

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
ÊNFASE EM ESTOMATOLOGIA

MARIANA KLEIN

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ABORDAGEM DO PACIENTE VIVENDO
COM HIV/AIDS NO SUS

PORTO ALEGRE
2015

MARIANA KLEIN

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ABORDAGEM DO PACIENTE VIVENDO
COM HIV/AIDS NO SUS

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Estomatologia e em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Cristina Munerato

Coorientadora:

Prof^a Dr^a Ângela Antunes Nunes

PORTO ALEGRE

2015

CIP- Catalogação na Publicação

Klein, Mariana

O papel do cirurgião-dentista na abordagem do paciente vivendo com HIV/AIDS no SUS / Mariana Klein. – 2015.

41 f. : il.

Trabalho de Conclusão (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

Orientadora: Maria Cristina Munerato

Coorientadora: Ângela Antunes Nunes

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Relações dentista-paciente. 4. Actinomicose cervicofacial I. Munerato, Maria Cristina. II. Nunes, Ângela Antunes. III. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

Aos meus pais, **Walter** e **Rosalva**, com a mais profunda admiração e gratidão. Pelo exemplo de determinação, pelo constante apoio e incentivo aos estudos e por todo o amor dedicado.

RESUMO

A evolução e a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral causou modificação do panorama da epidemia de HIV/aids, através da diminuição morbimortalidade da doença e conseqüente aumento da sobrevivência dos indivíduos infectados. Com isso, o foco da atenção voltou-se para a melhora da qualidade de vida desta crescente porcentagem da população. Neste contexto, destaca-se a participação do cirurgião-dentista como profissional-chave, incluindo o diagnóstico, a promoção e a prevenção de agravos e o estabelecimento de aliança terapêutica com o paciente, contribuindo para melhores condições de saúde dos indivíduos que vivem com HIV/aids. As manifestações bucais da infecção por HIV são muito comuns, podendo representar os primeiros sinais da doença e prever o comprometimento imunológico destes pacientes. Neste caso, o cirurgião-dentista desempenha um importante papel no reconhecimento dessas manifestações estomatológicas. Dentre elas, a actinomicose cervicofacial é uma infecção bacteriana incomum, que tem sido associada à infecção por HIV. O objetivo deste trabalho é abordar o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes com HIV/aids, considerando a perspectiva de integralidade da atenção do paciente na Rede de Atenção à Saúde. Como respaldo e motivação para essa discussão, foi utilizado um caso clínico de paciente soropositivo atendido na unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que apresentava lesão na maxila com o diagnóstico de actinomicose cervicofacial.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Relações Dentista-Paciente. Actinomicose Cervicofacial.

ABSTRACT

The antiretroviral treatment evolution and its expansion of access have caused modification in HIV/AIDS panorama by reducing this disease morbidity and mortality, and increasing the survival of infected individuals. Thus, attention focus turned to improving the quality of life of this increasing percentage of population. In this context, it highlights the dentist participation as an important professional, for diagnosis, promotion, prevention and therapeutic alliance establishment, determining better health for people living with HIV/AIDS. The oral manifestations of HