>	<b>Referências</b>
<p>- <b>Manchas, placas ou nodulações, geralmente assintomáticas, que não empalidecem depois de pressionadas, podendo ser: isoladas ou múltiplas, planas ou elevadas, lisas ou ulceradas, de coloração que pode variar de púrpura ou vermelho a marrom ou amarelo-marrom, e de tamanho variável entre poucos milímetros e vários centímetros</b></p> <p>- <b>Tornam-se mais escuras com o passar do tempo</b></p> <p>- <b>Localização predileta: palato e gengiva</b></p> <p>- <b>Os de grandes dimensões apresentam maior risco de complicações hemorrágicas, destruição do osso e periodonto, problemas estéticos e funcionais de deglutição e fala</b></p> <p>- <b>Podem sofrer trauma ou infecção secundária, com ulceração, sangramento e sintomatologia dolorosa</b></p>	<p>- Opções:</p> <p>A) Lesões assintomáticas, limitadas e estáveis ou de progressão lenta → Observação</p> <p>B) Lesões pequenas → quimioterapia intralesional</p> <p>C) Lesões limitadas à cavidade oral → terapia local ou regional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Radioterapia (800–2,000 cGy, dose única ou terapia fracionada);</li> <li>o Crioterapia; ou</li> <li>o Quimioterapia intralesional: vimblastina, vincristina, interferon ou tetradecil sulfato sódico 3%.</li> </ul> <p>D) Lesões orais múltiplas, disseminadas na pele ou outros órgãos ou tumores avançados → Quimioterapia sistêmica</p> <p>* Importante: Implantação/otimização da TARV, que pode até resolver algumas lesões</p>	<p>- Diagnóstico: biópsia</p> <p>- Neoplasia mais relacionada à AIDS;</p> <p>- Tumor vascular associado ao HHV-8 ou Herpesvírus associado ao Sarcoma de Kaposi (KSHV)</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN, 2007; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; LAMARÃO et al., 1994; LEO et al., 2009; MARGOLLES; MACHADO, 2000; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MICHELIM et al., 2004; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; PETRUZZI et al., 2012; REZNIK, 2005; RITTER; PATTON, 2007; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; SCULLY; MCCARTHY, 1992; SPEICHER et al., 2016; VERNON et al., 2016</p>
<b>Linfoma Não-Hodgkin</b>			
<b>Características Clínicas</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Observações</b>	<b>Referências</b>
<p>- <b>Ulceração vermelha de crescimento exofítico, difusa e de rápida proliferação, geralmente indolor, que afeta, comumente, a mucosa gengival, palatal e alveolar, e pode estar associada a dentes em mal estado.</b></p> <p>- <b>Localização favorita: gengiva</b></p> <p>- <b>Sintomas sistêmicos: febre, sudorese noturna e perda de peso.</b></p>	<p>- Lesões localizadas: Radioterapia</p> <p>- Lesões disseminadas: Quimioterapia</p> <p>*Outras opções citadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapias direcionadas contra o EBV, como zidovudina, ganciclovir e interleucina</li> <li>- Transplante autólogo de células-tronco</li> <li>- Ressecção cirúrgica</li> <li>- Terapias paliativas</li> </ul>	<p>- Diagnóstico: Biópsia</p> <p>- Segunda neoplasia mais comum entre as PVHA</p> <p>- Associado ao EBV</p> <p>- Implantação/otimização da TARV, que pode até resolver algumas lesões</p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN, 2007; GREENSPAN; SHIRLAW, 199; JOHNSON, 2010; LEO et al., 2009; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; SPEICHER et al., 2016; SCULLY; MCCARTHY, 1992; VALE et al., 2017; WAGNER et al., 2016.</p>

Fonte: Elaboração própria



#### 2.1.1.5.5 Outras condições orais associadas ao HIV/AIDS

A literatura chamou atenção para a xerostomia, que, apesar de não ser uma lesão, é um sério fator de predisposição ao desenvolvimento de LOAH, além de cárie dentária, problemas periodontais, mucosites, ulceração traumática e infecções oportunistas, como a CO (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; CORRÊA; ANDRADE, 2005; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; FREEMAN et al., 2012; MCLEAN et al., 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; NAGARAJ, SAVADI, 2013; PATTON, 2003; PETERSEN et al., 2005; REZAEI-SOUFI et al., 2014; REZNIK, 2005; RITTER; PATTON, 2007; ROBBINS, 2017; SATYAKIRAN et al., 2016; SROUSSI; EPSTEIN, 2007; VERNON et al., 2016). Assim, é dever do CD, ao cuidar de um paciente com xerostomia, adverti-lo a respeito das complicações da hipossalivação (SROUSSI; EPSTEIN, 2007), o que melhora a sua conscientização sobre a importância das medidas recomendadas para o seu controle a fim de evitar o surgimento de tais problemas. Assim como outra contribuição do CD no manejo desta condição consiste em realizar instruções acerca de higiene bucal (AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004). Outra atuação dá-se no diagnóstico mais breve possível, possibilitando a implementação de medidas que buscam compensar as complicações da xerostomia, por exemplo, o uso de fluoretos para compensar o risco aumentado de cárie (EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; PATTON, 2003), ou minimizar o desconforto – como a recomendação de evitar produtos com cafeína e álcool (PATTON, 2003) – a fim de diminuir o impacto da secura bucal na qualidade de vida das PVHA.

Dessa maneira, cabe à equipe odontológica a estipulação de um cronograma de retornos para que as PVHA sejam submetidas, regularmente a exame oral completo, com o intuito de acompanhar as LOAH, com retornos mais frequentes para os pacientes com contagem de CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> (ROBBINS, 2017).

Quadro 5- Outras condições orais associadas ao HIV/AIDS.

continua...

Úlceras			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p>- Lesões circunscritas e com cobertura pseudomembranosa de cor amarelo-acinzentada de aspecto semelhante à afta, sintomáticas, persistentes, de tamanho e duração variáveis - em geral, mais de 1 cm</p> <p>- Em geral, acometem a mucosa bucal não queratinizada ou não aderida, mas, em imunodeprimidos, podem atingir mucosa queratinizada e orofaringe</p> <p>- Pela imunossupressão, podem não apresentar halo eritematoso.</p> <p>- Duração pode ser maior que 14 dias</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Exame clínico</p> <p><b>*Exclusão de outras úlceras</b></p>	<p>- Resolução espontânea</p> <p>- Alívio da sintomatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Úlceras leves: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Géis anestésicos tópicos a cada três horas, após as refeições, como o de lidocaína 2% ou benzidamina</li> <li>▪ Bochecho de antisséptico: clorexidina 0,05%</li> <li>▪ Corticoides tópicos ou sistêmicos</li> </ul> </li> <li><u>Tópicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dipropionato de betametasona (0,05%) duas vezes ao dia;</li> <li>✓ Acetoneto de triancinolona (0,1%) três vezes ao dia</li> <li>✓ Elixir de dexametasona (0,5 mg/5 mL, 5ml, por 1 minuto e posteriormente expectorados), 2 a 3 vezes ao dia, até a resolução dos sintomas</li> <li>✓ Esteroides tópicos de alta potência: fluocinonida(0,05%) e propionato de clobetasol ou halbetasol (0,05%) 3 vezes/ dia.</li> </ul> </li> <li>o Úlceras graves e não responsivas a terapias tópicas <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corticoides sistêmicos <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prednisona (1 mg/kg)/40 a 60 mg/dia durante 4 dias</li> </ul> </li> <li>▪ Dapsona (50-100 mg por dia, durante 4 semanas)</li> <li>▪ Talidomida (100 a 200 mg/dia, por 2-6 semanas).</li> </ul> </li> <li>o Úlceras neutropênicas: Corticosteroides</li> </ul> <p>* Considerar o uso de fator estimulador de colônia de granulócitos.</p>	<p>- Esteroides tópicos de alta potência: Possibilidade de candidíase orofaríngea, indicando-se prescrição de antifúngico concomitante.</p> <p>- Talidomida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão médica e ponderação sobre o risco/benefício: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neurotoxicidade: protocolo de uso repetido da talidomida, com constante monitoramento eletromiográfico da neuropatia</li> <li>▪ Teratogenicidade: uso vetado em gestantes</li> </ul> </li> </ul> <p>- Controle da dor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa eficácia dos analgésicos sistêmicos</li> <li>• Enxaguantes anestésicos tópicos: curto efeito e entorpecimento das papilas gustativas, afetando o desejo de comer</li> <li>• Uso promissor de um produto de barreira à base de cianoacrilato</li> </ul> </p> </p>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; BODHADE; GANVIR; HAZAREY, 2011; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; JOHNSON, 2010; MCCULLOUGH; FIRTH; READE, 1997; MCLEAN et al., 2012; MOAZZEZ; ALVI, 1998; MOSCA; HATHORN, 2006; PATTON, 2003; PORTER; LEO, 2005; REZNIK, 2005; SANJAR; QUEIROZ; MIZIARA, 2011; SCULLY; MCCARTHY, 1992; SROUSSI; EPSTEIN, 2007</p>
Doença das glândulas salivares e xerostomia			
Causas	Manejo	Observações	Referências
<p>- Infecção pelo HIV (síndrome de linfocitose CD8 relacionada ao HIV)</p> <p>- Aumento da parótida</p> <p>- Antirretrovirais (didanosina e lamivudina)</p> <p>- Medicamentos não relacionados ao HIV: Ansiolíticos, antidepressivos, anti-histamínicos, antipsicóticos, etc</p> <p>- Condições emocionais (constante estado de apreensão),</p> <p>- Infecções oportunistas dos tecidos salivares (ex: CMV)</p>	<p>- Medidas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança na dosagem ou substituição de drogas causadoras de xerostomia, desde que haja concordância com o médico;</li> <li>• Ingestão de maior quantidade de água;</li> <li>• Mascar chiclete/pastilhas sem açúcar;</li> <li>• Uso de sialogogos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bromexina, anetol tritona, pilocarpina HCl, cevimelina HCl e betanecol;</li> </ul> </li> <li>• Saliva artificial</li> </ul> <p>- Cuidados adicionais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiênização oral</li> <li>• Dieta: evitar produtos com cafeína e álcool</li> </ul> </p> </p>	<p>- Sialogogos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betanecol <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 mg, 3 vezes/dia até 50 mg, 4 vezes ao dia</li> </ul> </li> <li>• Pilocarpina <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5mg, 3 vezes ao dia, antes das refeições</li> </ul> </li> </ul> <p>* nem sempre eficazes</p> </p>	<p>AGARAJ, SAVADI, 2013; AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; CORRÊA; ANDRADE, 2005; DONOSO-HOFER, 2016; EPSTEIN; MATHIAS, 1987; GREENSPAN; SHIRLAW, 1997; KALANZI et al., 2018; LEO et al., 2009; MCLEAN et al., 2012; MOSCA; HATHORN, 2006; NAGARAJ, SAVADI, 2013; PATTON, 2003; PETRUZZI et al., 2012; PINHEIRO et al., 2009; REZAEI-SOUFI et al., 2014; REZNIK, 2005; ROBBINS, 2017; SATYAKIRAN et al., 2016; SCULY, MCCARTHY, 1992; SROUSSI; PSTEIN, 2007; VELÁSQUEZ, 2006</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5- Outras condições orais associadas ao HIV/AIDS

... continuação

Pigmentação melanótica intraoral			
Características Clínicas	Tratamento	Observações	Referências
<p>- Lesões assimétricas de marrom a preto-acastanhadas, benignas e, geralmente, maiores que 1 cm.</p> <p>- De mínimas consequências</p> <p>- Geralmente, acomete pacientes com história longa de HIV</p>	<p>- Remoção cirúrgica</p> <p>* Avaliação crítica da necessidade de remoção</p>	<p>- Possíveis causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desregulação de citocinas que aumentam a liberação do hormônio estimulador de melanócitos <math>\alpha</math>;</li> <li>• Drogas que estimulam melanócitos</li> <li>• Antirretrovirais</li> <li>• Antifúngicos</li> <li>• Doença de Addison</li> </ul>	<p>AGUIRRE-URÍZAR; ECHEBARÍA-GOICOURÍA; EGUÍA-DEL-VALLE, 2004; AŠKINYTĖ; MATULIONYTĖ; RIMKEVIČIUS, 2015; BODHADE; GANVIR; HAZAREY, 2011; LAHOTI et al., 2017; SATYAKIRAN et al., 2016; SCULLY; MCCARTHY, 1992; VERNON et al., 2016.</p>

Fonte: Elaboração própria

Mais uma atribuição do CD é a de, eventualmente, encaminhar o paciente, seja para aconselhamento e testagem sorológica (SHIRLAW et al., 2002), para a equipe médica/infectologista que o assiste - quando do surgimento de SÍRI (JOHNSON, 2010), suspeita de falha na adesão à TARV (JOHNSON, 2010) ou de falha da TARV (FREEMAN et al., 2012) e planejamento de determinadas condutas odontológicas (JOHNSON, 2010) - bem como para outro CD, caso não se sinta apto ao diagnóstico conclusivo de LOAH (MCLEAN et al., 2012; NAGARAJ, SAVADI, 2013). Nesse sentido, é imprescindível a discussão de tal encaminhamento com o paciente (MCLEAN et al., 2012), bem como o consentimento, por escrito, para o compartilhamento de informações relacionadas ao HIV (SHIRLAW et al., 2002).

Outro papel consiste em garantir a longevidade do tratamento implementado por meio da oferta de educação em saúde bucal e da constante avaliação do autocuidado, reforçando, a cada visita do paciente, o controle dos fatores de risco das doenças bucais (NEDWICK-CASTRO; VIEIRA, 2012), diminuindo-as (TOBIAS et al., 2012). Pela necessidade de alto nível de cooperação dos pacientes (NAGARAJ, SAVADI, 2013), é preciso encarar as barreiras da dificuldade financeira, a baixa disponibilidade de profissionais, o medo odontológico e a falta de conhecimento sobre os cuidados dentários (TOBIAS et al., 2012), da neuropatia periférica, que afeta a destreza manual (ROBBINS, 2017), bem como de sintomas depressivos (SEBASTIAN; SIDDANNA, 2016; VIEIRA et al., 2018).

Além disso, cabe ao CD estipular um cronograma de consultas odontológicas de revisão, o qual pode imitar a recomendação das atuais diretrizes de atenção às PVHA para visitas a cada 3-6 meses (BLAIR et al., 2011). Não obstante, é salutar a individualização dessa periodicidade, a depender de fatores, como a necessidade de tratamento apresentada pelo paciente, o seu grau de controle da imunossupressão, o risco de cárie e doença periodontal, a presença de hábitos como o tabagismo e de complicadores da saúde bucal, como diabetes descompensada, terapia imunossupressora, etc. Por exemplo, nos pacientes submetidos a tratamento periodontal, deve-se considerar a história clínica de DP necrosantes, diabetes ou periodontite crônica, a resposta à terapia implementada, bem como a efetividade do controle mecânico de biofilme (ENGELAND et al., 2008; ROBBINS, 2017), sendo recomendada consulta preventiva com profilaxia bimestral (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; MOSCA; HATHORN, 2006). Nesse contexto, a falta de adesão a esse cronograma de retorno regular foi associado à recorrência da DPRH (WINKLER; ROBERTSON, 1992), assim como de recidivas de cárie (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002), visto que o acompanhamento regular resulta em mais cuidados preventivos e diagnósticos precoces, apresentando menos intervenções nas diversas especialidades odontológicas (NAGARAJ, SAVADI, 2013).

A abordagem colaborativa entre o CD e o médico é indispensável durante o acompanhamento odontológico de uma PVHA pela complexidade do seu histórico de saúde (MOSWIN, EPSTEIN, 2007; PEACOCK; ARCE; CUTLER, 2017; PORTER; SCULLY; LUKER, 1993), para o melhor enfrentamento das interações medicamentosas e o planejamento de algumas condutas, abordando questões como sangramento, alergias, profilaxia antibiótica, níveis recentes de contagem de CD4 e carga viral, medicamentos em uso, assim como quaisquer outros aspectos médicos relevantes, por exemplo, hepatite e problemas cardíacos (MOSWIN, EPSTEIN, 2007).

### ***2.1.2 Peculiaridades do acompanhamento odontológico nos adultos e idosos com HIV/AIDS***

À medida que a HAART converteu a infecção por HIV a uma doença crônica (ROBBINS, 2017), o aumento da sobrevivência das PVHA e, por conseguinte, da população de adultos e idosos com HIV/AIDS (TOLJIĆ et al., 2018) tem elevado a incidência de comorbidades crônicas, assim como de mortes de causas não relacionadas à AIDS (BUTT; CHINDIA; RANA, 2011; MOSWIN, EPSTEIN, 2007; TOLJIĆ et al., 2018; VIEIRA et al., 2018), exigindo que o CD leve em consideração alguns aspectos dessas condições no acompanhamento dessas pessoas. Concorrem para esta realidade os fatores de risco tradicionais - idade e estilo de vida prejudicial, como o tabagismo e abuso de drogas – assim como efeitos adversos dos medicamentos ARV - hiperlipidemia, resistência insulínica, intolerância à glicose, acidose láctica, esteatose hepática e perda de densidade mineral óssea (DMO) (CORREA; ANDRADE, 2005; ENGELAND et al., 2008; LIBERALI et al., 2013; PATTON, 2003; PEACOCK; ARCE; CUTLER, 2017; PORTER; SCULLY, 1998; ROBBINS, 2017; SATYAKIRAN et al., 2016; VERNON et al., 2009).

Entre as comorbidades a que as PVHA estão mais expostas, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, assim como nefro e hepatopatias (MOSWIN, EPSTEIN, 2007; ROBBINS, 2017; VERNON et al., 2016; VIEIRA et al., 2018) foram enfatizadas no acompanhamento odontológico, além da presença de sintomas psicossociais, como ansiedade e depressão (SEBASTIAN; SIDDANNA, 2016; VIEIRA et al., 2018) e de distúrbios neurocognitivos, por exemplo, demência associada ao HIV (MCLEAN et al., 2012) e neuropatia periférica (ROBBINS, 2017).

Outra especificidade do tratamento de adultos apontada diz respeito à influência das questões psicossociais na saúde bucal, enfatizando-se o desenvolvimento de xerostomia em decorrência do estado apreensivo (BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007) e do uso

frequente de antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos - benzodiazepínicos e inibidores seletivos de recaptação de serotonina (CORREA; ANDRADE, 2005; KRISHNAN, 2012; NEDWICK-CASTRO; VIEIRA, 2012; SCULLY; MCCARTHY, 1992; SHEKARCHIZADEH et al, 2013). Ademais, foi realçado o elo entre a depressão, o sintoma neuropsiquiátrico mais comum nas PVHA, e a maior ausência de dentes em virtude da inassiduidade às consultas odontológicas e do autocuidado oral deficiente (CORRÊA; ANDRADE, 2005; VIEIRA et al., 2018), assim como com a baixa adesão ao tratamento do HIV (SEBASTIAN; SIDDANNA, 2016; VIEIRA et al., 2018), que acaba impactando na saúde bucal.

Além disso, particularmente, nos idosos com HIV ocorre o agravamento da hipossalivação, porque as mudanças da idade se aliam ao HIV/AIDS, impactando em diversos aspectos, entre eles, dificuldade na retenção de próteses (NAGARAJ, SAVADI, 2013) e rápido avanço da cárie dentária e da doença periodontal (REZNIK, 2005; SHEKARCHIZADEH et al., 2013), candidíase, problemas mastigatórios, fonéticos e na própria deglutição, bem como lábios rachados, ferimentos nas mucosas e halitose (SHEKARCHIZADEH et al., 2013).

Por fim, enfatiza-se que, no contexto da relação entre a saúde bucal e as alterações sistêmicas, destacaram-se a ligação de periodontopatógenos com enfermidades sistêmicas graves, como a aterosclerose e o diabetes (LIBERALI et al., 2013; TOLJIC et al., 2018); diminuição do fluxo e do pH, bem como aumento de glicose na saliva em decorrência de diabetes descontrolada, facilitando a colonização e o supercrescimento de *Candida* (KRISHNAN, 2012); o agravamento da perda óssea em virtude de distúrbios do equilíbrio osteoclástico-osteoblástico e diminuição da DMO (CAPUTO et al., 2013); o risco de osteonecrose associada a bisfosfonatos (ONB) diante de exodontia recente, infecção e exposição e/ou manipulação óssea advinda de qualquer procedimento cirúrgico oral (MIGLIORATI; MADRI, 2007; MOSWIN, EPSTEIN, 2007); e maior risco de osteopenia e osteoporose dos doentes renais (ROBBINS, 2017).

Nesse cenário, compete à equipe odontológica reconhecer e controlar as repercussões das comorbidades e dos aspectos psicossociais na cavidade oral e no tratamento odontológico, além de conduzi-lo de maneira que não prejudique a saúde das PVHA.

### ***2.1.3 Papel do cirurgião-dentista no cuidado do paciente pediátrico com HIV/AIDS***

Além de doenças orais comuns (cárie e doença periodontal), as crianças com HIV/AIDS, pela imunossupressão, também são suscetíveis a diversas LOAH (SALES-PERES et al., 2012) cuja prevenção, diagnóstico, tratamento oportuno e controle delas (EXPÓSITO-

DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004) fazem parte do rol de atribuições do CD no acompanhamento de crianças com HIV/AIDS, uma assistência segura, exceto nas intensamente debilitadas, caso em que se restringe a assistência apenas a intervenções emergenciais (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002). Para esse enfrentamento, é necessário que o CD defina e efetive estratégias para um adequado acompanhamento das crianças (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002) por meio de medidas como visitas regulares tanto para avaliação de risco de desenvolvimento quanto para detecção precoce de patologias, bem como para educação em saúde bucal e orientação aos pais/responsáveis, além do tratamento preventivo: aplicação de verniz fluoretado, selante, etc, além de consultas adicionais, conforme o risco apresentado pela criança (HODGSON et al., 2006).

No que diz respeito ao manejo das doenças orais comuns, esta revisão mostrou poucas particularidades, em que Chagas et al. (2009) destacaram a realização de Técnica Restauradora Atraumática (ART) para estabilização do ambiente bucal, ajudando na redução dos patógenos orais e prevenindo infecções, mesmo que com efeito temporário. Por sua vez, no manejo das doenças gengivais dessas crianças, a dose de metronidazol indicada, nos casos que justifiquem a antibioticoterapia sistêmica, é de 10 mg/kg até 400 mg, a cada 12 horas, durante 5 dias (MCLEAN et al., 2012). Em procedimentos cruentos, pelo risco de trombocitopenia - manifestada por meio de púrpuras e/ou petéquias - e neutropenia - comumente apresentada por meio de úlceras e lesões periodontais recorrentes - faz-se necessário o adequado manejo dessas situações, o qual ocorre de modo similar ao dos adultos (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002). Por sua vez, o manejo das LOAH requer do CD atenção aos marcadores imunológicos (EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004), visto que o descontrole da imunossupressão aumenta a suscetibilidade das crianças a infecções oportunistas (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002), em que, segundo a literatura, as principais LOAH nesta faixa etária compreendem lesões fúngicas, com destaque para a candidíase; virais; bacterianas, como o eritema gengival linear; além de úlceras, hipertrofia da parótida e linfadenopatia (BUCZYNSKI; CASTRO; SOUZA, 2008; GRANDO et al., 2002; MASSARENTE et al., 2011; SALES-PERES et al., 2012).

Em virtude das similaridades com as lesões na população com HIV/AIDS em geral, no presente estudo, enfatizaram-se as diferenças, em que se destaca o tratamento da candidíase oral. Este é tópico para as formas eritematosa e queilite angular, em pregando-se miconazol ou nistatina (200.000 a 800.000 UI) 4 ou 5 vezes ao dia, enquanto a forma pseudomembranosa e os casos crônicos ou refratários requerem a terapia tópica e fluconazol ou cetoconazol (6mg/kg, via oral, durante 5 a 7 dias) (EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-

COBO, 2004). O estudo de Scully e McCarthy (1992) apontou, como um dos principais obstáculos do tratamento, a dificuldade de sua aceitação em virtude da baixa palatabilidade dos fármacos, assim como as recaídas.

Para o tratamento e a profilaxia da gengivoestomatose herpética, a dose pediátrica do aciclovir é 10mg/kg, sendo utilizadas as vias oral ou intravenosa (a cada 8 horas), em caso de lesões graves ou que impossibilitem a ingestão de líquidos (EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004). Enquanto na Leucoplasia pilosa, quando necessário, o tratamento é realizado com aciclovir oral e antifúngico para prevenir superinfecção de candidíase (EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004). E, por fim, outra condição à qual o CD deve estar atento consiste na linfadenopatia cervical (BUCZYNSKI; CASTRO; SOUZA, 2008), que, ocasionalmente, pode ser evidência de malignidade, sendo, então, importante a sua identificação e encaminhamento ao pediatra, quando necessário. Destaca-se, ainda, a necessidade de o CD alertar os responsáveis sobre excessiva retenção de decíduos (LEAO et al., 2009), bem como de atraso ou aceleração no processo de erupção dos dentes permanentes nas crianças com HIV, em que se realçou a ocorrência de atrasos na erupção dentária com causa desconhecida ou associada à desnutrição, debilidade geral e progressão do HIV para a AIDS (COOGAN; GREENSPAN; CHALLACOMBE, 2005; HODGSON et al., 2006; LEAO et al., 2009). Ao passo que Leao et al. (2009) aventaram a possibilidade do vínculo entre erupção acelerada e doença periodontal atual ou prévia.

Em contrapartida, alguns importantes fatores concorrem para o adoecimento bucal dessas crianças, os quais, nem sempre, são esclarecidos pelo CD ou pelos demais profissionais de saúde aos pacientes e/ou pais/responsáveis. O primeiro trata da relação entre a prevalência de cárie dentária e o uso frequente de xaropes ricos em açúcar, e hábitos alimentares prejudiciais, como o alto consumo de açúcar entre as refeições e mamadeiras adoçadas, assim como a dieta hipercalórica visando à reposição protéico-calórica para prevenção/tratamento de falhas no crescimento (CAMPOS; LOFFREDO, 2010; CHAGAS et al., 2009; EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004; HODGSON et al., 2006; LEAO et al., 2009; MASSARENTE et al., 2011; MELESS et al., 2014; MOSCICKI et al., 2016; MUNOZ-MUNOZ et al., 2002; PINHEIRO et al., 2009; RWENYONYI et al. 2011; SALES-PERES et al., 2012). Outra questão importantíssima e bastante recorrente na literatura consiste na diminuição do fluxo salivar das crianças, representando um significativo fator de risco para a cárie dentária, candidíase oral e outras lesões na mucosa (MASSARENTE et al., 2011; MOSCICKI et al., 2016; PINHEIRO et al., 2009; SALES-PERES et al., 2012). Mais um



aspecto que precisa ser levado muito à sério é a higiene bucal deficiente, que, além de propiciar cárie e doença periodontal, apontou-se aumento da prevalência de lesões bucais (MELESS et al., 2014).

Adicionalmente, a literatura citou falhas relacionadas às orientações aos pais/responsáveis quanto à prevenção em saúde bucal, das possíveis manifestações bucais decorrentes da AIDS e, sobretudo, sobre os prejuízos da TARV quanto à presença de açúcar nos medicamentos e à xerostomia (BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007; CAMPOS; LOFFREDO, 2010), bem como a grande dificuldade de conscientização dos responsáveis quanto à necessidade da assistência odontológica contínua das crianças (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002), com consultas periódicas, independentemente da necessidade de intervenções terapêuticas, visando ao controle dos fatores predisponentes à cárie, à doença periodontal, assim como da proliferação de fungos, bem como às instruções de higiene oral e à orientação nutricional (CHAGAS et al., 2009). Nesse contexto, a literatura narrou a importância de integrar os pais/responsáveis na higienização bucal das crianças com HIV, dado que elas são influenciadas pelas percepções e pelos valores de seus respectivos responsáveis, assim como dependem da participação de adultos tanto na efetuação da higiene oral quanto no monitoramento domiciliar da escovação dentária e do uso do fio dental (CAMPOS; LOFFREDO, 2010; BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007; MASSARENTE et al., 2011; SALES-PERES et al., 2012), principalmente nas crianças menores de 10 anos, pela falta de habilidade manual ou maturidade suficiente que garanta a higienização adequada, em que é fundamental que o responsável efetue a higiene bucal da criança (CAMPOS; LOFFREDO, 2010), sobretudo, após as mamadeiras ou a alimentação noturna (BALBO; RODRIGUES-JÚNIOR; CERVI, 2007).

Desse modo, cabe à equipe odontológica instruir essas pessoas e, além de tudo, incentivá-las a agir com empoderamento e boa vontade para a saúde bucal das crianças com HIV. Ainda nesta perspectiva, episódios repetidos de hospitalização também podem prejudicar a condição bucal desses pacientes (BUCZYNSKI et al., 2008; SALES-PERES et al., 2012) por diversos motivos, como dificuldade de locomoção para realização de higiene bucal; utilização frequente de substâncias doces para acalantar a criança ou amenizar o gosto desagradável de medicamentos; assim como a preocupação com questões outras que acabam por relegar a saúde bucal a um segundo plano. Desse modo, a participação do CD é essencial para que as crianças hospitalizadas e seus pais/responsáveis mantenham-se vigilantes em relação à saúde da boca e controlem os fatores de risco para doenças bucais, evitando mais complicações ao quadro sistêmico do paciente.

Outro aspecto destacado na revisão foi que a atenção odontológica faz parte dos cuidados contínuos de saúde dessas crianças (EXPÓSITO-DELGADO; VALLEJO-BOLAÑOS; MARTOS-COBO, 2004; GUERRA; TOVAR; GARRIDO, 2004; HODGSON et al., 2006; MACHADO et al., 2008; MASSARENTE et al., 2011), reforçando a importância da inclusão da saúde bucal nos programas de atenção à saúde das crianças portadoras de HIV/AIDS (CAMPOS; LOFFREDO, 2010; PARVATHY, 2014), bem como a participação da Odontologia em equipes multidisciplinares que atendem a crianças e adolescentes infectados pelo HIV (MACHADO et al., 2008; PARVATHY, 2014). Portanto, a condução interdisciplinar do acompanhamento das crianças traz muitos benefícios, à medida que o motivo da consulta passa a ser mais integral, pois inclui avaliação, controle, educação e prevenção (GUERRA; TOVAR; GARRIDO, 2004); ela melhora a conscientização do paciente sobre saúde bucal (HODGSON et al., 2006); a adesão das crianças e dos adolescentes infectados pelo HIV a estes programas (MACHADO et al., 2008); a condução correta do tratamento e a detecção precoce de importantes lesões que poderiam passar despercebidas (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002); além de mudanças comportamentais tanto nos responsáveis pelas crianças (GUERRA; TOVAR; GARRIDO, 2004; MACHADO et al., 2008), os quais se tornam participantes na higiene bucal, quanto dos infectologistas pediatras, os quais passam a atuar de forma interdisciplinar com ênfase na prevenção em saúde bucal (GUERRA; TOVAR; GARRIDO, 2004).

Com base nisso, sem embargo, o HIV/AIDS acarreta necessidades não apenas no campo da saúde física, mas emocional e social das crianças (CAMPOS; LOFFREDO, 2010), que devem ser levadas em consideração durante a sua assistência, a fim de melhor compreendê-las e individualizar o seu tratamento (BUCZYNSKI; CASTRO; SOUZA, 2008), sendo importantíssimo evitar juízos de valor e críticas a fim de estreitar os laços e conquistar a colaboração da criança e de todo o seu núcleo familiar (MACHADO et al., 2008), ao passo que, para melhor conscientizar os pais/responsáveis e beneficiar o atendimento global e integrado da criança, é necessário que os profissionais permitam-se trocar opiniões com os pacientes pediátricos e seus responsáveis (MUNOZ-MUNOZ et al., 2002).

## **2.2 A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)**

A presente investigação abrangeu os Estados-membros da CPLP, comunidade que se assume como um novo projeto político cujo fundamento é a língua portuguesa, vínculo histórico e patrimônio comum dos nove países, os quais constituem um espaço geograficamente

descontínuo, porém identificado pelo idioma comum e com atuação conjunta cada vez mais significativa e influente (CPLP, 2016b).

A CPLP é uma organização que vem afirmando-se no mundo através da adoção de uma inovadora e pragmática visão político-estratégica para a globalização da cooperação entre Estados-membros (AZEVEDO; BERNARDINO, 2016). Um dos objetivos gerais deste projeto é o incremento da cooperação entre os seus países-membros nos domínios social, cultural e econômico, através de instituições públicas e entidades privadas empenhadas em ações voltadas para setores prioritários, como saúde, educação, segurança alimentar e ambiente, entre outros domínios (CPLP, 2016b).

O idioma possui a capacidade de naturalmente agregar nações e partilhar culturas e, no caso, os países que têm na língua portuguesa o seu idioma oficial decidiram, em Lisboa, em 17 de Julho de 1996, criar a CPLP (CPLP, 2016b).

Atualmente, fazem parte da composição de Estados-membros da CPLP, nove nações, a saber: Brasil, Portugal, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique e Timor-Leste (Figura 1).

Figura 1 – Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.



Fonte: Adaptado, pela autora, de BI DA EMPRESA, 2014.

### ***1.2.1 República de Angola***

A República de Angola, cuja capital é Luanda, é um dos maiores países multiculturais do continente africano. Possui uma extensão geográfica de 1.246.700 Km<sup>2</sup> e, aproximadamente, uma população de 30,8 milhões de habitantes (WHO, 2020b) distribuídos

por 18 províncias, 164 municípios e 536 comunas situadas na região ocidental da África Austral (CPLP, 2010). Com uma grande diversidade de recursos naturais, estima-se que apresente 35 dos 45 minerais mais importantes do comércio mundial, entre os quais se destacam petróleo, diamante e gás natural. Esse país ostenta, também, grandes reservas de fosfato, ferro, magnésio, cobre, ouro e rochas ornamentais, além de uma grande produção pecuária, sendo a cultura do café e do petróleo representantes de 90% das exportações. Depois de longos anos de confrontos, Angola alcançou a independência em 11 de novembro de 1975, contudo, somente em abril de 2002, a paz foi consolidada pelos acordos assinados no Luena, Moxico. Paradoxalmente à sua riqueza natural, este país africano vive ainda uma duríssima realidade (ANGOLA, 2014).

Aproximadamente, 66% da população vivem em áreas urbanas e 44% em áreas rurais (CPLP, 2010; UNAIDS, 2012), muitas delas dispersas e com pouco ou nenhum acesso às redes de saúde e educação (UNAIDS, 2012). Dados de 2016 estimaram a esperança de vida ao nascer dos angolanos em 60 anos para os homens e 65 para as mulheres (WHO, 2020a), enquanto mais de 36,6% da população vive abaixo da linha de pobreza, sobretudo nas áreas rurais, e, pelo seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o país situa-se no 147º lugar num ranking de 189 países (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2019).

### ***1.2.2 República Federativa do Brasil***

O Brasil é uma república federativa, formada por 26 estados e por um distrito federal, divididos em 5.565 municípios distribuídos em mais de 8,5 milhões de km<sup>2</sup> de área, sendo o maior país lusófono e a maior economia latino-americana (CPLP, 2010). Apresenta uma população de aproximadamente 210 milhões de habitantes, fortemente concentrada nas regiões Sudeste e Nordeste, além de uma taxa de analfabetismo de 6,8% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2020) e expectativa de vida ao nascer estimada em 72 anos para homens e 79,4 anos para mulheres (PNUD, 2019). É um país urbano e com vastos recursos naturais, cuja população está envelhecendo e, em termos de etnias, é um país marcado por uma forte imigração de diversos locais do mundo, sendo bastante miscigenado (LIMA, 2018).

Com relação à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, torna o acesso à saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CPLP, 2010).

### ***1.2.3 República de Cabo Verde***

Cabo Verde é um país constituído por dez ilhas e treze ilhéus, formando um arquipélago no Oceano Atlântico, a 620 km da costa oeste africana (CPLP, 2018b), "achado" por exploradores portugueses em 1460 sem presença humana (ARAÚJO, 2014).

Independente em 1975, o país vem construindo, desde 1991, uma democracia multipartidária, com eleições regulares em nível legislativo, presidencial e autárquico (CPLP, 2010). Europeus livres e escravos trazidos da costa africana formaram o povo caboverdeano (ARAÚJO, 2014), que, atualmente, conta com uma população bastante jovem (50% com idade inferior a 22 anos) e com as mulheres representando 50,5% (CPLP, 2018) de uma população de, aproximadamente, 540.000 habitantes (WHO, 2020a).

Com uma densidade populacional de aproximadamente 132 habitantes/Km<sup>2</sup>, sendo as ilhas de Santiago e S. Vicente as mais populosas (CPLP, 2018b), em 2018, apresentou um IDH de 0,651 e a esperança de vida ao nascer dos caboverdeanos foi estimada em 72,8 anos (PNUD, 2019), a mais alta da África subsaariana (CPLP, 2018b).

O transporte entre as ilhas se dá principalmente por via aérea, à exceção de S. Antão e Brava, pela ausência de aeroportos. A pequena frota de barcos disponíveis limita o transporte marítimo entre as ilhas, restringindo-se uma ligação marítima diária e estável somente entre S. Antão e S. Vicente (ARAÚJO, 2014).

A República de Cabo Verde possui recursos econômicos que dependem, sobretudo, do turismo (CPLP, 2018b), da riqueza marinha e da agricultura, a qual sofre frequentemente os efeitos das secas (CPLP, 2010). Seu setor industrial encontra-se em pleno desenvolvimento, com destaque para a fabricação de aguardente, vestuário e calçado, tintas e vernizes, o turismo, a pesca e as conservas de pescado e a extração de sal, porém, importa mais de 80% dos alimentos que consome (CPLP, 2016a).

A falta de recursos naturais bem como a escassez de chuvas no arquipélago contribuíram para a partida de muitos caboverdeanos para outros países (CABO VERDE, 2007). Dada a sua posição estratégica, nas rotas que ligavam entre si a Europa, a África e o Brasil, as ilhas serviram de entreposto comercial e de aprovisionamento, com particular destaque no tráfico de escravos. A demarcação cultural em relação a Portugal e a divulgação de ideias nacionalistas conduziram à independência do arquipélago em julho de 1975. Por ser um país com estabilidade e paz sociais, Cabo Verde goza de crédito junto de governos, empresas e instituições financeiras internacionais (CABO VERDE, 2007).

O Sistema Nacional de Saúde caracteriza-se essencialmente pela presença do setor público e de um nascente setor privado, principalmente nos centros urbanos (Praia e Mindelo) (ARAÚJO, 2014), porém com baixa participação (UNAIDS, 2015c).

#### ***1.2.4 República da Guiné-Bissau***

Situada na costa ocidental da África, a Guiné-Bissau cobre uma superfície de 36.125 km<sup>2</sup> e é dividida entre o território continental e o Arquipélago dos Bijagós, este composto por 88 ilhas, inclusive algumas inabitadas (CPLP, 2018b; GUINÉ-BISSAU, 2016). Apenas 27.700 km<sup>2</sup> constituem a superfície emersa devido à fraca elevação do país em relação ao nível médio do mar, o que torna algumas áreas parcial ou totalmente inacessíveis durante períodos do ano (GUINÉ-BISSAU, 2016).

É um país jovem enquanto independente, e a sua população, constituída por quase 40% das pessoas com menos de 15 anos de idade, é igualmente considerada jovem (CPLP, 2018b). Com esperança de vida ao nascer de 58 anos e IDH de 0,461 (PNUD, 2019), possui cerca de 51,6% da sua população formada por mulheres (CPLP, 2018b).

Do ponto de vista administrativo, o país se divide em oito regiões, as quais se subdividem em 37 setores, mas dadas as características geográficas das regiões administrativas e a capacidade logística do Ministério da Saúde em face das necessidades de respostas de urgência, o mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Setor Autônomo de Bissau. Essas 11 regiões, por sua vez, são divididas em 114 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades) com base em critérios geográficos e abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes (CPLP, 2010).

A República da Guiné-Bissau é um dos principais produtores mundiais de castanhas de caju, contudo, sua economia depende fortemente da agricultura e da pesca (CPLP, 2016a). Comitês de Estado encabeçados por um presidente dirigem as regiões e os setores, mas as administrações regionais e setoriais dispõem de escassos recursos para seu financiamento, sobretudo materiais e humanos (GUINÉ-BISSAU, 2016).

#### ***1.2.5 República da Guiné Equatorial***

Com sua capital situada em Malabo, a República da Guiné Equatorial, o único país de fala espanhola situado na África Subsaariana (CAMINO, 2013), decretou o idioma português

como sua terceira língua oficial, ao lado do espanhol e do francês (QUEIROZ, 2010). Depois de minucioso processo de adesão, em 2014, a Guiné Equatorial tornou-se o nono membro de pleno direito na CPLP (CPLP, 2016a).

Colônia espanhola até 1968, é um pequeno país localizado na África Central Ocidental entre Camarões e Gabão (YEBRA; MULDER; HOLGUÍN, 2013). O país tem uma superfície de 28.051.46 Km<sup>2</sup>, que inclui a região continental - que faz fronteira com o Gabão e Camarões – e a região insular, a qual inclui as ilhas de Bioko Annobón (onde está a capital, Malabo), Corisco, Elobey Grande e Elobey Chico e ilhotas adjacentes (UNAIDS, 2010).

Apenas em julho de 2007, a Guiné Equatorial decretou o português como sua terceira língua oficial, uma decisão recebida com reserva por parte da comunidade lusófona internacional por se colocar em cheque a consistência do conceito de língua oficial, dada a conveniência de se implementar o português como língua oficial do país por interesses de caráter econômico (QUEIROZ, 2010).

De acordo com publicação da UNAIDS (2010), é um país em que a maior parte da população é rural (61,2%), e cujas necessidades do sistema de cuidado em saúde e da saúde pública permanecem relativamente pouco exploradas (REUTER et al., 2014), o que, muitas vezes, restringe os dados a estimativas.

As razões para essa falta de dados são complexas, mas podem estar ligadas ao fechamento das fronteiras, até o final da década de 1970, às dificuldades em curso de realização de trabalho de campo e projetos de pesquisa no país, e à falta de base de dados confiáveis, incluindo medidas comuns de indicadores públicos de saúde (REUTER et al., 2014).

Dados de 2017 revelaram que o país tinha 507 médicos (aprox. 4 médicos por 10.000 pessoas) (WHO, 2020c). No entanto, de acordo com estimativas do Ministério da Saúde e Bem-Estar, 80% da população procuravam, inicialmente, os médicos tradicionais ou os "espíritas" antes de visitar os serviços médicos convencionais do Estado (UNAIDS, 2010), uma situação que se repete em outros países da África Subsaariana (MALOA; PEREIRA, 2012).

A principal riqueza da Guiné Equatorial é a agricultura e a pesca, com produtos como algodão, café, cana de açúcar, várias frutas etc. Também depende do gado, da exportação de madeira e de minerais. Desde o fim do século XX, com a exportação de petróleo, a renda *per capita* tem aumentado, embora haja concentração da riqueza nas mãos de uma minoria, geralmente do clã no governo ou de companhias internacionais (EMBAIXADA DA GUINÉ EQUATORIAL NO BRASIL, 2016).

Vivendo sob um regime político que se autoproclama democrático, há mais de 30 anos, a Guiné Equatorial é conduzida por um mesmo mandatário graças a um golpe militar

perpetrado contra a ditadura que ali se instalou poucos meses após a sua independência política da Espanha (QUEIROZ, 2010).

### ***1.2.6 República de Moçambique***

Moçambique é um país localizado na África Subsaariana e que, após quase 500 anos de colonização portuguesa, tornou-se independente em 1975, a partir de uma luta armada durante, aproximadamente, dez anos liderada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO). Apoiada por nações anticomunistas, a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) recrutou seguidores que deram a ela suporte para iniciar uma guerra civil, a qual durou 16 anos (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014).

O país tem uma superfície de 799.380 km<sup>2</sup>, é formado por 11 províncias (CPLP, 2018b) que compõem as três macrorregiões geográficas e de saúde do país: as regiões Norte e Centro onde se encontram as províncias mais populosas, e a Sul, a mais economicamente desenvolvida, onde se localiza a capital do país, Maputo (NEHEMIA, 2014).

A população do país prevista para 2018 era cerca de 29,5 milhões de habitantes (WHO, 2020b), sendo, majoritariamente, jovem e residente em áreas rurais (67,7%) (CPLP, 2018b), e a taxa geral de alfabetismo foi estimada em 60,7% em 2017, sendo entre as mulheres de apenas 50,3% contra 72,6% entre os homens (CIA, 2020).

Nesse país, 46,1% da população vivem abaixo da linha de pobreza, a esperança de vida ao nascer não passa de 60,2 anos, bem como o IDH da ordem de 0,446 faz que o país ocupe a 180ª posição no *ranking* mundial (PNUD, 2019).

Depois de mais de 20 anos de guerra, os quais afetaram grande parte de seu sistema sanitário e educacional, muitas organizações humanitárias estrangeiras expandiram suas atuações no país com o objetivo de colaborar com o governo no enfrentamento de problemas sociais (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014). No entanto, essas instituições passaram, também, a influenciar e a definir grande parte das ações a serem realizadas no país (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014).

O Brasil desenvolve em Moçambique um programa de cooperação internacional em saúde (DIAZ, 2013). No que se refere ao combate à AIDS, o Brasil conquistou um papel de destaque no apoio a Moçambique, por meio do trabalho de muitos profissionais brasileiros, assim como por projetos desenvolvidos no Brasil que passaram a ser replicados em Moçambique, inclusive uma agência de notícias especializada em temas relacionados à AIDS (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014). Entre os projetos que compõem a “cooperação



estruturante em saúde”, destaca-se a iniciativa de instalação da Fábrica de Medicamentos em Moçambique, conhecida como a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (DIAZ, 2013).

O sistema de saúde moçambicano está em franca reorganização, embora a mortalidade infantil ainda se situe em 64,7 mortes por 1.000, e o país apresente uma razão de médico para 10.000 habitantes de 0,838 (WHO, 2020c). Os serviços públicos de saúde são gratuitos no Sistema Nacional de Saúde e compreendem serviços preventivos e curativos, que correspondem a 94% dos cuidados de saúde existentes no país (NEHEMIA, 2014).

### ***1.2.7 República Portuguesa***

Portugal, que inclui os arquipélagos da Madeira e dos Açores, tem uma área de 92.117,5 Km<sup>2</sup> que se estende ao longo da costa atlântica na Península Ibérica, no Sudoeste da Europa (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário - CESPU, 2016). Apresenta uma população estimada em 10,3 milhões de habitantes, cuja expectativa de vida ao nascer é de 78 anos para homens e de 84 anos para mulheres (WHO, 2020a).

Integrante do grupo de países da União Europeia, sua forma de Estado é uma democracia pluralista, cujos órgãos de soberania são o Presidente da República, a Assembleia da República, o Governo e os Tribunais (CESPU, 2016).

Compondo o sistema de saúde português, coexistem e articulam-se três sistemas - o Serviço Nacional de Saúde (SNS); subsistemas de saúde públicos de apoio, com entidades públicas que atuam na promoção, prevenção e tratamento; e entidades privadas e profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de cuidados (SOUZA, 2009).

### ***1.2.8 República Democrática de São Tomé e Príncipe***

O arquipélago de São Tomé e Príncipe tem uma superfície total de 1.001 Km<sup>2</sup> (UNAIDS, 2014b), onde se distribui uma população estimada em cerca de 200.000 habitantes (WHO, 2020b). Apresenta um produto nacional bruto (PNB) de cerca de US\$ 1805 (CPLP, 2018b), a esperança de vida é de 67 anos para homens e de 71 para mulheres (WHO, 2020a) e possui IDH de 0,609 (PNUD, 2019).

A República Democrática de São Tomé e Príncipe é a menor entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (CPLP, 2016a); apresentando uma razão médico/habitante da ordem de 5,31/100.000 (WHO, 2020c), este país exhibe um quadro de profissionais de saúde insuficiente (CPLP, 2018b).

Sua principal atividade econômica é a agricultura, produzindo cacau, óleo de palma, café e coco, bem como a pesca. A recém-descoberta de jazidas de petróleo em suas águas pode constituir uma importante fonte de receitas e de energia no futuro (CPLP, 2016a).

### ***1.2.9 República Democrática de Timor-Leste***

Timor Leste tem uma área de 18.889 Km<sup>2</sup> e uma população estimada em 1,3 milhões de habitantes (CPLP, 2018b), sendo, aproximadamente, 41,8% que vivem abaixo da linha de pobreza (PNUD, 2019).

É conhecido, atualmente, como um dos mais jovens países do mundo e, principalmente, por ser uma antiga colônia de Portugal e único país asiático de língua oficial portuguesa. Geograficamente, é uma área do Oceano Pacífico conhecida como Anel de Fogo, devido à ocorrência intensa de terremotos (DIAS, 2015).

Após anos de colonização portuguesa e de ocupação indonésia, período em que houve proibição da utilização da língua portuguesa (DIAS, 2015), atualmente, a República Democrática de Timor-Leste, cuja capital é situada em Díli, possui sua economia baseada na produção de cacau, café, cravo e coco, mas recentemente foram encontradas importantes reservas de petróleo e gás natural (CPLP, 2016a).

Com a finalidade de condensar as informações sociodemográficas dos países pesquisados, optou-se por compor um quadro apoiado em indicadores socioeconômicos - IDH, expectativa de vida ao nascer e Coeficiente de Gini - e densidade demográfica (Quadro 6). Tais dados retratam parte importante da conjuntura socioeconômica dos países, enquanto a densidade demográfica foi escolhida em virtude de serem encontradas realidades de área geográfica e quantidade de habitantes bastante heterogêneas, as quais, para efeito de análise e/ou comparação, apenas o conhecimento do total da população seria insuficiente.

O IDH considera componentes básicos do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda (PNUD, 2019), sendo considerado um indicador eficiente de mensuração da pobreza e do desenvolvimento (PUCHALE; PEREIRA; FREITAS, 2019). De acordo com o seu valor, os países são classificados em regiões de baixo (0 a 0,449), médio (0,550 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1,000) desenvolvimento humano (PNUD, 2019). A expectativa de vida ao nascer configura-se como um indicador abreviado de mortalidade, que é capaz de representar condições gerais de vida de determinada população (CORRÊA; MIRANDA-RIBEIRO, 2017). O coeficiente de Gini mensura a variação da distribuição de

rendimento entre indivíduos ou famílias no mesmo país face a uma distribuição perfeitamente igual, com uma escala que vai de 0 (zero) a 100 (cem), sendo 0 (zero) a situação de completa igualdade de distribuição de renda e 1 (um) a situação de extrema desigualdade (PNUD, 2019).

Quadro 6 - Características gerais dos países que compõem a CPLP.

PAÍS	Densidade	Expectativa	Índice de	Coeficiente de Gini <sup>6</sup>
	demográfica <sup>1</sup> (hab/Km <sup>2</sup> )	de vida <sup>4</sup> (anos)	Desenvolvimento Humano (IDH) <sup>5</sup>	
	2018	2018	2018	2010-2017
<b>Angola</b>	24,7	60,8	0,574	42,7
<b>Brasil</b>	24,7	75,7	0,761	53,3
<b>Cabo verde</b>	124,0	72,8	0,651	47,2
<b>Guiné-Bissau</b>	52,6	58,0	0,461	50,7
<b>Guiné Equatorial</b>	46,3 <sup>2</sup>	58,4	0,588	-
<b>Moçambique</b>	36,9	60,2	0,446	54,0
<b>Portugal</b>	111,8	81,9	0,850	35,5
<b>São Tomé e Príncipe</b>	199,8 <sup>3</sup>	70,2	0,609	30,8
<b>Timor-Leste</b>	84,4	69,3	0,626	28,7

Fonte: Elaboração própria.

Origem dos dados:

1. Calculada pelo quociente entre o total da população em 2018 (WHO, 2020b) e sua extensão territorial (CPLP, 2018b), exceto em Guiné Equatorial e São Tomé e Príncipe em virtude da ausência da informação sobre a área geográfica dos países. Valor aproximado em 1 (uma) casa decimal.

2. UNAIDS, 2010.

3. UNAIDS, 2014b.

4,5 e 6. PNUD, 2019.

## **2.3 Situação epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS nos países-membros da CPLP**

As referências mais recentes anunciaram que os países-membros da CPLP respondem por cerca de 8% das PVHA (aproximadamente 2,8 milhões) no mundo (CPLP, 2018b). O impacto da AIDS é diferenciado, e as suas manifestações podem variar de país a país, a depender do nível de desenvolvimento social, econômico e cultural (MALOA; PEREIRA, 2012).

Nesse contexto de grande variação de perfis da epidemia de AIDS em todo o mundo, os membros da CPLP – Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste – apresentam epidemias bastante diversas. Por exemplo, a prevalência da infecção pelo HIV varia desde a baixíssima prevalência estimada para Timor-Leste a epidemias generalizadas, como se observa em Moçambique e em outros PALOP, assim como o HIV-2 encontra-se presente de modo relativamente importante em alguns países e irrelevante do ponto de vista epidemiológico em outros. Porém essas nações enfrentam desafios similares na implementação de suas respostas e no combate à discriminação e ao preconceito relacionados ao HIV, fatores potencializadores da vulnerabilidade à infecção e que reduzem a eficiência dos recursos aplicados e dos resultados alcançados (CPLP, 2010).

### ***1.3.1 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Angola***

Angola é um país com uma população maioritariamente jovem, com amplas zonas fronteiriças de movimentação intensa com países com elevadas taxas de soroprevalência de HIV (CPLP, 2010; PINHO, 2012), como Botswana, Zâmbia e Namíbia, onde as estimativas de prevalência do HIV na população em geral dos adultos sexualmente ativos são maiores do que 15% (KENDALL et al., 2014).

A epidemia em Angola classifica-se como generalizada<sup>1</sup>, com uma prevalência estimada em 2,0% (2018) (WHO, 2020b). A transmissão heterossexual é o modo principal de transmissão do vírus (79,2% dos casos notificados), seguida da transmissão vertical (6%) e da sanguínea - por transfusão e uso de objetos contaminados - em 0,5% (CPLP, 2018b; UNAIDS, 2012).

Inicialmente, essa prevalência relativamente baixa é atribuída, em parte, à longa guerra civil do país (1975-2002) e ao fechamento das fronteiras, mas a diminuição do

---

<sup>1</sup> Considera-se por generalizada a epidemia em que a prevalência de HIV é maior em mulheres grávidas que nas mulheres no geral da população, bem como é maior em mulheres do que em homens (WILLIAMS, 2014).

isolamento do país e uma série de características comportamentais, socioculturais e econômicas (KENDALL et al., 2014) contribuíram para a modificação desse cenário de soroprevalência angolana do HIV.

Vários fatores atuam como determinantes para expansão da epidemia angolana, por exemplo, o fator demográfico de população jovem, a existência de pouca aceitação do risco, além da alta movimentação transfronteiriça, com rápida urbanização e assentamentos humanos (CPLP, 2010). A intensificação da mobilidade regular e a migração de jovens angolanos no período pós-guerra aliada aos processos de urbanização e recomposição social e econômica, fortemente influenciados pelo fenômeno da globalização, podem ter estimulado a formação de redes sociais e sexuais renovadas com pessoas de diferentes regiões e países (PINHO, 2012).

Estudos demonstram uma maior prevalência entre mulheres, cuja transmissão ocorre, predominantemente, por meio de relações heterossexuais (MOREIRA, 2013), e um dos fatores que pesam para essa realidade pode ser a proporção de jovens envolvidas no chamado sexo transacional (PINHO, 2012).

Por sua vez, em 2009, 2,8% das grávidas angolanas eram positivas para o HIV, assim como, na faixa etária entre 15 e 24 anos, a prevalência nacional era de, aproximadamente, 1,7% (CPLP, 2010). Além disso, um estudo com homens que fazem sexo com outros homens (HSH) realizado na província de Luanda verificou nessa população uma taxa de infecção que variou de 3,8% a 10,5%, ou, pelo menos, 2 vezes maior do que a população geral de Angola (KENDALL et al., 2014).

O número de novas infecções tem aumentado (BÁRTOLO et al., 2014; MOREIRA, 2013) nas províncias, particularmente nas regiões fronteiriças e nas cidades com alta densidade populacional por questões ligadas à grande mobilidade populacional, à pobreza e ao limitado acesso aos cuidados primários de saúde (MOREIRA, 2013). Ademais, Moreira (2013) relatou que os novos casos registrados afetam, sobretudo, as mulheres, tratando-se, portanto, de uma epidemia feminizada, cujo enfrentamento exige estratégias especiais em face da desigualdade de gênero. Sobre essa questão, Pinho (2012) ressalta que:

Em um contexto socioeconômico e cultural marcado por pronunciadas iniquidades de gênero nas relações íntimas e sociais, onde as mulheres têm menores oportunidades de educação e emprego formais, particularmente as adolescentes e jovens, somado às pressões de um intenso processo de urbanização e modernização com grande valorização do status social do indivíduo, o engajamento em relações motivadas pelo ganho financeiro e/ou material, muitas vezes com mais de um parceiro, se revela como oportunidade e estratégia para lidar com as vicissitudes, restrições e pressões desse contexto. Por outro lado, o engajamento em tais relacionamentos poderia acabar gerando dependência econômica, além do vínculo afetivo, e comprometer o poder de barganha para negociar os termos ou condições das relações sexuais, incluindo a

contracepção e o uso de preservativo para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV. (PINHO, 2012, p.22).

Com o objetivo de dinamizar os serviços prestados e melhorar o prognóstico, a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e o estilo de vida das populações, o Instituto Nacional de Luta Contra a AIDS tem expandido o Programa de Aconselhamento e Testagem em todo o país, incluindo as comunas (CPLP, 2010). Ademais, entre as ações em resposta à AIDS, destaca-se a mobilização das forças armadas angolanas na prevenção ao HIV, uma das únicas no mundo com um programa completo de prevenção estabelecido em todo o país (CPLP, 2010).

Desde 2004, um plano nacional foi implementado para fornecer medicamentos antirretrovirais gratuitos a indivíduos infectados (BÁRTOLO et al., 2014). Embora seja estimada uma cobertura populacional de, aproximadamente, 80% em relação à TARV, em 2009, apenas 24,5 % das pessoas com necessidade dessa terapia havia sido atingida pela política. As causas desse comportamento são, entre outras, a fraca adesão da população aos serviços de diagnóstico e tratamento (CPLP, 2010).

O número de PVHA em acompanhamento tem aumentado (CPLP, 2010; BÁRTOLO et al., 2014; CPLP, 2018b), fruto da expansão de unidades sanitárias que oferecem serviços de acompanhamento e conseqüentemente da melhoria do acesso e da disponibilidade a eles. A porcentagem das mulheres grávidas em TARV passou de 6 % em 2007 para 12% em 2009, atingindo 45% em 2016 (CPLP, 2010; CPLP, 2018b), com sucesso na Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) do HIV.

A frequência de Transmissão de Resistência das Drogas (TDR - do inglês *Transmissible Drougs Resistance*) em pacientes angolanos chegou a 16,3% no período de 2008-2010, o que se configura como um importante problema de saúde pública, especialmente em contextos de recursos limitados, uma vez que pode determinar rápida perda de eficácia dos regimes antirretrovirais de 1ª linha (BÁRTOLO et al., 2014).

### ***1.3.2 Situação epidemiológica do HIV/AIDS no Brasil***

Dados recentes do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Brasil revelam a detecção, em 2018, de 37.161 pacientes com AIDS e que o número de brasileiros que vivem com a doença chega próximo de 966 mil casos (BRASIL, 2019), representando uma taxa de prevalência de HIV de 0,5% em 2018 (WHO, 2020b).

A epidemia brasileira é do tipo concentrada<sup>2</sup> (MARTINS et al., 2014; BRASIL, 2019), haja vista que a prevalência é superior à média nacional entre populações vulneráveis (populações-chave) (MARTINS et al., 2014), tais como mulheres trabalhadoras do sexo, gays e outros HSH; pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas e pessoas privadas de liberdade.

Contudo, é observado um decréscimo na taxa de detecção<sup>3</sup>, a qual era de 21,4/100.000 habitantes (2012) e converteu-se em 17,8/100.000 habitantes em 2018 (BRASIL, 2019).

Fatores como o acesso universal e gratuito à TARV impactaram fortemente a morbimortalidade por AIDS no Brasil, aumentando a sobrevivência das PVHA (BRASIL, 2014). Ademais, em dezembro de 2013, o Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4, considerando a motivação do paciente (BRASIL, 2013). Essa iniciativa de implementação do tratamento como prevenção tem-se destacado como uma das mais importantes medidas de saúde pública para o controle da transmissão do HIV, uma vez que visa ao aumento da proporção de indivíduos em TARV e com carga viral indetectável e, conseqüentemente, com baixo risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2014).

Entre as mulheres, a cobertura de teste de HIV é 56% maior do que a verificada entre os homens, o que está relacionado, especialmente, à obrigatoriedade do teste de HIV durante o pré-natal (BRASIL, 2015), medida que tem prevenido, sobremaneira, a transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2019). Contudo, em 2016, cerca de 25% das PVHA chegavam ao serviço de saúde com diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, ou seja, com CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> (CPLP, 2018b), bem como, em 2018, cerca de 130 mil indivíduos infectados pelo HIV não conheciam seu diagnóstico, e quase um terço das PVHA continuavam sem TARV (WHO, 2020b).

Ressaltam-se alguns segmentos da população que vive com HIV/AIDS apresentam caráter transversal e vulnerabilidades relacionadas às dinâmicas sociais locais e às suas especificidades, como adolescentes e jovens, negros, indígenas e a população em situação de rua (BRASIL, 2019).

---

<sup>2</sup> A classificação da epidemia em concentrada leva em consideração os parâmetros de prevalência da infecção por HIV inferior a 1% entre parturientes de 15 a 49 anos e mais de 5% em subgrupos populacionais de maior risco (MARTINS, et al., 2014).

<sup>3</sup> Apesar desse declínio, “a notificação compulsória da infecção pelo HIV data de 2014, o que impede por enquanto uma análise epidemiológica mais rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil” (BRASIL, 2019, p. 13).

### *1.3.3 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Cabo Verde*

O primeiro diagnóstico de AIDS em Cabo Verde foi em 1986, e, em 2014, o total de casos acumulados de infecção pelo HIV foi de 4.946 pessoas, dos quais 47,8% eram do sexo masculino e 52,2% do sexo feminino, com uma taxa de óbitos de 14,5 por 100.000 habitantes (CPLP, 2018b).

A literatura relata maior risco para o HIV entre adolescentes do sexo feminino, cujo uso de preservativos menos frequente é relatado por Tavares et al. (2012). Outra justificativa para o aumento da incidência da infecção nas mulheres em relação aos homens (CPLP, 2018b; MOREIRA, 2013), pode estar no incremento do acesso das mulheres ao teste através da PTV, a qual foi implementada no ano 2000 (ARAÚJO, 2014).

A epidemia do HIV em Cabo Verde, com os dados até agora conhecidos, mantém-se de baixa prevalência, exibindo uma taxa de soroprevalência de 0,6% em 2018 (WHO, 2020b). Quanto à distribuição geográfica, a infecção está presente nas nove ilhas habitadas do país (CPLP, 2010; MOREIRA, 2013), com taxas que variam de uma ilha para outra. Nesse aspecto, destaca-se a ilha de Santiago como a região mais afetada pela epidemia, cuja taxa de soroprevalência situa-se em 1,2% (ARAÚJO, 2014; MOREIRA, 2013), um valor superior ao verificado em nível nacional.

A despeito de a prevalência da epidemia em Cabo Verde ser menor do que nos países da África Subsaariana, cuja prevalência é de 7,4% (TAVARES et al., 2012), o país apresenta um risco muito elevado de alastramento da doença, por causa da taxa elevada de comportamentos de risco, assim como pelo nível socioeconômico da população em geral (CPLP, 2010). Dessa maneira, o HIV ainda é uma questão de preocupação para a saúde pública de Cabo Verde (TAVARES et al., 2012).

A via sexual é o principal modo de transmissão (ARAÚJO, 2014; CPLP, 2010), representando mais de 80% dos casos notificados, mas 7,5% resultam de transmissão vertical (CPLP, 2010).

Tavares et al. (2012) citaram a alta frequência do uso de preservativo como possível explicação para a baixa prevalência de HIV estimada em Cabo Verde. Contudo, em populações específicas, essa prevalência sobe para 7,7% entre mulheres profissionais do sexo, 20% entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) e 15% em HSH (CPLP, 2018b).

Apesar do conhecimento adquirido, meios de diagnóstico, tratamento e monitoramento cada vez mais potentes e acessíveis a pessoas e áreas anteriormente



inacessíveis, o número de novos casos por dia supera o número de casos que iniciam a TARV diariamente (ARAÚJO, 2014), sendo registrados 391 novos casos de HIV em 2015 (CPLP, 2018b).

De forma geral, usuários de drogas injetáveis (UDI) apresentam maior consciência do risco e informações, tanto quanto ao perigo da troca de seringas, quanto ao não uso do preservativo. Entretanto, a prática preventiva não corresponde necessariamente aos conhecimentos, além da existência de dificuldades de acesso às seringas (CPLP, 2010), desafiando o acompanhamento de pessoas que fazem uso desse tipo de drogas pelos serviços de saúde (REDMOND; MCNAMARA, 2015).

Quanto à vulnerabilidade das crianças em situação de rua, existem relatos de que a iniciação sexual é precoce (em mais de 70% dos casos, até aos 14 anos), sem utilização de preservativo (mais de 57% nunca usaram ou fazem uso esporádico). Por sua vez, os católicos romanos usam preservativos com mais frequência em comparação às pessoas de outras religiões, o que pode ser uma consequência de programas oficiais em prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS e revela a necessidade de ações preventivas direcionadas aos segmentos religiosos não católicos, assim como para aqueles que não têm um parceiro afetivo-sexual estável (TAVARES et al., 2012).

Salienta-se ainda a ocorrência de diagnóstico tardio da infecção para o HIV nos idosos, o que muito se deve à associação de queixas e sintomas ao processo natural do envelhecimento e das doenças comuns nessa faixa etária, bem como à ausência de investigação de DST e HIV pelos profissionais de saúde. Tal situação trata também de um reflexo da sociedade em que se vive, a qual determina que a sexualidade pertence mais à juventude do que aos idosos, diminuindo a assistência, inclusive, de campanhas educativas, à parcela idosa da população (MOREIRA, 2013).

Na sociedade caboverdeana, ainda existem atitudes de falta de tolerância para com as pessoas com AIDS (em 2005, somente 16% das pessoas inquiridas aceitaram as quatro medidas de tolerância estudadas; são elas: estar disposto a cuidar de um familiar soropositivo para HIV (HIV<sup>+</sup>); aceitar comprar alimentos de um vendedor soropositivo; aceitar que um professor soropositivo possa continuar a dar aulas e aceitar que se mantenha em sigilo a condição de soropositivo de um familiar). O nível de escolaridade está fortemente relacionado com a expressão de atitudes positivas diante da PVHA, ou seja, quanto maior é o nível de instrução, maior é a aceitação das quatro atitudes. É no meio urbano em que maior é a percentagem que expressa aceitação das quatro atitudes e com maior representatividade nos homens (CPLP, 2010).

A testagem para HIV pode ser realizada tanto no setor privado como em centros de saúde, centros de saúde reprodutiva e/ou hospitais, onde permanecem em acompanhamento (ARAÚJO, 2014). A rede de atenção à testagem e ao seguimento dos soropositivos está localizada nos 22 municípios para a luta contra a epidemia do HIV/AIDS. Em todas as delegacias de saúde do país são prestados serviços de testagem anônima e voluntária por meio de testes rápidos às pessoas que queiram, livremente, conhecer seu estado sorológico mediante aconselhamento pré e pós-teste. Além disso, contactantes dos soropositivos também são aconselhados a fazer o teste (MOREIRA, 2013).

No Laboratório Elisa dos Hospitais Centrais, são realizados os testes para vigilância epidemiológica (posto sentinela, sondagem, inquérito), os testes aos pacientes hospitalizados, aos candidatos à doação de sangue e o controle da qualidade dos testes realizados nos diferentes centros de testagem do país (MOREIRA, 2013). Nos Centros de Saúde Reprodutiva, é realizado o aconselhamento, e são oferecidos testes rápidos às gestantes nas primeiras consultas pré-natais (MOREIRA, 2013), um serviço que, em 2014, atingiu uma cobertura de teste de HIV em mais de 96% de mulheres grávidas (UNAIDS, 2015c).

Os dois tipos de vírus circulam no país, e as análises mostraram que dos 409 casos em 2014, 351 eram HIV1, 46 HIV2, 10 HIV1+HIV2 e em 2 não foi especificado o tipo de vírus (UNAIDS, 2015c). Foi verificado no inquérito de Araújo (2014) que a infecção pelo HIV-1 é mais frequente em idades abaixo de 30 anos (33,2%), enquanto há uma maior frequência de indivíduos infectados pelo HIV-2 na faixa etária acima de 49 anos (44,2%). Assim como existe uma alta frequência de infecção pelo HIV-1 em relação ao HIV-2 quando se trata de transmissão vertical.

O acesso universal ao tratamento gratuito pelos pacientes soropositivos teve início em 2004 (ARAÚJO, 2014; MOREIRA, 2013; UNAIDS, 2015c). Entretanto, dados de 2009 chamam atenção para o fato de que uma parcela significativa de indivíduos (50,6 %) chega aos serviços de saúde em um estado muito avançado da doença (MOREIRA, 2013), denotando uma realidade de diagnóstico tardio da infecção<sup>4</sup> (CPLP, 2010).

A introdução cada vez mais precoce da TARV tem contribuído sobremaneira, permitindo um controle precoce da replicação viral, manutenção da imunidade e redução da morbidade e mortalidade na infecção pelo HIV (ARAÚJO, 2014). Em virtude disso, a TARV tem tido um grande impacto no controle da propagação da epidemia e no incremento na sobrevivência dos caboverdeanos que vivem com HIV/AIDS com acesso universal garantido

---

<sup>4</sup> São definidos como pacientes com diagnóstico tardio aqueles que apresentam contagem de células CD4 inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup> no momento do diagnóstico da infecção por HIV (MOREIRA, 2013).

(tempo mediano de sobrevida estimado de 186 meses) (MOREIRA, 2013). Ainda segundo esse autor, a detecção precoce também acarreta menor gasto com despesas médicas, sobretudo em curto prazo, o que contribui ainda mais para que a promoção no diagnóstico precoce da infecção por HIV seja prioridade dos países industrializados e, particularmente, das nações em vias de desenvolvimento.

Outro aspecto do enfrentamento do HIV em Cabo Verde é o desenvolvimento e a implementação de estratégias de vigilância de resistência a drogas para maximizar a eficácia da TARV, prevenindo uma maior TDR (OLIVEIRA et al., 2011).

Desde muito cedo, o Governo de Cabo Verde considerou o combate ao HIV/AIDS como uma das grandes prioridades do país, tendo podido contar com o indispensável apoio dos principais parceiros internacionais, tais como a Cooperação Francesa, a União Europeia, o Banco Mundial, o Sistema das Nações Unidas e, mais recentemente, do Governo Brasileiro e da Fundação Clinton, entre outros (CPLP, 2010). Sem esse apoio e solidariedade internacional, a permanência de Cabo Verde no grupo de países com fraca prevalência para o HIV/AIDS, bem como a introdução da TARV não teriam sido possíveis (CPLP, 2010).

#### ***1.3.4 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Guiné-Bissau***

A epidemia de HIV em Guiné-Bissau é considerada generalizada (CPLP, 2010; MOREIRA, 2013; UNAIDS, 2015b), com mais de 36 mil pessoas vivendo com HIV, sendo, em sua maioria, adultos e afetando, predominantemente, áreas urbanas (CPLP, 2018b).

Apesar dos escassos dados recentemente documentados, de acordo com estudo realizado em 2010, a prevalência nacional média do HIV é de 3,3% na população em geral e maior entre as mulheres (5%) (CPLP, 2018b), sendo esse número em mulheres grávidas atingindo a ordem de 5%, homens detidos (14,6%) e caminhoneiros (5,5%) (UNAIDS, 2015b). Em contrapartida, na capital do país, a prevalência do HIV entre doadores de sangue foi de 3,3%, dos quais 87% eram doadores familiares, além de 8,9% nos profissionais do sexo e 4,8% entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) em 2014 (UNAIDS, 2015b).

Um dos poucos países em que se encontram os dois tipos de vírus VIH (VIH-1 e VIH-2) (CPLP, 2018b), Guiné-Bissau teve seus primeiros casos dessa infecção em 1985-1986, dos quais todos eram infecções pelo HIV-2, mas, ao longo do tempo, os estudos mostram uma queda progressiva da taxa de prevalência do vírus HIV-2, enquanto a do vírus HIV-1 aumentou progressivamente (CPLP, 2010), inclusive, entre as grávidas (MOREIRA, 2013). Há uma estimativa de que a Guiné-Bissau seja a origem geográfica da introdução do HIV-2 na

população humana e na história da epidemia, havendo evidência de uma transferência zoonótica de HIV-2 e sua expansão coincidindo com a guerra de independência de Guiné-Bissau e Cabo Verde (1963-1974) (ARAÚJO, 2014).

Neste país, aproximadamente, 33% dos adultos e das crianças com HIV/AIDS recebem TARV, assim como 85% das mulheres grávidas soropositivas recebem antirretrovirais para reduzir o risco de transmissão para seus filhos (CPLP, 2018b), o que se deve ao acréscimo substancial na cobertura e descentralização dos serviços de PTV em todas as regiões do país, além de aumento dos centros de testagem (CPLP, 2010), ocorridos ao longo dos últimos anos.

A luta contra o HIV/AIDS em Guiné-Bissau é financiada principalmente pela comunidade internacional, haja vista que a maioria do equipamento, remédios, produtos químicos e outros materiais são financiados pelo apoio internacional (CPLP, 2010). A resposta nacional à epidemia depende de acordos de cooperação, especialmente do Fundo Mundial de Luta contra o HIV/AIDS, Malária e Tuberculose e da cooperação com o Brasil, Espanha, Portugal e outros países (UNAIDS, 2015b).

### ***1.3.5 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Guiné Equatorial***

Com uma epidemia de HIV/AIDS generalizada, essa condição é uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade na população (UNAIDS, 2014a), apresentando uma taxa de incidência da ordem de 4.259 infecções por 100.000 habitantes (REUTER et al., 2014), e uma estimativa de prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos de 6,2%, significativamente maior nas mulheres (8,3%) do que nos homens (3,7%). Além disso, existe alta prevalência na região rural (9,7% para as mulheres e 5,6% para os homens) e na Região Continental (10,0% para as mulheres e 4,5% para homens) (UNAIDS, 2014a).

A via mais comum de transmissão é heterossexual, seguida por transmissão vertical e transfusões e, desde o início da epidemia, há uma prevalência de HIV subtipo 1, embora coexistam os 2 subtipos (UNAIDS, 2014a; UNAIDS, 2010).

Pesquisas apontaram que, em 2013, a soroprevalência em mulheres grávidas era de 9,3% (UNAIDS, 2014a), uma situação agravada pela falta de conhecimento correto sobre o HIV/AIDS em mais de 90% das mulheres deste país na faixa etária 15-24 anos (REUTER et al., 2014).

Profissionais de saúde deste país relataram uma oferta irregular de recursos e medicamentos patrocinados pelo governo como uma barreira para os testes e tratamento do HIV/AIDS (REUTER et al., 2014). Além disso, a taxa de resistência de drogas antirretrovirais

transmitida é de 4,2%, o que representa uma ameaça à eficácia da TARV (YEBRA; MULDER; HOLGUÍN, 2013).

### ***1.3.6 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Moçambique***

Moçambique é um dos países com maior prevalência de HIV em todo o mundo (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014) e, entre os PALOP, é o mais afetado por essa pandemia (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014; MOREIRA, 2013; CPLP, 2018b). Com 12,6% das pessoas entre 15 e 49 anos infectadas (WHO, 2020b) e mais de 1,8 milhões de PVHA, em 2016, foram registradas 62.000 mortes devido a essa doença (CPLP, 2018b), gerando um impacto socioeconômico pela redução da força de trabalho, sobrecarga ao sistema de saúde pelo número elevado de crianças órfãs e vulneráveis (CPLP, 2010).

A prevalência nacional do HIV, em 2015, atingiu o nível de 15,4% para as mulheres e 10,1% para os homens, números que alcançaram, na cidade de Maputo, 21,7% das mulheres e 11% dos homens (CPLP, 2018b), sendo a AIDS a principal causa de morte materna indireta neste país, conforme afirmado por Nehemia (2014).

A transmissão heterossexual do HIV continua responsável pela maioria de novas infecções nos adultos, com risco de infecção na faixa etária entre 15 e 49 anos superior entre os residentes das áreas urbanas (16,8%) comparativamente aos residentes de áreas rurais (11%) (CPLP, 2018b). Considerando a via de transmissão de mãe para filho, tem-se que a infecção de crianças corresponde a 11% (CPLP, 2018b) e que cerca de 85 crianças contraem o vírus diariamente (CPLP, 2010).

A disseminação do vírus em Moçambique é atribuída a diversos fatores: baixos índices sociais e econômicos do país, os quais, muitas vezes, impulsionam a prática sexual por recompensa financeira – prostituição ou sexo transacional; o regresso de moçambicanos em situação de exílio em países vizinhos com alta prevalência de HIV, durante o período da guerra; ocorrência de relacionamentos múltiplos e concorrentes; utilização baixa e inconsistente do preservativo; baixos níveis de circuncisão masculina na maioria das províncias do Centro e do Sul; mobilidade e migração por trabalho, comércio e formas de sustento; comportamentos de alto risco entre os HSH e equipamento de injeção de drogas não esterilizado (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014; CPLP, 2010).

Ainda existem outras vulnerabilidades e fatores de risco inerentes aos casais, à comunidade e ao nível macro que contribuem para a epidemia do HIV, incluindo desigualdade de gênero e crenças sobre a sexualidade masculina; violência doméstica e abuso sexual; tabus

e barreiras relativas à comunicação do casal sobre sexo; relações de disparidade relativas à idade e nível econômico, etc (CPLP, 2010).

Para a maioria da população, a mulher é valorizada em seus papéis tradicionais, ou seja, são relegadas à esfera da família/reprodução e confinadas ao lar (NEHEMIA, 2014). Não obstante, a taxa de analfabetismo feminino sugere que, no contexto da formação e consolidação das atitudes das moçambicanas, a influência da escola não é tão marcante quanto a outras fontes, como a religião, a família e os ensinamentos tradicionais dos moradores mais velhos da comunidade (MALOA; PEREIRA, 2012). O estudo realizado por Maloa e Pereira (2012) ressalta ainda que:

Se, no ambiente escolar, por exemplo, o uso do preservativo é considerado fundamental para evitar a infecção pelo HIV, no contexto residencial, a pessoa pode estar sujeita a outras fontes de influência, como, por exemplo, de um curandeiro que assegura que a infecção poderia ter sido evitada se as pessoas tivesse andado com amuletos. Em Moçambique, as doenças e os infortúnios geralmente são atribuídos a causas não naturais, sendo usualmente explicados mediante ao apelo a entidades espirituais, sobrenaturais e mágicas. (MALOA; PEREIRA, 2012, p. 40).

Nesta perspectiva, a resposta contra a epidemia de HIV/AIDS em Moçambique deve considerar as especificidades derivadas da interação de suas ricas tradições com as demandas por democracia e os desejos da rede internacional de nações, bancos, assessores, consultores e missionários (BONANNO; VASCONCELLOS, 2014). As estratégias de intervenção falham por desconsiderarem as especificidades culturais das várias regiões do país, o que diminui a efetividade das diretrizes globais adotadas pelos programas em face dos múltiplos sistemas de crenças e estereótipos acerca do HIV/AIDS compartilhados pelos diversos grupos sociais (MALOA; PEREIRA, 2012).

Estima-se uma cobertura de tratamento antirretroviral em adultos de 55% (WHO, 2020c), com o aconselhamento e a testagem entre os componentes fundamentais para a prevenção do HIV/AIDS, sendo porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento (CPLP, 2010).

O financiamento dos programas de HIV/AIDS em Moçambique baseia-se em três fontes financeiras principais: públicas, internacionais e privadas, em que o financiamento internacional é o mais importante (CPLP, 2010).

### ***1.3.7 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em Portugal***

Dados do Ministério da Saúde de Portugal revelam que, em 2014, foram diagnosticadas 920 novas infeções por HIV, o que sugere uma taxa de 8,9 novas infeções por 100.000 habitantes (PORTUGAL, 2015). Ao passo que, em 2016, este número caiu para 8,1 (841 por 100.000 habitantes), atestando uma taxa de novos diagnósticos de AIDS em decréscimo progressivo.

Até o ano de 2003, a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis foi o modo de transmissão mais frequente (CPLP, 2010), mas dados recentes dão conta de aumento na transmissão heterossexual (45,44%) (CPLP, 2018b). Entretanto, este país continua a ser o país da Europa ocidental com a mais elevada taxa anual de novos diagnósticos e apresenta uma das mais elevadas taxas da doença na União Europeia (PORTUGAL, 2015).

Quanto à distribuição por sexos, evidencia-se um número anual de casos diagnosticados no sexo masculino sempre proporcionalmente mais elevado, sendo em 2014, 72,3% dos casos notificados em homens (PORTUGAL, 2015). Os grupos populacionais mais afetados são os UDI, os HSH e a população de reclusos (CPLP, 2010). A percentagem de diagnósticos tardios, à luz dos critérios europeus usados nessa caracterização (contagem de células CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup> ou desenvolvimento de doença indicadora de AIDS), ascende a 52,8% (PORTUGAL, 2015).

### ***1.3.8 Situação epidemiológica do HIV/AIDS em São Tomé e Príncipe***

A epidemia de HIV/AIDS em São Tomé e Príncipe é do tipo concentrada (UNAIDS, 2014b; CPLP, 2018b), apresentando uma incidência de 0,97/1.000 habitantes em 2013, além de uma prevalência de 1,5% na população em geral, a qual se mostra de 1,7% para o sexo masculino, de 1,3% para o feminino e de 0,3% em mulheres grávidas (UNAIDS, 2014b), com uma tendência decrescente da epidemia (CPLP, 2018b).

Os principais modos de transmissão dão-se, principalmente, por via sexual (92%), transmissão vertical (5%) e via sanguínea (2%). Ademais, este país apresenta uma boa taxa de pacientes sobre TARV e baixo índice de abandono de tratamento, exibindo, 92,8% das PVHA (296 pessoas) sobre TARV em tratamento de primeira linha (UNAIDS, 2014b).

### ***1.3.9 Situação epidemiológica do HIV/AIDS no Timor-Leste***

Com acesso restrito à saúde básica e às taxas de mortalidade e de desnutrição infantil entre as mais elevadas da região, a epidemia de HIV no Timor-Leste reflete tanto seus desafios ao desenvolvimento quanto a fatores comportamentais, sociais e culturais específicos (CPLP, 2010).

Apesar de ser um dos países menos desenvolvidos da Ásia, o Timor-Leste possui baixa prevalência do HIV, tendo o primeiro caso relatado em 2003 e, no final de 2014, 484 casos cumulativos foram relatados. A maioria (84%) das PVHA tem entre 15 e 44 anos de idade, sendo a transmissão sexual a principal via de transmissão. Ao longo dos anos, o número de novos casos notificados tem aumentado, mas não está claro se o aumento do número de casos nos últimos anos pode ser devido, pelo menos parcialmente, à expansão do teste de HIV (UNAIDS, 2015a). Atualmente, o país registra uma epidemia classificada como de baixa magnitude, com prevalência inferior a 0,1% (CPLP, 2018b).

Enfim, tem-se a preponderância da infecção pelo HIV-1 na maioria desses países, assim como da transmissão heterossexual da infecção, ao passo que conjunturas específicas acabam por determinar a magnitude da doença em cada nação.

Buscando resumir o cenário epidemiológico do HIV/AIDS na CPLP, elaborou-se o Quadro 7 a partir dos dados supraelencados, assim como de informações recentes de relatório conjunto da CPLP e do UNAIDS (CPLP, 2018b).



Quadro 7 – Resumo das semelhanças e diferenças epidemiológicas do HIV nos Estados-membros da CPLP.

Característica	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Guiné Equatorial	Moçambique	Portugal	São Tome e Príncipe	Timor Leste	
<b>Classificação da epidemia</b>	Generalizada	Concentrada	Concentrada	Generalizada	Generalizada	Generalizada	Concentrada	Concentrada	Concentrada	
<b>Tendência (população geral)</b>	Estável	Estável		Decrescente		Decrescente	Decrescente	Decrescente		
<b>Prevalência</b>	População em geral (15 - 49 anos)	2,0% (2018)	0,5% (2018)	0,6% (2018)	3,3% (2010) VIH-1 (1,8%) VIH-2 (0,9%) Ambos (0,7%) (2010)	7,1% (2018) VIH-1 (97,4%) VIH-2 (22,6%) (2004)	12,6% (2018) 13,2% (2015)	0,5% (2018) VIH-1 (95,4%) VIH-2 (3,3%) (2018)	0,5% (2014) 1,5% (2009)	< 0,1% (2016)  *Baixa prevalência
	Gestantes	2,8% (2009)	0,38% (2016)	<1,0% (2015)	5% (2014)	9,6% (2013)			0,1% (2016)	
	Homem / Mulher	1,5% / 2,2% (2016)	25,2/100.000 hab 10,5/100.000 hab (2018)	1,1% / 0,4% (2005)	1,5% / 5% (2010)	3,7% / 8,3% (2011)	10,1% / 15,4% (2015)		1,7% / 1,3% (2009)	
<b>Prevalência (populações-chave)</b>	Trabalhadores do sexo	4,7% (2018)	5,0% (2018)	7,7 % (2013)	39% (2012)		Maputo: 31,2 % Beira: 23,6% Nampula: 17,8% (2012)	8,9% (2014)	1,4% (2018)	1,5% (2018)
	Pessoas que usam álcool e outras drogas		2,5% (2019)	20% (2013)			Maputo: 50,1 % Nampula: 19,9% (2014)	32,2% (2018)		
	Gays e outros HSH	2,0% (2018)	18,4% (2016)	15% (2013)	25% (2010)		Maputo: 8,2 % Beira: 9,1% Nampula: 3,7% (2011)	18,3% (2018)	3,2% (2018)	1,3% (2018)
	Pessoas trans		31,2% (2016)							
	Pessoas privadas de liberdade						24% (2012)	> 5% (2014)	6,1% (2014)	
<b>Principal faixa etária/ grupo acometido</b>		25 - 39 anos (2018)	45 – 49 anos 2,5% (2005)			35 - 39 anos (2015)	20 - 49 anos (2016)	40 - 49 anos (2014)		
<b>Pacientes em TARV</b>	27% (2018) 42 % (2012)	66% (2018)	89% (2018)	33% (2018)	34% (2018)	56% (2018)	90% (2018)	89,6% (2016)		
<b>Percentual de transmissão vertical</b>	6% (2011)	0,7% (2019)	7,5% (2009)	14% (2009)		11,10% (2016)	1,7% (2015)			

Fonte: Elaboração própria a partir de dados predominantemente do relatório Epidemia de HIV nos Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP, 2018b), dos sites do UNAIDS (2018) e da Organização Mundial de Saúde (2020).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar a presença de conteúdos programáticos relacionados ao HIV/AIDS nos Cursos de Odontologia nos Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e construir infográficos educacionais acerca da saúde bucal no cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar e caracterizar as Instituições de Ensino Superior formadoras de recursos humanos em saúde bucal nos países da CPLP;
- Caracterizar o enfoque do conteúdo relacionado ao HIV/AIDS explicitado nos planos de ensino das disciplinas de graduação em Odontologia nos países da CPLP disponíveis ao acesso público;
- Descrever o desenvolvimento de infográficos educacionais acerca do papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA a ser utilizado na cascata de cuidado a essas pessoas nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste.

## **4 METODOLOGIA**

Esta pesquisa apresentou um percurso metodológico híbrido composto por três partes (A, B e C), conforme descrito a seguir.

### **4.1 Parte A - Identificação e caracterização dos cursos de Odontologia na CPLP**

Esta etapa do trabalho teve como objetivo analisar a distribuição geográfica dos Cursos de Odontologia nos Estados-membros da CPLP com vistas a explorar a formação de recursos humanos em saúde bucal (RHSB) dessas nações, identificando e caracterizando os cursos.

#### ***4.1.1 Tipologia do estudo***

Empreendeu-se uma pesquisa transversal, exploratória e descritiva, abrangendo o universo dos cursos de Odontologia nos Estados-membros da CPLP no ano de 2019, desenvolvida mediante dados oficiais oriundos dos *sites* e portais das IES desses países, com o intuito de produzir uma representação em formato de mapa temático com a distribuição geográfica e a descrição dos seus cursos de Odontologia.

Os mapas temáticos fornecem uma representação dos dados sobre a superfície terrestre fazendo uso de uma simbologia (ARCHELA; THERY, 2008). Além de expressar a simplificação da realidade, em estudos de saúde coletiva, os mapas buscam demonstrar a distribuição de eventos, relacionados ou não à produção de saúde ou doença, bem como sua ocorrência em um determinado espaço geográfico, que podem ser representadas em mapas de diferentes formatos e conteúdos (PEITER, 2007).

A busca por métodos de representação de processos complexos da contemporaneidade tem provocado o aumento de pesquisas em áreas emergentes como o geoprocessamento, a informática, o meio ambiente e a saúde pública, para os quais os sistemas de informação geográfica fornecem ferramentas que ajudam na produção de mapas (ARCHELA; THERY, 2008).

#### 4.1.2 Campo de investigação, localização e variáveis do estudo

O estudo teve, como unidade de análise, o conjunto das instituições responsáveis pelo ensino superior da Odontologia nos Estados-membros da CPLP, cuja busca de informações deu-se no sentido de identificar e caracterizar os referidos cursos por meio das variáveis localização, tempo de funcionamento e tipo de natureza jurídica.

Salienta-se que os dados foram obtidos no período de abril e maio de 2019, perfazendo o recorte temporal da pesquisa.

#### 4.1.3 Coleta de dados

Iniciou-se com a verificação, em cada país, dos *sites* governamentais e não governamentais relacionados à educação superior no campo da saúde, de modo a elencar as IES registradas nos Ministérios da Educação ou órgão semelhante (Quadro 8).

Quadro 8 – Fontes de dados para a identificação das IES existentes nos países estudados.

PAÍS	MINISTÉRIO / ÓRGÃO PESQUISADO	SÍTIOS ELETRÔNICO
<b>Angola</b>	Ministério do Ensino Superior	< <a href="http://unia.ao/docs/150723-Cursos_Legalizados_Publicas_e_Privadas_Angola.pdf">http://unia.ao/docs/150723-Cursos_Legalizados_Publicas_e_Privadas_Angola.pdf</a> >
<b>Brasil</b>	Ministério da Educação - Sistema e-MEC	< <a href="http://emec.mec.gov.br/">http://emec.mec.gov.br/</a> >
<b>Cabo Verde</b>	Direção Geral de Ensino Superior	< <a href="http://www.dgesc.gov.cv/index.php/ensino-superior-de-cv/instituicao-de-ensino-superior">http://www.dgesc.gov.cv/index.php/ensino-superior-de-cv/instituicao-de-ensino-superior</a> >
<b>Guiné-Bissau</b>	Ministério da Educação Nacional, da Cultura, da Juventude e dos Desportos	< <a href="http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/Resens_Guin%C3%A9_Bissau_portugais-FINAL.pdf">http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/Resens_Guin%C3%A9_Bissau_portugais-FINAL.pdf</a> >
<b>Guiné Equatorial</b>	Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	< <a href="http://www.mecd.gob.es/guineaecuatorial/dms/consejerias-exteriores/guineaecuatorial/Publicaciones/Paralelo-3-DEF-C.pdf">http://www.mecd.gob.es/guineaecuatorial/dms/consejerias-exteriores/guineaecuatorial/Publicaciones/Paralelo-3-DEF-C.pdf</a> >
<b>Moçambique</b>	Ministério da Educação - Direção para a Coordenação do Ensino Superior	< <a href="https://www.mctestp.gov.mz/por/Ensino-Superior/Dados-Estatisticos">https://www.mctestp.gov.mz/por/Ensino-Superior/Dados-Estatisticos</a> >
<b>Portugal</b>	Direção Geral do Ensino Superior	< <a href="https://www.dges.gov.pt/pt/pesquisa_cursos_instituicoes?plid=372">https://www.dges.gov.pt/pt/pesquisa_cursos_instituicoes?plid=372</a> >
<b>São Tomé e Príncipe</b>	Direção Geral do Ensino Superior e Ciência.	Ausência de <i>site</i> oficial
<b>Timor-Leste</b>	Agência Nacional para a Avaliação e Acreditação Acadêmica	< <a href="http://pt.anaaa.gov.tl/Accredited-institutions">http://pt.anaaa.gov.tl/Accredited-institutions</a> >

Fonte: Elaboração própria.

Os sítios eletrônicos de todas as instituições foram, então, explorados, com a finalidade de selecionar as que possuíam curso de nível superior em Odontologia

reconhecidos pelas respectivas entidades reguladoras do ensino superior, exceto no Brasil, em que, através de acesso ao sistema e-MEC<sup>5</sup>, foi possível listar diretamente os cursos de Odontologia, dispensando essa fase de levantamento geral das instituições reconhecidas. De posse do rol de cursos, passou-se à coleta das informações relativas às variáveis utilizadas no estudo.

#### **4.1.4 Apresentação dos dados**

As características dos cursos de cada país foram tabuladas em planilhas no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, as quais foram exportadas para a confecção dos mapas temáticos. Tendo em vista que se revelaram realidades bastante distintas, em razão do grande quantitativo de cursos brasileiros, assim como da ausência de cursos em outros países da CPLP, a título de facilitar a visualização dos dados, optou-se pela utilização de 2 *softwares* diferentes para elaboração dos mapas, em que o mapa temático brasileiro foi confeccionado no *QGIS*<sup>®</sup>, enquanto os demais o foram no *Google My Maps*<sup>®</sup>.

### **4.2 Parte B - Caracterização do enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino dos cursos de Odontologia na CPLP de acesso público**

Com vistas à investigação da existência e abrangência de conteúdos referentes ao HIV/AIDS nos planos de ensino da graduação em Odontologia nos países-membros da CPLP, seguiu-se com esta etapa do trabalho.

#### **4.2.1 Tipologia do estudo**

Efetou-se um estudo transversal, exploratório, descritivo e documental a respeito de como o conteúdo programático relacionado à temática HIV/AIDS se materializa em disciplinas da graduação em Odontologia na referida Comunidade.

A pesquisa documental, que figura entre os múltiplos procedimentos e instrumentos de constituição e análise de dados que podem ser operados pelo pesquisador (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015), é caracterizada pela coleta de dados em

---

<sup>5</sup> Sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil, sendo responsável pelo credenciamento e reconhecimentos de IES e pela autorização, renovação e reconhecimento de cursos, além dos processos de aditamento (BORELLA, 2010).

documentos, contemporâneos e retrospectivos, a partir de fontes primárias ou secundárias (MORAIS, 2015). Ela recorre a materiais que ainda não receberam análise aprofundada, pretendendo, assim, a seleção, o tratamento e a interpretação de informações brutas, com vistas a contribuir para o incremento do conhecimento científico (GODOY, 1995; SILVA; GRIGOLO, 2002 *apud* RIVETTI et al., 2012).

No tocante a este tipo de pesquisa, segundo os autores Bardin (2004), Godoy (1995), Minayo (2004) e Triviños (1987), existem três etapas para a análise documental: a primeira é a de pré-análise, em que é feita a organização do material, a seleção e a escolha dos documentos, até a leitura exaustiva de todo o conteúdo; a segunda etapa consiste na descrição analítica e exploração do material, havendo a codificação, classificação e categorização dos dados; e a última etapa refere-se à interpretação inferencial - com o tratamento dos dados e interpretação - que tem início ainda na etapa da pré-análise e em que se reexamina o material com o objetivo de aumentar o conhecimento, aprofundar a pesquisa e estabelecer novas visões.

#### **4.2.2 *Locus da pesquisa***

A pesquisa englobou os cursos de graduação em Odontologia da CPLP cujos planos de ensino eram disponíveis ao acesso público nos *websites* oficiais das instituições de ensino e registraram a presença de conteúdo referente ao binômio HIV/AIDS.

Utilizou-se o levantamento dos cursos em cada um país da CPLP descrito na etapa anterior e, para a composição da amostra desta fase da pesquisa, foram incluídos os cursos de Odontologia de IES reconhecidos por entidade reguladora da educação superior no país, que tinham *website* acessível e conceito de Índice Geral do Curso (IGC)<sup>6</sup> na faixa igual ou superior<sup>7</sup> a 4 em 2016<sup>8</sup>. Em contrapartida, foram excluídos do estudo aqueles cursos que não apresentaram conceito de IGC (Sem Conceito) ou que obtiveram conceito

---

<sup>6</sup> Critério utilizado apenas nas IES brasileiras em virtude da grande quantidade de cursos ofertados, o IGC é uma das medidas usadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para avaliar instituições de educação superior públicas e privadas brasileiras. Utiliza a média ponderada do Conceito Preliminar de Curso (CPC) em combinação com o resultado do ENADE (INEP, 2011b), indicadores que mensuram a qualidade dos cursos e das instituições do país (INEP, 2011a).

<sup>7</sup> Os indicadores de qualidade são expressos em escala contínua de cinco níveis (INEP, 2019), em que níveis iguais ou superiores a 3 (três) indicam qualidade satisfatória (BRASIL, 2017). Contudo, optou-se por utilizar apenas cursos com conceito maior ou igual a 4, pois, assim, foram selecionados cursos com melhor avaliação, haja vista que cursos com IGC 3 já podem estar sujeitos à intervenção do MEC.

<sup>8</sup> Ano escolhido por ser o dado do indicador mais recente à época da realização desta fase da pesquisa.

de IGC na faixa igual ou inferior a 3, assim como os que não apresentaram turma concluída até o segundo semestre de 2018.

Aplicados esses critérios de seleção, obteve-se uma amostra composta de 100 cursos, os quais se distribuíram conforme o Quadro 9 e são elencados no Apêndice A.

Quadro 9 – Quantitativo, por país, de cursos de formação superior em Odontologia componentes da amostra, CPLP, 2019.

Estado-membro da CPLP	Quantidade de cursos					
	Públicos		Privados		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Angola</b>	0	0%	6	100%	6	6,0%
<b>Brasil</b>	39	47,6%	43	52,4%	82	82,0%
<b>Moçambique</b>	2	50%	2	50%	4	4,0%
<b>Portugal</b>	3	42,8%	4	57,2%	7	7,0%
<b>Timor-Leste</b>	0	0,0%	1	100%	1	1,0%
<b>Cabo Verde</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Guiné Bissau</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Guiné Equatorial</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>São Tomé e Príncipe</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>44,0%</b>	<b>56</b>	<b>56,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar que 165 cursos brasileiros foram excluídos por não atingirem o índice estipulado para o corte, ao passo que 255 o foram pela ausência de turma concluída no período estabelecido.

#### 4.2.3 Coleta de dados

Entre os meses de setembro a novembro de 2019, passou-se a explorar os sítios eletrônicos oficiais dos 100 cursos da amostra para aquisição dos planos de ensino dos seus componentes curriculares e, na falta destes, foram utilizados os ementários. Além disso, considerou-se pertinente averiguar e registrar o período de oferta do referido conteúdo programático pelos cursos.

À medida que os documentos foram obtidos, foram elencadas as disciplinas cujos planos de ensino ou ementários mencionavam o HIV/AIDS, busca esta que se deu por meio do atalho “Ctrl+F”, o qual possibilita encontrar palavra ou frase no documento/página, sendo utilizados os seguintes termos: HIV, AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Retrovírus e soropositivo.

Salienta-se a ausência de acesso público a essas informações nos PALOP com curso de formação em Odontologia/Medicina Dentária – Angola e Moçambique - e tampouco no curso de Enfermagem Dentária timorense, os quais, quando muito, expõem apenas sua matriz curricular. Similarmente, 28,57% (n = 2) dos cursos lusitanos e 46,34% (n = 38) dos brasileiros não dispunham desse material em seus sítios eletrônicos oficiais e, portanto, seguiu-se a execução da pesquisa com dados referentes a 39 disciplinas, as quais se distribuíram em 20 cursos brasileiros (n = 32) e 4 portugueses (n = 7) (Apêndice B).

Assim, reuniu-se o material a ser analisado em duas planilhas – uma para as disciplinas do Brasil e outra para as de Portugal – elaboradas no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> e que apresentaram, de forma pormenorizada, os elementos alusivos ao conteúdo programático dos planos de ensino e das ementas das referidas disciplinas, os quais eram objeto da análise documental.

O conteúdo curricular adotado pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) de uma IES constitui um dos elementos do processo de formação e sugere direcionalidade das práticas profissionais, bem como as possibilidades de trajetórias a serem percorridas (SILVA; SANTANA, 2014). Uma vez que a descrição de tal conteúdo figura entre os componentes explicitados nos planos de ensino das disciplinas, optou-se, portanto, pela análise desses documentos.

#### **4.2.4 Apresentação e análise dos dados**

Utilizando-se a ferramenta *Wordclouds*<sup>®</sup>, foi elaborado um gráfico do tipo nuvem de palavras para destacar os componentes curriculares quantitativamente mais realçados na citação da temática em questão durante o período que compreendeu a coleta nos planos de ensino acessados eletronicamente.

A técnica de construção dessas nuvens consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com a frequência das ocorrências das palavras no texto analisado. Assim, os termos mais usados são as maiores palavras na imagem formada, ao passo que as palavras usadas com menos frequência são exibidas em uma fonte menor (MELONI, 2009). De forma simples, essa ferramenta organiza o texto analisado de acordo com a frequência das palavras (BARALT; PENNASTRI; SELVANDIN, 2011), atribuindo um peso numérico a cada palavra com base na sua repetição (FEINBERG, 2010).



Por sua vez, no tocante ao estágio do curso no qual as referidas disciplinas eram ministradas, verificou-se, através da composição de elementos gráficos, a dispersão, ao longo dos semestres, das disciplinas cujos planos de ensino referiram a presença da temática HIV/AIDS.

Para a análise de conteúdo temática, seguiu-se a divisão nas etapas de pré-análise, descrição analítica e exploração do material, bem como interpretação inferencial, estabelecidas pelos autores Bardin (2004), Minayo (2004) e Triviños (1987). Segundo Godoy (1995), a análise de conteúdo consiste em uma das técnicas mais utilizadas em pesquisa documental.

Depois da exploração cuidadosa dos *websites* institucionais, iniciou-se a pré-análise, em que foi feita a organização e a leitura flutuante de todo o material encontrado para seleção dos corpus de análise, que foram os planos de ensino (ou documento similar que contivesse o conteúdo programático abordado)<sup>9</sup> de todas as disciplinas que referenciaram a existência de conteúdo programático alusivo ao HIV/AIDS.

Em seguida, com a finalidade de viabilizar a exploração da informação obtida, procedeu-se à segunda etapa, com a categorização das disciplinas em categorias e subcategorias em que foram circunscritos corpus específicos de aprofundamento representativos dos aspectos do HIV/AIDS abordados, agrupando-as segundo a área de conhecimento à qual pertencem.

Em Portugal, uma vez que esse curso surge como subárea da medicina, estruturação curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária – a qual também é adotada nos outros países lusófonos, exceto o Brasil (VON-HELD et al., 2016) - difere bastante do modelo do currículo de Odontologia brasileiro. Apesar disso, durante a categorização das disciplinas, foi possível traçar uma equivalência entre os termos contidos no material obtido dos cursos portugueses e brasileiros, resultando em apenas um grupo de categorias e subcategorias para ambos os países.

Por fim, efetuou-se a última etapa, a interpretação inferencial, revelando o conteúdo latente compreendido pelos respectivos materiais analisados, a qual teve início ainda na pré-análise, reexaminando-se, completa e minuciosamente os conteúdos programáticos abrangidos nas disciplinas, conforme descrito em seus planos de ensino, por uma única pesquisadora.

---

<sup>9</sup> Em Portugal, analisou-se o documento denominado plano de estudos, o qual corresponde ao que, no Brasil recebe o nome de plano de ensino.

Assim, elaborou-se uma síntese, em que se entrelaçaram os dados documentais, as conclusões da pesquisadora e outros estudos, gerando um panorama do conteúdo relacionado ao binômio HIV/AIDS incluso nos planos de ensino de livre acesso dos cursos de Odontologia estudados no âmbito da CPLP.

### **4.3 Parte C - Elaboração de infográficos educacionais acerca do papel do cirurgião-dentista no acompanhamento em saúde das PVHA**

Com o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento de infográficos educacionais sobre o acompanhamento em saúde bucal das PVHA, realizou-se esta etapa da tese.

#### ***4.3.1 Tipologia do estudo***

Tratou-se de um estudo metodológico, de produção tecnológica, que se refere ao desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa visando à construção de instrumentos a serem empregados por outras pessoas (POLIT; BECK, 2011). Este tipo de pesquisa envolve a investigação dos métodos de obtenção e organização de dados (LIMA, 2011), cujo uso em áreas da saúde é reportado, entre outras finalidades, para o desenvolvimento de instrumentos educacionais (TEIXEIRA, 2019).

#### ***4.3.2 Sistematização do conteúdo***

A construção do instrumento iniciou-se com a fundamentação teórica relativa ao tema em questão, a qual se alicerçou em uma ampla revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que almeja a reunião e síntese de resultados de pesquisas relacionadas a um determinado tema, sistemática e ordenadamente, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da questão estudada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Seguiram-se os passos deste tipo de revisão definidos por Botelho, Cunha e Macedo (2011), que especificam seis fases: definição da questão norteadora, exposição da estratégia de busca na literatura, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, análise dos estudos incluídos, bem como interpretação dos resultados e apresentação da síntese dos conhecimentos

Inicialmente, delimitou-se a principal questão de estudo a ser pesquisada na literatura, a qual consistiu no papel do CD no acompanhamento em saúde das PVHA. Em seguida, foram estabelecidas as bases de dados eletrônicas Pubmed e Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), assim como os Descritores em Ciências da Saúde - Assistência Odontológica, Manifestações Bucais, HIV e Sobreviventes de Longo Prazo ao HIV - combinados com operador booleano *AND*, para incluir publicações que contivessem, especificamente, a combinação dos termos.

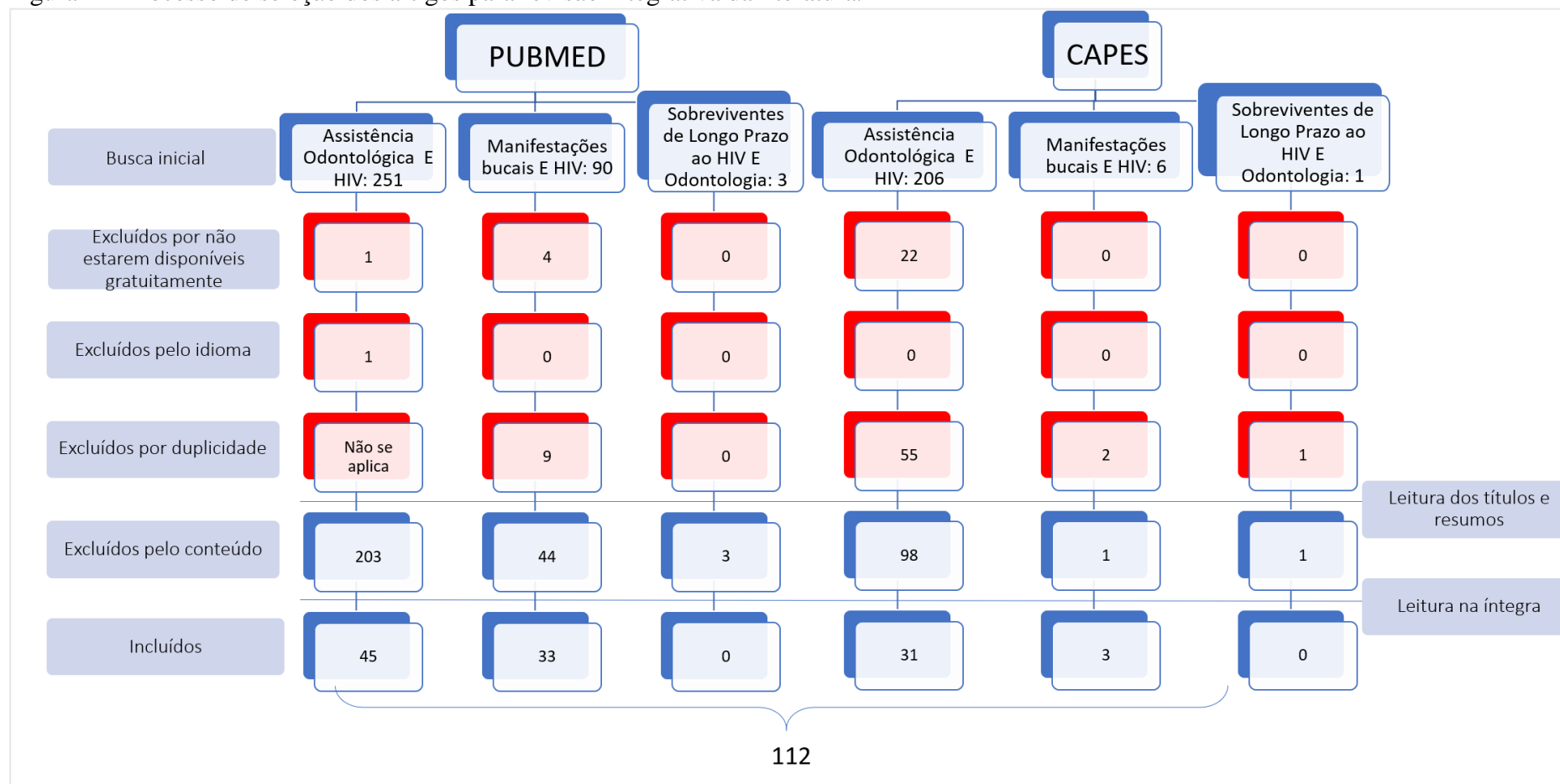
Os critérios de inclusão aplicados foram textos disponíveis eletronicamente na íntegra nas bases de dados supracitadas, publicados nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, e sem restrição de ano de publicação. Por sua vez, foram adotados como critérios de exclusão, os textos que se distanciaram da questão norteadora, isto é, do cuidado odontológico das PVHA, assim como estudos repetidos.

Concluída a busca, foram obtidos 557 estudos e, respeitando-se os critérios de elegibilidade definidos, foram localizados 462 artigos (estudos pré-selecionados) não duplicados nas bases exploradas. Após a leitura criteriosa de todos os títulos, resumos e palavras-chave, elaborou-se uma planilha com os estudos selecionados para a revisão integrativa, amostra que foi composta por 112 estudos (Figura 2), os quais foram lidos e explorados integralmente.

A partir da leitura na íntegra e análise crítica dos materiais selecionados, realizada por apenas um revisor, a síntese dos artigos foi realizada, salvaguardando suas diferenças, em um instrumento chamado de matriz de síntese, contendo a discriminação do ano de publicação, o título, os autores, o objeto de estudo, bem como as considerações a respeito do cuidado odontológico das PVHA e outras observações oportunas. Assim, facilitou-se a sumarização dos estudos, em uma categorização descritiva, destacando as informações mais relevantes para o presente estudo.

Procedeu-se, então, à interpretação dos achados bibliográficos, momento em que os textos foram discutidos, compondo um grande documento sobre o papel do CD no acompanhamento das PVHA, o qual foi utilizado para a confecção dos infográficos educacionais.

Figura 2 – Processo de seleção dos artigos para revisão integrativa da literatura.



Fonte: Elaboração própria.

### **4.3.3 Preparação de ilustrações, layout, design e textos**

De posse de um grande documento organizado em 3 blocos segundo o núcleo de sentido principal abordado, passou-se à criação dos infográficos propriamente dito, o qual foi dividido em 3 etapas: pré-produção, produção e pós-produção.

Iniciou-se com a abreviação dos resultados da revisão integrativa no intuito da elaboração de 3 roteiros utilizados na pré-produção destas ferramentas digitais educacionais, os quais guiaram a organização do compilado de informações e que definiu a ordem dos conteúdos a serem apresentados, indicando “o quê”, “como” e “onde” as informações seriam dispostas.

Ainda na pré-produção, passou-se à direção de arte, definindo-se o visual em relação ao estilo das figuras, bem como dos cenários e cores predominantes em cada infográfico. Em seguida foi realizada a execução propriamente dita dos infográficos, na qual se lançou mão do aplicativo *online* de edição gráfica Canva® e, por fim, a etapa de pós-produção, com os acertos finais necessários.

## **4.4 Aspectos éticos**

Uma vez que se tratou de uma pesquisa envolvendo dados secundários e obtidos em plataformas de domínio público, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

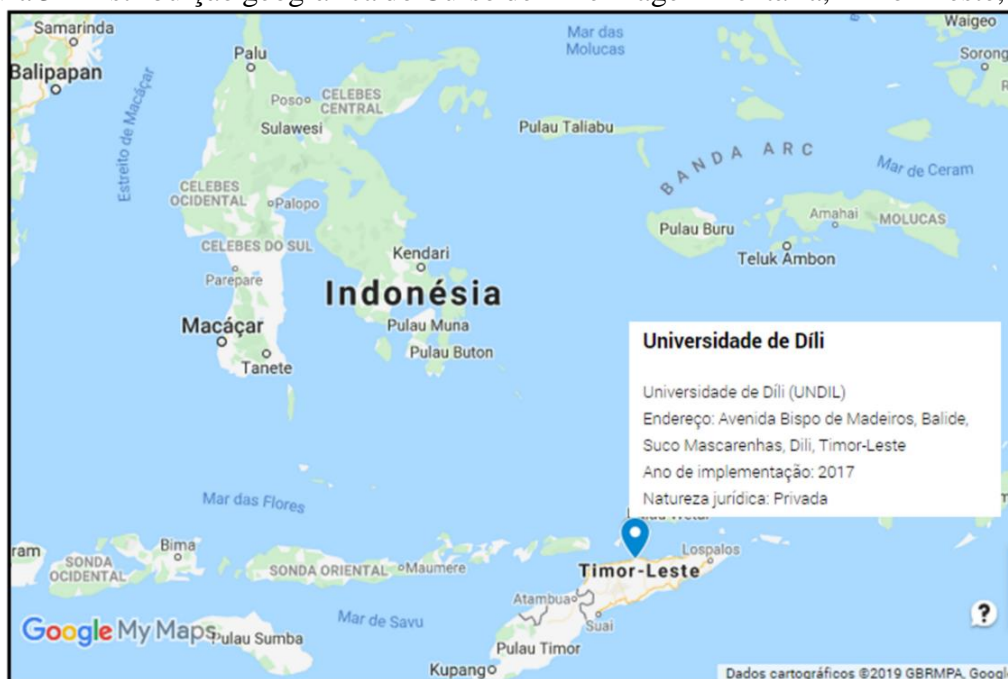
## 5 RESULTADOS

### 5.1 Mapas temáticos dos cursos de Odontologia na CPLP

Segundo o percurso metodológico seguido, em maio de 2019, os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa apresentaram 520 cursos de Odontologia, dos quais 96,53% (n = 502) se localizavam no Brasil.

O único curso de formação superior encontrado no Timor-Leste foi implantado em 2017, quando se iniciou o curso denominado Enfermagem Dentária na Universidade de Díli (UNDIL), um curso de bacharelado, com duração de cinco semestres e de natureza jurídica privada (Figura 3).

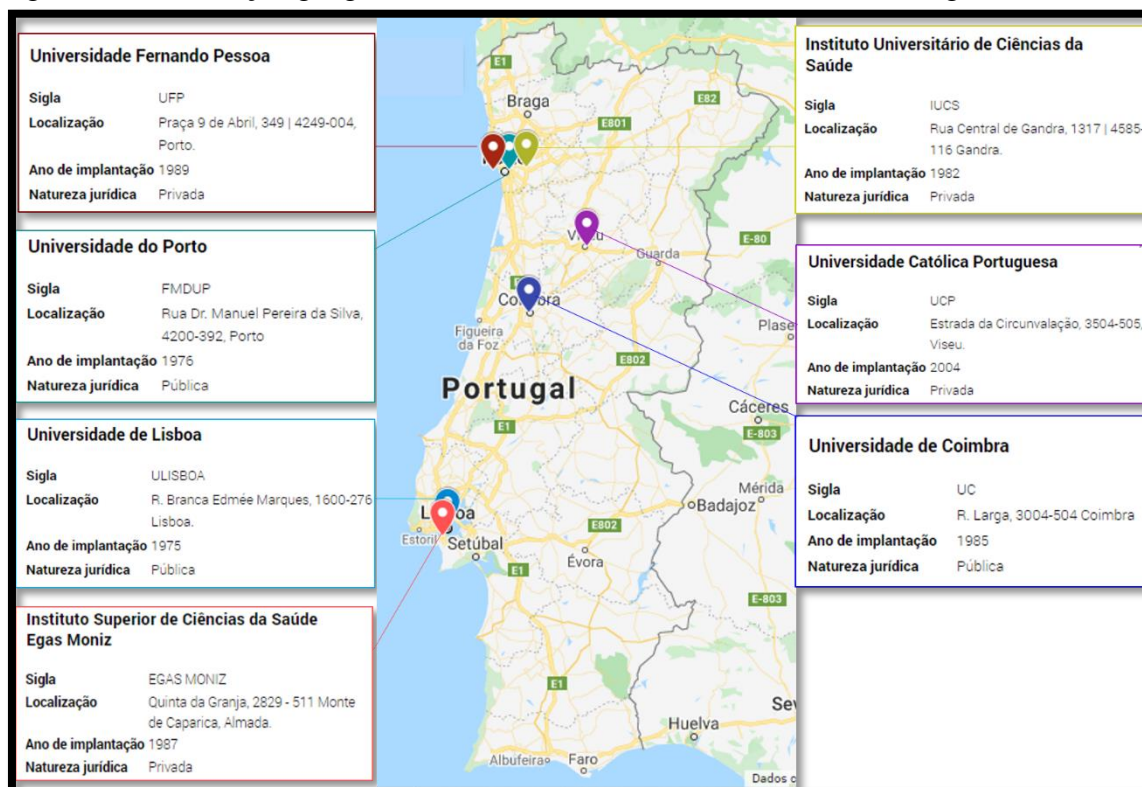
Figura 3 - Distribuição geográfica do Curso de Enfermagem Dentária, Timor-Leste, 2019.



Fonte: GOOGLE MY MAPS, *Timor-Leste: Curso de Enfermagem Dentária*, 2019a.

Em Portugal, durante o período estudado, existiam sete cursos universitários de Medicina Dentária, em que 57,14% (n = 4) eram lecionados por IES privadas. Verificou-se que a formação de médicos-dentistas no país teve início em 1975, a partir da criação da primeira Faculdade de Medicina Dentária, na Universidade de Lisboa (ULISBOA), enquanto a última entidade formadora surgiu em 2004, a Universidade Católica Portuguesa (UCP) (Figura 4).

Figura 4— Distribuição geográfica dos cursos de Medicina Dentária, Portugal, 2019.



Fonte: GOOGLE MY MAPS, *Portugal: Cursos de Medicina Dentária*, 2019b.

Os cursos revelaram-se, de certa forma, concentrados na região próxima ao litoral, em que se localizam em Lisboa (ULISBOA), na região metropolitana de Lisboa (Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz), em Coimbra (Universidade de Coimbra), em Viseu (UCP), em Gandra (Instituto Universitário de Ciências da Saúde), assim como dois na cidade do Porto (Universidade do Porto - UPORTO e Universidade Fernando Pessoa - UFP).

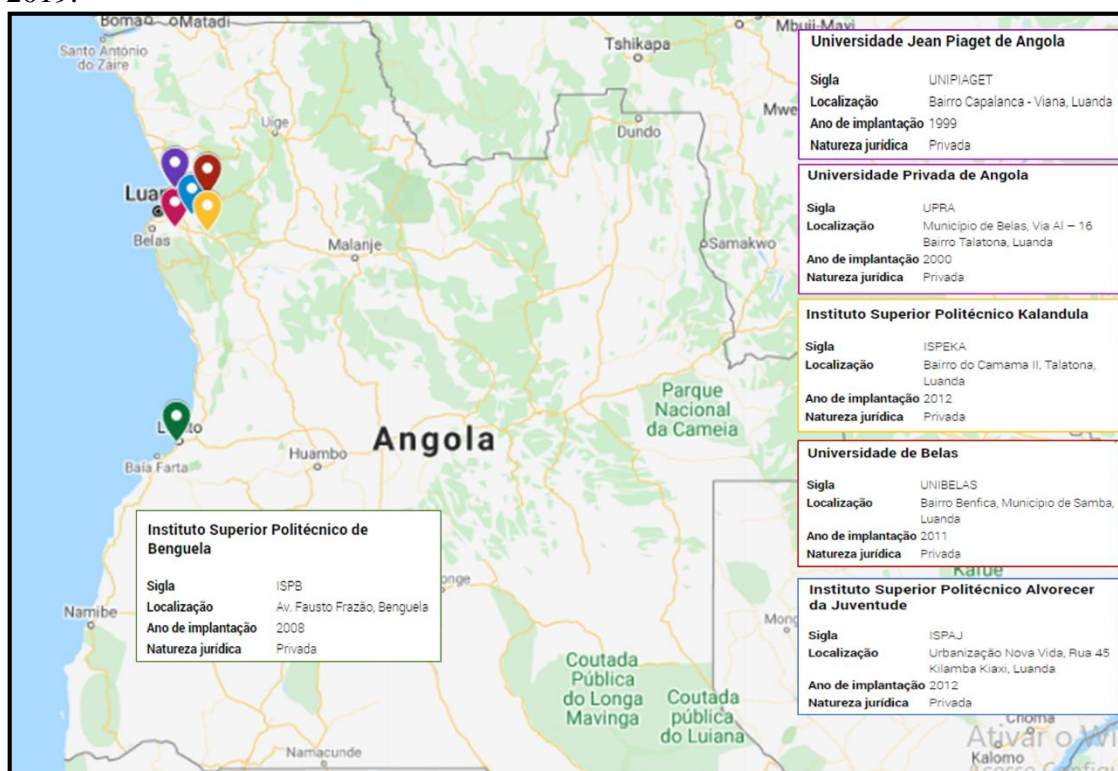
Nos PALOP, foram constatados 10 (dez) cursos de Odontologia/Medicina Dentária, distribuídos somente em dois países: Angola e Moçambique.

Verificou-se a presença, em Moçambique, de quatro cursos, os quais são ministrados em duas instituições públicas e duas privadas e foram introduzidos entre 1997 e 2009, sendo um em Maputo (capital do país), dois em Sofala e outro em Nampula. Neste país, a formação de médicos-dentistas é realizada em duas Universidades - UniLúrio e UniZambeze – bem como dois Institutos Superiores de Ciência e Tecnologia - Alberto Chipande e de Moçambique – tendo início em 1997, porém, com um lapso temporal de 10 anos para a instituição de outros cursos (Figura 5).





Figura 6 - Distribuição geográfica dos cursos de Odontologia/Medicina Dentária, Angola, 2019.

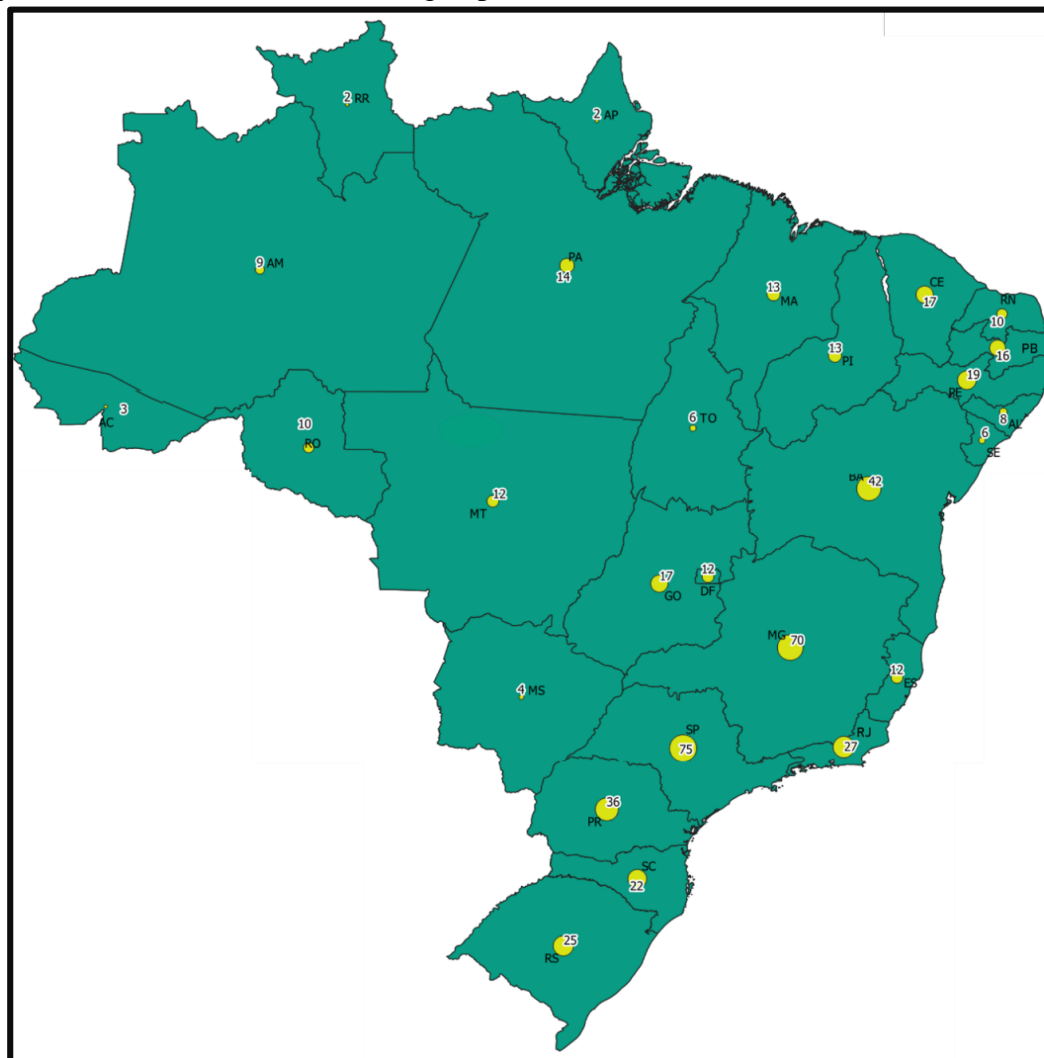


Fonte: GOOGLE MY MAPS, PALOP: *Cursos de Odontologia/Medicina Dentária*, 2019c.

Por sua vez, no Brasil, segundo o e-MEC, no período pesquisado, existiam 502 cursos em atividade<sup>10</sup>, os quais se distribuem por todo o território nacional (Figura 7) desde 1856, quando da criação da primeira Faculdade de Odontologia, no Rio de Janeiro. Entre este montante, 88,64% (n = 445) fazem parte da rede privada de ensino superior e estão situados, sobretudo na região Sudeste, cujos estados com a maior presença de cursos de Odontologia são Minas Gerais (n = 71) e São Paulo (n = 75), marcadamente privados (88,58%, n = 163). Enquanto a região Norte abriga 9,16% dos cursos (n=46), dos quais apenas três (6,52%) são públicos e localizados nos estados do Amazonas e Pará.

<sup>10</sup> Por meio de informações obtidas no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior disponibilizado pelo e-mec, a equipe de pesquisa elaborou um banco de dados sobre os os cursos brasileiros de Odontologia em atividade, cuja coleta de dados se deu entre 01/4/19 até 31/5/19.

Figura 7 – Mapa temático da quantidade de cursos de Odontologia, por Estado e no Distrito Federal. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria por meio do *software* QGIS versão 3.4 (64 bits).

## 5.2 Enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino

Entre os cursos da CPLP cujos documentos que detalham o conteúdo programático abordado são disponibilizados ao acesso público, embora não exista uma disciplina específica para tratamento do binômio HIV/AIDS na graduação em Odontologia, 48,97% (n=24) discorrem sobre conteúdos relativos a este assunto - 20 no Brasil e 4 em Portugal - sendo a maioria deles de natureza pública (83,3%, n = 20) (Quadro 10).

Quadro 10 – Quantidade de cursos de Odontologia, por país, que apresentou disciplinas cujos planos de ensino de acesso público referiram o conteúdo HIV/AIDS, CPLP, 2019.

PAÍS	Documento indisponível		Documento disponível				TOTAL
			Não aborda		Aborda		
	Públicos	Privados	Públicos	Privados	Públicos	Privados	
<b>Angola</b>	0	6	0	0	0	0	6
<b>Brasil</b>	3	35	19	5	17	3	82
<b>Moçambique</b>	2	2	0	0	0	0	4
<b>Portugal</b>	0	2	0	1	3	1	7
<b>Timor-Leste</b>	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base em busca nos *websites* das IES.

Confirmou-se que a temática HIV/AIDS não é incorporada sistematicamente em muitos planos de ensino dos cursos da amostra, visto que, dos 49 cursos com materiais disponíveis, 51% não fizeram menção ao assunto, sendo 24 brasileiros, além da UCP.

### 5.2.1 Perfil das disciplinas com conteúdo voltado à temática HIV/AIDS

Graficamente representada em uma “nuvem de palavras” (Figura 8), consta a identificação dos componentes curriculares cujos documentos que puderam ser acessados livremente na internet fizeram menção ao HIV/AIDS.

Nesse sentido, a partir da observação da imagem, depreende-se que a disciplina de Imunologia foi a mais realçada na abrangência desse assunto nos planos de ensino obtidos livremente nos *websites* dos cursos lusófonos estudados.

Figura 8 – Nuvem de palavras das disciplinas cujo plano de ensino cita a temática HIV/AIDS, Cursos de Odontologia, CPLP, 2019.

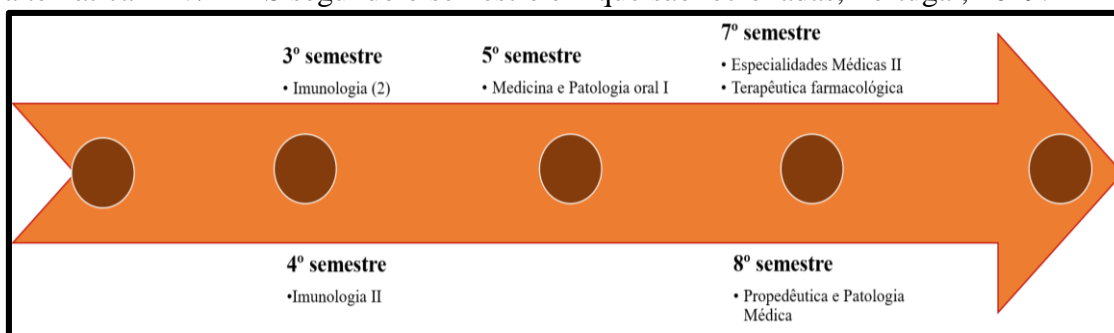


Fonte: Elaboração própria por meio da ferramenta *Wordclouds*.

### 5.2.2 Momento de oferta de conteúdo relacionado ao HIV/AIDS

Em Portugal, os resultados apontaram que, à exceção do Instituto de Ciências da Saúde (IUCS), o conteúdo sobre HIV/AIDS se inicia no 2º ano, com a disciplina de Imunologia, comum aos outros três cursos (Figura 9).

Figura 9 – Distribuição de disciplinas cujos planos de ensino indicaram conteúdos sobre a temática HIV/AIDS segundo o semestre em que são lecionadas, Portugal, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

No Brasil, verificou-se uma grande dispersão das disciplinas, pois são lecionadas desde o 1º até o 8º semestre (Figura 10), porém, na maioria (65,6%, n = 21), esse conteúdo é ofertado nos semestres iniciais, ou seja, durante os dois primeiros anos da graduação, com apenas 9,3% no último ano (n = 3). Vale ressaltar que não foi identificado o período de oferta em três disciplinas: na Universidade Estadual de Ponta

Grossa (UEPG) (Bioética e Microbiologia e Imunologia) e na Universidade de Campinas (UNICAMP) (Diagnóstico Oral V), assim como foi encontrada menção ao tema em estudo em apenas uma disciplina de caráter optativo: Virologia Básica e Clínica, que compõe o currículo do curso da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

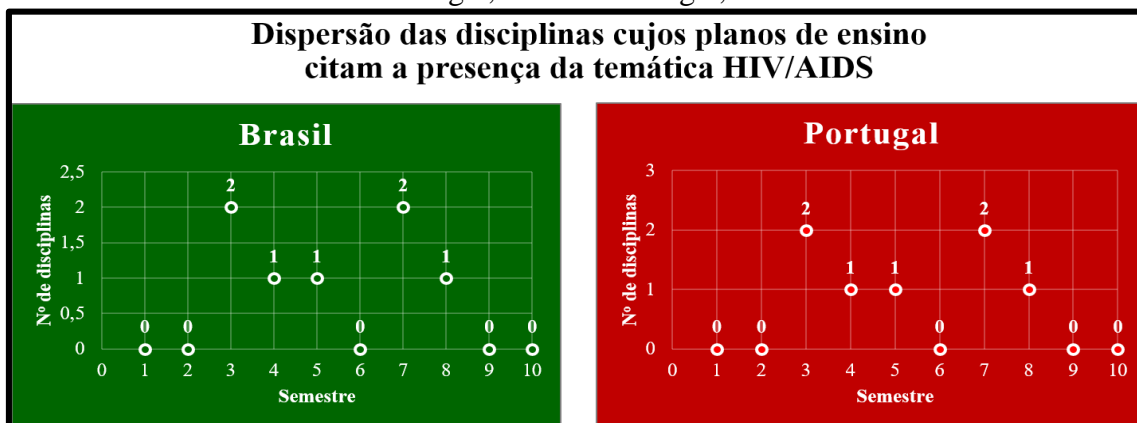
Figura 10 – Distribuição de disciplinas cujos planos de ensino indicaram conteúdos sobre a temática HIV/AIDS segundo o semestre em que são lecionadas, Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

Conforme detalhado nos planos de ensino investigados, os assuntos pertinentes ao HIV/AIDS são ministrados, no caso do Brasil, predominantemente, no início do curso e, marcadamente, nos quatro primeiros semestres. Ao passo que, em Portugal, a presença desse conteúdo nos planos de ensino seguiu uma distribuição mais homogênea, com a oferta de tais disciplinas em semestres iniciais e finais (Figura 11).

Figura 11 – Dispersão de disciplinas cujos planos de ensino citaram conteúdos sobre HIV/AIDS em cursos de Odontologia, Brasil e Portugal, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

Por outro lado, não foi constatada uma política de estágio dos estudantes em serviços de referência às PVHA, uma vez que não foi encontrada menção ao HIV/AIDS em planos de ensino de disciplinas exclusivas de estágio, sendo notado o último contato do aluno com o tema no 8º semestre nos componentes curriculares de Estomatologia (UFC-Sobral), Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (UFMS) e Propedêutica e Patologia Médica (IUCS).

### ***5.2.3 Análise de conteúdo do enfoque do HIV/AIDS nos planos de ensino***

De acordo com o percurso metodológico empreendido, pôde-se assinalar a inserção de conteúdos programáticos referentes ao HIV/AIDS nos planos de ensino de várias disciplinas e que o desenvolvimento de tal matéria ora se deu em disciplinas básicas da formação profissional sob o prisma de aspectos biológicos, ora o enfoque foi em medidas de controle de infecção, ora nas patologias que envolvem a cavidade oral relacionadas ao HIV/AIDS, além de questões diversas do cuidado em saúde das PVHA.

A análise teve como eixos organizacionais as seguintes categorias: Ciências Biológicas e da Saúde (CBS), em que foram agrupadas unidades de registro que revelam a possibilidade de compreender os aspectos relacionados à etiopatogenia da afecção; Ciências Humanas e Sociais (CHS), com a disposição de tópicos relacionados à aprendizagem ética e humanística; e Ciências Odontológicas, composta por unidades que expressam relação com as condições bucais e o tratamento odontológico das PVHA (Quadro 11).

Quadro 11 - Categorias e subcategorias de análise definidas para as disciplinas, CPLP, 2019.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ALOCAÇÃO DAS DISCIPLINAS	
		Brasil	Portugal
Ciências Biológicas e da Saúde (CBS)	Aspectos biológicos do micro-organismo (Microbiologia) e da doença (Imunologia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Imunologia aplicada à Odontologia</li> <li>✓ Microbiologia Geral e Parasitologia</li> <li>✓ Patologia geral</li> <li>✓ Microbiologia</li> <li>✓ Microbiologia e Imunologia para Odontologia</li> <li>✓ Virologia Básica e Clínica</li> <li>✓ Imunologia geral</li> <li>✓ Microbiologia Geral e Odontológica</li> <li>✓ Microbiologia e Imunologia (3)</li> <li>✓ Integração Multidisciplinar II</li> <li>✓ Integração Multidisciplinar III</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Imunologia (2)</li> <li>✓ Imunologia II</li> </ul>
	Aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Análises Clínicas</li> <li>✓ Farmacologia II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propedêutica e Patologia Médica</li> </ul>
	Biossegurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Biossegurança e Ergonomia em Odontologia</li> <li>✓ Controle de Infecção</li> </ul>	
	Outras	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Embriologia</li> </ul>	
Ciências Humanas e Sociais (CHS)	Aspectos éticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deontologia e Odontologia Legal</li> <li>✓ Bioética</li> </ul>	
Ciências Odontológicas (CO)	Estomatologia / Patologia Bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Patologia Bucal/Maxilofacial I</li> <li>✓ Patologia Bucal A</li> <li>✓ Patologia Geral e Bucomaxilofacial I</li> <li>✓ Patologia Bucal I</li> <li>✓ Estomatologia</li> <li>✓ Diagnóstico Oral V</li> <li>✓ Estomatologia / Patologia Bucal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicina e Patologia Oral I</li> </ul>
	Outras especialidades odontológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propedêutica Odontológica III</li> <li>✓ Periodontia I</li> <li>✓ Peiodontia II</li> <li>✓ Odontopediatria</li> <li>✓ Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapêutica farmacológica</li> <li>✓ Especialidades Médicas II</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Esta etapa de categorização apresentou algumas dificuldades, as quais foram suplantadas pela similitude de contextos dos conteúdos descritos e por outras informações disponibilizadas nos materiais coletados, tais como os objetivos da disciplina.

No Brasil, destaca-se a dificuldade da alocação, nas categorias estabelecidas, dos componentes curriculares: Biossegurança e Ergonomia em Odontologia, Controle de Infecção, Análises clínicas, Integração Multidisciplinar II e III, bem como Patologia Geral e Bucomaxilofacial I. O componente Análises clínicas (UFSC) foi incluído na categoria CBS pela similitude da ocorrência e do contexto da expressão "doenças infecciosas" no plano de ensino de outra disciplina da amostra, cuja classificação na referida categoria não suscitara dúvidas, a saber: Microbiologia e Imunologia (UEPG). Da mesma forma, resultou-se na inclusão da disciplina Biossegurança e Ergonomia em Odontologia (UNILEÃO) na categoria CBS, pois a descrição de seu conteúdo programático "AIDS e sua importância no atendimento odontológico" assemelha-se aos termos "Infecções virais de interesse odontológico" e "doenças infecciosas mais relevantes na Odontologia, como AIDS", de ocorrência, por exemplo, nas ementas das disciplinas intituladas Microbiologia (UFG) e Microbiologia e Imunologia (UEPG), respectivamente. Ao passo que, no que tange à disciplina de Controle de Infecção (UFG), uma vez que seu conteúdo insere-se na seara de biossegurança, considerou-se que esta era consoante à mesma categoria da disciplina supracitada. Por sua vez, o plano de ensino dos componentes curriculares Integração Multidisciplinar II e III (UFPA) também condiz com a categoria CBS.

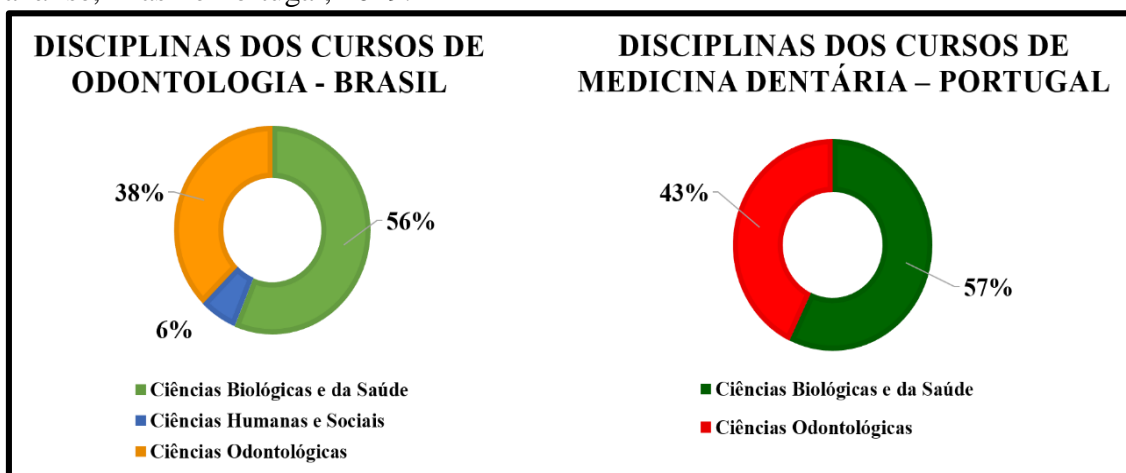
Em relação à disciplina Patologia Geral e Bucomaxilofacial I (SLMANDIC), uma vez que seus conteúdos programáticos descritos nos planos de ensino encontrados abrangeram as duas nuances - geral e bucal - das alterações patológicas, optou-se por enquadrá-la na categoria Ciências Odontológicas, pelo fato de ela compreender um conteúdo mais específico e avançado. Contudo, as disciplinas nomeadamente Patologia geral (exclusivamente) permaneceram na categoria CBS.

No tocante aos impasses no processo de categorização das disciplinas portuguesas, destaca-se que ocorreram, por exemplo, quanto à disciplina Especialidades Médicas II (UPORTO) - cuja descrição aludiu às implicações do HIV no tratamento dentário – e ao componente curricular Terapêutica farmacológica (IUCS), cujos objetivos de aprendizagem englobaram identificar e manusear fármacos utilizados no tratamento das doenças orais. Dessa forma, ambas as disciplinas foram enquadradas também na categoria Ciências Odontológicas.



Dando continuidade ao processo de análise, foram elaboradas representações gráficas da quantidade, nos países estudados, de disciplinas em cada categoria em relação ao total de disciplinas que apresentaram referência a conteúdos relacionados ao HIV em seus planos de ensino (Figura 12).

Figura 12 – Representação gráfica da distribuição das disciplinas em que os planos de ensino acessados referenciaram conteúdos relacionados ao HIV/AIDS por categoria de análise, Brasil e Portugal, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

A categoria Ciências Biológicas e da Saúde foi a que obteve maior representação de disciplinas em ambos os países: 56,25% (n = 18) dos componentes curriculares brasileiros e 57,1% (n = 4) dos lusitanos.

#### 5.2.3.1 Conteúdo relacionado ao HIV/AIDS na categoria Ciências Biológicas e da Saúde

Sendo a categoria contemplada com a maior quantidade de disciplinas alocadas, destaca-se que, em 41,6% (n = 10) dos cursos que cumpriram os critérios estabelecidos para participarem da presente investigação, a área do conhecimento representada por essa categoria de análise foi a única a ser abrangida por conteúdos programáticos referentes ao HIV/AIDS.

Destaca-se a supremacia do enfoque dos conhecimentos relativos ao HIV/AIDS na subcategoria de análise Aspectos biológicos, a qual se direcionou à biologia do retrovírus HIV e do mecanismo imunológico da doença, com 16 disciplinas, as quais se distribuíram em 11 cursos no Brasil e 3 IES em Portugal.

Enfatizou-se, também, a atenção de alguns planos de ensino explorados no tocante a aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS, subcategoria que enquadrava componentes curriculares diversos e que contemplaram informações básicas em relação a essas vertentes da afecção, como Análises clínicas (UFSC) e Farmacologia II (UFSM) no Brasil, assim como, na IES portuguesa IUCS, a unidade curricular Propedêutica e Patologia Médica.

Além disso, em duas disciplinas brasileiras, o material analisado sinalizou a presença da temática investigada na ótica da biossegurança. Destaque-se o registro de conteúdos referentes ao HIV/AIDS em tópicos bastante relevantes dessa seara, como as medidas adequadas após acidente envolvendo material biológico contempladas na disciplina Controle de Infecção (UFG), cuja ementa retratou a profilaxia pós-exposição para AIDS. Em contrapartida, em Portugal, somente o curso da ULISBOA referiu o conteúdo programático voltado aos riscos profissionais associados ao HIV, que remete a aspectos da biossegurança, no plano de estudos da disciplina de Imunologia<sup>11</sup>.

Ainda nessa categoria, notabilizou-se um conteúdo curioso, que compreendeu a disciplina de Embriologia (UFPB), tratando da contaminação vertical do feto pelo vírus HIV.

#### *5.2.3.2 Conteúdo relacionado ao HIV/AIDS na categoria Ciências Humanas e Sociais*

Esta foi a categoria com menor quantidade de disciplinas alocadas, com apenas duas disciplinas - Bioética (UEPG) e Odontologia Legal e Deontologia (UFJF – Juiz de Fora) - com destaque para o fato de que, nos planos de ensino obtidos dos cursos portugueses, esta categoria de análise não foi contemplada. Ademais, finalizada a categorização, ficou evidente uma subcategoria única e voltada aos aspectos bioéticos do binômio HIV/AIDS de importância para a formação discente em Odontologia.

Destaque-se a baixa presença deste assunto nos documentos examinados que compuseram a amostra desta categoria, podendo sinalizar a presença de uma lacuna na formação em Odontologia nos países lusófonos pesquisados, de acordo com os achados desta investigação.

---

<sup>11</sup> Apesar desta menção aos riscos ocupacionais, a referida disciplina da ULISBOA permaneceu enquadrada na subcategoria Aspectos biológicos.

### 5.2.2.3 Conteúdo relacionado ao HIV/AIDS na categoria Ciências Odontológicas

Nesta categoria, a porcentagem de componentes curriculares listados foi de 38% no Brasil (n = 12) – distribuídos entre o 2º e o 8º semestres – e de 42,8% (n = 3) em Portugal.

Prevaleceu a subcategoria Estomato/Patologia Bucal, cujo núcleo de sentido mais significativo consistiu nas manifestações bucais relacionadas ao HIV/AIDS, com seis documentos citando, explicitamente, esta matéria, tamanha a importância conferida a essas alterações do sistema estomatognático nas PVHA. Realça-se a explicitação também da abordagem acerca de outro conteúdo indubitavelmente essencial para a formação do estudante - as implicações da doença no manejo odontológico - no plano de ensino dos componentes Estomatologia (UFC - Sobral) e Especialidades Médicas II (UPORTO).

Já a subcategoria denominada de Outras disciplinas específicas abrangeu percepções do HIV/AIDS em disciplinas não enquadradas na subcategoria anterior, compreendendo a alusão ao manejo odontológico do paciente pediátrico com HIV, bem como aos conteúdos referentes ao HIV/AIDS específicos da periodontia. Adicionalmente, identificou-se a inserção da temática nos planos de ensino das disciplinas de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (UFMS) e Especialidades Médicas II (UPORTO).

Destacou-se, ainda, como resultados, a pequena menção dada aos aspectos farmacológicos envolvidos nessa enfermidade, observada apenas nos planos de ensino do curso da IUCS e da UFSM.

Assim, verificou-se que a maioria dos conteúdos foi descrita em planos de ensino de disciplinas abordadas no início dos cursos, assim como se sugeriu o predomínio, nos documentos estudados, de conteúdos voltados para os aspectos biomédicos envolvidos no HIV/AIDS, que corresponderam às categorias de Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Odontológicas, assim como uma baixa ênfase nos aspectos bioéticos.

Por fim, os resultados encontrados no tocante aos planos de ensino de cursos brasileiros dão conta de que na UFC-Sobral, na UFSC, na UFSM, na UFPA e na UFRJ existe referência ao HIV/AIDS em disciplinas do núcleo biológico e das especialidades odontológicas, assim como na UEPG, nas áreas de ciências humanas e biológicas. No que concerne aos portugueses, constatou-se que 75% (n = 3) apresentam unidades curriculares

nos campos das CBS e das CO, denotando uma abordagem menos restrita na formação de médicos-dentistas no país.

### **5.3 Infográficos educacionais**

Os resultados da vasta revisão integrativa da literatura realizada foram organizados em três infográficos, em que o primeiro contemplou o acompanhamento odontológico das PVHA em geral (Apêndice C), o segundo descreveu as peculiaridades do tratamento odontológico nos adultos e idosos (Apêndice D), enquanto o último apresentou os principais aspectos do manejo odontológico do paciente pediátrico com HIV (Apêndice E).

#### ***5.3.1 Papel do cirurgião-dentista no acompanhamento odontológico das PVHA em geral***

Conforme a literatura consultada, a oferta de cuidado odontológico às PVHA com qualidade e responsabilidade perpassa pelo conhecimento da situação de saúde médica/sistêmica do paciente, por criterioso exame clínico e pela assistência odontológica adequadamente planejada e efetuada.

No que se refere às informações específicas a serem investigadas durante a anamnese deste grupo de pacientes, o infográfico apresentou, na forma de questionamentos, os seguintes tópicos: fase da infecção, presença de doenças oportunistas, controle da imunossupressão, adesão à TARV, existência de coinfeções e de alterações sistêmicas, medicamentos utilizados e informações sobre exposição a outros fatores de risco vinculados às doenças bucais.

Na sequência, foram elencadas, pormenorizadamente, as considerações pertinentes à execução de um completo e cuidadoso exame da cavidade oral das PVHA; enquanto a última e maior parte do conteúdo deste infográfico compreendeu a atuação do CD no tratamento odontológico propriamente dito, que contemplou o manejo da cárie dentária e da doença periodontal, os tratamentos reabilitadores e procedimentos invasivos nas PVHA, bem como o manejo das LOAH.

### ***5.3.2 Peculiaridades do acompanhamento odontológico nos adultos e idosos com HIV/AIDS***

Por sua vez, o segundo produto construído voltou-se para as especificidades do acompanhamento odontológico de adultos e idosos com HIV/AIDS, as quais, de acordo com a revisão, em geral, advêm da existência de comorbidades crônicas e de aspectos relacionados a questões psicossociais.

Ademais, enfatizou-se o agravamento de condições bucais em virtude da sinergia entre a doença e o avanço da idade, bem como a relação entre a saúde bucal e as alterações sistêmicas, que são importantes fatores a serem considerados no cuidado de pacientes nesta faixa etária.

### ***5.3.3 Papel do cirurgião-dentista no cuidado do paciente pediátrico com HIV/AIDS***

A estruturação do infográfico acerca da abordagem do paciente pediátrico com HIV/AIDS finalizou a apresentação dos resultados desta etapa da pesquisa.

Iniciou-se com a apreciação de estratégias desse acompanhamento, como as visitas regulares e consultas adicionais com base na avaliação de risco da criança para o desenvolvimento de doenças bucais. Em seguida, versou-se sobre as particularidades das condutas profissionais frente às doenças orais comuns, aos procedimentos cruentos, a algumas LOAH – por exemplo, a candidíase oral, a gengivoestomatose herpética – além da linfadenopatia cervical e de alterações na cronologia de erupção dentária que podem estar presentes nas crianças com HIV.

Outra importante parte deste material educativo consistiu na sessão que tratou dos fatores relacionados ao adoecimento bucal do paciente infantil com HIV (cárie dentária, candidíase oral e lesões), a qual pode ser de grande valia aos profissionais de saúde, especialmente, no esclarecimento de pacientes e/ou responsáveis, cuja participação é muito importante no cuidado dessas crianças.

Finalizou-se a elaboração deste infográfico com a referência à importância do cuidado em saúde bucal para a cascata de cuidados contínuos do público infantil, reforçando a participação de profissionais da saúde bucal em equipes multidisciplinares de atenção a essas crianças e chamando a atenção para o aspecto emocional no manejo desta população específica.

Cada tela criada nos infográficos foi montada de modo a facilitar a compreensão do público-alvo quanto ao assunto abordado, na medida em que os usuários sejam capazes de associar os conhecimentos dispostos nos infográficos com suas experiências profissionais.

Após passarem pelo processo de validação, os infográficos serão disponibilizados na internet e em ferramentas como o *Youtube*, para que o conhecimento científico compilado possa ser disseminado e utilizado gratuitamente por acadêmicos e profissionais de saúde. Além disso, os infográficos poderão ser impressos, inclusive em tamanho maior, para serem utilizados na forma de folhetos instrutivos ou pôster infográfico em unidades de saúde, por exemplo, sintetizando os pontos mais relevantes do papel dos profissionais da Odontologia no acompanhamento das PVHA.

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 Formação de RHSB na CPLP**

Considerando que o Timor-Leste é um dos países mais jovens do mundo (oficialmente independente desde maio de 2002), não surpreende a baixa capacidade de formação de profissionais de saúde bucal neste país, além do mais, o ensino superior timorense, de acordo com Pazeto (2007), não tem histórico de ser área prioritária do Governo, o qual firmou apoio a instituições particulares a operarem em tal segmento. Contudo, o governo deste país reconhece que as instituições privadas necessitam de melhorias na qualidade e na relevância dos seus cursos de modo a melhor corresponder às necessidades socioeconômicas do país, incluindo aumento de cursos de nível superior direcionados para as demandas do mercado de trabalho e para o avanço do desenvolvimento geral do conhecimento (TIMOR-LESTE, 2011).

Com uma população de mais de 1 milhão de pessoas (TIMOR-LESTE, 2019), sendo grande parte residentes na zona rural (PAZETO, 2007), preocupa a baixa cobertura dos serviços odontológicos, dada a previsão de que os serviços de Odontologia sejam disponibilizados apenas em alguns Centros Comunitários de Saúde, segundo o Plano Estratégico de Desenvolvimento 2011-2030 (TIMOR-LESTE, 2011).

Entre 2011 e 2017 foram ofertadas 120 bolsas de estudo para a formação de enfermeiros-dentistas no Timor-Leste (TIMOR-LESTE, 2018), mas o incremento de cursos no país poderia favorecer a descentralização dos profissionais. Ademais, poderia modificar a perspectiva de que a maior parte dos profissionais de saúde bucal trabalha em alguns hospitais e centros de saúde (TIMOR-LESTE, 2011), possibilitando que a Odontologia passasse a compor a atenção também nos postos de saúde.

No sentido de fortalecer o ensino superior timorense, a Cooperação Sul-Sul (CSS) pode colaborar no enfrentamento dos principais desafios, em especial, os listados em Timor-Leste (2018): falta de docentes qualificados, infraestruturas material e física adequadas e ações de formação contínua também para os RHSB. Contudo, na prática, boa parte dos programas de cooperação já experimentados pelo país foi marcada por relações verticais, de natureza centro/periferia (PAZETO, 2007).

Em Portugal, a despeito da concentração geográfica das instituições formadoras, uma descentralização na disponibilidade do curso pode não ser relevante, uma vez que, na maioria das regiões - Oeste, Beira Baixa, Alentejo Litoral, Baixo

Alentejo, Lezíria do Alentejo, Alto Alentejo e Alentejo Central – a razão entre o número de médicos-dentistas e o número de habitantes, em 2015, já alcançara o sugerido pela OMS para a Europa Ocidental: 1 médico dentista para cerca de 2.000 habitantes (OMD, 2016).

Corroborando os resultados do estudo, a literatura evidencia um perfil ainda elitista do ensino superior português, destacando a ocorrência de enfraquecimento das políticas públicas de financiamento do ensino superior em Portugal nos últimos anos, o que tem diminuído os recursos públicos para as universidades e institutos politécnicos públicos (CERDEIRA et al, 2018). Esta realidade pode concorrer para o que Baptista (2016) realçou como predomínio do setor privado na Medicina Dentária, grande despesa com tratamentos dentários, escassez de RHSB na esfera pública e, conseqüentemente, dificuldades de acesso da população aos serviços odontológicos.

Neste país, faz-se a ressalva que, com a participação lusitana na Declaração de Bolonha, as IES portuguesas passaram a lecionar o curso de mestrado integrado em Medicina Dentária, o qual inclui, pelo menos, disciplinas de base (ex: Química, Física e Biologia), médico-biológicas e médicas gerais (ex: Anatomia, Histologia, Patologia geral, Farmacologia, Microbiologia, etc) e médico-dentárias/odontoestomatológicas (ex: Prótese dentária, Materiais Dentários, Medicina Dentária de Conservação, Medicina Dentária Preventiva, Endodontia, Ortodontia, PeriOdontologia, etc). A partir de amplas mudanças curriculares advindas dessa reforma em prol da qualificação dos estudantes portugueses (AMARAL, 2019), o curso passou a ser composto de dez semestres, em substituição ao curso de Licenciatura, que compreendia seis anos (FAZENDA et al., 2013). Contudo, uma particularidade do ensino superior de Medicina Dentária em Portugal diz respeito à existência de institutos politécnicos com a disponibilidade de cursos de Higiene Oral e Prótese Dentária, por exemplo, no Instituto Politécnico de Saúde do Norte / Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa e no Instituto Politécnico de Portalegre / Escola Superior de Saúde. Apesar de serem cursos de nível superior, não foram incluídos no presente panorama, pois não atribui aos estudantes o pleno direito para o exercício da Medicina Dentária, sendo necessário, para serem profissionalmente qualificados, o grau de mestre.

Ademais, ressalta-se o retardamento na criação de cursos portugueses de Medicina Dentária, em que os primeiros surgiram há pouco mais de 40 anos, seguindo, de acordo com Oliveira (2014), uma tendência das nações da Europa Ocidental, em que apenas no século XX surgiu o ensino separado da medicina.



No que concerne à realidade de Moçambique, a carência da formação de médicos-dentistas reflete o grave desdém do Ministério da Saúde do país para com esta categoria profissional, a qual sequer figura entre as profissões consideradas prioritárias, segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – 2008-2015 (MOÇAMBIQUE, 2009).

Entre 2000 e 2014, a educação superior em Moçambique foi marcada por progressos consideráveis, incluindo aumento significativo de 9 para 47 IES (MOÇAMBIQUE, 2015). Entre os fatores responsáveis por esse avanço do ensino superior moçambicano, destaca-se a interferência do governo, permitindo a atividade de Organizações Não Governamentais (ONG) e criando instituições públicas, as quais contemplaram a formação em Medicina Dentária, respectivamente, em 2007 e 2009.

A distribuição das instituições afastadas de Maputo, capital do país, oportunizou aumento do acesso, bem como a previsibilidade de melhora da equidade geográfica da oferta de cursos. Ademais, apesar da equiparação entre o número de cursos de Medicina Dentária lecionados em IES públicas e privadas, enquanto as primeiras tiveram aumento de 89%, as últimas exibiram um incremento de 163% (MOÇAMBIQUE, 2013).

Em relação à Angola, o seu histórico marcado pela colonização e guerra civil (CARVALHO, 2012), bem como a nacionalização do ensino na era pós-independência podem justificar o desenvolvimento tardio da educação superior no país e a lacuna temporal ocorrida, com resgate da implantação de novos cursos de Odontologia/Medicina Dentária a partir de 2008. Colaboraram para o incremento na demanda pelo ensino superior angolano alguns fatores, como sua abertura à economia de mercado, desde 1991, exigindo maior qualificação profissional, assim como o encerramento da guerra civil e da obrigatoriedade do serviço militar, que permitiram o desempenho de outras atividades profissionais pelos indivíduos do sexo masculino (LIBERATO, 2014).

Além disso, IES privadas ergueram-se em Angola, cujo apogeu foi em 2007 (LIBERATO, 2014), situação que se repetiu com os cursos de Odontologia/Medicina Dentária, notada pela fundação de quatro cursos entre 2008 e 2012, cerca de um curso a cada ano. Tal crescimento e diversificação da disponibilidade de cursos de natureza privada foram responsáveis por uma reestruturação da política educacional para o ensino superior, incluindo a criação, em 2009, de sete regiões acadêmicas englobando todo o país, diminuindo a necessidade de deslocamento e fomentando a perspectiva de permanência dos profissionais depois de finalizado o curso (LIBERATO, 2014).

Contudo, a abrangência das regiões acadêmicas ainda não alcançou a formação em Odontologia, conforme se verificou a concentração desses cursos na capital do país.

Quanto à formação em Odontologia nos PALOP, a distribuição desigual desse ensino constatada nesta pesquisa denota uma dificuldade tanto do ponto de vista da quantidade, quanto da dispersão desses cursos, corroborando Varela (2015), que também referiu limitações de acesso à educação superior nas várias sub-regiões africanas, e Ferreira et al. (2014), que reconheceram a acentuada escassez de profissionais de saúde como uma conjuntura comum a todos os PALOP.

Desse modo, os PALOP estão bastante sujeitos à dependência externa para a formação dos seus profissionais de saúde, os quais nem sempre retornam ao país de origem (ROA; SILVA, 2015; LIMA, 2018). Além disso, esses países enfrentam dificuldades para formar e reter a força de trabalho em saúde (GUERREIRO et al., 2018; MALTA et al., 2016). Ao passo que a inexistência de entidades que formem RHSB em Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e São Tomé e Príncipe pode impactar negativamente a disponibilização de seus serviços de saúde bucal.

Apesar de todo o continente africano encarar grandes dificuldades no desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), três países africanos de língua portuguesa (Moçambique, Angola e Guiné Bissau) sustentam uma insuficiência crítica desses trabalhadores de saúde (FERREIRA et al., 2014). Essa realidade torna a escassez de cursos de Odontologia mais um elemento complicador para o controle ao HIV/AIDS nesses países, haja vista o significativo papel do médico-dentista no diagnóstico e acompanhamento do tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Ademais, destaca-se a perspectiva do enfrentamento da epidemia de HIV a partir da atuação de médicos-dentistas no manejo da enfermidade, a qual impacta sobremaneira a estrutura da população e, economicamente, a população ativa e a formação de RHS (WORLD BANK, 2005), tendo em vista o incremento de custos adicionais com medicamentos, acompanhamento ambulatorial, hospitalizações, afastamentos e aposentadorias (GRECO, 2008).

Não obstante, os países que não possuem cursos de formação desses profissionais apresentam parcerias com outros países para a capacitação de seus trabalhadores e, nesse contexto, a CPLP é preponderante, por exemplo, em Cabo Verde, nos últimos 30 anos, observou-se o predomínio da participação brasileira na formação do quadro de estudantes, assim como na implementação do ensino superior (BARROS; NOGUEIRA, 2015).

Com a observação do mapa brasileiro, é perceptível um grande desequilíbrio na distribuição geográfica dos cursos de Odontologia pelas macrorregiões, conformando-se uma baixa oferta de cursos em determinados estados do Norte, Nordeste e do Centro-Oeste e uma inflação de diplomas em outros locais, como a região Sudeste, que concentrou 36,65% do total de cursos no país. A grande desigualdade geográfica da oferta, com concentração de cursos de Odontologia, em especial, nas regiões Sudeste e Sul (SAN MARTIN et al., 2018; NARVAI, 2003; QUEIROZ, 2006), concorre para a má distribuição geográfica dos CD (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018). Ademais, tem efeitos também no acesso da população a serviços odontológicos, por exemplo, no interior das regiões Norte e Nordeste do Brasil (SAN MARTIN et al., 2018; NARVAI, 2003). Nesse sentido, San Martin et al. (2018) sublinharam a tendência dos profissionais buscarem oportunidades de educação continuada, fixando-se, mais facilmente, em regiões que permitem a realização de cursos de pós-graduação, o que, provavelmente é um dos fatores mais relacionados à estrutural concentração de cursos no Sudeste brasileiro.

O grande quantitativo de cursos brasileiros baseia-se na massificação da educação superior privada (SAN MARTIN et al., 2018; PALACIOS; LOPES, 2018; QUEIROZ, 2006), resultante da reforma educacional implementada após a redemocratização do país, a qual causou o encolhimento da participação do setor público e uma ampla hegemonia do privado (PALACIOS; LOPES, 2018; QUEIROZ, 2006; RODRIGUES; SILVA, 2019; SILVA, 2019), resultando em, atualmente, menos de um terço das IES de natureza pública (PALACIOS; LOPES, 2018).

Tendo em vista que a atual legislação, à medida que estabelece a liberdade do ensino à iniciativa privada e a destinação de recursos públicos a instituições consideradas comunitárias e filantrópicas – inclusive com preenchimento de muitas vagas em IES privadas graças à intervenção e ao financiamento estatal parcial ou total por meio do Programa Universidade para Todos (PROUNI) (RODRIGUES; SILVA, 2019) - endossa e alarga a participação do setor privado (PALACIOS; LOPES, 2018; SILVA, 2019) neste campo.

A escassez de investimento do Estado na ampliação e expansão do setor público (PALACIOS; LOPES, 2018) se expressa na discrepância na quantidade de vagas dispostas, em que a maioria dos cursos públicos disponibiliza poucas vagas, enquanto as instituições privadas têm a possibilidade de ofertar, anualmente, algumas vezes, um número até quatro vezes maior do que as públicas. Todavia, apesar do crescimento de instituições privadas (RODRIGUES; SILVA, 2019; SILVA, 2019), durante os governos

de Lula e Dilma Rousseff, houve, também, um pouco do retorno de investimento à educação superior pública, com a criação de novas universidades e o estabelecimento de novos campi (RODRIGUES; SILVA, 2019; SILVA, 2019), por meio de iniciativas como o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI).

Os resultados obtidos na presente investigação são, portanto, consoantes com a opinião de Narvai (2003) quanto ao imperativo emprego de fundamentos qualitativos para o planejamento de recursos humanos odontológicos e o afastamento da visão por um prisma puramente quantitativo. Para San Martin et al. (2018), fatores como as condições econômicas e de saúde bucal da comunidade, questões culturais e ambientais devem ser utilizadas para planejar a distribuição dos recursos humanos.

Os RHS são um dos fundamentais pilares para o desempenho satisfatório dos sistemas de serviços de saúde, a equidade de acesso e utilização de serviços de saúde, a manutenção da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde (CRAVEIRO et al., 2015; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010). Com a experiência dos ODM, a partir de 2015, um novo conjunto de objetivos e metas voltados para o desenvolvimento sustentável passaram a vigorar – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), o qual traz em seu bojo, como meta, o aumento do recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal da saúde nos países em desenvolvimento, especialmente os menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2020).

Na maior parte dos sistemas de saúde dos Estados-membros da CPLP a quantidade de trabalhadores de saúde qualificados é insuficiente (CPLP, 2018b) e, sobretudo, na África, existe carência de cirurgiões-dentistas (MENDES, 2013), com uma densidade média de 0,5 dentista para cada 10.000 habitantes (PORTELA et al., 2017). Constituindo uma problemática bastante recorrente, a má distribuição geográfica de CD afeta sistemas de saúde no mundo inteiro (GABRIEL, 2016). O acúmulo desproporcional de cursos no Brasil e a dependência de formação externa de determinados PALOP requerem uma avaliação da quantidade de profissionais regularmente formados, a fim de se determinar, caso a caso, a necessidade de interiorização de instituições formadoras e do incentivo à migração desses profissionais para regiões de maior carência de profissionais de saúde bucal, por exemplo, áreas rurais, regiões de fronteira e de difícil acesso.

Na África, a distribuição de dentistas (ou médicos-dentistas) consiste em uma realidade pouco estudada, pois, em geral, investigações sobre a distribuição de RHS ignoram informações a respeito de dentistas, ou, quando os consideram, expõem os dados aglutinados aos de outras categorias profissionais (FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010; WHO, 2010). Contudo, estatísticas em relação à força de trabalho dessa categoria profissional podem sustentar a escassez de RHSB nos PALOP sem curso, haja vista que estes apresentaram menos de 1 dentista para 10.000 pessoas – Cabo Verde (0,075; 2016), Guiné-Bissau (0,037; 2018), Guiné Equatorial (0,070; 2004) (WHO, 2020c) - e São Tomé e Príncipe, com apenas 3 dentistas para 200 mil habitantes (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 2019).

Nesse sentido, pode-se legitimar o efeito da carência de cursos de formação no agravamento da escassez de RHSB, citando-se, a título de exemplo, o caso de Guiné-Bissau, onde, em 10 anos, não houve aumento no número de dentistas, permanecendo em 7, segundo as referências da OMS (WHO, 2020c). Essa situação dos PALOP torna-os, muitas vezes, reféns de ajudas internacionais na provisão de serviços odontológicos por meio de missões beneficentes, geralmente, realizadas por ONGs portuguesas, como a Mundo a Sorrir e a Associação de Beneficência para a Saúde Oral de Torres Vedras.

Mais de 90% dos médicos-dentistas portugueses concluem a formação acadêmica no próprio país (Ordem dos Médicos Dentistas - OMD, 2016), o que corrobora a primordialidade da formação na própria região e a perspectiva de agravamento da mobilidade da força de trabalho pela carência de cursos nos PALOP e no Timor-Leste. Vale salientar que a carência de formação apontada refere-se a cursos de nível superior, tendo sido encontrados, por exemplo, durante a busca em Cabo Verde e Portugal, respectivamente, cursos de nível técnico e cursos politécnicos, como de higiene dental e prótese dentária.

Em poucos aspectos a formação de RHSB de nível superior na CPLP exhibe um padrão de homogeneidade, no que se destaca a restrição do acesso aos cursos, visto que, nos países em que a oferta se dá em quantidade suficiente, existe, majoritariamente (à medida que 88,07% dos cursos são privados), a exigência de contrapartida financeira do aluno para se qualificar para o exercício da Odontologia.

Outro importante ponto revelado consiste na considerável participação de institutos na formação de RHSB nos PALOP (que correspondeu à metade das instituições), que se configuram como organizações acadêmicas dispensadas da obrigatoriedade de vinculação a atividades de pesquisa e extensão, bem como da

concatenação de múltiplas searas de saberes, o que, de certa forma, é passível de comprometimento da qualidade do sistema de ensino superior, caso correspondam à maioria das IES de determinado país (RAMOS, 2013).

No que concerne à educação superior e, em especial, na formação de profissionais de saúde bucal, constatou-se um predomínio de instituições privadas em detrimento das públicas, evidenciando um longo percurso a ser seguido com vistas à democratização do acesso ao ensino superior. Múltiplos fatores proporcionaram tal avanço da privatização do ensino superior nesses países; por exemplo, em Angola, foi a crescente demanda pela educação superior aliada à baixa disposição de instituições públicas (LIBERATO, 2014) e, no Brasil, deveu-se à perda de prioridade e subfinanciamento das universidades públicas (PALACIOS; LOPES, 2018).

Juntamente com a falta de cursos de formação de médicos-dentistas e a oferta de cursos eminentemente privados, as dificuldades dos sistemas locais de saúde – por exemplo, precárias condições de funcionamento, baixas remunerações e falta de incentivos (UNAIDS, 2018; VARELA, 2015) contribuem para a perpetuação da instabilidade da força de trabalho em saúde bucal nos países lusófonos e, em especial, nos africanos e no Timor-Leste. Ademais, sobretudo na África, profissionais de saúde, muitas vezes, deixam o seu país de origem em direção a países desenvolvidos (TAGLIARI, 2014), em um fenômeno chamado de fuga de cérebros, uma realidade torna a atenção em saúde bucal nos PALOP ainda mais desafiadora.

São expostos alguns aspectos complicadores à capacidade formativa dos PALOP no campo da saúde, a saber: problemas no recrutamento, retenção e desenvolvimento de docentes, além de dificuldades orçamentárias e infraestruturais (FERREIRA et al., 2014). Dessa forma, a distribuição de profissionais e sua permanência, especialmente no interior dos países e em regiões remotas e de difícil acesso, são subordinadas a uma boa coordenação entre os sistemas de educação e saúde, assim como à expansão de programas de pós-graduação, que promove melhor permanência de graduados e, inclusive, a perspectiva de alguns integrarem o panorama docente (FERREIRA et al., 2014; SAN MARTIN et al, 2018).

É salutar uma distribuição mais equitativa das instituições formadoras, pois fatores pessoais - entre outros, a proximidade da família - muitas vezes, sobressaem-se em relação aos aspectos profissionais na escolha do local de exercício da profissão (GABRIEL, 2016).

A cooperação técnica alicerçada no paradigma da cooperação estruturante pode beneficiar a robustez da formação de RHS na CPLP, uma vez que, juntamente com o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde, a formação e o desenvolvimento de RHS sobressaem-se entre os recursos essenciais do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP) (ROA; SILVA, 2015; CPLP, 2018a). Esse tema estratégico figura entre as prioridades para a determinação dos principais programas e metas do PECS-CPLP, um pacto coletivo de cooperação horizontal e estruturante entre os Estados-membros da CPLP no campo da saúde, com o objetivo da consolidação de sistemas nacionais autônomos, de qualidade e alinhados ao seu contexto específico, com vistas ao cumprimento dos ODS (CPLP, 2018a; ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016).

Uma vez que a pandemia da AIDS avultou a necessidade de legítima cooperação internacional (GRECO, 2008), que é um dos elementos da diplomacia da saúde (BUSS, 2018), a possibilidade de colaboração entre instituições dos membros da CPLP, por meio de apoio na formação de profissionais de saúde bucal, apresenta-se como alternativa válida para avançar no enfrentamento do HIV/AIDS nessa comunidade em um contexto de CSS, em especial, voltada para os países africanos que não possuem curso. Nesse sentido, a cooperação estruturante, baseada na premissa de que os países receptores sejam protagonistas na liderança dos processos e formulem autonomamente sua agenda para o desenvolvimento do setor (FERREIRA; FONSECA, 2017), assim como do “respeito à soberania nacional, apropriação e independência nacionais, igualdade, não condicionalidade, não interferência nos assuntos domésticos e benefício mútuo” (BUSS, 2018, p. 1883), é um modelo que visa ao aprimoramento das capacidades locais, encarregando os próprios países parceiros de seus processos (ROA; SILVA, 2015).

Contudo, vale ressaltar que essa cooperação seja efetivada por meio de projetos e instituições estruturantes, as quais fortaleçam as competências institucionais e não se afastem da premissa do fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde (FERREIRA; FONSECA, 2017; LAPÃO et al., 2016), de forma a ultrapassar a mera assistência técnica concedida pelos países desenvolvidos, a qual, muitas vezes, convergira apenas ao treinamento, distanciando-se do desenvolvimento de novos saberes que aprimorem a performance dos sistemas de saúde dos parceiros (FERREIRA; FONSECA, 2017). Nesse aspecto, há um reconhecimento da capacidade brasileira de realizar esse tipo de cooperação (MILANI; LOPES, 2014), particularmente, com os PALOP e o Timor-Leste (BUSS, 2018), assim como ocorreu com Moçambique, em que o fez “sem aplicar condicionalidades políticas (de normas de direitos humanos ou de boa

governança), nem impor suas visões acima da percepção moçambicana no campo da saúde pública” (MILANI; LOPES, 2014, p. 69), diferentemente dos consagrados doadores do Norte. Nesse sentido, projetos desenvolvidos pela Fiocruz em Angola e Moçambique, na perspectiva da cooperação estruturante em saúde, conseguiram evitar episódios de fuga de cérebros em virtude, entre outros fatores, da ocorrência dos cursos em nível *Stricto sensu* nos próprios países de origem dos alunos (ABREU; GUILAM, 2017).

Na atualidade, os parceiros mais consistentes do Brasil na cooperação internacional consistem nas antigas colônias portuguesas na África (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe) (BARROS; NOGUEIRA, 2015), havendo registro de, entre 2003 e 2010, aproximadamente 302 projetos destinados aos Estados lusófonos da África (FERNANDES, 2018), em que o eixo da saúde tem recebido relativa prioridade nos projetos (BUSS, 2018). Segundo Milani e Lopes (2014), 66% das iniciativas destinadas ao continente africano são com PALOP, em que se realçam, entre outras estratégias: o Programa de Bancos de Leite Humano<sup>12</sup> (BUSS, 2018; ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016; MILANI; LOPES, 2014); a Sociedade Moçambicana de Medicamentos<sup>13</sup> (MILANI; LOPES, 2014); o Projeto de Fortalecimento do Sistema de Saúde em Angola (PROFORSA)<sup>14</sup> (ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016); o Núcleo de Telessaúde, Ensino a Distância e Bibliotecas virtuais em saúde<sup>15</sup> (MILANI; LOPES, 2014); a pesquisa em saúde bucal em Maputo (MILANI; LOPES, 2014); a capacitação de técnicos em prótese dentária de Moçambique (MILANI; LOPES, 2014).

Tais projetos são, essencialmente, de cooperação técnica e envolvem o envio de consultores técnicos do país - profissionais do sistema público - que oferece ao país beneficiário, com a finalidade de executar propostas de capacitação, transmissão de conhecimentos, instrução e treinamento de trabalhadores de saúde, e, por vezes, incluindo transferência de sistemas de tecnologia utilizada na saúde pública, como laboratórios e sistemas de gestão (MILANI; LOPES, 2014).

Entraves de cunho orçamentário e ausência de um marco regulatório da CSS podem embaraçar o desempenho das instituições brasileiras cooperantes na área da saúde

---

<sup>12</sup> Em que o Brasil forma multiplicadores que viabilizam a transferência da tecnologia de Bancos de Leite Humano a países como Angola, Cabo Verde e Moçambique.

<sup>13</sup> Auxílio na construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais

<sup>14</sup> Busca o desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais para a saúde pública angolana (ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016)

<sup>15</sup> Para a promoção da saúde materno-infantil e do adolescente, sob responsabilidade do Instituto Fernandes Figueira (TAGLIARI, 2014)



(ESTEVEES; GOMES; FONSECA, 2016; MILANI; LOPES, 2014). Entretanto, apesar de problemas relacionados, mormente, a atrasos e inconsistências na execução dos projetos, sobretudo pela fragilidade das instituições e por problemas habituais na comunicação com as organizações dos países parceiros africanos (ESTEVEES; GOMES; FONSECA, 2016; MILANI; LOPES, 2014), a maior parte dos projetos foi concluída, sem cancelamentos e suspensões ou intercorrências, e poucos ainda em execução, conforme relatado por Fernandes (2018).

Por sua vez, entre as ações no campo das ofertas educativas em saúde com a África, destacam-se o fortalecimento do Programa Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G), por meio do qual se estabeleceu e estabelece o envio de número considerável de estudantes universitários ao Brasil (BARROS; NOGUEIRA, 2015); assim como a experiência da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) (BARROS; NOGUEIRA, 2015; BUSS, 2018) – oferecendo cursos de graduação e de especialização em Ciências Biológicas, Enfermagem e Farmácia a estudantes dos países lusófonos da África e do Timor-Leste e colaborando com a saúde coletiva cearense, brasileira e dos demais países da CPLP. Essas iniciativas fortificam o *soft-power* do Brasil na CSS e estreitam os laços políticos e sociais nesta Comunidade (BARROS; NOGUEIRA, 2015), mas faz-se necessário destacar o caráter restritivo do PEC-G, à medida que, de acordo com Barros e Nogueira (2015), um dos requisitos ao ingresso no programa trata da capacidade financeira compatível com sua subsistência no Brasil.

Salienta-se que, na Odontologia, poucas iniciativas de cooperação internacional na CPLP foram relatadas, destacando-se dois projetos em apoio à política de saúde oral de Moçambique, visando a um salto na qualidade da saúde bucal da população (MILANI; LOPES, 2014; TAGLIARI, 2014). De acordo com Milani e Lopes (2014), em Moçambique, os projetos envolvendo a saúde bucal almejavam o apoio ao desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Oral através: do levantamento epidemiológico da saúde bucal da população, subsidiando os processos de planejamento e a avaliação das ações e dos serviços públicos odontológicos (MILANI; LOPES, 2014; TAGLIARI, 2014); e da capacitação de técnicos em prótese dentária (TPD), por meio de visita de profissionais moçambicanos a laboratórios de prótese dentária públicos brasileiros, no intuito de conhecerem seus equipamentos e técnicas e com previsão de estabelecimento de um laboratório de prótese dentária em Maputo, devidamente acompanhado por técnicos do Brasil (MILANI; LOPES, 2014), o qual atuaria também

como laboratório de ensino para a capacitação de outros Técnicos em Prótese Dentária (TPD) (TAGLIARI, 2014).

Tais projetos, previstos para ter início em 2010 e conclusão em 2018 (FERNANDES, 2018; TAGLIARI, 2014), já dão frutos, como o acesso da população moçambicana a próteses dentárias confeccionadas em laboratório público desde 2016 (Agência Brasileira de Cooperação - ABC, 2018). Assim como o projeto de levantamento epidemiológico, o qual apresenta a tecnologia de gestão, planejamento e execução do levantamento epidemiológico em saúde bucal do Brasil, assim como a capacitação sobre pesquisa epidemiológica, análise e sistematização de dados (TAGLIARI, 2014).

Uma grande contribuição da presente investigação trata de pôr em evidência a necessidade de reforçar a capacidade de planejamento das políticas de RHS, para que os condutores das políticas educacionais ajam na regulação de tais cursos de formação em consonância com as demandas dos sistemas nacionais de saúde, por exemplo, criando novos cursos ou freando essa implantação e a ampliação das vagas nos já existentes. Nesse sentido, novamente a cooperação técnica assume papel importante do ponto de vista da transferência de experiências exitosas, obviamente que, com a devida execução de estudos de viabilidade, assim como o estreitamento dos laços entre nações que apresentam certo grau de semelhança, pode proporcionar ganhos recíprocos inclusive para além da saúde (MARTINS et al., 2017). Destaca-se que, em Portugal, existe o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde (INPS), uma entidade criada com o objetivo de prover planejamento das necessidades de profissionais de saúde e coordenação das políticas de recursos humanos no domínio do SNS mais eficientes (PORTUGAL, 2017). No Brasil, esse papel de contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de RHSaúde fica a cargo da Rede ObservaRH (BRASIL, 2004). Tendo em vista a complexidade e a natureza desafiadora da gestão, coordenação e planejamento dos RHS (PORTUGAL, 2017), iniciativas como essa são dignas de fortalecimento e de transferência para outros países em um contexto de cooperação internacional. Especialmente em relação aos demais países da CPLP, estudos afirmam que essa regulação é falha, por exemplo, em Guiné-Bissau, em que Guerreiro et al. (2018) citaram a ausência de gestão eficaz de RHS, com falta de regulação do ensino, levando à proliferação de instituições especialmente privadas e ignorando ditames do Estado e normas regionais.

No tocante à realidade brasileira de grande crescimento da oferta do curso de Odontologia em faculdades e centros universitários nos últimos anos em associação à

qualidade duvidosa de alguns deles, suscita-se a imprescindibilidade de se aprovar o dispositivo legal que paralise a criação de novos cursos ou o acréscimo de vagas nos já implementados, aspectos que, segundo San Martin et al. (2018), concorreram para a saturação do mercado.

Por sua vez, na África, os médicos dentistas, assim como as comunidades acadêmicas e de pesquisa africanas são importantes para que a África possa lidar com sua carga de doenças dentárias (ADEOLA et al., 2018), assim como evitar a fuga de cérebros constitui um ponto primordial (ABREU; GUILAM, 2017).

A representação temática em mapas permitiu uma visualização descomplicada do déficit e da desigual distribuição geográfica dos cursos, bem como da forte participação de instituições privadas na formação desses profissionais na CPLP.

Com impacto na oferta e distribuição da força de trabalho em saúde bucal, o enfrentamento de iniquidades nessa formação, embora não resolva as dificuldades de acesso a cuidados odontológicos regulares pela população, precisa ser prestigiado e incentivado. Isto posto, é possível que esse estudo contribua para o redirecionamento de decisões nas políticas educacionais, visando ao enfrentamento da dificuldade de recrutamento e retenção desses trabalhadores da saúde, sobretudo em regiões vulneráveis, entre outras, as afastadas dos grandes centros, áreas rurais e de difícil acesso, ribeirinhas, e indígenas, com vistas reduzir as barreiras de acesso da população aos serviços de saúde bucal.

Apesar das realidades díspares no tocante à capacidade formativa das nações lusófonas, elas têm a possibilidade de, por meio de estratégias de cooperação estruturante, ajudarem-se mutuamente, visando a resultados sustentáveis no recrutamento, na formação e retenção de profissionais de saúde e na promoção da saúde bucal global. Assim, o presente estudo pode colaborar para o desenvolvimento de iniciativas de cooperação na CPLP, de modo a contribuir para o fortalecimento da capacidade de formação de recursos humanos em Odontologia nos Estados-membros, um dos principais objetivos do eixo de formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde na CPLP (CPLP, 2018b).

Considerando os resultados obtidos na presente investigação, anseia-se pelo debate dos órgãos de regulamentação do ensino superior, das instituições formadoras, do governo e da sociedade dos Estados-membros da CPLP acerca de respostas para essa situação. Nesse sentido, espera-se contribuir para tal debate a fim de que questões, como a grande desigualdade na distribuição de instituições formadoras no Brasil e a escassez

em determinados PALOP e no Timor-Leste, possam ser adequadamente e solidariamente enfrentadas ou, pelo menos, que não sejam agravadas.

Vale salientar que o papel do Brasil na solidariedade internacional com países em desenvolvimento depende da vontade política dos atuais dirigentes das relações internacionais e da saúde (BUSS, 2018) e que, quando faltam planejamento, diplomacia e profissionalismo na cooperação, são esperados efeitos negativos fortuitos, atritos e tensões nos relacionamentos com os países-parceiros (MILANI; LOPES, 2014), um risco ao qual o Brasil se encontra exposto na atual conjuntura política.

## **6.2 Conteúdos relacionados ao HIV/AIDS nos planos de ensino**

A sistematização/categorização das disciplinas em múltiplos domínios e subdomínios designados permitiu-nos perceber a amplitude e a complexidade da abrangência dos conteúdos do HIV/AIDS nos planos de ensino dos cursos dos países em questão. As dificuldades e os impasses do processo de categorização foram enfatizados, tendo em vista que a consistência e a relevância de análises de conteúdo estão atreladas à adequada definição das categorias, sendo elas, inclusive, consideradas “uma espécie de conclusão da análise” (SILVA et al., 2009). Além disso, Godoy (1995) realçou que esta é uma etapa complexa desse tipo de pesquisa, pois nem sempre existe um formato padrão para as categorias.

Em virtude da grande quantidade de cursos brasileiros, optou-se pela determinação de um corte baseado na qualidade do curso, utilizando-se, como parâmetro, a avaliação do INEP<sup>16</sup>. Tal atitude encontra suporte na relação entre a qualidade do curso de Odontologia e o seu modelo pedagógico (SAN MARTIN et al., 2018), cujo nível fixado foi o IGC 4, visto que cursos avaliados com nota inferior a esta já podem ser alvo de intervenção do Ministério da Educação.

Salienta-se que foram incluídas quaisquer disciplinas que contemplaram conteúdos acerca do HIV/AIDS na Odontologia, em que foram definidos os documentos para análise como plano de ensino quando o conteúdo programático foi detalhado. Outra importante ressalva se faz à busca de termos específicos pertinentes ao HIV, pois alguns materiais analisados trazem termos genéricos, mas, de certa forma, significativos, de que

---

<sup>16</sup> Autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação (ME), cuja missão é subsidiar ações do poder público na área da educação por meio de os órgãos formuladores e implementadores de políticas educacionais nos três níveis de governo (MENEZES; SANTOS, 2001).

se relacionam ao tema em questão, por exemplo, a disciplina de Periodontologia da UPORTO. Embora a AIDS seja uma das condições imunodepressoras mais comuns, ao retratar a “Influência da doença periodontal no diabetes e em doentes imunodeprimidos”, é possível apenas subentender-se que o referido componente curricular aborda a temática, o que não pode ser afirmado por meio dos recursos metodológicos empregados na presente investigação.

Uma vez que o PPP dos cursos - do qual fazem parte, entre outros elementos, o ementário e os conteúdos programáticos - é indissociável do contexto social e histórico (BIANCHI, 2015), os ementários e planos de ensino são materiais adequados ao objetivo da pesquisa. Além disso, Fazenda et al. (2013) destacaram a importância de estudos avaliativos dos currículos para a determinação de tendências vigentes, assim como a versatilidade nas filosofias de ensino. No entanto, cabe aqui a crítica de que, no Brasil, muitos gestores ignoram a sua importância, sendo, por vezes, produzido de forma rápida e incompleta e apenas para o cumprimento da norma legal. Durante a busca nessa pesquisa, esse fato foi comprovado, uma vez que muitos PPP não exibiram os conteúdos ministrados nos cursos, enquanto outros, sequer, o ementário. Sabe-se que um PPP adequadamente elaborado contribui para um melhor desempenho do trabalho pedagógico da instituição e, além do mais, apesar de a legislação prever que sejam instrumentos de acesso público, isso não foi observado em relação ao plano de ensino das diversas disciplinas nos cursos de Odontologia do Brasil, já que grande parte das entidades privadas incluídas na amostra não o disponibiliza para a comunidade em geral em seus *sites* oficiais (81,4%, n=35).

A admissibilidade da ausência de abordagem do HIV/AIDS quando não mencionado nos planos de ensino das disciplinas trouxe inquietude, sobretudo, no caso dos cursos brasileiros, em virtude do lugar de destaque que ocupa no enfrentamento da doença e onde, portanto, esperava-se a presença de tais conteúdos em uma quantidade mais significativa de planos de ensino de graduação em Odontologia.

Por outro lado, realça-se o impacto positivo da presença desse conteúdo em múltiplos momentos da graduação, como observado na Universidade Federal do Ceará - *campus* Sobral (UFC-Sobral), cujos planos de ensino analisados apontaram para a possibilidade de contato dos discentes com tópicos relacionados ao HIV/AIDS tanto no 2º semestre, com as disciplinas de Patologia geral e Microbiologia Geral e Parasitologia, assim como no final do curso, na Estomatologia.

Em prol de um adequado desenvolvimento de habilidades pelos estudantes de Odontologia para o tratamento das PVHA, é importante a inclusão de dados sobre HIV/AIDS desde o primeiro ano do curso (GROVER et al., 2014; GURUPRASAD; CHAUHAN, 2011) e que o conhecimento dos alunos aumente com o avanço dos programas, em uma curva progressiva de aprendizagem (LUCENA et al., 2016; SEACAT; INGLEHART, 2003).

Além de recapitular/fixar o conteúdo visto anteriormente, ao trabalhar o referido tema com alunos em uma fase avançada do curso – momento em que são praticamente graduados e já vivenciaram quase a totalidade das disciplinas – favorecem-se atitudes pautadas pela maturidade e desconstrução do estigma em relação a essa enfermidade. Ademais, incrementa a capacidade de reação do estudante em face das adversidades factíveis durante o atendimento clínico das PVHA, como os acidentes perfurocortantes, visto que Magalhães, Oliveira e Prado (2015) apontaram que a maioria desses episódios envolvendo alunos de Odontologia ocorre em semestres mais avançados em razão do aumento das atividades práticas.

A aproximação com a comunidade durante o curso – por exemplo, por meio do estabelecimento de parcerias entre as faculdades e os serviços de referência do atendimento às PVHA como estágio curricular obrigatório (MATOS, 2006) – é importante (CARNEIRO; LIMA, 2019) e favorece a ruptura da formação pautada no individualismo e tecnicismo na Odontologia (GONÇALVES; VERDI, 2007; SALVAGNIN, 2008), sendo estratégia fundamental para a mudança de atitude dos futuros profissionais (GONÇALVES; VERDI, 2007; MATOS, 2006). Ressalta-se a eficácia de estágios e práticas clínicas no aumento da confiança e disposição dos alunos para assistir as PVHA depois de graduados (GROVER et al., 2014; HAMERSHOCK et al., 2014; JAFARI et al., 2012; SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005), em virtude da convivência com PVHA cotidianamente, concorrendo, portanto, para a redução do estigma (EARNSHAW et al., 2014).

Destaca-se a importância do enfrentamento de falhas na relação entre teoria e prática (MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015), valorizando a aplicação do conhecimento desenvolvido (GESSER; RANGHETTI, 2011), assim como da vivência do estudante junto a equipes multidisciplinares responsáveis pelo cuidado das PVHA (LUCENA et al., 2016). Ademais, o ato de aprender é favorecido pela relação com o outro, na união da teoria com a prática (GESSER; RANGHETTI, 2011). Assim, vislumbra-se que, mediante as apreciações presentes, possa ser incentivada a experiência

clínica e o contato pessoal com as PVHA por meio de estágio em serviços de referência no cuidado a esses pacientes, viabilizando a formação multiprofissional em diversos cenários educacionais para além da sala de aula e do ambiente clínico dos cursos.

Com base na análise das ementas/planos de ensino explorados, foi possível distinguir a pluralidade de perspectivas que permeiam o enfoque dado ao binômio HIV/AIDS nos planos de ensino dos cursos de Odontologia disponíveis em dois países da CPLP, abrangendo questões tanto do núcleo comum quanto do específico.

Mostrou-se reduzida a quantidade de cursos em que os conteúdos referentes ao HIV/AIDS figuraram em planos de ensino de componentes curriculares de modo integral, isto, é, nas três áreas do conhecimento (aqui representadas pelas categorias de análise especificadas), situação que seria a ideal, a princípio, visto que incluiria esse tema em todos os domínios relevantes para a completa formação dos RHSB quanto ao HIV/AIDS. Por exemplo, a recusa de atendimento odontológico às PVHA - um problema da seara bioética - contribui, muitas vezes, para que o paciente omita seu *status* sorológico, o que, segundo Muniz, Fonte e Santos (2019) compromete a qualidade da assistência prestada, sobretudo pela existência das LOAH e pela importância do conhecimento pelo CD das condições sistêmicas do paciente para efetuar um melhor acompanhamento. Ressalta-se, assim, a importância de que os cursos repartam a inserção desse assunto em mais de um eixo temático, pois o enfoque apenas em uma área, conforme sugere a análise dos planos de ensino da maioria dos cursos brasileiros explorados neste estudo (70%, n = 14), oferece limitações no ensino deste assunto tanto pela quantidade de informações quanto pela diversidade de perspectivas dos conteúdos que perfazem a formação de qualidade de um CD no que tange ao HIV/AIDS.

### **6.2.1 Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Biológicas e da Saúde**

Diante da maciça presença de conteúdos nesta categoria, inclusive, a sua exclusividade em um número importante de cursos e a alocação da maior parte das disciplinas estudadas na subcategoria Aspectos biológicos, confirmou-se o esperado predomínio de conteúdos nesse âmbito. Esses achados acentuam a importância dada ao conhecimento dos aspectos relacionados a esse relevante patógeno e à imunodeficiência da AIDS na Odontologia, haja vista a concentração de planos de ensino que citam esse assunto em disciplinas de cunho mais geral. A compreensão de tais questões,

indubitavelmente, é essencial ao entendimento dos mecanismos de infecção e da síndrome (LUCENA et al., 2016), mas está longe de ser o único aspecto relevante.

Pesquisa realizada em cinco escolas de Odontologia americanas apontou a necessidade da inserção nos currículos de explicações em relação aos parâmetros clínicos adequados ao tratamento odontológico das PVHA, bem como ao estado de saúde e aos efeitos dos fármacos utilizados por tais pacientes no controle da doença, permitindo um cuidado em saúde bucal de qualidade (HAMERSHOCK et al., 2014). O adequado esclarecimento a esse respeito fortalece, assim, a apropriada e segura assistência odontológica às PVHA, podendo contribuir, inclusive, para diminuição de recusa de atendimento desse público por parte dos alunos.

Outro importante achado deste estudo diz respeito à discreta menção, nos planos de ensino estudados, ao HIV/AIDS sob o prisma da biossegurança e do controle de infecção. A inquietação gerada por esse resultado deu-se em virtude do impacto negativo de uma possível carência de discussão do HIV nessas matérias para a formação dos estudantes dos cursos analisados, sobretudo no que concerne ao risco ocupacional e ao controle de infecção cruzada no ambiente odontológico.

É consenso na literatura que todos os pacientes devem ser considerados potencialmente portadores de doenças infecciosas, pois muitos não revelam seu status sorológico pelo receio da negação a seu tratamento ou, simplesmente, podem não conhecê-lo (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; FERNANDES, 2012; MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019; REIS, 2014; ZENKNER, 2006). Na perspectiva de que o medo da contaminação pelo vírus corresponde à origem central de ansiedade dos profissionais na assistência às PVHA (SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005), é essencial a alusão ao HIV/AIDS na abordagem das precauções-padrão de biossegurança, as quais garantem um atendimento seguro aos profissionais de saúde (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001), além de preparação adequada para interromper a cadeia de propagação do vírus no ambiente odontológico. Ao estudarem a adoção de práticas seguras pelos alunos das sete IES que ofertam o curso de Medicina Dentária em Portugal, Fernandes (2012) e Reis (2014) enfatizaram a responsabilidade de as instituições garantirem instruções básicas no quesito controle de infecção cruzada ao seu corpo discente.

Ainda no tocante aos componentes curriculares estudados e que versam sobre as medidas de proteção à saúde da equipe odontológica e dos pacientes no ambiente clínico, realça-se a importância da referência ao HIV/AIDS quando do esclarecimento dos cuidados necessários para evitar acidentes durante o manuseio e descarte de



dispositivos perfurocortantes, bem como dos protocolos a serem seguidos em caso de tais eventos. A alta taxa de acidentes perfurocortantes entre alunos de Odontologia (ARANTES, 2015; LIMA et al., 2012; MAZUTTI; FREDDO; LUCIETTO, 2018) alerta para a imprescindibilidade da existência, nas instituições, de uma política consistente - e que seja conhecida pelos alunos - sobre a prevenção de tais episódios, bem como sobre os protocolos pós-exposição acidental a material biológico infectado, aumentando a adesão a tais importantes medidas (GURUPRASAD; CHAUHAN, 2011; LIMA et al., 2012; MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; PAIVA et al., 2017). Entretanto, em estudo observacional que envolveu estudantes entre o 2º e o 9º semestres, Paiva et al. (2017) observaram divergência entre o conhecimento disponibilizado e as condutas pós-exposição adotadas pelos estudantes. Do mesmo modo, Mazutti, Freddo e Lucietto (2018) detectaram que é corriqueira a ausência de notificação dos acidentes envolvendo estudantes.

Ademais, a inserção de conhecimentos a respeito do HIV/AIDS na biossegurança da prática odontológica em semestres iniciais - dada a presença de referência ao tema nos planos de ensino de disciplinas desta matéria lecionadas até o 2º ano do curso - encontra embasamento na literatura. Para estudiosos como Guruprasad e Chauhan (2011) e Reis (2014), ainda em uma fase pré-clínica, é fundamental aplicar os conhecimentos teóricos sobre HIV/AIDS e abolir práticas equivocadas do ponto de vista da biossegurança. Em virtude da dificuldade da correção tardia, concorda-se com a priorização das normas de biossegurança desde o início da graduação (CARNEIRO; LIMA, 2019) e constante (PAIVA et al., 2017), bem como com o reconhecimento e busca de correção de atitudes negativas em relação às PVHA o mais brevemente possível (MADHAN et al., 2012).

A possibilidade de acidentes perfurocortantes envolvendo material biológico infectado consiste em um fator reconhecidamente ligado a interferências na forma de cuidado das PVHA no consultório odontológico (MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019). Assim como o correto entendimento do HIV/AIDS à luz dessas questões, especialmente quanto aos protocolos pós-exposição acidental, favorece a disposição do cirurgião-dentista (CD) para o atendimento às PVHA (SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005). Entretanto, estudos realizados com estudantes de Odontologia relataram inaptidão intelectual ao atendimento seguro das PVHA (ROSSI-BARBOSA et al., 2014; SILVA, 2011), bem como excesso de cautela para a realização do atendimento odontológico às PVHA, por exemplo, com uso adicional de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

(FRANCO, 2009), o que pode sinalizar, além de conhecimento deficiente, a adoção de atitude preconceituosa.

É preciso que os currículos frisem o valor dos mecanismos de controle de infecção e a importância das precauções-padrão no tocante às doenças infecciosas (GURUPRASAD; CHAUHAN, 2011; HAMERSHOCK et al., 2014), viabilizando a criação e a sedimentação de hábitos profissionais corretos (ARANTES et al., 2015; PAIVA et al., 2017). No entanto, é possível que a deficiência da explicitação do HIV nos conteúdos programáticos das disciplinas da seara da biossegurança se dê em virtude do seu baixo risco de contágio ocupacional em comparação, por exemplo, ao vírus da hepatite B. Contudo, enfatiza-se que, especialmente, com vistas a favorecer a adoção de atitudes positivas por parte dos estudantes em relação ao atendimento das PVHA, a presença do HIV/AIDS nos conteúdos programáticos de disciplinas dessa matéria precisa ser valorizada nos cursos de Odontologia. Assim, destaca-se o prejuízo da admissível discussão diminuta de questões que possam reproduzir condutas inadequadas em face da assistência dessa população no sentido de inibi-las ou de, pelo menos, não perpetuá-las, e que, segundo Senna, Guimarães e Pordeus (2005), são importantes.

Dessa forma, considerando-se as limitações impostas pelo percurso metodológico seguido na presente investigação, foi possível sugerir, somente, a existência de deficiências quanto à abordagem do HIV/AIDS no campo das questões de biossegurança. Porém, uma vez que a vida profissional carrega comportamentos assimilados no decorrer da graduação (PAIVA et al., 2017), e, em virtude da gravidade do impacto no acesso das PVHA ao atendimento odontológico provocado por informações equivocadas sobre a transmissão do HIV e o risco ocupacional, a predominância da inserção dos conteúdos na categoria CBS deveria contribuir para a melhor instrução relacionada à biossegurança, modo de contágio e potencial de transmissibilidade do HIV, mas, na prática, parece não ocorrer, dado o baixo conhecimento dos estudantes e profissionais (FRANCO, 2009; GARBIN et al., 2009; ROSSI-BARBOSA et al., 2014; SPOSTO et al., 2003).

No entanto, cabe ressaltar que o conhecimento *per se* não é o único fator de influência no comportamento humano; portanto, nem sempre determina mudanças ou estimula atitudes favoráveis em profissionais (ROSSI-BARBOSA et al., 2014), haja vista a divergência entre a informação e a práxis de estudantes sobre condutas de biossegurança (FRANCO, 2009). Estudo etnográfico realizado com estudantes de Odontologia em uma universidade brasileira destacou a importância do atendimento clínico às PVHA, durante

a graduação, para a ruptura de paradigmas e ratificação do emprego das mesmas normas de biossegurança para todos os pacientes (ROSSI-BARBOSA et al., 2014), visto que o conhecimento do status sorológico positivo para o vírus não deve significar um alarme para cuidados exagerados (MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019). Nesse sentido, Franco (2009) advertiu quanto à necessidade de intensificação de esforços em disciplinas como a patologia bucal e biossegurança, assim como Lima et al. (2016) realçaram a necessidade de revisão curricular, no sentido de se acrescentar o aspecto da segurança e saúde do trabalhador, aprimorando a segurança e minimizando os riscos a que os alunos estão expostos, favorecendo atitudes positivas.

Assim, o HIV/AIDS precisa ser discutido e, portanto, estar incluído nos planos de ensino de disciplinas com esse teor em todos os cursos de formação de profissionais de saúde bucal e, em especial, nas nações lusófonas, pois muitas delas são fortemente afetadas por esse agravo.

Por fim, em relação à disciplina de Embriologia, reconhece-se que, em um contexto do cuidado integral do paciente, a transmissão vertical do HIV é um ponto relevante para a formação do aluno de Odontologia, haja vista que a prática do tão importante acompanhamento odontológico pré-natal está cada vez mais difundida atualmente. Nessa oportunidade, o CD, portanto, pode participar desse cuidado, o qual vai além da assistência clínica odontológica, de diversas maneiras, por exemplo, estimulando as gestantes, sob seus cuidados, a realizarem o teste anti-HIV; e orientando-as quanto ao risco de transmissão durante o parto e também via aleitamento materno natural, caso apresentem sorologia positiva para o vírus, impulsionando-as a buscar um serviço de saúde apto à realização de um parto seguro e um banco de leite humano para inteirarem-se de pontos acerca da nutrição do seu bebê.

As disciplinas que compõem essa categoria constituem um eixo basilar do conhecimento dessa enfermidade e um componente de fundamental importância no tripé da formação discente em Odontologia no que concerne ao HIV/AIDS. A concepção de prioridade a tais questões, aqui evidenciada, converge com os entendimentos de outros autores, os quais realçaram a responsabilidade das IES – e, principalmente, dos professores - melhor instruírem sobre o controle de infecções e prevenção pós-exposição (CARNEIRO; LIMA, 2019; FERNANDES, 2012; MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; PAGLIARI; GARBIN; GARBIN, 2004; REIS, 2014). Contudo, apesar da maciça presença desses conteúdos, a literatura tem relatado desconhecimento acerca do mecanismo deste retrovírus entre os alunos (CARNEIRO; LIMA, 2019), assim como

o descumprimento de normas de biossegurança preconizadas (ARANTES et al., 2015; LAGES et al., 2015). Nesse contexto, o preparo insatisfatório dos estudantes durante a vivência nessas disciplinas introdutórias pode favorecer a insegurança dos profissionais em relação a essa doença e repercutir, futuramente, na disposição de atender às PVHA. Dessa forma, ressalta-se a relevância de que esses assuntos sejam acrescentados nos currículos que, porventura, não o apresentem.

### ***6.2.2 Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Humanas e Sociais***

A ausência de disciplina nesta categoria em Portugal pode ratificar que essas áreas são consideradas não essenciais no país (BRITO, 2015). Em uma perspectiva de que a formação dos profissionais de saúde, essencialmente, deve ter caráter humanístico, perpassando por adequado preparo em áreas das ciências humanas (SALVAGNIN, 2008), uma doença como a AIDS - estigmatizante e abarrotada de preconceitos - não pode prescindir de ter esse cunho enfatizado em seu ensino em qualquer curso da área da saúde.

A baixa participação do tema em planos de ensino de componentes curriculares voltados à bioética pode contribuir, sobremaneira, para a discriminação das PVHA em serviços odontológicos, sendo relatados, entre outros comportamentos antiéticos, por exemplo, a quebra de sigilo sem consentimento, recusa e abandono de tratamento, cobrança de honorários aviltantes e exageros nos protocolos de biossegurança (FRANCO, 2009; GARBIN et al., 2009; LUCENA et al., 2016; MATOS; SANTANA; PAIXÃO, 2012; MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019; PAGLIARI; GARBIN; GARBIN, 2004; UNAIDS, 2019b). Essas situações, em muito se devem à baixa atenção dada a esse assunto na graduação, como sugestionado nos achados dos países lusófonos aqui estudados, mas que é igualmente observada em escolas de Odontologia de outros países (MADHAN et al., 2012), cuja maior parte dos estudos relata, geralmente, a aprendizagem de perspectivas outras. As IES têm decepcionado no quesito da construção do saber na concepção ética (MATOS, 2006), o qual busca desconstruir o imaginário social que promove atuação discriminatória. Ademais, estudo recente atestou uma concentração no contexto técnico e desvalorização das condutas éticas (CAMARGO; BATISTA; UNFER, 2019), além de condutas preconceituosas por parte, também, de professores de Odontologia no Brasil (PAGLIARI; GARBIN; GARBIN, 2004), havendo despreparo dos profissionais neste quesito (CAMARGO; BATISTA; UNFER, 2019) e necessidade de

grandes esforços de desenvolvimento do corpo docente (SEACAT; INGLEHART, 2003) de modo a superar mitos, crenças e valores equivocados (FRANCO, 2009).

Desse modo, atualizações nos planos de ensino devem ser implementadas no sentido de garantir a abrangência do HIV/AIDS nos currículos para favorecer o desenvolvimento de responsabilidade ética e profissional no cuidado das PVHA, minimizar a marginalização desse público-alvo, garantindo uma adequada preparação aos futuros profissionais da área odontológica, afastando o corpo docente de atitudes preconceituosas e discriminatórias (MADHAN et al., 2012) e aumentando a disposição para o atendimento das PVHA (SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005). Esse cenário merece destaque especial, visto que diversos estudos realizados acerca de tal disposição de estudantes em variadas partes do mundo, categoricamente, afirmam que aqueles que têm acesso a conhecimento adequado sobre o HIV/AIDS têm atitudes mais positivas (MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; RECEN; KAKI; KAKI, 2019; TANTAWI et al., 2017), prática esta que tende a continuar após a conclusão do curso.

Entre os pontos dignos de apreciação no cuidado às PVHA do ponto de vista bioético, destaca-se, por exemplo, a garantia da confidencialidade (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; MULLIGAN et al., 2006) e a caracterização da recusa ao atendimento desses pacientes, exclusivamente, por seu status sorológico como atitude discriminatória e passível de punição em nível de conselhos profissionais e dos foros cível e criminal (GARBIN et al., 2009). Uma vez que o conhecimento da obrigação ética influencia a disposição do CD a atender PVHA (MAIA et al., 2015), sugere-se, portanto, que seja fortalecido o ensino da Deontologia, com o tratamento de dispositivos legais que discorrem sobre punições aplicáveis a profissionais infratores das normas (MATOS; SANTANA; PAIXÃO, 2012), como a Lei 12.984/2014, que prevê a possibilidade de reclusão e multa ao crime de discriminação contra PVHA (UNAIDS, 2019b). Apontamentos feitos por Silva (2011) também convergem nesse sentido da ampliação do ensino da Bioética e da legislação vigente para o desenvolvimento de uma assistência mais humanizada a esse público-alvo.

No entanto, mais importante do que abordar questões de efeito punitivo, é possibilitar, por meio de um currículo mais inclusivo, a adoção de atitudes cada vez mais positivas pelos alunos de graduação no que concerne a populações estigmatizadas em geral, especialmente, as PVHA, entendimento similar ao de Madhan et al. (2012) e Maia et al (2015). Além do conhecimento científico, questões como as crenças éticas são determinantes que podem influenciar as atitudes futuras dos estudantes de Odontologia

em relação à prestação do cuidado odontológico às PVHA, muitas vezes, dificultando a superação do preconceito da discriminação (GARBIN et al., 2009; KHAN; LIEW; OMAR, 2017). Desse modo, cabe aqui a ponderação de que o CD precisa estar adequadamente preparado para competências que extrapolam os domínios biológicos, mas que incluem as dimensões ética e social de seu trabalho, consideração também feita por autores como Senna, Guimarães e Pordeus (2005) e Carneiro e Lima (2019).

Vale ressaltar que a contemplação dos aspectos éticos do HIV/AIDS ainda no início da graduação, conforme explicitado pelo plano de ensino examinado no curso da UFJF, está em consonância com a opinião de alunos do último período de duas faculdades de Odontologia pesquisadas por Lima e Souza (2010). A inclusão de tais aspectos desde o início da formação discente pode inibir comportamentos preconceituosos, bem como a recusa de estudantes a atender as PVHA e, para um melhor atendimento em saúde às PVHA - o qual ainda é muito marcado por medo, insegurança, preconceito e discriminação (GARBIN et al., 2009; SILVA, 2011), afetando, sobremaneira, a provisão de cuidados de saúde (GARBIN et al., 2009) - estes conflitos precisam ser discutidos (NUNES et al., 2008).

Sugeriu-se, portanto, uma discreta preocupação dos planos de ensino de Brasil e Portugal com os aspectos bioéticos envolvidos no atendimento odontológico das PVHA, confirmando-se a conveniência da expansão da abordagem da ética profissional na formação dos profissionais de saúde bucal (MADHAN et al., 2012). Tendo em vista o imprescindível papel do professor do curso de Odontologia na capacitação dos futuros CD, ajudando os estudantes na apropriação do conhecimento construído (SALVAGNIN, 2008) e sendo uma referência para eles tanto em práticas clínicas quanto em posicionamentos comportamentais (GONÇALVES; VERDI, 2007; LIMA et al., 2012), professores de Odontologia, além de serem bem preparados quanto ao tratamento das PVHA (SEACAT; INGLEHART, 2003), precisam estar comprometidos com as mudanças (MATOS, 2006).

### ***6.2.3 Enfoque do HIV/AIDS na categoria Ciências Odontológicas***

O conhecimento na área de Estomatologia/Patologia bucal é essencial pela alta frequência das manifestações orais nas PVHA e por ser, muitas vezes, o primeiro sintoma da doença ou dos sinais de progressão para AIDS ou falha no tratamento.

Ademais, em geral, tais patologias, além de debilitantes e dolorosas, podem ser de longa duração, prejudicando a alimentação, agravando problemas sistêmicos nas PVHA ou comprometendo sua qualidade de vida.

Ao direcionarem a formação para a questão das (LOAH), os cursos preparam o aluno para dar sua valiosa contribuição no acompanhamento das PVHA e no controle ao HIV/AIDS, uma vez que favorecem a identificação, o diagnóstico e o tratamento de tais afecções dentro da área de competência odontológica (FRANCO, 2009; LUCENA et al., 2016) desde o início da formação (CARNEIRO; LIMA, 2019). Dessa forma, tanto o diagnóstico precoce da doença quanto a restauração da saúde bucal e manutenção da saúde geral desses pacientes podem ser beneficiados (BRASIL, 2008; CORRÊA; ANDRADE, 2005).

Em inquérito realizado com estudantes de uma faculdade do Nordeste brasileiro sobre o conhecimento, entre outros ângulos, das patologias orais relacionadas ao HIV/AIDS, Franco (2009) apontou um aprendizado deficiente, com respostas satisfatórias de apenas 23,3% dos estudantes pesquisados, situações similarmente relatadas por outros autores (CARNEIRO; LIMA, 2019; JAFARI et al., 2012; SPOSTO et al., 2003).

No tocante ao manejo odontológico desses pacientes, embora o acompanhamento odontológico das PVHA não exija uma assistência tão distinta da ofertada aos demais indivíduos, o contato dos alunos de graduação com conhecimentos dessa natureza propicia adequada instrução e, por conseguinte, pode incrementar a disposição para o atendimento das PVHA. Desse modo, esse conhecimento deveria fazer parte de todos os currículos de Odontologia/ Medicina Dentária – e, por conseguinte, constar nos planos de ensino de suas disciplinas – com vistas a propiciar uma postura do profissional de saúde bucal diante de um paciente sabidamente portador dessa enfermidade que favorece ou, pelo menos, não prejudica o efetivo cuidado integral dessas pessoas.

Na perspectiva da relevância do acompanhamento em saúde bucal nos cuidados contínuos em saúde das crianças com HIV e da inclusão da saúde bucal em programas de assistência à saúde dessa população infantil (CAMPOS; LOFFREDO, 2010; PARVATHY, 2014), importa a abrangência de tópicos relacionados a essa doença na Odontopediatria. Reconhece-se, assim, a importância de habilitar o aluno para o enfrentamento dessa grave condição nesse grupo de pacientes, visto que Campos e Loffredo (2010) consideraram essencial o contato do aluno com esse público, em virtude

de que, nessa faixa etária, o manejo demanda instrução não apenas no cenário da saúde física, mas também nos campos emocional e social.

Destaca-se, ainda, a importância do conhecimento das DPRH, as quais podem constituir a manifestação inicial dessa afecção (RAYSSAC, 2019) e, sobretudo, das necrosantes, sinalizando falha terapêutica ou baixa adesão ao tratamento. Ademais, em um contexto de aumento da esperança de vida e, portanto, de aumento da frequência de periodontite crônica entre PVHA (RAYSSAC, 2019), os estudantes precisam estar adequadamente preparados para diagnosticar prontamente essas condições, assim como planejar e executar seu tratamento e controle.

Por outro lado, é necessário fazer uma ressalva quanto à abordagem do tema no componente Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), assim como na UPORTO, com abordagem deste assunto na disciplina de Especialidades Médicas II. Apesar da AIDS ser uma doença de caráter transversal - e que diversos estudos considerem as PVHA como pacientes especiais (SALVAGNIN, 2008; SANTOS; HORA, 2012) - entende-se como desnecessário tratar o atendimento odontológico das PVHA sem outras limitações como especial, haja vista que seu manejo em praticamente nada difere do de uma pessoa sistemicamente saudável, sendo considerado da competência das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008). Em adição, para Freire (2011), embora nem todos os pacientes com necessidades especiais necessitem de atenção odontológica diferenciada, grande parte dos “indivíduos que não se adequam ao conceito de normalidade” são propensos a vivenciar dificuldades, entre outros âmbitos, no acesso a serviços de saúde. Desse modo, acredita-se que o fato de o conhecimento sobre HIV/AIDS ser abordado em um componente curricular com essa denominação pode inculir nos alunos a falsa impressão de que as PVHA são PNE, uma conjuntura que pode determinar consequências maléficas na compreensão dos estudantes quanto a tratar as PVHA como pacientes especiais, podendo ocasionar e fomentar encaminhamentos desnecessários para outros serviços/profissionais. Pois apenas diante de pacientes com avançadas complicações sistêmicas e/ou necessidade de procedimentos de maior complexidade tecnológica - como exames de lesões de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave, endodontia, prótese, etc - deve ser realizada a referência dessas pessoas para os níveis secundário e/ou terciário (BRASIL, 2008). Além disso, essa percepção equivocada pode contribuir para que os alunos, inclusive, recusem-se a realizar o atendimento odontológico convencional dessas pessoas sob a justificativa de não estarem aptos ao atendimento de PNE, em uma tentativa de mascarar a própria



insegurança e, pior, a discriminação velada para com as pessoas que sofrem com essa enfermidade, o que deve ser evitado.

Por fim, tendo em vista que as drogas antirretrovirais determinam diversos efeitos colaterais com consideráveis consequências para a saúde oral das PVHA, principalmente, os efeitos adversos de xerostomia e úlceras bucais, além de interações medicamentosas que podem afetar a assistência odontológica, nossos achados advertem para um possível hiato nos aspectos farmacológicos envolvidos nessa enfermidade. Em pesquisa com alunos, Hamershock et al. (2014) corroboraram tal lacuna no ensino ao constatarem que 69% dos estudantes desconheciam o modo de atuação desses medicamentos.

Ainda que não tenha sido objetivo da pesquisa comparar os dois países, apesar das diferenças observadas quanto ao período em que o componente curricular é lecionado, o foco dos conteúdos HIV/AIDS descritos nos documentos investigados é bastante similar entre os cursos de Odontologia (Brasil) e de Medicina Dentária (Portugal). Ademais, verificou-se, nos cursos brasileiros, uma distribuição mais homogênea das disciplinas nas subcategorias, enquanto em Portugal houve ausência de disciplinas enquadradas na categoria Ciências Humanas e Sociais. A necessidade de introdução de aspectos do binômio HIV/AIDS na graduação em Odontologia como meio de desmistificar as crenças e os valores entre estudantes foi citada em estudo realizado no nordeste do Brasil, em que mais de 50% exibiram preconceito e percepção equivocada da transmissão desse vírus (FRANCO, 2009). Similarmente, estudo realizado na Malásia envolveu a necessidade de redução do estigma entre o corpo discente de Odontologia para a promoção de cuidado equitativo para as PVHA e minimização de tendências a atitudes discriminatórias (EARNSHAW et al., 2014).

Assim, os achados da presente investigação podem sugerir a necessidade de amplificação, nos planos de ensino de graduação, de conteúdos que não sejam tão voltados para a vertente biomédica do HIV/AIDS, a qual já se encontra, de certo modo, consolidada, haja vista a hegemonia das categorias Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Odontológicas nos componentes curriculares, conforme averiguado nos documentos analisados. Assim como explicitado por Fotedar et al. (2013), reconheceu-se o valor do desenvolvimento de habilidades básicas e clínicas, mas também dos fundamentos e atitudes que prepararão os estudantes para o cuidado das PVHA.

A análise dos planos de ensino empreendida pode sugestionar que a realidade da formação de RHSB nos países em questão ainda é falha no que diz respeito ao HIV/AIDS, corroborando autores que, similarmente, apontaram lacunas neste conhecimento (FRANCO, 2009; MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; RECEN; KAKI; KAKI, 2019; ROSTAMZADEH et al., 2018; SPOSTO et al., 2003). Desse modo, pode-se recomendar que os cursos brasileiros e portugueses de formação de RHSB concentrem esforços para incluir a temática do HIV/AIDS onde não existe, ampliando a oferta desse conhecimento, pois um dos principais fatores que leva os CDs a não se proporem ao atendimento de PVHA, conforme os achados de Maia et al (2015), consiste em não se considerarem capacitados para tal. Em contrapartida, para alguns pesquisadores que se dedicaram a estudar os conhecimentos dos estudantes sobre o tema, este se revelou satisfatório (LUCENA et al., 2016).

O desenvolvimento dos alunos no campo técnico depende de uma adequada fundamentação científica (SALVAGNIN, 2008) e, embora a literatura não respalde uma associação direta entre conhecimento, atitude e prática (JAFARI et al., 2012; MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019), autores como Rostamzadeh et al. (2018) e Maia et al (2015) divergem, destacando o importantíssimo papel do conhecimento na formação de atitudes e práticas (MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; MAIA et al., 2015; ROSTAMZADEH et al., 2018; SENNA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005). Enfatiza-se, portanto, a importância de disseminar ainda mais informações sobre a doença (GARBIN et al., 2009), pois o desconhecimento pode gerar atitudes negativas nos alunos no quesito disponibilidade de atendimento odontológico às PVHA (LIMA; SOUZA, 2010; RECEN; KAKI; KAKI, 2019; SEACAT; INGLEHART, 2003), assim como o impacto desse atendimento diante de outros pacientes, conforme pesquisa indiana (OBEROI et al., 2014).

Conteúdos programáticos alusivos ao HIV/AIDS precisam ser democratizados dentro dos currículos de graduação, pois acessam a totalidade dos estudantes, bem como a carência dessa abordagem pode restringir a obtenção deste essencial conteúdo para a formação do CD a quem tem acesso à pós-graduação, uma conjuntura deveras corriqueira no Brasil (NARVAI, 2003). Nesse sentido, destaca-se o papel a ser cada vez mais assumido pelas universidades na instrução dos alunos durante atividades rotineiras (MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015), além da preocupação em formar profissionais capazes de pensar e agir com criticidade e pautados na ética e na legalidade, e não meramente na técnica (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; PAROLA;

ZIHLMANN, 2019). Nesse sentido, destaca-se que os planos de ensino de disciplinas, como Saúde Coletiva, Psicologia e estágios contemplem a temática HIV/AIDS.

Assim, os resultados da presente pesquisa alertam os gestores das IES a garantirem a inclusão do HIV/AIDS no rol de conteúdos programáticos integrantes dos currículos de Odontologia. Além disso, sugerem a existência de áreas do conhecimento que carecem de fortalecimento na formação dos RHSB no que diz respeito ao HIV/AIDS nos países pesquisados. Indubitavelmente, essa mudança de paradigma envolve a atuação dos professores, sendo provável que fatores como escassez de tempo e falta de preparação (CAMARGO; BATISTA; UNFER, 2019; SEACAT; INGLEHART, 2003) consistam em barreiras para uma maior presença desse assunto nos planos de ensino. Em contrapartida, geralmente, deliberações tão marcantes na esfera de IES não se vinculam somente ao empenho dos docentes, mas cabe aqui ponderar quanto à relevância da temática, assim como ao necessário impulsionamento da classe acadêmica nesse âmbito.

A predominância de conteúdos relacionados a aspectos biomédicos nos documentos acessados sinaliza para uma natureza eminentemente tecnicista da formação odontológica (PAROLA; ZIHLMANN, 2019; SILVA, 2011), a qual, por sua vez, não ataca a dificuldade intrínseca aos CD em relação aos aspectos subjetivos do paciente (PAROLA; ZIHLMANN, 2019). Nos planos de ensino portugueses, assim como na maioria dos brasileiros estudados, pôde-se assinalar a manutenção da hegemonia do paradigma flexneriano, cuja ênfase é dada ao tecnicismo em detrimento aos aspectos sociais (MUSSE et al., 2007). Os achados dessa investigação acabam por contribuir para a perpetuação de comportamentos discriminatórios/não humanizados em relação ao HIV/AIDS, corroborando Parola e Zihlmann (2019), que consideram a prática do cuidado odontológico como reducionista e procedimento-centrada.

Diante do aumento da expectativa de vida das PVHA e, por conseguinte, da demanda real e com tendência a crescimento por serviços odontológicos desse grupo de pacientes, este trabalho representa um grande passo para a ampliação do debate na academia e na sociedade em torno do HIV/AIDS, em especial no que concerne ao estigma e à discriminação que ainda atingem as PVHA. Espera-se que ele possa inspirar outros pesquisadores a estudarem e debaterem o tema na CPLP e em outros locais, exercendo seu papel na discussão sobre a importância da Zero Discriminação para uma resposta concreta à epidemia de AIDS.

Os achados expostos podem somar-se aos de outros estudiosos na perspectiva da possibilidade de modificações nos currículos na área da Odontologia, aproximando a

formação desses trabalhadores das demandas sociais, assim como valorizando a integração ensino-serviço e a inter-relação teoria-prática no currículo odontológico (GESSER; RANGHETTI, 2011; JAFARI et al., 2012; MAGALHÃES; OLIVEIRA; PRADO, 2015; PINHEIRO et al., 2009; SPEZZIA; BERTOLINI, 2017). Para além do desenvolvimento técnico do cuidado odontológico da PVHA, é preciso visar também a modificações comportamentais (SALVAGNIN, 2008) - já que dificuldades relacionadas a confrontos pessoais e limitações humanas, comumente, refletem na prática cotidiana do CD, apesar de toda sua bagagem de conhecimento científico (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001).

A notável diversidade entre os planos de ensino explorados transparece a inexistência de diretrizes e bases responsáveis por nortear uma identidade em comum a esses cursos de graduação em cada país. No entanto, compete às escolas de Odontologia a discussão acerca da incorporação de tópicos que viabilizem o aperfeiçoamento do aprendizado sobre HIV/AIDS em suas respectivas organizações curriculares. Uma vez que atenda às diretrizes curriculares nacionais e seja coerente com o projeto pedagógico do curso; no Brasil, a decisão sobre mudanças curriculares é uma prerrogativa da IES (BRASIL, 2018a), situação que se repete em Portugal, já que elas também gozam de autonomia pedagógica (PORTUGAL, 2020). Portanto, esta pesquisa cumpre o papel de chamar a atenção dos docentes e gestores das faculdades de Odontologia da CPLP para a necessidade de incluir o HIV/AIDS nos planos de ensino, sobretudo das disciplinas da área de Ciências Humanas e Sociais - e, mormente, nas que versam sobre as questões bioéticas.

Embora cientes de que apenas mudanças na descrição dos planos de ensino podem não determinar diretamente mudanças de atitudes, entende-se que podem corresponder a um significativo pontapé inicial para a oferta de conteúdo referente ao HIV/AIDS em uma ótica menos biomédica e mais humana. Ademais, podem impelir mudança de filosofias, por exemplo, do caráter elitista e pequena preocupação com aspectos sociais e a promoção de saúde (PINHEIRO et al., 2009), visando a uma proposta formativa de profissionais que melhor atendam às demandas dos estudantes e da sociedade. Diante disso, salienta-se que as necessárias modificações nos planos de ensino não carecem de padronização, nem figura entre os objetivos deste estudo promover modelos de planos de ensino a serem seguidos, mas, sim, revelar lacunas porventura existentes que poderão nortear as alterações, procurando integrar os diversos setores envolvidos em mudanças curriculares e respeitando a autonomia das IES.

Em 2018, 79% [67-92%] das pessoas vivendo com HIV estavam diagnosticadas e conheciam seu estado sorológico positivo para HIV; 62% [47-74%] tinham acesso ao tratamento e 53% [43-63%] estavam com carga viral suprimida ou indetectável no Brasil (UNAIDS, 2019a). Uma vez que o CD assuma o seu importante papel nesse contexto, é possível facilitar o alcance dessas metas, mas é preciso que os currículos favoreçam a tomada de atitude por parte dos alunos, estimulando-os a dizerem não ao preconceito e agirem positivamente, com uma visão humanista e ampliada do que é ser um profissional de saúde e do que é cuidar verdadeiramente de uma pessoa.

Em uma perspectiva da cooperação estruturante para a melhoria do ensino do HIV nos cursos de Odontologia na CPLP, experiências bem-sucedidas dos cursos brasileiros e portugueses podem inspirar os projetos políticos pedagógicos dos cursos dos outros Estados-membros da CPLP nesse sentido. Desse modo, pode-se contribuir para a melhor formação de seus egressos e, em última instância, para a melhora dos indicadores do HIV/AIDS e da qualidade de vida das PVHA nesses locais, sobretudo os que vivem epidemias generalizadas da doença, haja vista o papel essencial do dentista no diagnóstico da infecção, bem como no acompanhamento das PVHA.

Uma das grandes contribuições do presente estudo diz respeito à importância de se expandir a abordagem do HIV/AIDS na graduação em Odontologia na CPLP tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo, no âmbito dos aspectos sociais desse assunto, com vistas a superar o preconceito e a estigmatização associados a essa enfermidade (PAROLA; ZIHLMANN, 2019), permitindo ao CD, efetivamente, exercer o papel tão importante que lhe cabe (e que nem sempre é praticado) no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Profissionais adequadamente instruídos no campo das ciências humanas (SALVAGNIN, 2008) são aptos a efetivamente atender às necessidades dos pacientes (MUNIZ; FONTE; SANTOS, 2019), apontando-se a necessidade de que os planos de estudos portugueses passem a mencionar o HIV/AIDS, e que as brasileiras fortaleçam e atualizem os planos de ensino de suas unidades curriculares que integram os aspectos das Ciências Sociais e do comportamento para a formação de profissionais de saúde bucal éticos e com atitudes humanizadas.

Como limitações da pesquisa, pode-se citar a pequena quantidade de cursos cujos *sites* disponibilizam o conteúdo programático ministrado, assim como a probabilidade de que o referido conteúdo seja descrito em planos de ensino de cursos que não perfizeram os critérios de inclusão da presente pesquisa.

Reconhece-se a possibilidade de prejuízos à análise em virtude da opção por dados secundários de domínio público e que o contato com a coordenação pedagógica dos cursos poderia ter um efeito minimizador dessa perda. Cabe ressaltar, ainda, que, algumas vezes, o assunto é lecionado no curso, mas não consta, formalmente, nos documentos disponibilizados (ementas e planos de ensino)<sup>17</sup>. Assim, a não observância de menção ao HIV, principalmente nas ementas, não significa, necessariamente, que o assunto não seja abordado pelo curso. Como exemplo, destaca-se a disciplina de Bioética (UFPB), em que, no tópico de bibliografia, recomenda-se a publicação intitulada “Implicações éticas da triagem sorológica para o HIV”. Acredita-se que essa disciplina também aborde o tema, mas não consta na descrição de seu conteúdo programático, o que realça a importância da elaboração de planos de ensino em que conste tal detalhamento, uma fragilidade observada em diversos planos de ensino nesta pesquisa, pois nem sempre foi bem estabelecido o teor dos conteúdos abordados.

Apesar dos danos à representatividade do corpus dos documentos analisados, acredita-se que foi possível contribuir com a produção de conhecimento teórico relevante sobre o enfoque dado ao HIV/AIDS nos planos de ensino analisados, respondendo à inquietação que motivou a realização da pesquisa. Não obstante, cabe destacar que Silva et al. (2009) preveem a possibilidade de o acervo teórico em uma pesquisa documental não sanar todas as lacunas existentes. Por outro lado, nem todas as instituições em que se obtiveram os documentos para a análise, os planos de ensino das disciplinas referiram o HIV, portanto, o fato de não se obter os planos de ensino de todos os cursos não diminui a qualidade do trabalho.

A despeito das limitações do presente estudo, em especial no que diz respeito ao aspecto quantitativo - dos planos de ensino disponíveis - e qualitativo - do detalhamento do teor dos conteúdos programáticos ministrados nos componentes curriculares, sendo estes, muitas vezes, deveras genérico - ele apresenta o potencial de apontar para a necessidade de inclusão da temática ou, pelo menos, de atualização dos planos de ensino, de modo que o HIV/AIDS esteja contemplado nos currículos de todos os cursos de Odontologia.

---

<sup>17</sup> Na UFC - Fortaleza, por exemplo, embora conteúdos programáticos acerca do tema HIV/AIDS não sejam explicitados no plano de ensino, esse conhecimento é abordado em disciplinas, como Atenção Primária em Saúde e Estomatologia Clínica, assim como é oportunizada a vivência clínica discente no atendimento a PVHA tanto na Clínica Integrada quanto nos Estágios em Serviços do SUS.

Esse tema, no entanto, não se esgota com esse trabalho, sendo interessante, por exemplo, com o objetivo de aprofundar os resultados desta pesquisa, buscar-se estudar com os coordenadores pedagógicos o que, realmente, é abordado sobre o HIV/AIDS. Nesse contexto, a literatura evoca que a produção do conhecimento em si nunca é definitiva e que pesquisas documentais não apenas respondem definitivamente a um problema, mas podem incitar estudos futuros (GODOY, 1995; SILVA et al., 2009).

Esta investigação, contudo, veio confirmar a importância da integração desta temática no plano curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (Portugal) e da graduação em Odontologia (Brasil), para o desenvolvimento de competências no diagnóstico de patologias que sinalizam a AIDS, bem como na condução satisfatória do atendimento clínico odontológico, visando à resolução das necessidades e à diminuição da iniquidade em saúde bucal das PVHA, assim como da morbimortalidade da doença.

### **6.3 Infográficos educacionais sobre o acompanhamento em saúde das PVHA**

O conteúdo teórico dos infográficos revelou que, no que concerne ao tratamento odontológico das PVHA, embora poucas particularidades existam em comparação ao dos pacientes não infectados, a saúde bucal e a assistência odontológica exercem um papel essencial no acompanhamento de pacientes que sofrem com essa enfermidade, aumentando não apenas a quantidade de anos que eles vivem, mas também melhorando a sua qualidade de vida, e vários aspectos importam para subsidiar a conduta profissional de Odontologia nesse manejo.

Segundo Teixeira (2019), em pesquisas metodológicas, não há uma quantidade precisa de etapas ou fases, uma indicação que depende dos objetivos almejados pelo pesquisador.

Optou-se pelo exercício da revisão integrativa para abordar o papel do CD no acompanhamento em saúde das PVHA pela possibilidade de sintetizar e analisar o conhecimento científico já produzido sobre o tema em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) e pela garantia da fundamentação científica nos instrumentos concebidos, preservando a segurança do leitor do material educativo (ECHER, 2005).

Foram seguidas as orientações metodológicas da revisão integrativa, como a estruturação do esquema que descreveu, em minúcias, as fases percorridas pela equipe de pesquisa, conforme preconizado por Botelho, Cunha e Macedo (2011), objetivando minimizar possíveis vieses durante a análise.

Cabe sublinhar aqui a relevância acadêmica deste trabalho, o qual gera impactos na prática do leitor, dada a sistematização do conhecimento acerca da temática pesquisada, bem como dos hiatos encontrados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), que poderão instigar outros pesquisadores a desenvolver estudos na seara do acompanhamento odontológico das PVHA, o que, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), é a grande valia de estudos dessa natureza.

Infográficos são ferramentas tecnológicas educacionais que permitem a transferência de informações de maneira concisa e em configuração acessível ao público (BRITO, 2019), dado que trata de um método visual claro, dinâmico e motivador (SEQUEIRA et al., 2013). Destaca-se o valor dos instrumentos desenvolvidos para o apoio clínico, visto que a difusão de uma grande quantidade de dados por meio de tal ferramenta torna os conteúdos mais interessantes e acessíveis (ESCOBAR, 2018), sobressaindo-se entre os principais meios de dispersão de conteúdos e de melhoria da aprendizagem (BRITO, 2019).

Apesar de poucos estudos que reportam a utilização de infográficos especificamente na Odontologia, algumas iniciativas de desenvolvimento e utilização de infográficos na saúde são citadas na literatura, como notificação de eventos adversos em saúde e queixas técnicas (MASCARENHAS, 2017); elaboração de folheto sobre a manutenção da higiene da boca e de próteses dentárias (SEQUEIRA et al., 2013); e uso da infografia no treinamento de profissionais que atuam com alunos com deficiência auditiva (MEDINA et al., 2018).

Dessa forma, buscou-se a elaboração de instrumentos facilitadores do aprendizado e de grande utilidade para o acompanhamento odontológico de PVHA, com a possibilidade de serem portáteis e de substituir papéis, revelando-se uma escolha coerente com a realidade atual e as tendências do futuro, pois podem sobressair-se na necessária renovação do cenário educacional e beneficiar a prática baseada em evidências em uma geração de estudantes e profissionais que é indissociável da tecnologia.

Ademais, com a popularização dos *smartphones*, conforme se realize o lançamento dos infográficos na rede, trabalhadores da saúde bucal e acadêmicos de Odontologia poderão beneficiar-se desta coleção de conhecimentos em qualquer momento do dia. Acreditando na capacidade de esses infográficos ultrapassarem fatores que dificultam a formação e atualização profissional dos RHSB, vislumbra-se beneficiar a prática odontológica exercida em locais que apresentam uma realidade social precária



e com escassez de instituições de ensino, livros ou computadores e mesmo de recursos humanos aptos a prestarem um acompanhamento em saúde bucal de qualidade às PVHA.

Apesar da inexistência de uma lesão oral patognomônica da infecção pelo HIV (DONOSO-HOFER, 2016; ROBINSON, CHALLACOMBE, SHEIHAM, 1998; SAINI, 2011), com um alto grau de confiabilidade (PETRUZZI et al., 2012; PETRUZZI et al., 2013), a presença de LOAH tem sido reportada como critério clínico presuntivo para o diagnóstico dessa afecção (KOYIO et al., 2014).

Nesse contexto, a perspectiva do aparecimento, com frequência, dos primeiros sinais clínicos da imunodeficiência vinculados ao HIV, na cavidade oral, confere ao CD um importante papel no diagnóstico precoce da AIDS e no início do tratamento dos indivíduos (CORREA; ANDRADE, 2005; LIBERALI et al., 2013; PETRUZZI et al., 2012; RITTER; PATTON, 2007). Assim, verifica-se a possibilidade de colaboração desse profissional no cumprimento das metas que se referem à ampliação do acesso tanto ao diagnóstico (90% das PVHA conhecedoras de seu status sorológico) quanto ao tratamento (90% das pessoas diagnosticadas TARV).

Para além da conquista dessas duas primeiras metas, acrescenta-se que o uso de serviços denominados auxiliares, neles incluídos os odontológicos, impactam sobremaneira na retenção<sup>18</sup> em cuidados médicos e na qualidade de vida das PVHA (BLAIR et al., 2011). Tendo em vista que a adesão duradoura à TARV é imprescindível à eficácia do tratamento da infecção (PATTON, 2003; ROBBINS, 2017; WAGNER et al., 2016), pode-se considerar que uma das possibilidades de inserção do CD na cascata de cuidado destinado a essa população refere-se à retenção dos pacientes na TARV, colaborando, principalmente, com o alcance da 3ª meta - a de boa adesão ao tratamento e à qualidade da assistência à PVHA, que preconiza que 90% das PVHA em terapia tenham carga viral indetectável.

Além disso, à medida que diminui, acentuadamente, a replicação viral, essa terapia minimiza a prevalência de diversas IO, incluindo as LOAH, assim como altera também a duração e a exibição clínica de tais condições (ARAÚJO et al., 2018; DONOSO-HOFER, 2016; CHERRY-PEPPERS et al., 2003; KHAN et al., 2012; LEAO et al., 2009; MCLEAN et al., 2012; OLISCOVICZ et al., 2015; PEACOCK; ARCE;

---

<sup>18</sup> Sob o ponto de vista da cascata de cuidado contínuo do HIV, retenção diz respeito ao processo de acompanhamento clínico regular e contínuo do paciente vinculado ao serviço de saúde, garantindo seu comparecimento às consultas, exames periódicos, assim como o seguimento da TARV, com respeito à sua autonomia (BRASIL, 2018b).

CUTLER, 2017; ROBBINS, 2017; SROUSSI; EPSTEIN, 2007). Dessa forma, um exame bucal cuidadoso feito por um CD qualificado pode identificar lesões que sinalizam descontinuação da TARV e falha na adesão, situações estas que têm consequências nefastas tanto para o prognóstico das PVHA - com o desenvolvimento de malignidades e resistência viral aos ARV (WAGNER et al., 2016) - quanto para o risco de transmissão da infecção, o qual é, intrinsecamente, ligado à carga viral plasmática da pessoa infectada (MOSCA; HATHORN, 2006).

Problemas de saúde como o HIV/AIDS exigem políticas globais (MARTINS et al., 2017) e, considerando que as experiências exitosas brasileiras no tocante às práticas e políticas de saúde no enfrentamento dessa enfermidade inspiram e são referência para diversos países receptores de cooperação (SANTOS; LUCENA, 2013), uma vez consoantes com as realidades locais, conhecimentos teórico-práticos de saúde bucal no manejo do HIV/AIDS podem ser projetados para além das fronteiras do Brasil. Uma vez que, por intermédio da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), o Brasil conseguiu projetar seus resultados bem-sucedidos no tocante à sua política de combate ao HIV/AIDS (MILANI; LOPES, 2014), o mesmo pode acontecer com a cooperação técnica em saúde bucal nesse âmbito.

As cascatas de cuidado baseadas em informações qualificadas norteiam as tomadas de decisão nas políticas de saúde (CPLP, 2018b). Estatísticas de 2018 revelaram que os PALOP se encontravam distantes de alcançar algumas metas, com alguns deles apresentando menos de 50% para alcançar a primeira meta (Angola e Guiné Equatorial) e a terceira meta (Cabo Verde e São Tome e Príncipe) (UNAIDS, 2019c). Assim, com a aproximação do prazo para alcançar as metas acordadas, vislumbra-se que a cooperação estruturante em saúde envolvendo o Brasil e Portugal como doadores, já que se encontram em situação melhor<sup>19</sup>, possa colaborar com os demais países da CPLP.

No terreno da cooperação técnica em saúde estabelecida entre o Brasil e os PALOP, diversos projetos de capacitação de RHS já foram realizados por meio de cursos em múltiplas áreas, como enfermagem, análises laboratoriais, administração hospitalar, radiologia, doenças tropicais, etc., além de missões com as mais variadas finalidades (FERNANDES, 2018). No que tange a projetos especificamente na área da saúde bucal já efetivados, entre os principais recursos utilizados, são citados o envio de missões de

---

<sup>19</sup> Em 2018, o Brasil já figurava entre os países que conquistaram o 3º 90 (com supressão viral em 94% das pessoas em tratamento), assim como Portugal já alcançava o 2º. Além disso, esses países apresentavam mais de 85% das PVHA diagnosticadas, caminhando, assim, para o alcance do 1º 90 (UNAIDS, 2019c).

estudo, a capacitação de multiplicadores, a produção de manuais, a aquisição de equipamentos, a troca de experiências e os estágios curtos (TAGLIARI, 2014).

Acreditando na capacidade de os infográficos produzidos ultrapassarem fatores que dificultam a formação e a atualização profissional dos RHSB, vislumbra-se beneficiar a prática odontológica exercida em locais que apresentam uma realidade social precária e com escassez de instituições de ensino, livros ou computadores e mesmo de recursos humanos aptos a prestar um acompanhamento em saúde bucal de qualidade às PVHA. Em um contexto em que a maioria dos países africanos apresenta dependência de nações desenvolvidas quanto a práticas baseadas em evidências científicas (ADEOLA et al., 2018), a utilização dos recursos educativos produzidos pode vir a constituir uma importante iniciativa de cooperação técnica do Brasil com os países africanos que falam português, assim como com o Timor-Leste.

Salienta-se, entretanto, que os infográficos desenvolvidos encontram-se em forma de protótipo, estando seu uso na prática diária ainda indisponível e que a execução da fase de validação dos infográficos dar-se-á mediante consulta a profissionais da área odontológica que atuam na assistência de PVHA. Para tanto, mediante interesse no acesso aos infográficos, pretende-se buscar aproximação com os Ministérios da Saúde a fim de viabilizar o processo de adaptação transcultural dos infográficos, incorporando padrões de linguagem peculiares a essas nações e, assim, aperfeiçoar a sua aplicabilidade em cada local. Além disso, a fim de aperfeiçoar a efetividade dos infográficos, pensa-se em realizar avaliações rápidas, por exemplo, testes piloto, com o intuito de obter um *feedback* dos usuários, aproximando-os da equipe de pesquisa e da própria ferramenta tecnológica, de modo a proporcionar o melhor aproveitamento dos conhecimentos na prática cotidiana de quem usar as ferramentas.

Como uma lacuna a ser mais bem explorada a posteriori, pode-se elencar o fato de o infográfico ter sido elaborado para profissionais e futuros profissionais de saúde bucal. Nesse sentido, destaca-se a importância do desenvolvimento também de uma ferramenta tecnológica que tenha como usuário final o paciente, dando-lhe suporte no que diz respeito, por exemplo, à adesão ao autocuidado oral e à prevenção em saúde bucal. Acredita-se que, sobretudo no contexto de sensibilizar/instruir os pais/responsáveis de crianças com HIV/AIDS, a utilização de recursos didáticos e atraentes, tais como os infográficos produzidos neste estudo, possam melhorar a efetividade das atividades de prevenção em saúde bucal desenvolvidas com esses pacientes e seus responsáveis.

É possível que esses infográficos possam ser utilizados em benefício dos serviços odontológicos, através de ações de capacitação direcionadas à força de trabalho de saúde bucal, principalmente, em Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e São Tomé e Príncipe, países africanos que não formam seus próprios profissionais. Outra importante oportunidade para as ferramentas educacionais produzidas dá-se em sua utilização como material didático de apoio nos cursos de graduação em Odontologia ofertados em Angola, Moçambique e no Timor-Leste.

Um dos fatores mais instigantes para o desenvolvimento dos infográficos foi o viés social, pela possibilidade de clarear, na mente dos acadêmicos e profissionais de saúde bucal, que as PVHA são dignas de um tratamento odontológico de qualidade, mas que não se trata de um atendimento tão diferente dos demais pacientes, favorecendo que, portanto, se sintam seguros na realização de tal acompanhamento. Ademais, a determinação do tema e do formato das ferramentas tecnológicas surgiu a partir do interesse em contribuir, por meio do compartilhamento de recursos educacionais que pudessem subsidiar a prática odontológica na cascata de cuidado às PVHA, com os serviços de saúde do Timor-Leste e dos PALOP no alcance das metas 90-90-90.

## 7 CONCLUSÕES

Com uma preponderante participação de instituições de ensino privadas, a formação superior em Odontologia nos Estados-membros da CPLP mostrou-se marcada por uma realidade de cursos em quantidade suficiente - e, em algumas regiões, até excedente - no Brasil e em Portugal, assim como pela ausência de oferta de cursos em Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e São Tomé e Príncipe.

O enfoque dado ao HIV/AIDS nos planos de ensino de acesso público de uma amostra de cursos de Odontologia/Medicina Dentária portugueses e brasileiros revelou-se, predominantemente, voltado para aspectos biomédicos, percebendo-se uma baixa participação desses conteúdos nos planos de ensino de disciplinas que contemplam os aspectos humanísticos implicados no cuidado às PVHA, como os éticos.

Os resultados obtidos sugeriram que os conteúdos programáticos alusivos a essa temática referem-se, especialmente, a componentes curriculares ministrados em semestres iniciais dos cursos. Ademais, conjectura-se a necessidade de atualização dos planos de ensino ou a sua alteração quanti e qualitativa, de modo a garantir uma maior incorporação desse conteúdo nas disciplinas, mas que também seja considerada a sua presença em componentes da seara de conhecimentos humanos e sociais.

Uma vez inserido na linha de pesquisa Diplomacia da Saúde Global, com seus produtos técnicos, este estudo tem um grande potencial de aplicabilidade na cooperação técnica em saúde bucal na CPLP, marcadamente no Timor-Leste e nos PALOP, países lusófonos marcados pela carência na formação de RHSB, e que, muitas vezes, enfrentam epidemias de AIDS generalizadas.

Colabora também para a orientação de políticas nacionais de educação superior nos países lusófonos, fomentando a discussão a respeito da importância da regulação do ensino superior em Odontologia, com vistas a aprimorar o funcionamento dos sistemas locais de saúde e, conseqüentemente, a provisão de seus serviços de saúde bucal com equidade de acesso e qualidade no atendimento.

Ademais, avanços na qualificação dos planos de ensino de cursos em Portugal e no Brasil - responsáveis pela formação de muitos estudantes dos PALOP e do Timor-Leste - podem repercutir no cotidiano das outras nações lusófonas, cujos planos de ensino não foram acessados pela metodologia empregada nesta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, A. B.; GUILAM, M. C. R. Trajetórias profissionais de egressos de mestrados por meio da Cooperação Estruturante em Saúde. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 14, 2017. [dx.doi.org/10.221713/2358-2332.2016.v14.1400](https://doi.org/10.221713/2358-2332.2016.v14.1400)
- ADENIYI, A. A.; DIAKU-AKINWUMI, I. N.; OLA, B. A. Caregivers' perception of oral health-related quality of life in a group of Nigerian children living with human immunodeficiency vírus. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.19, n. 3, p. 368-74, mai/jun. 2016.
- ADEOLA, H. A. et al. The dentist-scientist career pathway in Africa: opportunities and obstacles. **Korean Journal of Medical Education**, v. 30, n. 3, p. 189-98, 2018.
- AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). **Brasil compartilha tecnologias odontológicas com Moçambique**. 2018. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarconteudo/1034>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- AGUIRRE-URÍZAR, J. M.; ECHEBARÍA-GOICOURÍA, M. A.; EGUÍA-DEL-VALLE, A. Síndrome de imunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. **Medicina oral, patología oral y cirugía bucal**, v. 9, p. 148-53, 2004.
- AMARAL, G. M. **Comparação dos planos curriculares dos cursos de Medicina Dentária lecionados em Portugal**. 2019. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, Lisboa, 2019.
- ANGOLA. Portal Oficial do Governo da República de Angola. **Sobre Angola**. 2014. Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/opais.aspx> Acesso em: 10 mar. 2016.
- ARANTES, D. C. et al. Biossegurança aplicada à Odontologia na Universidade Federal do Pará, Cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 11-8, 2015.
- ARAÚJO, I. I. M. P. **Epidemiologia molecular, evolução viral e perfil de resistência aos antirretrovirais em uma população de pacientes infectados por HIV-1 e/ou HIV-2 residentes em diferentes ilhas do Arquipélago de Cabo Verde**. 114f. Tese (Doutorado), Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- ARAÚJO, J. F. et al. Principais manifestações bucais em pacientes pediátricos HIV positivos e o efeito da terapia antirretroviral altamente ativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 115-122, jan. 2018.
- ARCHELA, R. S.; THÉRY, H. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. **Confins**, n. 3, 2008.
- AŠKINYTĖ, D.; MATULIONYTĖ, R.; RIMKEVIČIUS, A. Oral manifestations of HIV disease: a review. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 17, p. 21-8, 2015.

- AZEVEDO, F. D.; BERNARDINO, L. M. B. Uma nova visão geoestratégica na Comunidade de Países de Língua Portuguesa: A identidade da CPLP no domínio da defesa. **Proelium**, v.2, n.10, p. 21 - 42, 2016.
- BALBO, P. L.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CERVI, M. C. Caracterização de cuidadores de crianças com HIV / AIDS, abordando qualidade de vida, estratificação socioeconômica e aspectos da saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1301-7, set./out. 2007.
- BAPTISTA, M. C. S. **A Medicina Dentária em Portugal: Identificação dos principais fatores que condicionam os portugueses no acesso a cuidados de saúde oral**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016.
- BARALT, M.; PENNASTRI, S.; SELVANDIN, M. Action Research: Using wordles to teach foreign language writing. **Language Learning & Technology**, v. 15, n. 2, p. 12-22, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª ed. Portugal: Edições 70, 2004, 288p.
- BARRIOS, T. J.; ARIA, A. A.; BRAHNEY, C. Cancrum oris in an HIV-positive patient. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 53, n. 7, p. 851-5, jul. 1995.
- BARROS, D.; NOGUEIRA, S. G. Cooperação educacional internacional Brasil/África: do Programa Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G) à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). **Revista de Estudos Internacionais**, v. 6, n. 2, p. 117-33, 2015. ISSN 2236-4811.
- BÁRTOLO, I. et al. HIV-1 Diversity, Transmission Dynamics and Primary Drug Resistance in Angola. **Plos One**, v. 9, n. 12, p. 1-17, 2014.
- BIANCHI, M. F. P. **Os elementos constituintes do Projeto Político Pedagógico na contemporaneidade**. 2015. Monografia - Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2015.
- BI DA EMPRESA. Notícias. **CPLP promoveu 1ª edição de Encontros Empresariais**. 2014. Disponível em: <http://bidaempresa.pt/pt/cplp-promoveu-1a-edicao-de-encontros-empresariais>. Acesso em: 20 maio. 2016.
- BLAIR, J. M. et al. Clinical and Behavioral Characteristics of Adults Receiving Medical Care for HIV Infection — Medical Monitoring Project, United States, 2007. **Morbidity and Mortality Weekly Report Surveill Summ**, v. 60, n. 11, p. 1-20, sep. 2011.
- BODHADE, A. S.; GANVIR, S. M.; HAZAREY, V. K. Oral manifestations of HIV infection and its correlation with CD4 count. **Journal of Oral Science**, v. 53, n. 2, p. 203-11, jun. 2011

BONANNO, L. P.; VASCONCELLOS, M. P. Transcendendo Fronteiras e Criando Notícias: A Agência de Notícias da AIDS em Moçambique. **Saúde e Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 73-80, 2014.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (MEC). **Maioria das instituições de educação superior do país recebe nota acima do satisfatório**. 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/45951-maioria-das-instituicoes-de-educacao-superior-do-pais-recebe-nota-acima-do-satisfatorio>. Acesso em 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura (MEC). **Perguntas frequentes sobre educação superior**. 2018a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu-secretaria-de-educacao-superior?id=14384#%20grade\\_curricular](http://portal.mec.gov.br/sesu-secretaria-de-educacao-superior?id=14384#%20grade_curricular). Acesso em 18 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura (MEC). Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Diretoria de Política Regulatória. **Nota técnica nº 793/2015 - Esclarecimentos sobre dúvidas frequentes**. 2015. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=17472-nt-n793-2015-grade-curricular&category\\_slug=maio-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17472-nt-n793-2015-grade-curricular&category_slug=maio-2015-pdf&Itemid=30192). Acesso em 10 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV- AIDS**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV- AIDS**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Número especial, Brasília – DF, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal - **Cadernos de Atenção Básica, nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. ISBN 85-334-1228-2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 01 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 mar 2004. Seção 1, p. 80.



BRITO, M. J. P. A. S. **Equivalência e Variação em Medicina Dentária: a harmonização terminológica no caso da cárie dentária**. 2015. Tese (Doutorado em Linguística) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2015.

BUCZYNSKI, A. K.; CASTRO, G. F.; SOUZA, I. P. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1797-805. nov./dez. 2008.

BUSS, P. M. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1881-89, 2018.

BUTT, F. M. A.; CHINDIA, M. L.; RANA, F. Oral squamous cell carcinoma in human immunodeficiency virus positive patients: clinicopathological audit. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 126, n. 3, p. 276–8, 2012.

CABO VERDE. Página Oficial do Governo de Cabo Verde. **Dados gerais**. 2007. Disponível em: <http://www.governo.cv>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CAMARGO, F. D.; BATISTA, A. K.; UNFER, B. Ética e moral: reflexões de dentistas do serviço público. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 297-303, 2019.

CAMINO, M. E. M. B. **A Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP) na região da Ásia-Pacífico**. 2013. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema3/2013\\_27938.pdf](http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema3/2013_27938.pdf). Acesso em: 11 mar. 2016.

CAMPO, J. et al. Oral complication risks after invasive and non-invasive dental procedures in HIV-positive patients. **Oral Diseases**, v. 13, n. 1, p. 110-16, jan. 2007.

CAMPOS, J. A. D. B.; LOFFREDO, L. C. M. Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2181-7, jul. 2010.

CAPUTO, B. V. et al. Evaluation of bone alterations in the jaws of HIV-infected menopausal women. **Brazilian Oral Research**, v. 27, n. 3, p. 231-7, mai/jun. 2013.

CARNEIRO, R. M. A.; LIMA, T. G. **Atendimento odontológico a pacientes portadores de HIV**. 2019. Monografia. Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2019.

CARVALHO, P. Evolução e crescimento do ensino superior em Angola. **Revista Angolana de Sociologia**. v. 9, p. 51-8, 2012.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2018.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY (CIA). Publications. **The world factbook**.

2020. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html>. Acesso em: 01 jun 2020.

CERDEIRA, L. et al. **Custos dos estudantes do ensino superior português – Relatório CESTES 2**. Lisboa: Educa, 2018. 322p. ISBN: 978-989-8272-30-0.

CHAGAS, M. S. et al. Reduction of Candida species colonization in the oral cavity of children infected with human immunodeficiency virus after dental treatment. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 108, n. 3, p. 383-8, set. 2009.

CHALLACOMBE, S. et al. Overview and research agenda arising from the 5th World Workshop on Oral Health and Disease in AIDS. **Advances in Dental Research**, v. 19, n. 1, p. 5-9, abr. 2006.

CHERRY-PEPPERS, G. et al. Oral manifestations in the era of HAART. **Journal of National Medical Association**, v. 95, n. 2, p. 21-32, fev. 2003.

CLAUDINO, A. L. R. et al. Determinação da Concentração Inibitória Mínima do Clotrimazol e da Terbinafina sobre isolados de Candida albicans oriundas da mucosa bucal de pacientes HIV positivos e HIV negativos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 10, n. 1, p. 95-104, 2012.

COKER, M. et al. Perinatal HIV Infection and Exposure and Their Association With Dental Caries in Nigerian Children. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 37, n. 1, p. 59-65, jan. 2018.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). **Eixos Estratégicos, Áreas e Projetos - PECS 2018-2021**. 2018a. Disponível em: <https://www.cplp.org/id2347.aspx?Action=1&NewsId=5753&M=NewsV2&PID=6517>. Acesso em: 8 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Epidemia de HIV nos países de língua oficial portuguesa. Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados**. 2ª Ed., 2010.

\_\_\_\_\_. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**. 4ª edição, 2018b.

\_\_\_\_\_. **Estados-membros**. 2016a. Disponível em: <http://www.cplp.org/id-2771.aspx>. Acesso em: 10 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Histórico – Como surgiu?** 2016b. Disponível em: <http://www.cplp.org/id-2752.aspx>. Acesso em: 10 mar. 2016.

COOGAN, M. M.; GREENSPAN, J.; CHALLACOMBE, S. J. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n.9, p.700-6, set. 2005.

COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO (CESPU). **Breve Descrição de Portugal**. 2016. Disponível em:

<http://ects.cespu.pt/informacao-pratica/breve-descricao-de-portugal/>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. **Revista Odonto Ciência**, v. 20, n. 49, p. 281 – 9, jul./set. 2005.

CORRÊA, É. R. P.; MIRANDA-RIBEIRO, A. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1005-15, 2017.

CRAVEIRO, I. M. R. et al. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2985-98, 2015.

DAI, L. et al. Lipoteichoic acid (LTA) and lipopolysaccharides (LPS) from periodontal pathogenic bacteria facilitate oncogenic herpesvirus infection within primary oral cells. **Plos One**, v. 9, n. 6, p. 1-11, jun. 2014.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. **Dentistas portugueses levam projeto solidário a São Tomé e Príncipe**. 2019. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/dentistas-portugueses-levam-projeto-solidario-a-sao-tome-e-principe-10919569.html>. Acesso em: 01 jun 2020.

DIAS, C. S. “É língua oficial de Timor-Leste, quer não quer nós temos que falar”: **Reflexões sobre políticas e práticas linguísticas em Díli**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

DIAZ, J. A. S. B. **Brasil, de receptor a doador? O caso da cooperação em HIV/AIDS do Brasil em Moçambique**. 134f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

DISCACCIATI, J. A. C.; VILAÇA, E. L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 9, n. 4, p. 234-9, 2001.

DONOSO-HOFER, F. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. **Revista Chilena de Infectología**, v. 33, n.1, p. 27-35, 2016.

EARNSHAW, V. A. et al. Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS among future healthcare providers in Malaysia. **Tropical medicine and International Health**, v. 19, n. 6, p. 672–9, 2014. doi:10.1111/tmi.12306.

EMBAIXADA DA GUINÉ EQUATORIAL NO BRASIL. **História e economia**. 2016. Disponível em: <http://gequatorial.org.br/index.html>. Acesso em: 11 mar. 2016.

ENGELAND, C. G. et al. HIV infection and tooth loss. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 105, n. 3, p. 321-6, mar. 2008.

EPSTEIN, J. B. Oral Malignancies Associated with HIV. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 73, n. 10, p. 953-6, dez. 2007.

EPSTEIN, J. B.; MATHIAS, R. G. Immunodeficiency Virus Infection. **Can. Fam. Physician**, v. 34, p. 1773 – 80, ago. 1988.

ESCOBAR, B. T. **Infográficos de saúde em EaD na Unasus-UFMA: Um enfoque de Gestão de Design**. 2018. Dissertação (Mestrado em Design) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

ESTEVES, P.; GOMES, G. Z.; FONSECA, J. M. A rede de Políticas de Saúde Pública e a Cooperação Sul-Sul: os casos de Moçambique e Angola. **Lua Nova**, n. 98, p. 199-232 maio/ago. 2016.

EXPÓSITO-DELGADO, A. J.; VALLEJO-BOLAÑOS, E.; MARTOS-COBO, E. G. Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: artículo de revisión. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 9, n. 5, p. 410-20, 2004.

FAZENDA, A. R. et al. O ensino da prótese total numa Faculdade de Medicina Dentária – implicações da Reforma de Bolonha. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 54, n. 2, p. 74-80, abr./jun. 2013.

FEINBERG, J. *Wordle*. In: **Beautiful visualization, by Julie Steele, Noah Iliinsky (Chapter 3, p. 37 – 58)**. 2010. Disponível em: <https://classes.soe.ucsc.edu/cm261/Fall15/misc/wordle.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

FERNANDES, A. S. L. C. **Infeção cruzada em Medicina Dentária: Atitudes e comportamentos de Estudantes de Medicina Dentária portugueses**. 2012. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, 2012.

FERNANDES, M. **Brasil e PALOP: Política externa do governo Lula da Silva 2003-2010**. Monografia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

FERREIRA, A. V. L. et al. Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 133-41, 2014.

FERREIRA; FONSECA. Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2129-33, 2017.

FICARRA, G. et al. Oral lesions among HIV-infected hemophiliacs. A study of 54 patients. **Haematologica**, v. 79, n. 2, p. 148-53, mar./abr. 1994.

FOTEDAR, S. et al. Knowledge and attitudes about HIV/AIDS of students in H.P. Government Dental College and Hospital, Shimla, India. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 9, p. 1218-24, 2013.

FRANCO, A. C. M. **O conhecimento dos formandos do curso de graduação em Odontologia de uma universidade pública de Pernambuco sobre DST/HIV/AIDS e medidas de biossegurança no ano de 2008.** Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FREEMAN, A. D. et al. Oral health in Australian HIV patients since the advent of combination antiretroviral therapy. **Australian Dental Journal**, v. 57, n. 4, p. 470-6, dez. 2012.

FREIRE, A. L. A. S. S. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local.** 2011. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FRICKE et al. Periodontal status of HIV-infected patients undergoing antiretroviral therapy compared to HIV-therapy naive patients: a case control study. **European Journal of Medical Research**, v. 17, n. 2, 2012.

FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Recursos humanos da saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 78-85, 2010.

GABRIEL, M. **Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração.** 2016. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GARBIN, C. A. S. et al. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 511 – 22, 2009.

GASPARIN, A. B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1307-15, jun. 2009.

GESSER, V.; RANGHETTI, D. S. O currículo no ensino superior: princípios epistemológicos para um design contemporâneo. **Revista e-curriculum**, v. 7, n. 2, 2011. ISSN: 1809-3876.

GLICK, M. et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. **International Dental Journal**, v. 62, p. 278–91, 2012.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-9, 1995.

GOMES, T. M. et al. Student's perception about HIV and HTLV seropositive patients of a dentistry school. **Revista Odonto Ciência**, v. 30, n. 2, p. 51-5, 2015.

GONÇALVES, E. R.; VERDI, M. I. M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 755-64, Jun. 2007.

GOOGLE MY MAPS. **PALOP: Cursos de Odontologia/Medicina Dentária.** 2019c. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1dphrgadu7UqKVZL-T1nzBIBUUAxz3sdb&ll=-8.11558119540354%2C17.245933557839017&z=6>. Acesso em: 7 dez. 2019.

GOOGLE MY MAPS. **Portugal: Cursos de Medicina Dentária.** 2019b. Disponível em: [https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1\\_OBOopzEEddBNcrlggvDbtnV92kiUVjX&ll=41.4285851563124%2C-8.814485104979212&z=8](https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1_OBOopzEEddBNcrlggvDbtnV92kiUVjX&ll=41.4285851563124%2C-8.814485104979212&z=8). Acesso em: 7 dez. 2019.

GOOGLE MY MAPS. **Timor-Leste: Curso de Enfermagem Dentária.** 2019a. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1DzVtRb20PKwqqHaQfpG9N-j3OVF51mJ9&ll=-6.827589527995929%2C124.4640666446819&z=8>. Acesso em: 7 dez. 2019.

GRANDO, L. J. et al. Manifestações estomatológicas , contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 16, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2002.

GRECO, D. B. The AIDS epidemic: social, scientific and economical impacts and perspectives. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p.73-94, 2008.

GREENSPAN, D; SHIRLAW, P. J. Management of the oral mucosal lesions seen in association with HIV infection. **Oral diseases**, v. 3, n. 1, p. 229-34, mai. 1997.

GROVER, N. et al. Attitude and knowledge of dental students of National Capital Region regarding HIV and AIDS. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 18, n. 1, p. 9–13, 2014. doi: 10.4103 / 0973-029X.131882

GUERRA, M. E.; TOVAR, V.; GARRIDO, E. Programa de odontología preventiva dirigido a bebés VIH (+) y verticalmente expuestos. **Acta Odontológica Venezolana**, v. 42, n. 3, p. 182-6, set. 2004.

GUERREIRO, C. S. et al. Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau: evolução das estruturas e processos num Estado frágil. **Acta Médica Portuguesa**, v. 31, n. 12, p. 742-53, 2018.

GUINÉ-BISSAU. **Governo da Guiné-Bissau.** 2016. Disponível em: <http://www.gov.gw/index.php?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2016.

GURUPRASAD, Y.; CHAUHAN, D. S. Knowledge, attitude and practice regarding risk of HIV infection through accidental needlestick injuries among dental students of Raichur, India. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, v. 2, n. 2, p. 152–5, 2011.

HAMERSHOCK, R. A. et al. Dental students' HIV/AIDS-related knowledge, attitudes, and intentions: impact of the U.S. Health Resources and Services Administration's community-based dental partnership program. **Journal of Dental Education**, v. 78, n. 8, p. 1106-17, 2014.

HODGSON, T. A. et al. Identification of oral health care needs in children and adults, management of oral diseases. **Advances in Dental Research**, v. 19, n. 1, p.106-17, abr. 2006.

HOLMSTRUP, P.; WESTERGAARD, J. HIV infection and periodontal diseases. **Periodontology** 2000, v. 18, p. 37-46, out. 1998.

ILYAS, S. E. et al. Labial tuberculosis: a unique cause of lip swelling complicating HIV infection. **HIV Medicine**, v. 3, n. 4, p. 283-6, out. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Painel de Indicadores**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores>. Acesso em: 28 maio 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE**. 2011a. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/enade>. Acesso em: 17 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Indicadores de instituições e cursos estão disponíveis**. 2011b. Disponível em: [http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset\\_publisher/6AhJ/content/indicadores-de-instituicoes-e-cursos-estao-disponiveis](http://portal.inep.gov.br/visualizar/-/asset_publisher/6AhJ/content/indicadores-de-instituicoes-e-cursos-estao-disponiveis). Acesso em: 17 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Indicadores de Qualidade da Educação Superior**. 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/indicadores-de-qualidade>. Acesso em: 04 mar. 2020.

JAFARI, A. et al. Effect of an educational course at an Iranian Dental School on students' knowledge of and attitudes about HIV/AIDS. **Journal of Dental Education**, v. 76, n. 6, p. 792- 9, 2012.

JOHNSON, N.W. The mouth in HIV / AIDS: markers of disease status and management challenges for the dental profession. **Australian Dental Journal** v. 55, n. 1, p. 85-102, jun. 2010.

KALANZI, D. et al. Extensive dental caries in a HIV positive adult patient on ART; case report and literature review. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 205, dez. 2018.

KENDALL, C. et al. Population Size, HIV, and Behavior among MSM in Luanda, Angola: Challenges and Findings in the First Ever HIV and Syphilis Biological and Behavioral Survey. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 66, n. 5, 2014.

KHAN, S. A.; LIEW, M. L.; OMAR, H. Role of ethical beliefs and attitudes of dental students in providing care for HIV/AIDS patients. **Arábia Dental Journal**, v. 29, n. 1, p. 7–14, 2017.

KINANE, D. F.; MARSHALL, G. J. Periodontal manifestations of systemic disease. **Australian Dental Journal**, v. 46, n.1, p. 2-12, mar. 2001.

KOLHATKAR, S. et al. Immediate dental implant placement in HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy: a report of two cases and a review of the

literature of implants placed in HIV-positive individuals. **Journal of Periodontology**, v. 82, n. 3, p. 505-11, mar. 2011.

KOLHATKAR, S. et al. Surgical Crown Lengthening in a Population With Human Immunodeficiency Virus: A Retrospective Analysis. **Journal of Periodontology**, v. 83, n. 3, p. 344-53, mar. 2012.

KOYIO, L. N. et al. Knowledge of Nairobi East District Community Health Workers concerning HIV-related orofacial lesions and other common oral lesions. **BMC Public Health**, v. 14, out. 2014.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, p. 243-7, 2015.

KRISHNAN, P. A. Fungal infections of the oral mucosa. **Indian Journal of Dental Research**, v. 23, n. 5, p. 650-9, set./out. 2012.

LAGES, S. M. R. et al. Formação em Odontologia: O papel das instituições de ensino na prevenção do acidente com exposição a material biológico. **Ciencia y Trabajo**, v. 17, n. 54, p. 182-187, 2015.

LAHOTI, S. et al. Correlation of mucocutaneous manifestations of HIV-infected patients in an ART center with CD4 counts. **Indian Journal of Dental Research**, v. 28, n. 5, p. 549-54, set./out. 2017.

LAMARÃO, P. et al. Patologia cutâneo-mucosa na infecção pelo HIV. **Acta Medica Portuguesa**, v. 7, p. 141-8, 1994.

LAPÃO, L. V. et al. Roteiro estratégico para a Telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da Telessaúde. **Anais Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 15, n. 1, p. 65- 73, 2016.

LEAO, J. C. et al. Oral complications of HIV disease. **Clinics**, São Paulo, v. 64, n. 5, p. 459-70, mai. 2009.

LEÃO, J. C.; GUEIROS, L. A; PORTER, S. R. Oral manifestations of sypphilis. **Clinics**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 161-166, abr. 2006.

LIBERALI, S. et al. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients, 18 years on. **Australian Dental Journal**, v. 58, n. 1, p. 18-25, fev. 2013.

LIBERATO, E. Avanços e retrocessos da educação em Angola. **Revista Brasileira de Educação**. v. 19, n. 59, p.1003-31, 2014.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. **Brazilian Journal of Nursing (Online)**; v. 10, n. 2, 2011.



LIMA, A. V. M. et al. Prevalência e fatores de risco de acidentes com materiais pérfuro-cortantes em alunos de graduação em Odontologia. **Periodontia**, v. 26, n. 4, p. 15-23, 2016.

LIMA, E. N. A.; SOUZA, E. C. F. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 2, p. 231-8, abr./jun. 2010.

LIMA, H. M. M. **Diagnóstico situacional sobre a implementação da recomendação Opção B+, da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP**. 2018. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-4879.aspx>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LIMA, L. K. O. et al. Acidentes com material biológico entre estudantes de Odontologia no estado de Goiás e o papel das instituições de ensino. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 21, n. 58, p. 553 - 9, 2012.

LOURENÇO, A. G. et al. Oral Candida spp carriage and periodontal diseases in HIV-infected patients in Ribeirão Preto, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 59, n. 29, jun. 2017.

LUCENA, N. T. et al. Conhecimento, atitudes e práticas dos estudantes de Odontologia com relação a pacientes HIV positivos. **RFO UPF**, v. 21, n. 3, p. 388-94, 2016. ISSN 1413-4012.

MACHADO, F. C. et al. Adesão a um programa de saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e as atitudes de seus cuidadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1851-7, nov./dez. 2008.

MADHAN, B. et al. Dental students' regard for patients from often-stigmatized populations: findings from an Indian dental school. **Journal of Dental Education**, v. 76, n. 2, p. 210-7, 2012.

MAGALHÃES, V. C. S.; OLIVEIRA, D. L.; PRADO, F. O. Knowledge, risk perception and attitudes of Dentistry students with regard to HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 63, n.3, p. 291-300, 2015. ISSN 1981-8637.

MAIA, L. A. et al. Atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas. **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. 106, pp. 730-47, 2015.

MALOA, B. F. S.; PEREIRA, M. E. Atitudes em relação ao HIV/AIDS nos alunos das escolas secundárias de Moçambique: Um estudo comparativo entre as províncias de Maputo e Niassa. **Interação em Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 39-50, 2012.

MALTA et al. Formação de recursos humanos em saúde: desafios e oportunidades. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**. p. 17-24. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/90079/1/document.pdf>. Acesso em 14 jun. 2020.

MARGOLLES, M. M.; MACHADO, M. S. El SIDA: Su repercusión en Estomatología. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 37, n. 3, p. 171-5, dez. 2000.

MARTINS, P. et al. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 229-239, mar. 2017.

MARTINS, T. A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Revista de Fisioterapia e Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.

MASCARENHAS, F. A. S. **Notificação de eventos adversos em saúde e queixas técnicas: construção de infográfico animado educacional**. 2017. Dissertação (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MASSARENTE, D. B. et al. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. **BMC Oral Health**, v. 11, n. 2, jan. 2011.

MATOS, F. S.; SANTANA, L. P.; PAIXÃO, M. S. Reflexões bioéticas no atendimento odontológico ao paciente portador de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Bioética**, v.8, n. 1-4, p. 57-66, 2012.

MATOS, R. S. **Atitude do cirurgião dentista frente ao atendimento de pacientes HIV positivos em Salvador**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MAY, M. C. et al. Prospective cohort study of dental implant success rate in patients with AIDS. **International Journal of Implant Dentistry**, v. 2, n. 20, 2016.

MAZUTTI, W. J.; FREDDO, S. L.; LUCIETTO, D. A. Accidents with sharp objects involving biological material: what Dentistry undergraduate students say and what they do. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 4, p. 21-30, 2018. DOI: 10.30979/rev.abeno.v18i4.595.

MCCULLOUGH, M. J.; FIRTH, N. A.; READE, P. C. Human immunodeficiency virus infection: a review of the mode of infection, pathogenesis, disease evolution and general and clinical manifestations. **Australian Dental Journal**, v. 42, n. 1, p. 30-7, fev. 1997.

MCLEAN, A. T. et al. HIV and dentistry in Australia: clinical and legal issues impacting on dental care. **Australian Dental Journal**, v. 57, n. 3, p. 256-70, set. 2012.

MEDINA, C et al. Contribuições da infografia para o treinamento de profissionais que atuam com alunos usuários de Sistema FM. **Anais do 8º Information Design International Conference e 8º Information Design Student Conference**. Natal, v. 4, n. 1, 348-60, 2017. Trabalho apresentado no 8º Congresso Internacional de Design da Informação, 2017, Natal.

MELESS, D. et al. Oral lesions among HIV-infected children on antiretroviral treatment in West Africa. **Tropical Medicine and International Health**, v. 19, n. 3, p. 246-255, mar. 2014.

MELONI, J. **Wordles, or the gateway drug to textual analysis**. 2009. Disponível em: <http://chronicle.com/blogs/profhacker/wordles-or-the-gateway-drug-to-textual-analysis/22781>. Acesso em: 06 abr. 2016.

MENDES, M. A. C. **Prevalência de doenças periodontais em amostra populacional da província de Maputo, Moçambique**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, E. T.; SANTOS, T. H. **Verbete INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira)**. Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <https://www.educabrazil.com.br/inep-instituto-nacional-de-estudos-e-pesquisas-educacionais/>. Acesso em 10 dez. 2019.

MICHELIM L. et al. Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 758-63, dez. 2004.

MIGLIORATI, C. A.; MADRI, C. The interface between oral and systemic health: the need for more Collaboration. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 13, n. 4, p. 11-6, out. 2007.

MILANI, C. R. S.; LOPES, R. N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**. v. 9, n. 1, p. 59 – 78, jan./jun. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MOAZZEZ, A. H; ALVI, A. Head and Neck Manifestations of AIDS in Adults. **American Family Physician**, v. 57, n. 8, p. 1813-22, abr. 1998.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano. **Exame Nacional 2015 da Educação para Todos: Moçambique**. 2015. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002317/231723por.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano. Vamos aprender: construindo competências para o desenvolvimento de Moçambique. **Plano Estratégico da Educação – 2012-2016**. Maputo. 2013. Disponível em: [http://www.mined.gov.mz/Legislacao/Documents/PEE\\_2012-2016\\_PO.pdf](http://www.mined.gov.mz/Legislacao/Documents/PEE_2012-2016_PO.pdf). Acesso em: 19 jun. 2017.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Direcção de Recursos Humanos em Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – 2008-2015**. Maputo. 2009. Disponível em: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Mozambique/pn](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Mozambique/pn)

rhs\_2008-2015\_1.9\_versao\_final\_aprovada\_-\_outubro\_de\_2008.pdf. Acesso em 19 jun. 2017.

MORAIS, D. C. M. **Um Estudo demográfico/cartográfico e análise das matrizes curriculares dos cursos de Farmácia**. 2015. Tese (Doutorado) - Universidade Metodista de Piracicaba, Educação, Piracicaba, SP, 2015.

MOREIRA, A. L. **Diagnóstico tardio da infecção por HIV na ilha de Santiago**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

MOSCA, N. G.; HATHORN, A. R. HIV-positive patients: dental management considerations. **Dental Clinics of North America**, v. 50, n. 4, p. 635-57, out. 2006.

MOSCICKI, A. B. et al. The Burden of Oral Disease among Perinatally HIV-Infected and HIV-Exposed Uninfected Youth. **Plos One**, v. 11, n. 6, jun. 2016.

MOSWIN, A. H.; EPSTEIN, J. B. Essential Medical Issues Related to HIV in Dentistry. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 73, n. 10, p. 945-948, dez. 2007.

MULLIGAN, R. et al., 2006. The effect of an HIV/AIDS educational program on the knowledge, attitudes, and behaviors of dental professionals. **Journal of Dental Education**, v. 70, n. 8, p. 857-68, 2006.

MUNIZ, B. A. A.; FONTE, D. C. B.; SANTOS, S. C. The perception of the HIV/aids patient about the dental surgeon. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 289-96, Jun. 2019.

MUNOZ-MUNOZ, L. et al. Necessidade e controle do tratamento odontológico em crianças infectadas pelo HIV. Relação interprofissional entre dentista e pediatra. **Med Oral**, v. 7, n. 3, p. 171-9, mai/jun. 2002.

MUSSE, J. O. et al. O Ensino da bioética nos cursos de graduação em Odontologia do estado de São Paulo. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 13-16, 2007.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU BR). **A Agenda 2030**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 02 mai. de 2020.

NAGARAJ, K. R.; SAVADI, R. Prosthodontic Management of HIV / AIDS Subjects: An Overview. **Journal of Indian Prosthodontic Society**, v. 13, n. 4, p. 393-9, dez. 2013.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. **In: Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização**. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

NEDWICK-CASTRO, K. A.; VIEIRA, A. R. Failure to control caries in an AIDS-affected individual: a case report. **Case Reports in Dentistry**, v. 2012, Article ID 643436, 2012. DOI:10.1155/2012/643436.

NEHEMIA, E. J. J. M. **Fatores associados à morbidade materna grave: A relação com o HIV e AIDS, Maputo, Moçambique.** 142f. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

NUNES, M. F. et al. The proposal of permanent education in the formation of dentists in STD/HIV/AIDS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 413-20, abr./jun. 2008.

OBEROI, S. S. et al. Knowledge and attitude of Indian clinical dental students towards the dental treatment of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immune-deficiency syndrome (AIDS). **International Dental Journal**, v. 64, n. 6, p. 324-332, 2014.

OLISCOVICZ, N. F. et al. Effect of highly active antiretroviral therapy use on oral manifestations in pediatric patients infected with HIV. **Indian Journal of Dental Research**, v. 26, n. 2, p. 200-4, mar./abr. 2015.

OLIVEIRA, V. et al. Genetic Diversity and Drug Resistance Profiles in HIV Type 1- and HIV Type 2-Infected Patients from Cape Verde Islands. **Aids Research and Human Retroviruses**, v. 27, n. 00, 2011.

OLIVEIRA, W. L. **Análise comparativa do número e distribuição dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil e em países dos diversos continentes.** Monografia (Especialização em Ortodontia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD). **Os números da Ordem.** 2016. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/no2016pt.pdf.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ORTEGA, K. L. et al. Sífilis secundária em um paciente HIV positivo. **Medicina y Patología Oral**, v. 9, n. 1, p. 33-8, jan./fev. 2004.

PAGLIARI, A. V.; GARBIN, C. A.; GARBIN, A. J. HIV attitudes and practices among teachers at a Brazilian dental school. **Journal of Dental Education**, v. 68, n. 12, p. 1278-85, 2004.

PAIVA, S. N. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico em Odontologia: uma responsabilidade no ensino. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 3, p.76-88, 2017.

PALACIOS, A. L.; LOPES, F. J. A privatização do ensino superior no Brasil. **Revista de Pós-Graduação Multidisciplinar**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 59-76, mar./set. 2018.

PAROLA, G. B; ZIHLMANN, K. F. A saúde bucal na perspectiva das pessoas vivendo com HIV/Aids: subsídios para a educação permanente de cirurgiões-dentistas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. ISSN 1807-5762.

PARVATHY, B. J. Utilization of free dental health care services provided to the perinatally infected human immunodeficiency virus children in Bangalore: Longitudinal

study. **Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 32, n. 2, p. 117-9, abr./jun. 2014.

PATTON, L. L. Hematologic abnormalities among HIV-infected patients: associations of significance for dentistry. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 88, n. 5, p. 561-7, nov. 1999.

\_\_\_\_\_. HIV disease. **Dental clinics of North America**, v. 47, n. 3, p. 467-92, jul. 2003.

PAZETO, A. E. Desafios da organização e da regulação da educação superior em Timor-Leste e a questão da capacitação institucional. **E Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 15, n. 56, p. 413-28, 2007.

PEACOCK, M. E.; ARCE, R. M.; CUTLER, C. W. Periodontal and other oral manifestations of immunodeficiency diseases. **Oral Diseases**, v. 23, n. 7, p. 866-88, out. 2017.

PEDREIRA, E. N. et al. Epidemiological and oral manifestations of hiv-positive patients in a specialized service in brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 16, n. 6, p. 369-75, nov./dez. 2008.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud em la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 237-50, 2007.

PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 661-9, set. 2005.

PETERSEN, P. E. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: The approach of the WHO Global Oral Health Program. **Advances in Dental Research**, v. 19, p. 17-20, apr. 2006.

PETRUZZI, M. N. M. R. et al. Epidemiological characteristics and HIV-related oral lesions observed in patients from a Southern Brazilian city. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 115-120, 2012.

PETRUZZI, M. N. M. R. et al. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 52-59, fev. 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Oral manifestations in human immunodeficiency virus infected children in highly active antiretroviral therapy era. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, v. 38, n. 8, p. 613-22, set. 2009

PINHO, A. A. **Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, G. Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2237-46, Jul. 2017.

PORTER, S. R.; LEAO, J. C. Review article: oral ulcers and its relevance to systemic disorders. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v. 21, n. 4, p. 295-306, fev. 2005.

PORTER, S. R.; SCULLY, C. HIV topic update: protease inhibitor therapy and oral health care. **Oral Diseases**, v. 4, n. 3, p. 159-63, set. 1998.

PORTER, S. R.; SCULLY, C.; LUKER, J. Complications of dental surgery in persons with HIV disease. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 75, n. 2, p. 165-7, fev. 1993.

PORTUGAL. Direção Geral do Ensino Superior. **Autonomia**. 2020. Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/autonomia?plid=371>. Acesso em 10 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. **Infeção HIV/AIDS: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014**. 67 p. Lisboa, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Serviço Nacional De Saúde (SNS). Saúde Oral. Profissional. Recursos Humanos na Saúde. **Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Nota-de-Enquadramento-INPS.pdf>. Acesso em: 3 de nov. 2019.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Declaracion de Compromiso sobre HIV-AIDS, UNGASS**. 2010. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/equatorialguinea\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/equatorialguinea_2010_country_progress_report_es.pdf). Acesso em 23 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Estatísticas**. 2019a. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 18 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil**. 2019b. Disponível em: <https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>. Acesso em: 18 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Fichas técnicas dos países**. 2018. Disponível em: <https://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 02 abr 2020.

\_\_\_\_\_. **Global AIDS Response Progress Report Timor Leste**. 2015a. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TLS\\_narrative\\_report\\_2015.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TLS_narrative_report_2015.pdf). Acesso em: 12 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Global AIDS update.** 2019c. Disponível em:  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-global-AIDS-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf). Acesso em: 05 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Informe nacional sobre los progresos realizados em la lucha contra el HIV/AIDS. Guinea Ecuatorial.** 2014a. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/ce\\_GQ\\_Narrative\\_Report.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/ce_GQ_Narrative_Report.pdf). Acesso em: 26 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Rapport d'activité National Guinée-Bissau.** 2015b. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GNB\\_narrative\\_report\\_2015.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GNB_narrative_report_2015.pdf). Acesso em 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Rapport de Progrès de la riposte HIV/AIDS Cabo Verde.** 2015c. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2015countries/CPV\\_Narrative\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2015countries/CPV_Narrative_Report_2015.pdf). Acesso em: 26 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre o progresso do país para dar seguimento aos compromissos da Sessão Especial sobre HIV e AIDS da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011.** 2012. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_AO\\_Narrative\\_Report.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_AO_Narrative_Report.pdf). Acesso em: 26 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Sao Tome and Principe National Progress Report.** 2014b. Disponível em:  
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/STP\\_Narrative\\_Report.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/STP_Narrative_Report.pdf). Acesso em: 26 abr 2016.

PROGRAMA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS (PNUD). **Relatório do Desenvolvimento Humano.** 2019. Disponível em:  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_pt.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf). Acesso em: 28 maio 2020.

PUCHALE, C. L.; PEREIRA, O. L. F.; FREITAS, C. A. Pobreza multidimensional e seus determinantes: uma análise econométrica para os estados brasileiros com menor e maior IDH. **Revista Estudo e Debate**, v. 26, n. 1, p. 92 -113, 2019.

QUEIROZ, A. O. Áfricas Lusófonas, África Iberógrafa: A experiência literária da Guiné Equatorial. **Cadernos Imbondeiro**, v. 1, n. 1, 2010.

QUEIROZ, M. G. **O ensino da Odontologia no Brasil: concepções e agentes.** 2006. 359f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

RAMOS, L. G. **Dois ensaios sobre aspectos recentes do ensino superior brasileiro.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.



RAYSSAC, P. B. C. M. **As manifestações buco-dentárias ligadas à infecção por HIV.** 2019. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, 2019.

RECEN, D.; KAKI, G. D.; KAKI, B. The knowledge and attitude of Turkish pre-clinic and clinic dental students towards the dental treatment of patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS). **Journal of Oral Health and Oral Epidemiology**, v. 8, n. 3, p. 124-30, 2019.

REDMOND, A.; MCNAMARA, J. F. The road to eliminate mother-to-child HIV transmission. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 6, p. 509-11, 2015.

REIS, L. **O conhecimento dos estudantes de Medicina Dentária sobre o risco/controlo da infecção cruzada na prática clínica.** 2014. Monografia (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, 2014.

REUTER, K.E. et al. Healthcare in Equatorial Guinea, West Africa: obstacles and barriers to care. **Pan African Medical Journal**, 2014. (doi:10.11604/pamj.2014.19.369.5552).

REZAEI-SOUFI, L. et al. Dental Caries Prevalence in Human Immunodeficiency Virus Infected Patients Receiving Highly Active Anti-Retroviral Therapy in Kermanshah, Iran. **Cell Journal**, v. 16, n. 1, p. 73-8, fev. 2014.

REZNIK, D. A. Oral manifestations of HIV disease. **Topics in HIV Medicine**, v. 13, n. 5, p. 143-8, 2005.

\_\_\_\_\_. Screening for infectious diseases in the dental setting. **Dental Clinics of North America**, v. 56, n. 4, p. 809-18, oct. 2012.

RITTER, A. V.; PATTON, L. HIV/AIDS and Oral Health. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 19, n. 5, p. 297-8, 2007.

RIVETTI, L. V. et al. Análise documental e de percepção acerca da gestão de resíduos em um campus universitário. **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 3, n. 1, p.98-111, 2012.

ROA, A. C.; SILVA, F. R. B. Fiocruz as an actor in Brazilian foreign relations in the context of the Community of Portuguese-Speaking Countries: an untold story. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 22, n. 1, p. 153-69, 2015.

ROBBINS, M. R. Recent recommendations for management of Human Immunodeficiency Virus-Positive patients. **Dental Clinics of North America**, v. 61, n. 2, p.365-87, abr. 2017.

ROBINSON, P. G.; CHALLACOMBE, S. J.; SHEIHAM, A. Exame oral: uma ferramenta de triagem para a infecção pelo HIV? **Sexo Transm Infect**, v. 74, n. 5, p. 345-8, out. 1998.

RODRIGUES, M. S.; SILVA, R. F. C. Nova república, novas práticas: uma análise do processo de empresariação do ensino superior no Brasil (1990-2010). **Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, v. 6, n. 15, abr. 2019.

ROSSI-BARBOSA, L. A. R. et al. “Ele é igual aos outros pacientes”: percepções dos acadêmicos de Odontologia na clínica de HIV/AIDS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 50, p. 585-96, 2014.

ROSTAMZADEH, M. et al. Dentists' knowledge, attitudes and practices regarding Hepatitis B and C and HIV/AIDS in Sanandaj, Iran. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, 2018. doi: 10.1186 / s12903-018-0685-1.

RWENYONYI, C. M et al. Oral Manifestations in HIV/AIDS-Infected Children. **European Journal of Dentistry**, v. 5, n. 3, p. 291-8, jul. 2011.

RYDER. An update on HIV and periodontal disease. **Journal of Periodontology**, v. 73, n. 9, p. 1071-8, set. 2002.

\_\_\_\_\_, M I. Periodontal management of HIV-infected patients. **Periodontology 2000**, v. 23, p. 85-93, jun. 2000.

SAINI, R. Oral lesions: A true clinical indicator in human immunodeficiency vírus. **Journal of Natural Science, Biology, and Medicine**, v. 2, n. 2, p. 145-50, jul. 2011.

SALES-PERES, S. H. C. et al. Oral manifestations in HIV+ children in Mozambique. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 55-60, jan. 2012.

SALVAGNIN, M. C. A. **O ensino da Odontogeriatría no currículo do Curso de Graduação em Odontologia no estado de São Paulo**. 2008. 125f. Tese (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

SAN MARTIN, A. S. et al. Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 1, p. 63-73, 2018.

SANJAR, F. A.; QUEIROZ, B. E. U. P.; MIZIARA, I. D. Manifestações otorrinolaringológicas na infecção pelo HIV: aspectos clínicos e terapêuticos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 77, n. 3, p. 391-400, jun. 2011.

SANTOS, M. F. S.; HORA, I. A. A. Atenção odontológica a pacientes especiais: atitudes e percepções de acadêmicos de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 12, n. 2, p. 207-12, 2012.

SANTOS, M. S.; LUCENA, A. F. O Atlântico Sul como Eixo da Inserção Internacional do Brasil. **Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais (SEBREEI)**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7762539-O-brasil-e-o-regime-internacional-de-combate-ao-hiv-aids.html> Acesso em: 2 out. 2019.

SATYAKIRAN, G. V. et al. A relationship between CD4 count and oral manifestations of human immunodeficiency virus-infected patients on highly active antiretroviral therapy in urban population. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 20, n. 3, p. 419-26, set-dez. 2016.

SCULLY, C.; MCCARTHY, G. Management of oral health in persons with HIV infection. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 73, n. 2, p. 215-25, fev. 1992.

SEACAT, J. P.; INGLEHART, M. R. Education about treating patients with HIV infections/AIDS: the student perspective. **Journal of Dental Education**, v. 67, n. 6, p. 630-40, 2003.

SEBASTIAN, S. T.; SIDDANNA, S. Social, Psychological and Health Concerns of People Living with HIV/AIDS in Mysore District, Karnataka. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 3, p. 6-10, mar. 2016.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-25, jan./fev. 2005.

SEQUEIRA, E. et al. Modelo de teleeducação sobre cuidados com a saúde oral do idoso usuário de prótese total dental. **Revista da ABENO**, v. 13, n. 2, p. 2-12, 2013.

SHEKARCHIZADEH, H. et al. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 9, p. 929-40, set. 2013.

SHIRLAW, P. J. et al. Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. **Oral Diseases**, v. 8, n. 2, p. 136-43, 2002.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.

SILVA, J. S. A expansão do ensino superior na Amazônia brasileira: um estudo comparativo entre o governo FHC e o ciclo petista. **Temáticas**, Campinas, v. 27, n. 53, p. 139-84, fev./jun. 2019.

SILVA, L. N. **Autonomia e confidencialidade na assistência aos usuários em uma escola de graduação em Odontologia**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

SILVA, L. R. C. et al. Pesquisa Documental: alternativa investigativa na formação docente. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**, 26 a 29 de outubro de 2009 - PUCPR. 2009. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124\\_1712.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124_1712.pdf). Acesso em: 09 jun. 2020.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, 2014 (DOI: 10.1590/1807-57622014.0017).

SOUZA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. Especial - 70 Anos, p. 884-94, 2009.

SPEICHER, D. J. et al. Viral infections associated with oral cancers and diseases in the context of HIV: a workshop report. **Oral Diseases**, v. 22, n. 1, p. 181–92, 2016.

SPEZZIA, S.; BERTOLINI, S. R. Ensino odontológico para pacientes especiais e gestão em saúde. **Journal of Oral Investigations**, vol. 6, n. 1, p. 85-98, Jan.-Jun., 2017. ISSN 2238-510X.

SPOSTO, M. R. et al. Avaliação do conhecimento sobre a infecção HIV de estudantes de Odontologia antes e após palestra informativa. **Journal of Applied Oral Science**, v. 11, n. 2, p. 125-32, 2003.

SROUSSI, H. Y.; EPSTEIN, J. B. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 73, n. 10, p. 949-52, dez. 2007.

TAGLIARI, F. W. **Projetos de cooperação técnica internacional em saúde financiados pela ABC entre 2005 e 2013: um estudo exploratório de uma das vertentes da Diplomacia da Saúde no Brasil**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Brasília, 2014.

TANTAWI, A. A. M. et al. Arab dentists' refusal to treat HIV positive patients: a survey of recently graduated dentists from three Arab dental schools. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 75, n. 5, p. 355-360, 2017.

TAVARES, C. M. et al. Condom use at last sexual relationship among adolescents of Santiago Island, Cape Verde, West Africa. **Reproductive Health**, v. 9, p. 29, 2012.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n.1, p. 1-3, 2019.

TIMOR-LESTE. **Governo de Timor-Leste**. 2019. Disponível em: <http://timor-leste.gov.tl/?p=547>. Acesso em: 7 nov. 2019.

TIMOR-LESTE. Instituto Nacional de Saúde. **IV Reunião Geral da Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS) e IV Reunião Ordinária da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RDTS-CPLP)**. 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/RETS\\_2018\\_TIMOR-LESTE.pptx](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/RETS_2018_TIMOR-LESTE.pptx). Acesso em: 7 nov. 2019.

TIMOR-LESTE. **Plano Estratégico de Desenvolvimento (2011 - 2030)**. 2011. Disponível em: <http://timor-leste.gov.tl/wp-content/uploads/2011/07/Plano-Estrategico-Desenvolvimento-TL3.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

TOBIAS, C. R. et al. Retention of people living with HIV/AIDS in oral health care. **Public Health Reports**, v. 127, n. 2, p. 45-54, mai. 2012.

TOLJIĆ, B. et al. Ageing with HIV - a periodontal perspective. **New Microbiologica**, v. 41, n. 1, p. 61-6, 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, 176p.

VALE, D. A. et al. Retrospective analysis of clinical behavior of oral hair leukoplakia in 215 HIV-positive patients. **Brazilian Oral Research**, v. 30, n. 1, p. 1-8, nov. 2016.

VALLE, A. C. et al. Chronic disseminated histoplasmosis with lesions restricted to the mouth: case report. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 48, n. 2, p. 113-6, mar./abr. 2006.

VARELA, B. L. **O Ensino Superior em África: potencialidades, desafios e perspectivas**. 2015. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4723/1/Ensino%20Superior%20em%20%C3%81frica.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

VELÁSQUEZ, B. L. A. Atención al paciente VIH/SIDA: Legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. **Acta Bioethica**, v. 12, n. 1, p. 23-8, 2006.

VERNON, L. T. et al. Characterizing Traditionally-defined Periodontal Disease in HIV+ Adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 37, n. 5, p. 427-37, out. 2009.

\_\_\_\_\_. Comorbidities associated with HIV and antiretroviral therapy (clinical sciences): a workshop report. **Oral Diseases**, v. 22, n. 1, p. 135-48, abr. 2016.

VIEIRA, V. C. et al. Oral health and health-related quality of life in HIV patients. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 151, ago. 2018.

VON-HELD, A. et al. **Medicina orofacial: de cirurgião-dentista a médico orofacial: fundamentos e bases gerais**. Rio Branco – AC: Ed. dos Autores, 2016.

WAGNER, V. P. et al. Impact of highly active antiretroviral therapy in the development and remission of oral plasmablastic lymphoma. **Indian Journal of Dental Research**, v. 27, n. 5, p. 559-62, set./out. 2016.

WILLIAMS, B. G. **Responding to the AIDS epidemic in Angola**. 2014. Disponível em: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1401/1401.6430.pdf>. Acesso em 27 abr. 2016.

WINKLER, J. R.; ROBERTSON, P. B. Periodontal disease associated with HIV infection. **Oral surgery, oral medicine, and oral pathology**, v. 73, n. 2, p.145-50, fev. 1992.

WORLD BANK. Desenvolvimento humano na Região de África. Série de ensaios de trabalho – No. 91. **Recursos Humanos da Saúde em Moçambique - Ponto de**

**situação.** 2005. Disponível em:  
<http://documents.worldbank.org/curated/pt/987841468111245270/pdf/386960PORTUGUE1urces0no19101PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).** 2010. Disponível em:  
[http://www.who.int/eportuguese/publications/OMS\\_Analise\\_RHS\\_PALOP.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/OMS_Analise_RHS_PALOP.pdf?ua=1). Acesso em 16 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Global Health Observatory. **Countries.** 2020a. Disponível em:  
<http://origin.who.int/countries/en/>. Acesso em: 25 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Health topics. **Oral health and HIV/AIDS.** 2016. Disponível em:  
[http://www.who.int/oral\\_health/action/communicable/en/](http://www.who.int/oral_health/action/communicable/en/). Acesso em 25 maio 2016.

\_\_\_\_\_. HIV Country Intelligence. **HIV Country Profiles.** 2020b. Disponível em:  
<https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>. Acesso em: 25 maio 2020.

YEBRA, G.; MULDER, M.; HOLGUÍN, A. Description of HIV-1 Group M Molecular Epidemiology and Drug Resistance Prevalence in Equatorial Guinea from Migrants in Spain. **Plos One**, v. 8, n. 5, 2013.

ZENKNER, C. L. Infecção cruzada em Odontologia: riscos e diretrizes. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line**, v. 2, n. 3, 2006.

**APÊNDICE A – Amostra de cursos pesquisados**

<b>Estado-membro</b>	<b>Curso / Instituição de Ensino Superior</b>	<b>SIGLA</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	
<b>ANGOLA</b>	Universidade Privada de Angola	UPRA	Privada	
	Universidade Jean Piaget de Angola	UJPA	Privada	
	Instituto Superior Politécnico Alvorecer da Juventude	ISPAJ	Privada	
	Universidade de Belas	UNIBELAS	Privada	
	Instituto Superior Politécnico Kalandula	ISPEKA	Privada	
	Instituto Superior Politécnico de Benguela	ISPB	Privada	
<b>BRASIL</b>	Bahia	Faculdade Maria Milza	FAMAM	Privada
		Universidade Federal da Bahia	UFBA	Pública
		Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde	FAZ	Privada
		Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	UESB	Pública
		Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	EBMSP	Privada
	Ceará	Universidade Federal do Ceará - Fortaleza	UFC	Pública
		Universidade Federal do Ceará - Sobral	UFC	Pública
		Centro Universitário Doutor Leão Sampaio	FLS	Privada
		Centro Universitário Christus - Parque Ecológico	UNICHRISTUS	Privada
		Centro Universitário Fametro	Unifametro	Privada
	Distrito Federal	Centro Universitário Euro-Americano - Asa Sul	UNIEURO	Privada
		Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos	UNICEPLAC	Privada
		Universidade de Brasília	UNB	Pública
	Espírito Santo	Universidade Vila Velha	UVV	Privada
		Universidade Federal do Espírito Santo	UFES	Pública
		Faculdades Integradas São Pedro	FAESA	Privada
	Goiás	Universidade Federal de Goiás	UFG	Pública
	Maranhão	Universidade Federal do Maranhão	UFMA	Pública
	Mato Grosso	Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas	FACSA	Privada
		Centro Universitário de Várzea Grande	UNIVAG	Privada
	Mato Grosso do Sul	Centro Universitário da Grande Dourados	UNIGRAN	Privada
		Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	UFMS	Pública
	Minas Gerais	Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio	INAPÓS	Privada
		Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	PUC MINAS	Privada
		Universidade Federal de Juiz de Fora - Governador Valadares	UFJF - GV	Pública
		Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora	UFJF - JF	Pública
		Universidade Federal de Uberlândia	UFU	Pública
		Universidade Federal de Alfenas	UNIFAL-MG	Pública
		Centro Universitário Estácio Juiz de Fora	Estácio JF	Privada
		Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG	Pública
	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	UFVJM	Pública	
	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora	FCMS/JF	Privada	

<b>Estado-membro</b>	<b>Curso / Instituição de Ensino Superior</b>	<b>SIGLA</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	
Pará	Universidade Federal do Pará	UFPA	Pública	
	Centro Universitário do Estado do Pará	CESUPA	Privada	
	Paraíba	Universidade Federal de Campina Grande	UFCG	Pública
		Universidade Federal da Paraíba	UFPB	Pública
Paraná	Centro Universitário Ingá	UNINGA	Privada	
	Universidade Estadual de Londrina	UEL	Pública	
	Universidade Estadual do Oeste Do Paraná	UNIOESTE	Pública	
	Universidade Federal do Paraná	UFPR	Pública	
	Universidade Estadual de Ponta Grossa	UEPG	Pública	
	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	PUCPR	Privada	
	Universidade Tuiuti do Paraná	UTP	Privada	
	Universidade Estadual de Maringá	UEM	Pública	
	Centro Universitário de Maringá	UNICESUMAR	Privada	
	Universidade Positivo	UP	Privada	
	Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	Pública
	Piauí	Centro Universitário da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí	NOVAFAPI	Privada
		Faculdade Integral Diferencial	FACID	Privada
Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	UERJ	Pública	
	Faculdade São José	FSJ	Privada	
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	Pública	
	Centro Universitário de Volta Redonda	UNIFOA	Privada	
	Universidade Federal Fluminense - Niterói	UFF	Pública	
	Universidade Federal Fluminense - Nova Friburgo	UFF	Pública	
	Centro de Ensino Superior de Valença	CESVA	Privada	
	Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	UFRN	Pública
Rio Grande do Sul	Faculdade Meridional	IMED	Privada	
	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	PUCRS	Privada	
	Universidade Federal de Santa Maria	UFSM	Pública	
	Universidade Federal de Pelotas	UFPEL	Pública	
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	Pública	
	Universidade Franciscana	UNIFRA	Privada	
	Universidade de Santa Cruz do Sul	UNISC	Privada	
	Faculdade Ideau de Getúlio Vargas	IDEAU	Privada	
Roraima	Faculdade Cathedral	FACES	Privada	
Santa Catarina	Centro Universitario Avantis	UNIAVAN	Privada	
	Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC	Pública	
	Universidade do Vale do Itajaí	UNIVALI	Privada	
	Centro Universitário Facvest	FACVEST	Privada	



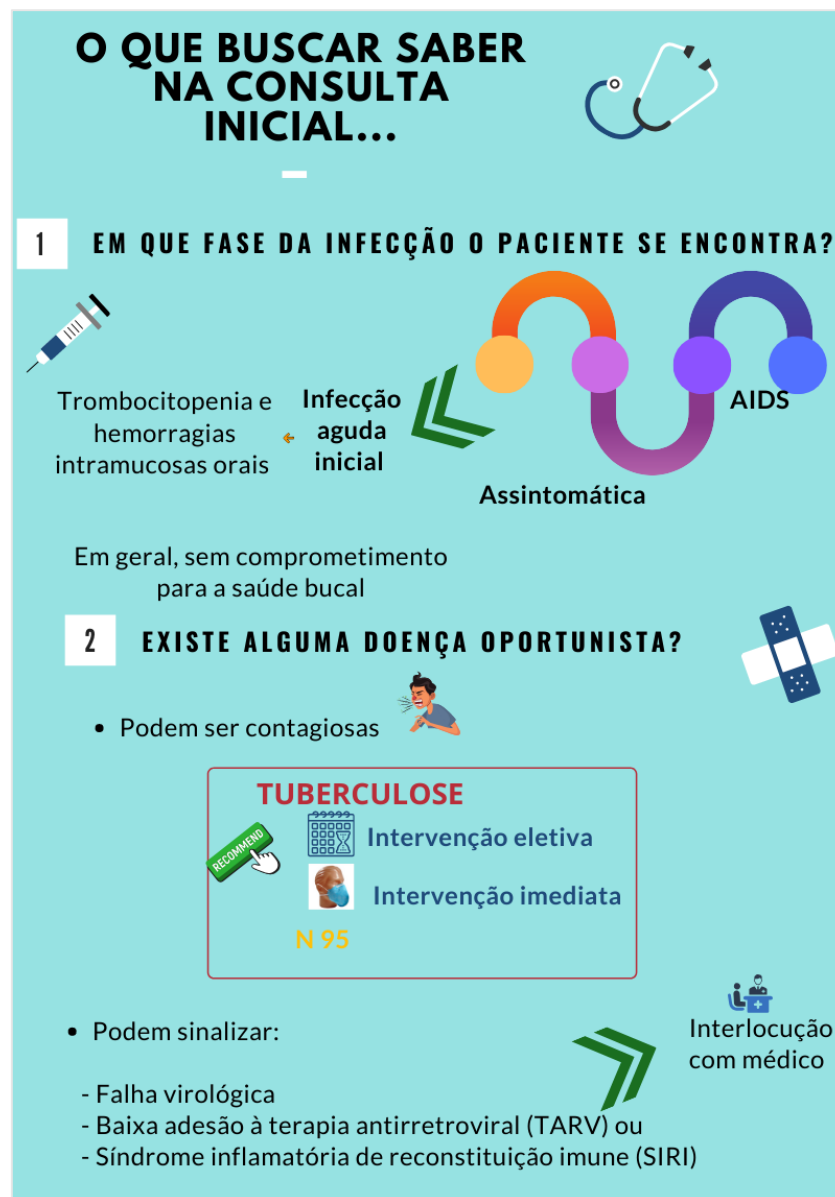
Estado-membro	Curso / Instituição de Ensino Superior	SIGLA	Natureza Jurídica	
<b>BRASIL</b>	São Paulo	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Araçatuba	UNESP	Pública
		Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Araraquara	UNESP	Pública
		Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - São José Dos Campos	UNESP	Pública
		Universidade Estadual de Campinas	UNICAMP	Pública
		Universidade do Oeste Paulista	UNOESTE	Privada
		Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP	Privada
		Faculdade São Leopoldo Mandic	SLMANDIC	Privada
		Universidade Nove de Julho	UNINOVE	Privada
		Universidade de Marília	UNIMAR	Privada
		Universidade do Sagrado Coração	USC	Privada
	Sergipe	Universidade Federal de Sergipe- Aracaju	UFS	Pública
		Universidade Federal de Sergipe- Lagarto	UFS	Pública
<b>CABO VERDE</b>			Ausente	
<b>GUINÉ BISSAU</b>			Ausente	
<b>GUINÉ EQUATORIAL</b>			Ausente	
<b>MOÇAMBIQUE</b>		Universidade Lúrio	UniLúrio	Pública
		Universidade Zambeze – Faculdade de Ciências da Saúde	UniZambeze	Pública
		Instituto Superior de Ciência e Tecnologia Alberto Chipande	ISCTAC	Privada
		Instituto Superior de Ciência e Tecnologia de Moçambique	ISCTEM	Privada
<b>PORTUGAL</b>		Universidade Fernando Pessoa	UFP	Privada
		Universidade Católica Portuguesa	UCP	Privada
		Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz	EGAS MONIZ	Privada
		Universidade do Porto	UPORTO	Pública
		Universidade de Lisboa	ULISBOA	Pública
		Universidade de Coimbra	UCOIMBRA	Pública
		Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário CRL - Instituto Universitário de Ciências da Saúde	IUCS	Privada
<b>SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE</b>			Ausente	
<b>TIMOR-LESTE</b>	Universidade de Díli	UNDIL	Privada	

**APÊNDICE B – Amostra final de disciplinas**

<b>Estado-membro</b>	<b>IES</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Semestre</b>	<b>Conteúdo do Documento (Plano de ensino / Ementa)</b>
<b>PORTUGAL</b>	UPORTO	Imunologia II	4	Imunodeficiências secundárias – SIDA.
		Especialidades Médicas II	7	Diagnóstico e tratamento do HIV
	ULISBOA	IMUNOLOGIA	3	Imunodeficiências: Imunodeficiências primária e secundárias. Imunodeficiências primárias: deficiências de anticorpos. Deficiências de linfócitos T. Imunodeficiências combinadas. Disfunções fagocitárias. Deficiências do complemento. Imuno
			5	Deficiências secundárias. HIV. Tipos. Epidemiologia. Etiopatogenia. Diagnóstico. Prognóstico. Riscos profissionais.
			5	Infecção por vírus de imunodeficiência humana (HIV) e suas manifestações orais, clínica, diagnóstico e terapêutica.
	UCOIMBRA	Imunologia	2º ano	Imunodeficiências 1árias e 2árias (infecção HIV)
	IUCS	Propedêutica e Patologia Médica	8	SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis.
7			Terapêutica da SIDA e das doenças sexualmente transmissíveis	
<b>BRASIL</b>	UFC - Fortaleza	Imunologia aplicada à Odontologia	3	Consequências para a saúde bucal de doenças sistêmicas e das deficiências constitutivas e adquiridas do sistema imunológico (ex: AIDS).
	UFC – Sobral	Microbiologia Geral e Parasitologia	2	Seminário: Dengue, AIDS, Herpes e Hepatites virais
		Estomatologia	8	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: lesões bucais, repercussão sistêmica, biossegurança, manejo odontológico
		Patologia geral	2	Imunopatologia: AIDS
	UNILEÃO	Biossegurança e Ergonomia em Odontologia	3	AIDS e hepatites virais e sua importância no atendimento odontológico
	UFG	Microbiologia	2	Infecções virais de interesse odontológico – HIV/AIDS
		Controle de Infecção	4	Compreensão sobre profilaxia pós-exposição para AIDS
	UNIFOA	Microbiologia e Imunologia	3	Patologias virais Infecto-Contagiosas (... Aids ...)
	UFPEL	Microbiologia e Imunologia para Odontologia	2	Micro-organismos patogênicos de interesse em saúde pública na área de Odontologia: características morfológicas, aspectos de virulência e importância dos seguintes grupos de micro-organismos: - Vírus: ... Vírus da imunodeficiência humana e AIDS.
	UFMS	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	8	Paciente HIV positivo e Odontologia

Estado-membro	IES	Disciplina	Semestre	Conteúdo do Documento (Plano de ensino / Ementa)
<b>BRASIL</b>	UFF - Niterói	Patologia bucal 1	4	Patologias virais/AIDS
	UFSC	Virologia Básica e Clínica	Optativa	Biologia do HIV
		Análises Clínicas	6	Doenças infecciosas, autoimunes e parasitárias (HIV)
	UNICAMP	Diagnóstico Oral V	?	Programa integrado de Patologia, Microbiologia e Semiologia para o estudo dos aspectos gerais e manifestações bucais da Aids
	SLMANDIC	Patologia Geral e Bucomaxilofacial I	2	Compreender o ciclo de vida do vírus HIV e suas repercussões no corpo humano; reconhecer as patologias bucais relacionadas com a infecção pelo vírus HIV.
		Periodontia I	3	Fatores de risco para a doença periodontal destrutiva. Fatores sistêmicos (HIV)
	UFPB	Embriologia	1	Feto verticalmente contaminado pelo HIV.
	UFVJM	Estomatologia/Patologia Bucal	4	HIV/AIDS
	UNB	Imunologia geral	2	O fenômeno da AIDS (SIDA)
	UFJF – Juiz de Fora	Odontologia legal e deontologia	1	Aspectos éticos do atendimento odontológico de pacientes HIV positivos
	UFJF- Governador Valadares	Patologia Maxilofacial I	5	HIV/AIDS e manifestações bucais
	UEPG	Bioética	?	Bioética Clínica: bioética e infecção por HIV, AIDS e Odontologia.
		Microbiologia e Imunologia	?	Patogenia, prevenção, tratamento, agente etiológico e diagnóstico laboratorial das doenças infecciosas mais relevantes na Odontologia, como AIDS.
	UFSM	Microbiologia Geral e Odontológica	2	Infecções de relevância para a Odontologia -Infecções pelo HIV, AIDS e infecções em pacientes imunocomprometidos
		Farmacologia II	4	Farmacologia em situações especiais - Pacientes com imunodepressão e infecção por HIV/AIDS
		Patologia Bucal "A"	4	Manifestações bucais da aids – Conceito, Etiologia e classificação, Características clínicas, Características radiográficas, Características histopatológicas, Exames laboratoriais
	UFPA	Integração Multidisciplinar II	2	Biologia de agentes infecto-contagiosos: vírus das hepatites e HIV
		Integração Multidisciplinar III	3	Doenças viróticas por HIV (AIDS);
		Propedêutica Odontológica III	5	Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)
	UFRJ	Microbiologia e Imunologia	3	Retrovírus (HIV)
Periodontia II		5	- Epidemiologia e fatores de risco para as doenças periodontais: (...) HIV	
Odontopediatria I		7	Tratamento de pacientes com necessidades especiais: Tratamento da criança com (...) AIDS.	

## APÊNDICE C - Infográfico A: Papel do cirurgião-dentista no acompanhamento odontológico das PVHA em geral



## O QUE BUSCAR SABER NA CONSULTA INICIAL...



### 3 COMO ESTÁ O CONTROLE DA IMUNOSSUPRESSÃO?

Descontrole da imunossupressão



Aparecimento de lesões orais associadas ao HIV/AIDS (LOAH)

Contagem de CD4

Carga viral



Preditores confiáveis de progressão e prognóstico

Estes exames pouco influenciam na prestação da assistência odontológica



Exames + dados clínicos



Monitoramento do estado imunológico



Vigilância independente da contagem de CD4  
Identificação precoce e verificação de fatores predisponentes de LOAH

### 4 O PACIENTE APRESENTA ADESÃO SATISFATÓRIA À TARV?

Adesão satisfatória



Atenção aos efeitos colaterais das drogas antirretrovirais (ARV)



Baixa adesão



- Maior atenção à identificação de LOAH ou não orais; e
- Encaminhamento para:
  - testes virais e imunológicos;
  - consulta com os demais profissionais responsáveis pelo seu cuidado; e
  - esclarecer sobre os prejuízos do abandono/baixa adesão à terapia



- LOAH

- Resistência às drogas ARV
- Risco de transmissão do vírus

## O QUE BUSCAR SABER NA CONSULTA INICIAL...



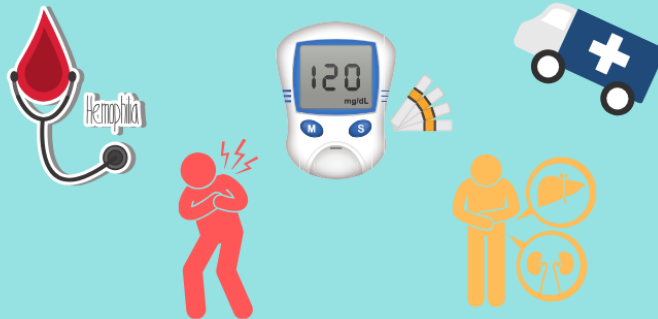
### 5 HÁ ALGUMA COINFEÇÃO?



Metabolismo de drogas  
Coagulopatias  
Potencializa a hepatotoxicidade da TARV



### 6 EXISTEM ALTERAÇÕES SISTÊMICAS QUE IMPACTAM NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO?



### 7 QUAIS OS MEDICAMENTOS USADOS?



Interações medicamentosas da TARV



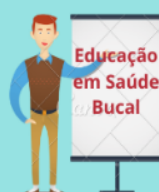
Metronidazol	→ Reação do tipo dissulfiram	→ Orientar a abstenção de álcool
Corticóide	→ Aumento do risco de osteonecrose	→ Monitoramento dos seus efeitos colaterais
Claritromicina	→ Pode ter seus níveis aumentados	
Benzodiazepínicos	→ Pode ter seus níveis aumentados	→ Preferência ao temazepam ou lorazepam → Monitoramento dos seus efeitos colaterais
Cetoconazol	→ Pode necessitar de redução na terapia com IP	
Analgésicos e anestésicos	→ Interação com codeína, propoxifeno, piroxicam e lidocaína Contraindicação: Meperidina e derivados da ergotamina	



Considerar sempre a menor dose capaz de produzir o efeito desejado



### 8 HISTÓRIO DE EXPOSIÇÃO A HÁBITOS / COMPORTAMENTOS DELETÉRIOS À SAÚDE BUCAL?



Subsidiar orientações



Hábitos e comportamentos que agravam as doenças bucais

# EXAME BUCAL

Exame minucioso da cabeça e pescoço

Verificar:  
- Linfonodos aumentados  
- Alterações intraorais de tecidos moles e duros



Monitoramento de condições associadas à queda imunológica

Recém diagnosticados



Check-up odontológico periódico



Busca de lesões comumente relacionadas ao HIV

Apesar de...

Nenhuma lesão oral exclusivamente indicativa de HIV

**CANDIDIÍASE**

**leucoplasia**

Marcadores clínicos sensíveis de imunossupressão e sinais precoces de avanço da infecção

**ALERTA!!!**



- infecção
- Progressão da doença
- Falha da TARV



↳ Alterações no esquema terapêutico



identificação de patologias decorrentes dos efeitos colaterais da TARV

XEROSTOMIA  
ÚLCERAS BUCAIS  
PARESTESIAS PERIOAIS

ERITEMA MULTIFORME  
LIPOMATOSE PAROTÍDEA  
LIPOATROFIA FACIAL

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## MANEJO DA CÁRIE DENTÁRIA E DA DOENÇA PERIODONTAL NAS PVHA

- Avaliação de risco → plano terapêutico/preventivo



Procedimentos restauradores



Técnicas de remineralização



Doenças periodontais relacionadas ao HIV/AIDS (DPRH)



Fatores de progressão da DP



Tabagismo, diabetes, neuropatia periférica decorrente de medicação, xerostomia, debilitação imunológica e distúrbio da função neutrofílica

### - Tratamento da Cárie



- Segurança e previsibilidade de aumento de coroa clínica
- Recomenda-se postergar a confecção de próteses fixas complexas até o controle de cárie satisfatório.
- Controle de fatores predisponentes à cárie:
  - ↳ - Comprometimento imunológico → > atividade da microbiota cariogênica;
  - Xerostomia;
  - Alta exposição à sacarose na dieta e/ou medicação;
  - Refluxo ácido;
  - Negligência ou diminuição da capacidade de realizar o autocuidado oral;
  - Alterações na flora microbiana oral → aumento de *Streptococcus mutans*.

### - Tratamento da DP



- Abordagem segura para as PVHA
- Volta dos níveis de bacteremia à normalidade em 30 minutos após o debridamento
- Individualização do cronograma de retornos →
  - ↳ - Histórico clínico de DP necrosantes;
  - Diabetes ou periodontite crônica;
  - Resposta à terapia periodontal implementada; e
  - Efetividade do controle mecânico do biofilme

Frequentes visitas

- Tratamento em si
- Manutenção periódica



Profilaxia de rotina  
Controle mecânico de biofilme



# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



## TRATAMENTOS REABILITADORES NAS PVHA

### - Planejamento

- Iniciar a reabilitação após o devido controle de infecções orais;
- Realizar a manutenção da saúde dos remanescentes dentários, dos pilares de próteses fixas e dos tecidos periimplantares;
- Prevenir/controlar lesões fúngicas (candidíase);
- Adotar medidas padrão de biossegurança com os instrumentos e artefatos - impressões, mordidas de cera, modelos de gesso e próteses - que contactam fluidos dos pacientes
- Atentar para a adequação do plano reabilitador às condições emocionais e financeiras do paciente, priorizando-se a simplicidade



### - Controle de condições que interferem em seu sucesso:

- **Periodontite** → **Avaliação periodontal criteriosa dos remanescentes dentários**
- **Xerostomia** → **Melhorar a retenção da prótese**
  - ↳ Dificuldades fonéticas, mastigatórias e na deglutição
  - ↳ Desconforto/dor e irritação/ulcerações da mucosa já fragilizada pelo movimento crônico de próteses removíveis
  - Uso de saliva artificial na base da prótese;
  - Embebição da prótese em água; ou
  - Confecção de reservatório para saliva artificial.
- **Candidíase oral** →
  - ↳ Frequentemente associada a próteses acrílicas
  - ↳ Reservatório para o fungo + Infecções disseminadas
  - Tratamento antifúngico tanto da mucosa oral quanto da superfície de contato da prótese
  - Confecção da base da prótese em metal
  - Evitar o uso de adesivos para próteses (abrigam fungos)
  - Controle de fatores predisponentes:
    - Higiene oral precária;
    - Próteses mal ajustadas;
    - Infecção bacteriana; ou
    - Alergia a material utilizado na base das próteses dentárias.

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS PVHA



### - Avaliação de risco

- Procedimentos cruentos e que envolvem bacteremia em potencial



**Ausência de risco aumentado de sangramento e outras complicações pós-cirúrgicas em virtude exclusivamente do HIV**



O sucesso da HAART favorece a segurança de procedimentos invasivos, pois ↓ trombocitopenia e neutropenia



↳ Associados ao descontrole da imunossupressão



### - Planejamento cirúrgico

- Hemograma completo
- Exames de coagulação



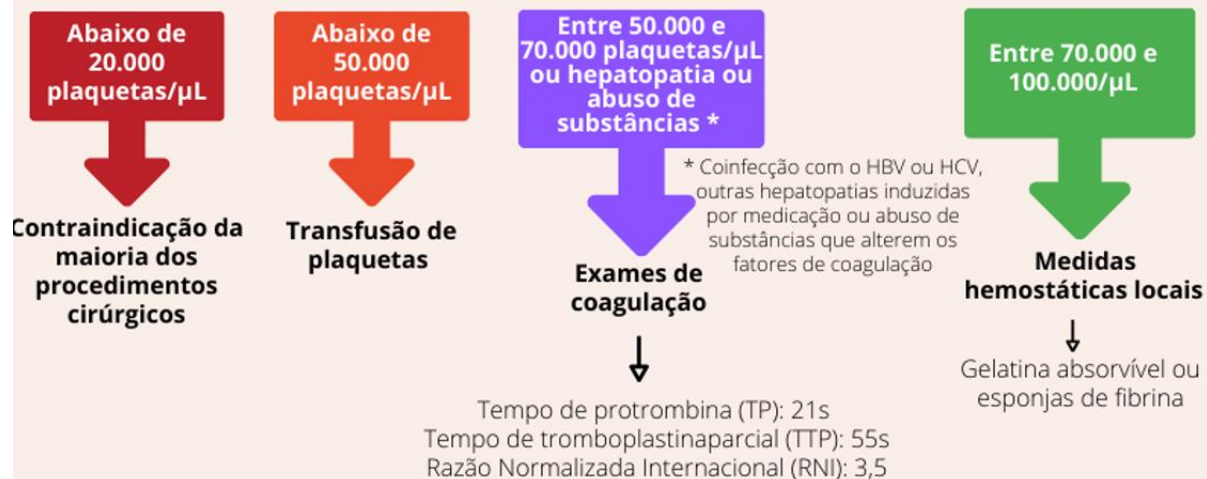
Abaixo de 6 g/dl  
(ou abaixo de 10 g/dl, a depender do risco de oxigenação inadequada)



**Transfusão de hemácias em cirurgias extensas**

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS PVHA COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS



### Outras alternativas:

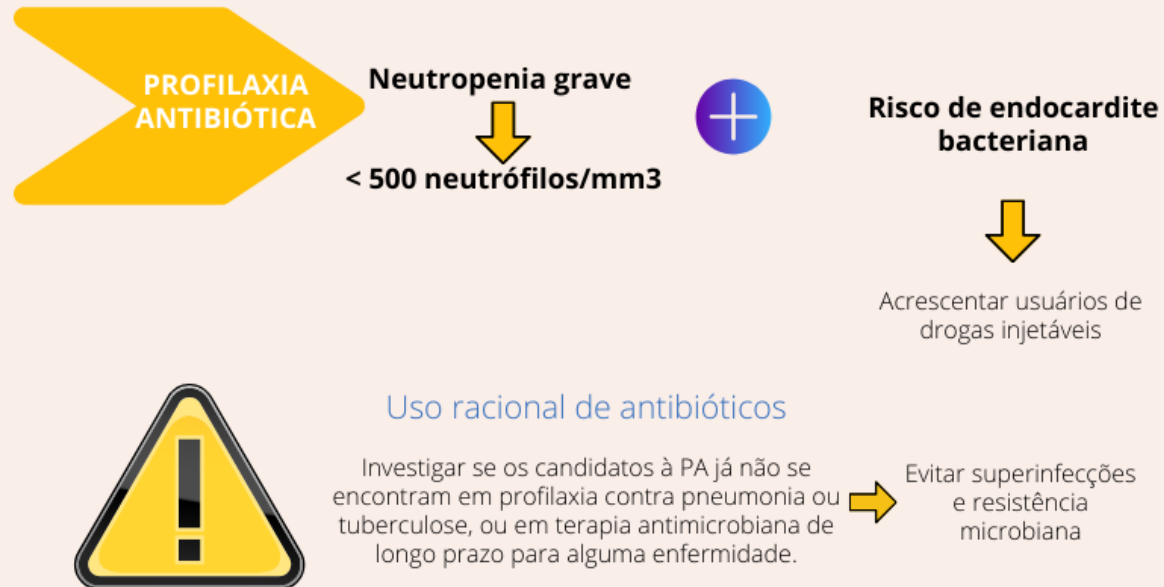


- Terapia pós-operatória com o ácido aminocapróico ou enxaguatório bucal de ácido tranexâmico a 5% (10 ml, por 2 min, 4 vezes ao dia, durante 7 dias);
- Imunoglobulinas intravenosas (1g/kg no dia antes e no dia do procedimento)

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS PVHA

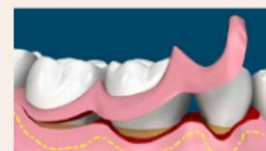
### COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS



# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS PVHA

### CIRURGIAS PERIODONTAIS



Ausência de aumento de complicações no debridamento com retalho aberto



Instrução quanto aos cuidados pós-operatórios, especialmente, pela trombocitopenia



Grave imunossupressão



Adiamento de cirurgias periodontais eletivas extensas

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## FÚNGICAS

1ª escolha p/: casos leves a moderados e baixo imunocomprometimento

Candidíase oral

### Pseudomembranosa

Pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por raspagem, deixando uma mucosa subjacente eritematosa e adjacente normal, por vezes, ligeiramente sangrante, sintomática ou não.

\*Mais comum em imunossupressão mais severa

### Eritematosa

Pontos ou manchas avermelhadas e atróficas, sensíveis ao toque, frequentemente, no palato, dorso da língua (papilas filiformes desaparecem) e mucosa jugal, podendo se tornar difusa, sendo o tipo de candidíase associada a próteses.

\* Mais frequente no início da enfermidade e, por vezes, subdiagnosticada

Tópico

3 a 4 x/dia,  
14 dias

Nistatina

Bochecho: 100.000 UI, 1 a 5 ml, 4 ou 5 vezes ao dia

Aplicação de solução: 500.000 UI, 4 a 6 ml

Pastilha: 100.000 UI ou 200.000 UI, 3 a 5 vezes ao dia

Comprimido de lenta dissolução

Clotrimazol

Pastilha: 10mg, 5 vezes ao dia

Comprimido de lenta dissolução: 50mg, 2 vezes ao dia

Miconazol

Gel: 2%, 2,5 mL

Pastilha: 50 mg

Adesivo bucal: 50 mg, 1 vez/dia

Anfotericina B

Suspensão: 100 mg/µl, 1 ml, 4 vezes ao dia

Pastilha: 10mg, 4 a 5 vezes ao dia

Tratamento sistêmico

\*Responsabilidade do médico



# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## FÚNGICAS



### Candidíase oral

#### Queilite angular

Lesões eritematosas ou fissuras partindo da comissura labial e, por vezes, placas esbranquiçadas com eritema da pele próxima, assintomática ou desconfortável à abertura excessiva da boca, sendo frequentemente bilateral e concomitante a formas intraorais.

\*Predisposição pela perda de dimensão vertical de oclusão

Aplicação de creme ou gel nas comissuras

Tratamento das formas intraorais

Nistatina;  
Miconazol 2%;  
Clotrimazol 1%;  
Cetoconazol 2%;  
Triancinolona acetona.

Tratamento antifúngico de próteses removíveis:

- ✓ Pó de nistatina (50 milhões de UI);
- ✓ Creme de clotrimazol (4 a 5 vezes por dia); ou
- ✓ Gel de miconazol (4 vezes ao dia)

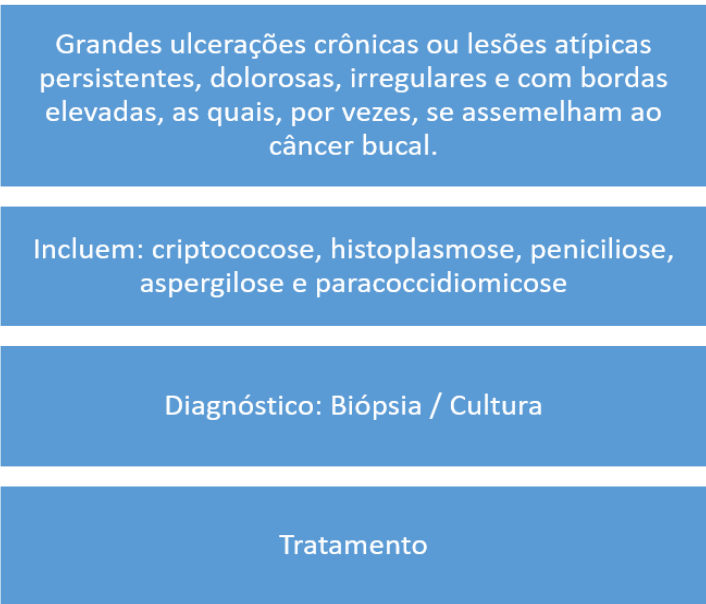
Profilaxia antifúngica:

- ✓ Fluconazol (100 ou 150 mg, via oral, 1x/semana);
- ✓ Clotrimazol;
- ✓ Pastilhas de anfotericina; ou
- ✓ Bochecho com clorexidina

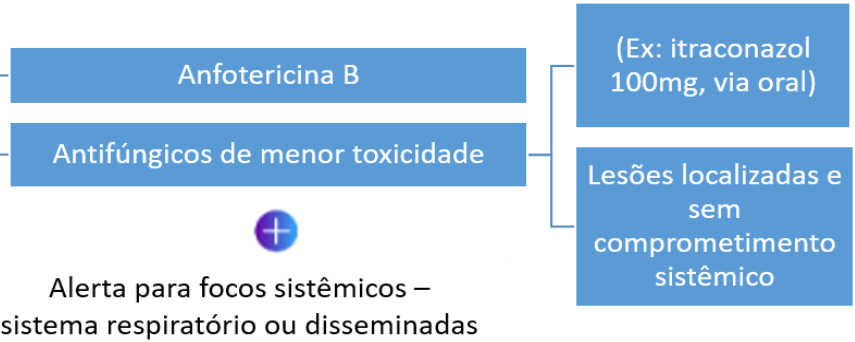
# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## FÚNGICAS

Outras Micoses



- ✓ Micoses sistêmicas e raras;
- ✓ Países tropicais e em desenvolvimento,
- ✓ Raramente são de ocorrência isolada





# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

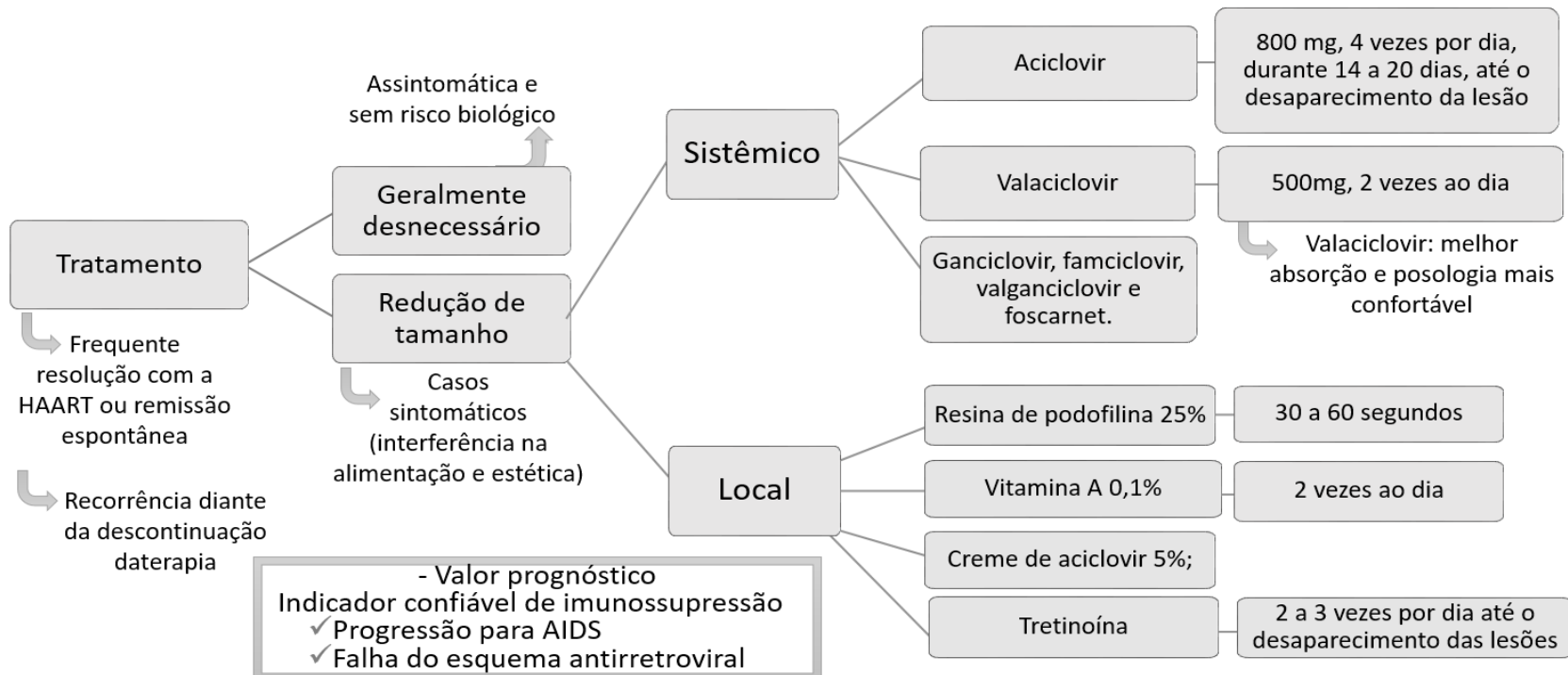
## VIRAIS

### Leucoplasia Pilosa Oral



#### Características Clínicas

Lesões brancas assintomáticas do tipo manchas onduladas semelhantes a pêlos, sobretudo nas bordas laterais - uni ou bilateralmente - da língua, mas também podem acometer a orofaringe e o palato mole, não sendo removíveis à raspagem e com textura grosseira



# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## VIRAIS



### Lesões herpéticas orais

Lesões intraorais

Vesículas que se rompem e coalescem, formando regiões ulceradas profundas, irregulares, com centro vermelho e margens amarelas ou esbranquiçadas e elevadas, sendo sintomáticas e persistentes até por mais de 1 mês

Herpes labial

Pequenas vesículas ou úlceras em regiões queratinizadas, incluindo a pele adjacente, sendo comuns lesões exuberantes, recorrentes e persistentes

Forma mais usual nas PVHA

Tópico

Aciclovir 5%, 5 vezes ao dia, até a remissão

Tratamento

Aciclovir 200 a 400 mg, 3 a 5 vezes ao dia);

Valaciclovir (1 g, duas vezes ao dia);

Casos refratários e recidivas:

- ✓ Aciclovir (50 mg/kg/dia por 14 a 21 dias)
- ✓ Imiquimode
- ✓ Foscarnet endovenoso

Profilaxia:

- ✓ Aciclovir (200 mg, via oral, 2 a 5 x/ dia)

Confirmação: esfregaço de Tzanck ou DNA

Sistêmico

Famciclovir (500 mg duas vezes ao dia);

Imunossupressão grave e recorrência frequente

Diagnóstico clínico

Contagem de CD4 < 200, lesões extensas ou ausência de resposta à terapia tópica

Ganciclovir

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## VIRAIS



### Varicela Zoster

Características Clínicas

- Bolhas e vesículas dolorosas e unilaterais, cuja distribuição coincide com um ramo nervoso, com preferência pelo palato, língua e lábios;
- Elas estouram e ulceram, possuindo duração, em geral, de 10 a 14 dias e com um período prodrômico.

Implementação mais breve possível



Gravidade +  
Neuralgia pós-herpética

Tratamento

Manejo:  
Antidepressivos tricíclicos +  
corticosteroides intralesionais

Via oral

- Aciclovir 800 mg, 5 vezes ao dia, por 7 a 14 dias;
- Famciclovir 500mg, 3 vezes ao dia, por 7 dias; ou
- Valaciclovir 1g, 2 vezes ao dia

Via endovenosa

Aciclovir 15 a 30 mg/kg, de 8/8hs

Disseminação viral - letalidade

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## VIRAIS



Lesões orais causadas pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Características Clínicas

Aparência papilomatosa, pedunculada ou séssil, localizadas principalmente no palato, na mucosa bucal e na comissura labial

Papiloma: Superfície irregular com projeções que se assemelham ao formato de couve-flor

Verrugas vulgares: lesões brancas exofíticas, firmes, de bordas sésseis definidas e frequente queratinizadas

Condiloma acuminado: nódulos brancos ou cor-de-rosa indolores que coalescem num formato parecido a couve-flor, com superfície mais irregular do que o papiloma

Diffícil distinguir verrugas de papilomas

Tratamento

Agentes ácidos/cáusticos tópicos ou intralesionias

Cantaridina, podofilina, cidofovir, 5-fluoracil, ácido salicílico, ácidos bi e triclororacético e imiquimod, interferon-α ou bleomicina

Remoção cirúrgica

Criocirurgia, laser de CO2, curetagem ou ressecção com lâmina fria

Não elimina a infecção

Ponderar: localização, quantidade de lesões e apresentação clínica.

Lesão contagiosa:

- Via sexo oral
- Autoinoculação
- Transmissão vertical

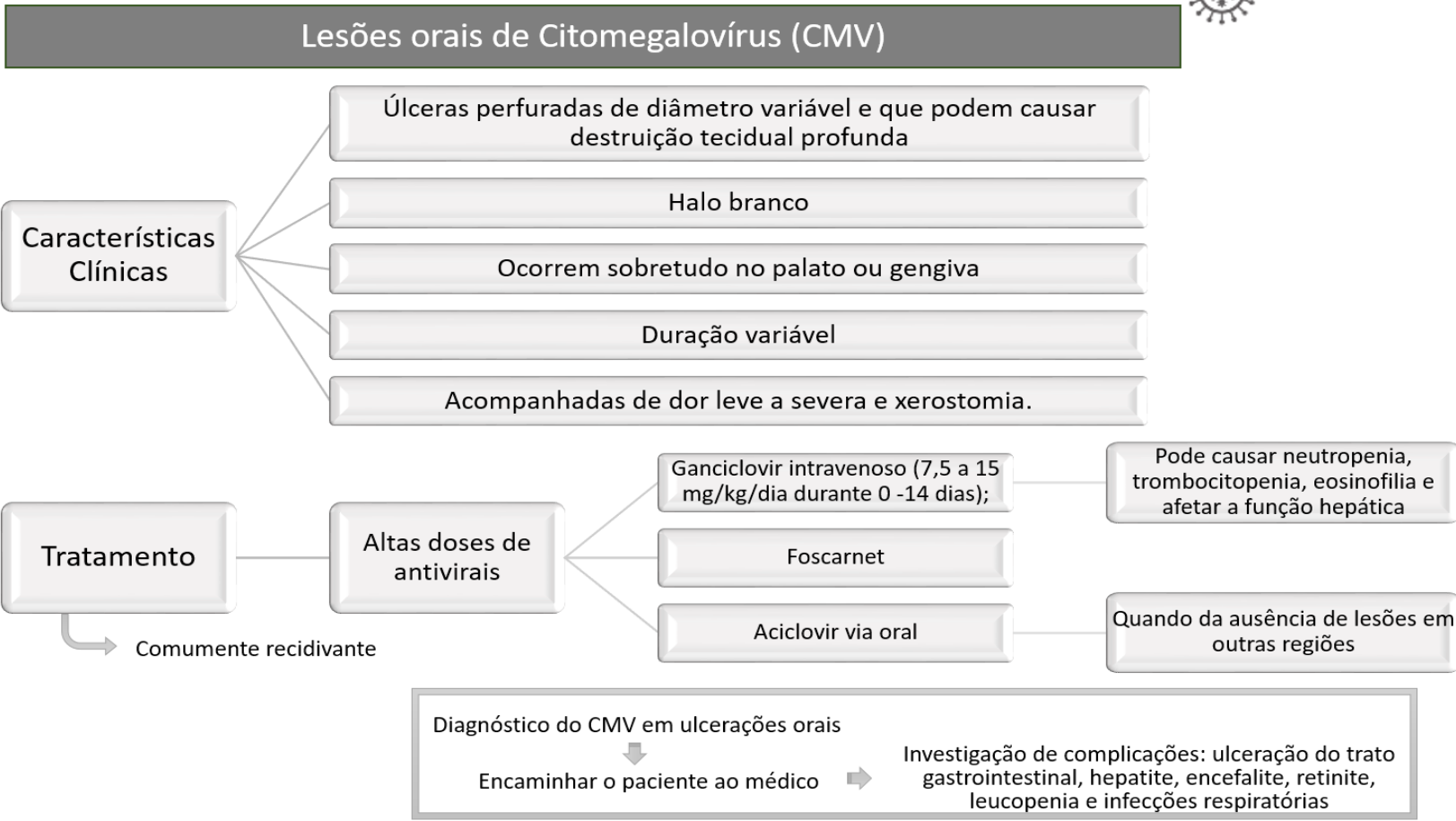
\*Geralmente anogenital e, eventualmente, com envolvimento orofacial.

- Alta recorrência  
- Geralmente envolve os genótipos do HPV 6, 11, 16, 18, 31 e 32

alguns de alto risco para malignidades na boca e outras regiões

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## VIRAIS



# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)



## BACTERIANAS

### Doenças periodontais relacionadas ao HIV (DPRH)

#### Eritema gengival linear (EGL):

- Faixa vermelha de 2 ou 3 mm ao longo da gengiva marginal, podendo se estender até a gengiva inserida;
- Sangramento à sondagem de intensidade desproporcional ao biofilme acumulado;
- Pode ser desconfortável ou não; e
- Sem ulceração ou perda de inserção óssea.

#### Profilaxia dentária

#### Terapias adjuvantes

- Gluconato de clorexidina a 0,12%
- Bochecho (5 a 15 ml) por 1 minuto, de 12/12 hs (14 dias)
- Iodopovidona 10%
- Irrigação (seringa com baixa pressão)

#### Controle de biofilme

#### Antifúngicos

- Nistatina ou clotrimazol
- Fluconazol sistêmico - para casos de grave imunossupressão

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)



## BACTERIANAS

### Doenças periodontais relacionadas ao HIV (DPRH)

#### Gingivite Ulcerativa Necrosante (GUN):

- Pseudomembrana acinzentada;
- Necrose gengival, particularmente das papilas interdentais;
- Dor intensa, odor fétido, sangramento espontâneo, edema e eritema severos; e veros; e
- Rápida destruição de tecidos moles, porém, sem envolvimento do osso alveolar alveolar

#### Periodontite Ulcerativa Necrosante (GUN):

- Exposição e perda óssea alveolar progressiva e rápida, levando a defeitos ósseos em forma de cratera;
- Perda avançada de inserção periodontal;
- Recessão gengival e mobilidade dentária;
- Sangramento muitas vezes espontâneo;
- Dor intensa pela maxila ou mandíbula
- Papilas interdentais cobertas por tecido necrótico acinzentado

#### Estomatite Ulcerativa Necrosante (EUN):

- Ulceração oral Extensa (desde a gengiva até o tecido ósseo subjacente);
- Necrose e eritema, podendo resultar em osteonecrose, sequestro ósseo, fístula oroantral e osteíte;
- Halitose, febre, mal-estar e linfadenopatia.

Imediato

- Debridamento
- Terapias adjuvantes
- Controle da dor
- Antibioticoterapia sistêmica

Metronidazol (400 mg, 3x/dia ou 500 mg, de 12/12 hs), por 5 a 10 dias

Indicação: Comprometimento sistêmico, lesões extensas, profundas ou de progressão rápida  
 \* Monitoramento para candidíase  
 \* Interações: com ARV - reação do tipo dissulfiram (ritonavir) e potencialização de neuropatia periférica (didanosina ou zalcitabina)  
 \* Hepatotoxicidade – requer testes de função hepática – início e término do uso prolongado

1º retorno

- Avaliação de higiene bucal
- Debridamento adicional

Mediato

- Raspagem e alisamento radicular em cada quadrante
- Remoção de tecidos infectados remanescentes

3º retorno

- Reforço da higiene bucal
- Avaliação da cicatrização e epiteliação
- Conclusão do debridamento e alisamento radicular

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)



## BACTERIANAS

### Noma

#### Características clínicas

- Gangrena orofacial e extremamente debilitante;
- Parecida com a GUN;

Inicia com ulceração gengival localizada avermelhada ou púrpura e dolorosa,

Aceleradamente se alastra através das estruturas orofaciais – tecidos moles e osso

Estabelece-se com um centro necrótico escuro e endurecido, podendo necrosar lábios, bochechas, etc

- Lesão profunda, perforante e deformante

#### Tratamento

- Debridamento tecidual
- Antibioticoterapia
  - Penicilina
  - Aminoglicosídeos ou
  - Metronidazol
- Manutenção de alto padrão de higiene bucal
- Enfrentamento do quadro de desnutrição
  - Predispõe à infecção e ulceração oral



Responsabilidade de profissional da nutrição



# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)



## BACTERIANAS

### Lesões tuberculínicas orais

#### Características clínicas

- Úlceras crônicas de grande dimensão, de cor cinza-amarelado e bordas endurecidas, com predileção pela língua, gengiva e palato

Difícil diferenciar do câncer bucal

#### Tratamento

- Sistêmico

Responsabilidade do médico

- ✓ Manifestações da tuberculose extrapulmonar
- ✓ Lesões primárias:
  - Infecção inicia na boca
  - Pode comprometer linfonodos locais
- ✓ Lesões secundárias
  - Subsequentes à TB em outra região
  - Reflete inoculação bucal via escarro infectado ou disseminação hematogênica do microorganismo

### Alterações relacionadas à sífilis

#### Lesões sifilíticas

##### Características clínicas

- Manchas mucosas nas superfícies móveis da boca, geralmente, bilaterais;
- Lesões maculopapulares vermelhas, firmes e ligeiramente elevadas no palato duro;
- Raramente, nódulos redondos firmes com um centro cinzento que pode ulcerar

##### Tratamento

- Antibioticoterapia sistêmica
  - Penicilina G (2,400,000 UI), dose semanal, durante 3 semanas

Realizado pelo médico

#### Anomalias dentárias

##### Características clínicas:

- Incisivos (formato de chave de fenda)
- primeiros molares (em forma de botão)
- Hipoplasia do esmalte
- Perda da borda circunscrita do vermelhão do lábio

Compõem, juntamente com problemas visuais e auditivos, a tríade Hutchinsoniana

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## NEOPLÁSICAS



Podem sofrer trauma ou infecção secundária, com ulceração, sangramento e sintomatologia dolorosa

### Sarcoma de Kaposi

Grandes - risco de complicações hemorrágicas, destruição do osso e periodonto, problemas estéticos e funcionais de deglutição e fala

### Linfoma Não-Hodgkin

### Características Clínicas

- Manchas, placas ou nodulações, geralmente assintomáticas, que não empalidecem após pressionadas;
- Podem ser: isoladas ou múltiplas, planas ou elevadas, lisas ou ulceradas;
- Coloração que pode variar de púrpura ou vermelho a marrom ou amarelo-marrom, e de tamanho variável entre poucos milímetros e vários centímetros
- Localização predileta: palato e gengiva

- Ulceração exófitica vermelha, difusa, de rápida proliferação e geralmente indolor;
- Afeta, comumente, a mucosa gengival, palatal e alveolar;
- Localização favorita: gengiva

Implantação/otimização da TARV pode resolver algumas lesões

### Opções:

### Tratamento

Lesões assintomáticas, limitadas e estáveis ou de progressão lenta

→ Observação

Lesões pequenas

- Quimioterapia intralesional
  - Vimblastina, vincristina, interferon ou tetracil sulfato sódico 3%.

Lesões limitadas à cavidade oral

Terapia local ou regional:

- Radioterapia
  - 800–2,000 cGy (dose única ou terapia fracionada)
- Crioterapia; ou
- Quimioterapia intralesional

Lesões orais múltiplas, disseminadas na pele ou outros órgãos ou tumores avançados

→ Quimioterapia sistêmica

Lesões localizadas

→ Radioterapia

Lesões disseminadas

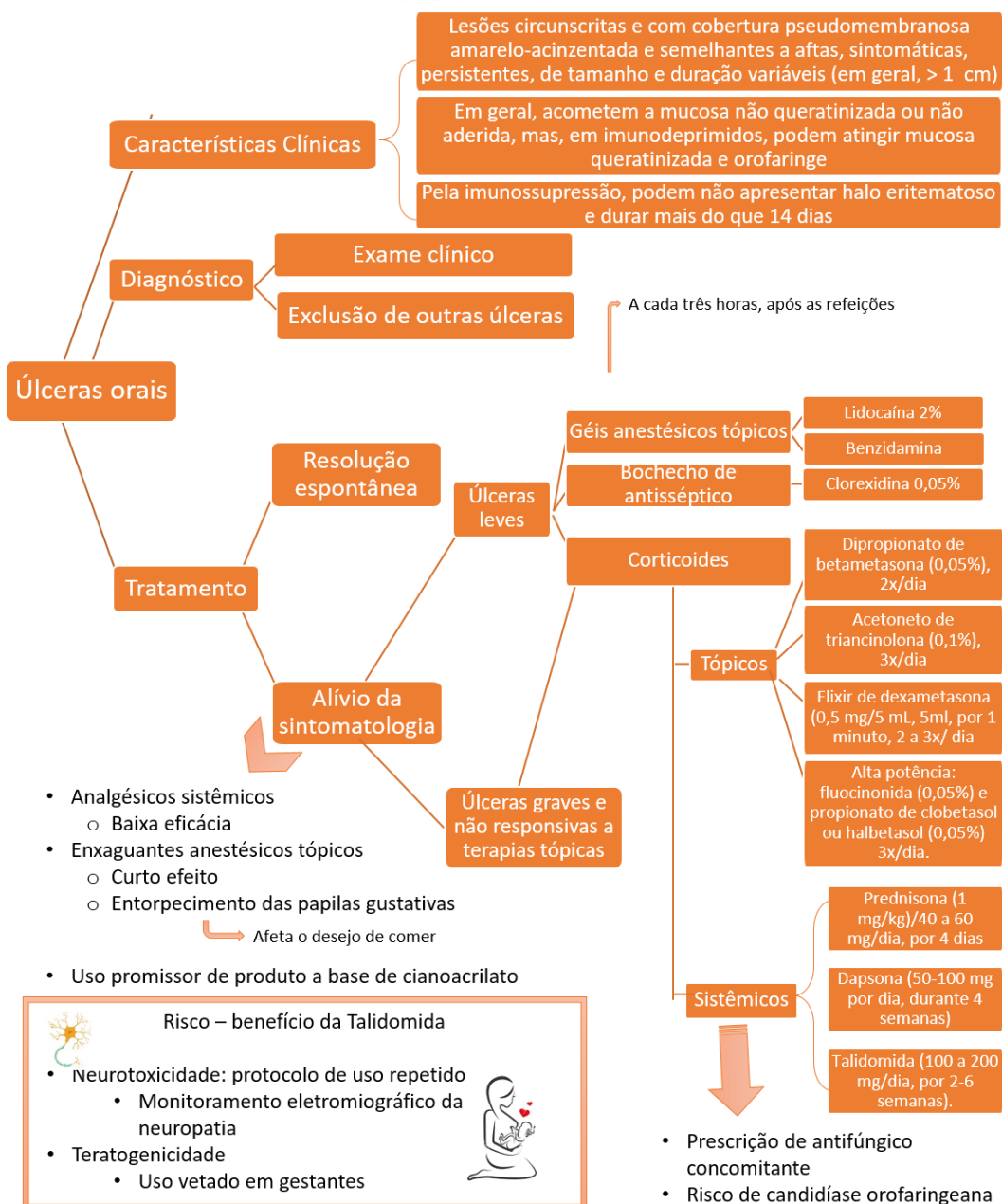
→ Quimioterapia

#### Outras opções:

- Tratamento contra o EBV (zidovudina, ganciclovir e interleucina);
- Transplante autólogo de células-tronco;
- Ressecção cirúrgica; e
- Terapias paliativas.

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## OUTRAS



# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## OUTRAS

### Pigmentação melanótica Intraoral

#### Características Clínicas

- Lesões assimétricas
- Marrom ou preto-acastanhadas
- Benignas
- Geralmente, maiores que 1cm.
- Em geral, acomete pacientes com história longa de HIV

#### Tratamento

- Remoção cirúrgica

↓  
Avaliação crítica da  
necessidade

↓  
Mínimas  
consequências

#### Possíveis causas:

- Desregulação de citocinas que ↑ liberação do hormônio estimulador de melanócitos  $\alpha$ ;
- Drogas que estimulam melanócitos
- Antirretrovirais
- Antifúngicos
- Doença de Addison

# MANEJO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS AO HIV/AIDS (LOAH)

## OUTRAS

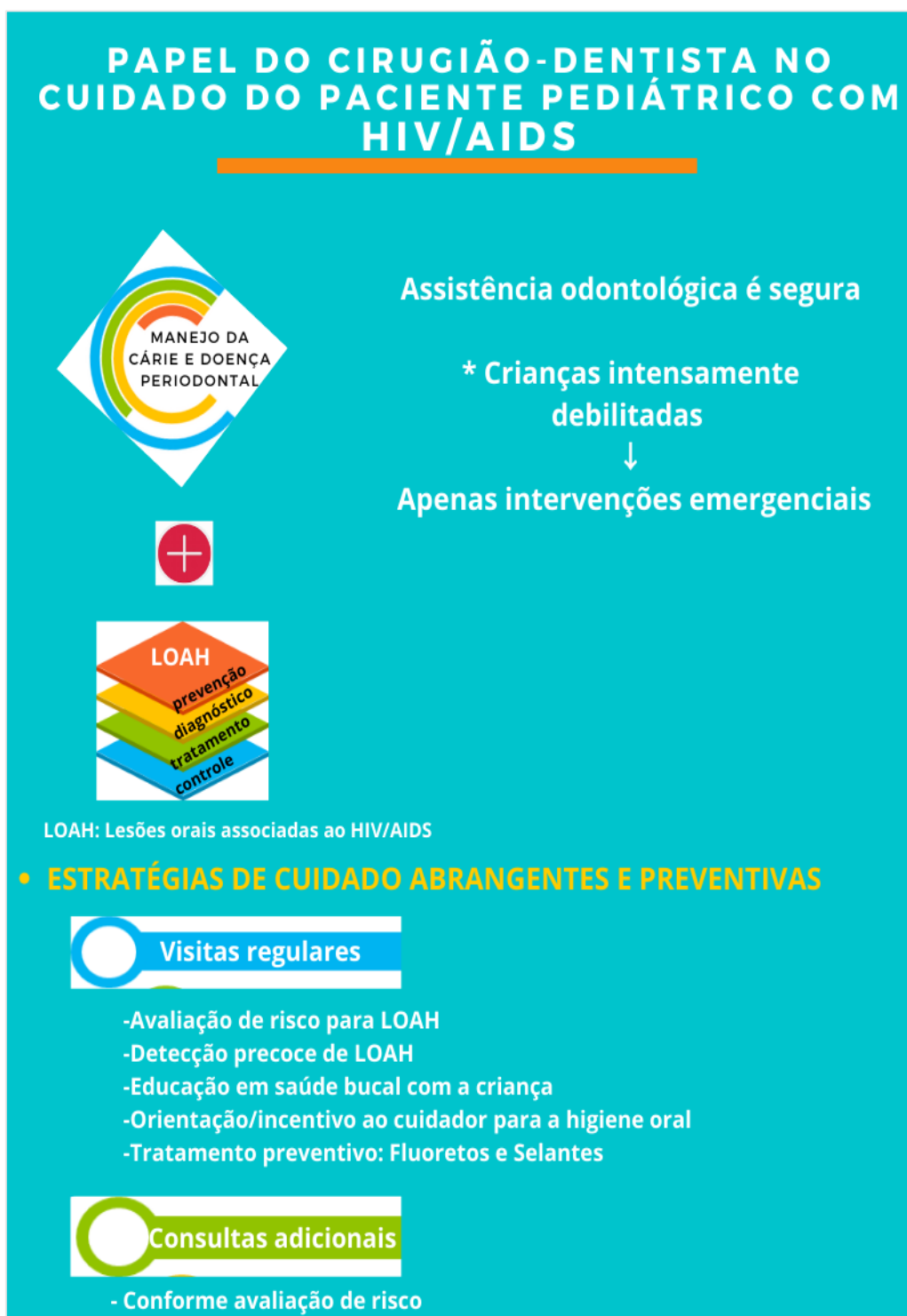
### Doença das glândulas salivares e xerostomia

CAUSAS	MANEJO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecção pelo HIV (síndrome de linfocitose CD8 relacionada ao HIV)</li> <li>• Aumento da parótida</li> <li>• Antirretrovirais               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Didanosina e Lamivudina</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos não relacionados ao HIV:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansiolíticos, antidepressivos, anti-histamínicos, antipsicóticos, etc)</li> </ul> </li> <li>• Condições emocionais</li> <li>• Infecções oportunistas dos tecidos salivares (ex: CMV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mudança na dosagem ou substituição de drogas causadoras de xerostomia;</li> <li>○ ↑ Ingestão de água;</li> <li>○ Mascar chiclete/pastilhas sem açúcar;</li> <li>○ Saliva artificial</li> <li>○ Sialogogos                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pilocarpina                       <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5mg, 3 vezes/dia, antes das refeições</li> </ul> </li> <li>▪ Betanecol                       <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 25 mg, → <b>Nem sempre são eficazes</b></li> </ul> </li> <li>▪ Cevimelina</li> <li>▪ Bromexina</li> <li>▪ Anetol tritona</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">* Concordância com o médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados adicionais:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Higienização oral</li> <li>○ Dieta</li> <li>○ Evitar produtos com cafeína e álcool</li> </ul> </li> </ul>

## APÊNDICE D - Infográfico B - Peculiaridades do acompanhamento odontológico nos adultos e idosos com HIV/AIDS



**APÊNDICE E - Infográfico C: Papel do Cirurgião-Dentista no cuidado do paciente pediátrico com HIV/AIDS.**



## PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CUIDADO DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM HIV/AIDS

### • ASPECTOS IMPORTANTES DO MANEJO ODONTOLÓGICO

Cárie dentária

Possibilidade da ART\*

ART: Técnica Restauradora Atraumática

Doença Periodontal

Dose pediátrica do metronidazol:

10 mg/kg até 400 mg, a cada 12 horas, durante 5 dias

Neutropenia/  
Trombocitopenia

Manejo similar ao de adultos

Marcadores imunológicos

Descontrole da imunossupressão  
↑ suscetibilidade a infecções oportunistas



# PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CUIDADO DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM HIV/AIDS

## • PARTICULARIDADES

- Fármacos de uso tópico**
- Crianças pequenas – solução
  - Crianças maiores – comprimidos dissolução lenta
- Tratamento da candidíase oral**
- ↳ Baixa palatabilidade - dificuldade de aceitação
  - ↳ Recaídas
- Eritematosa e queilite angular**
- Tópico (4 ou 5x/dia)
  - Miconazol ou
  - Nistatina (200.000 a 800.000 UI)
- Pseudomembranosa, casos crônicos ou refratários**
- Tópico +
  - Sistêmico (5 a 7 dias)
  - Fluconazol ou cetoconazol (6mg/kg, via oral)
- Tratamento da gengivostomatite herpética**
- Dose pediátrica do aciclovir oral ou intravenoso: 10mg/kg
  - ↳ Tratamento ou profilaxia da recorrência
- Tratamento da Leucoplasia Pilosa**
- Quando necessário tratar, usar aciclovir + antifúngico
  - ↳ Prevenir superinfecção por *Candida*
- Linfadenopatia cervical**
- Pode indicar malignidade
  - ↳ Identificação e encaminhamento ao pediatra, quando necessário
- Transtornos na erupção dentária**
- Excessiva retenção de decíduos
  - Aceleração ou atraso na erupção dos dentes permanentes
  - ↳ Doença periodontal atual ou prévia
  - ↳ Causa desconhecida ou associada à desnutrição, debilidade geral e progressão do HIV para a AIDS

## CONCORREM PARA O ADOECIMENTO BUCAL DAS CRIANÇAS COM HIV/AIDS

### PRODUTOS AÇUCARADOS X CÁRIE DENTÁRIA

Medicamentos da TARV

Dieta hipercalórica



Prevenção e tratamento de baixo peso e estatura

Hábitos alimentares prejudiciais

Alto consumo de açúcar entre as refeições

Mamadeiras adoçadas

### FLUXO SALIVAR REDUZIDO X CÁRIE, CANDIDÍASE E OUTRAS



Infecção pelo HIV

Hiperplasia parotídea

Efeito colateral



TARV

Outros medicamentos

### HIGIENE BUCAL DEFICIENTE X CÁRIE, DP E LESÕES



Queda das defesas



Proliferação de microrganismos  
orais patogênicos

\*DP: Doença periodontal

### DESINFORMAÇÃO DO CUIDADOR

• Prevenção em Saúde Bucal

• LOAH

• Prejuízos da TARV

- Medicamentos ricos em sacarose

- Xerostomia



• Necessidade de acompanhamento odontológico contínuo

- Consultas periódicas para revisão independente da necessidade de intervenção clínica

- Controle de candidíase e fatores predisponentes às doenças bucais

• Efetuação da higiene oral

- < 10 anos - ↓ maturidade e habilidade manual

- Principalmente após mamadeiras e alimentação noturna

• Monitoramento da escovação e do uso do fio dental

Cuidador



Suas percepções/valores influenciam a criança

### EPISÓDIOS REPETIDOS DE HOSPITALIZAÇÃO



Dificuldade de locomoção para realizar autocuidado oral

Alto consumo de açúcar

- Acalentar e amenizar gosto ruim de medicamentos

Saúde bucal em 2o plano



Estímulo à vigilância e controle dos fatores de risco para doenças bucais



↓ complicações ao quadro sistêmico do paciente

## INTEGRAÇÃO DO CUIDADO ODONTOLÓGICO AOS CUIDADOS MÉDICOS CONTÍNUOS



- Participação da odontologia em equipes multidisciplinares
- Inclusão da saúde bucal nos programas de atenção às CVHA

### MULTIDISCIPLINARIDADE



Compreensão do  
contexto da  
criança/  
individualização  
do tratamento



Evitar críticas  
e juízos de  
valor

### ASPECTO EMOCIONAL

Permitir-se  
trocar  
opiniões



Estreitar laços e  
conquistar  
colaboração-  
criança e núcleo  
familiar



## **APÊNDICE F - Notas metodológicas em relação à concepção da tese e reflexões adicionais**

### **1. Nota metodológica acerca do objeto de pesquisa**

A mola propulsora para a execução deste projeto consistiu no desejo de verificar os enfoques do HIV/AIDS experimentados pelos estudantes de Odontologia na CPLP e se existia valorização de outros aspectos - além dos biomédicos – no ensino sobre a temática, em especial, de aspectos éticos.

Ao tomar conhecimento de minha aprovação no Doutorado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), comecei a pensar nas possibilidades de objetos de estudo na linha de pesquisa desenvolvida no grupo de Diplomacia da Saúde e Saúde Bucal, posto que a minha dissertação já tinha sido nessa linha.

Durante algumas leituras sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, me veio que a saúde bucal teria bastante a contribuir na cascata de cuidado das PVHA, desde o diagnóstico do HIV à supressão viral, desenvolvidas nos países em direção ao alcance das metas 90-90-90.

Mesmo com muitas dúvidas se seria possível e como seria possível, decidi compartilhar com a Profa Andréa o meu desejo de estudar algo relacionado ao ensino do HIV/AIDS em Odontologia a princípio nos PALOP e tamanho foi o meu entusiasmo quando ela me incentivou a estudar esta temática e mais, expandindo para todos os países da CPLP.

E, apesar de algumas limitações, este é o primeiro estudo, em nosso conhecimento, que buscou analisar os conteúdos referentes ao HIV, sugerindo os pontos positivos, assim como os limitadores do ensino do HIV/AIDS em cursos de graduação em Odontologia na CPLP.

### **2. Nota metodológica acerca da caracterização geral dos países e da situação epidemiológica do HIV/AIDS na CPLP**

Em virtude da utilização de múltiplas fontes de dados, a padronização de um roteiro de caracterização dos Estados-membros da CPLP se mostrou inviável, sobretudo pela escassez de Produção científica nas nações africanas lusófonas, permanecendo uma variabilidade considerável entre os países na disponibilização de dados. No entanto, ressalta-se que, sempre que possível, foram incluídos dados recentes acerca dos

indicadores gerais, de informações relativas aos sistemas de saúde locais, aos recursos humanos em saúde, assim como quanto aos dados da situação epidemiológica da epidemia de AIDS em cada país. Alguns deles, como Angola e São Tomé e Príncipe, por exemplo, mesmo em bases de dados voltadas especificamente a este agravo, como o UNAIDS (<https://aidsinfo.unaids.org/>) e a OMS (<https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>), apresentaram dados de inquéritos nacionais um pouco defasados.

### **3. Nota metodológica acerca da revisão da literatura sobre o acompanhamento em saúde bucal das PVHA**

Desde a graduação em Odontologia na UFC, principalmente, por ter cursado a disciplina de Estágio em Serviços do SUS III no hospital de referência para pacientes com doenças infecciosas no Ceará – Hospital São José – experiência que me proporcionou contato direto com pacientes adultos e idosos com AIDS, sempre foi muito forte em mim a percepção da importância da saúde bucal para as PVHA e da relevância da atuação do cirurgião-dentista no cuidado dessas pessoas.

Feitas essas considerações, é importante destacar que senti a necessidade de, antes de me debruçar sobre aspectos do ensino do HIV nos cursos, pesquisar acerca da atuação do cirurgião-dentista no cuidado às PVHA, pois, caso não tivesse embasamento científico que justificasse a presença de conteúdos relacionados ao HIV/AIDS na estrutura curricular dos cursos de Odontologia, a relevância do meu objetivo de pesquisa poderia estar comprometida.

Inicialmente foi pensado também na realização de uma revisão narrativa envolvendo as políticas nacionais de combate ao HIV/AIDS nos países que falam português com o objetivo de verificar a inserção da saúde bucal na cascata de cuidados contínuos às PVHA. Entretanto, tamanha foi a minha frustração quando não encontrei material suficiente para a revisão, visto que, inclusive na política brasileira (BRASIL, 2018b), que é referência para outros países, a participação da saúde bucal é abordada de maneira bastante superficial.

Por outro lado, vale salientar que, diante da consolidação da atuação do cirurgião-dentista no cuidado às PVHA, sobretudo no Brasil - muito embora com seus inegáveis desafios - optou-se por converter os resultados da ampla revisão integrativa efetivada em recursos educacionais de utilidade para países com dificuldade de provisão de serviços odontológicos em virtude também da escassez de profissionais e qualificação/atualização, como os PALOP e o Timor-Leste.

#### **4. Nota metodológica acerca da confecção dos infográficos**

A partir dos resultados da revisão integrativa da literatura realizada, a Profa Andrea, como sempre, muito incentivadora de seus orientandos, me propôs que utilizasse algum recurso tecnológico, de modo a modernizar a forma de apresentação da gama de informações que eu havia compilado. Daí, mesmo antes de finalizar a revisão, com uma parte dos estudos já lidos, passei a esboçar um aplicativo que poderia auxiliar os cirurgiões-dentistas na tomada de decisões clínicas diagnósticas, terapêuticas e preventivas no âmbito da saúde bucal, mantendo os usuários do aplicativo atualizados e seguros para a oferta de atenção em saúde bucal eficaz e qualificada às PVHA.

Dei-lhe o nome de “Sorrir é positivo” e, em meu esboço, ele era composto de: um algoritmo de diagnóstico, contendo as principais características das infecções oportunistas com repercussão na cavidade oral e das condições bucais resultantes de efeitos colaterais da TARV, além de sinais e sintomas, exames complementares e aspectos do diagnóstico diferencial de tais condições; um algoritmo que permitiria ao profissional determinar a periodicidade de retorno de pacientes de acordo com suas necessidades de saúde bucal; um *link* que direcionaria o usuário a uma espécie de bulário, auxiliando na prescrição de fármacos que não são de uso rotineiro do CD; e outras ferramentas que não desenvolvi mais, pois não teria condições de desenvolver a contento esta ferramenta com a grande quantidade de informações que eu tinha reunido dos estudos e sem conhecimento suficiente na área da computação.

Em virtude da limitação do tempo para a execução da tese, também por diversos acontecimentos de ordem pessoal (concurso, gravidez, etc), e conforme a quantidade de informações aumentava, acabei desistindo do aplicativo e parti para a opção dos infográficos, cujo domínio de recursos computacionais se mostrou mais adequado à minha realidade. Ademais, sendo ferramentas digitais de simples utilização no processo de aprendizagem móvel, a qual se dá a qualquer hora e em qualquer lugar, vislumbrou-se a sua divulgação ampla, de modo a propiciar a capacitação de acadêmicos e profissionais de Odontologia em comunidades lusófonas de difícil acesso, o que me motivou bastante.

#### **5 Notas metodológicas acerca da coleta de dados**

### **5.1 Coleta das informações dos cursos de formação de RHSB na CPLP**

Destaca-se a dificuldade e a demora da coleta de dados em alguns PALOP e no Timor-Leste em virtude da necessidade de se pesquisar cada IES individualmente e da ausência de informações nos sítios eletrônicos. Por sua vez, a busca se deu de forma mais rápida em Portugal, pois a Direção Geral do Ensino Superior disponibiliza a lista de cursos de Medicina Dentária, e no Brasil, em que a consulta no sistema e-MEC contemplou as informações necessárias ao estudo.

### **5.2 Coleta das ementas/planos de ensino**

A obtenção de documentos a serem analisados em quantidade satisfatória à análise pretendida foi uma preocupação constante durante a coleta de dados do 2º capítulo, pois poderia constituir uma limitação da tese.

Principalmente por se tratar de uma pesquisa envolvendo vários cursos e distribuídos em vários países, cuja realidade dos currículos era totalmente desconhecida, decidiu-se pela realização de um estudo piloto com os cursos de Odontologia da região Nordeste do Brasil que perfizeram, à época, os critérios de elegibilidade estabelecidos. Na ocasião, efetuamos contato telefônico com os coordenadores de curso com o objetivo de uma aproximação inicial e, posteriormente, enviamos *email* às coordenações, formalizando esta aproximação, esclarecendo os objetivos da pesquisa e a importância da mesma e, principalmente, solicitando o envio dos planos de ensino das disciplinas que versassem sobre o HIV/AIDS. Mesmo depois de sinalização positiva na ligação telefônica de que contribuiriam com a pesquisa, obteve-se retorno de apenas um curso e com a explicação de que, nos planos de ensino do curso, não constava a especificação de conteúdo programático referente ao HIV/AIDS, apesar deste conteúdo ser abordado. Além disso, alguns coordenadores contactados manifestaram desconforto com a solicitação do envio de documentos e explicitaram a necessidade de submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição. Assim, considerando o gerenciamento do tempo disponível para a realização da pesquisa, a utilização de documentos de acesso livre se fez a opção viável.

## **6 Reflexões adicionais**

Em resposta às necessidades de fortalecimento da formação de profissionais de saúde bucal na CPLP, entre outras iniciativas que fogem ao escopo do presente estudo, pode-se apontar para as que se direcionam ao planejamento e gestão de recursos humanos,

com destaque para: a oferta do curso nos próprios locais, implementando cursos ou ampliando a oferta de vagas onde são escassos; o apropriado controle regulatório dos governos, isto é, vinculado à dinâmica populacional também do ponto de vista social e não apenas geográfico; assim como o fortalecimento da cooperação e da mobilidade acadêmica no âmbito da CPLP. Assim, destaca-se a importante contribuição da diplomacia da saúde com seu componente de cooperação internacional e, principalmente, através da Cooperação Sul-Sul no fortalecimento da formação de RHSB, pretendendo uma distribuição mais equitativa e que favoreça a retenção de profissionais de saúde bucal em zonas remotas, bem como o controle da fuga de cérebros, importantes para a redução dos problemas de saúde bucal a nível global.

Uma vez que o apropriado desempenho do acompanhamento odontológico das PVHA requer adequada capacitação profissional, configura-se, assim, um cenário desafiador o fortalecimento da formação de RHSB no que tange ao HIV/AIDS. Com o predomínio de conteúdos basicamente biomédicos e a ausência ou discreta menção aos aspectos humanos envolvidos no cuidado destas pessoas, pode-se vislumbrar a existência de grandes dificuldades para minimizar a exclusão e as iniquidades vivenciadas pelas PVHA em serviços odontológicos. Conjectura-se, portanto, a necessidade de atualização dos planos de ensino ou a sua alteração quanti e qualitativa, de modo a garantir uma maior incorporação deste conteúdo nas disciplinas, mas que também seja considerada a sua presença em componentes da seara de conhecimentos humanos e sociais.

Espera-se, por meio destes resultados, conclamar os gestores das instituições formadoras dos recursos humanos em saúde bucal dos países que compõem a CPLP a avaliarem o tipo de profissional que estão ofertando ao sistema de saúde, de modo a efetivar a participação da saúde bucal em todas as políticas, nelas incluída a de enfrentamento do HIV/AIDS.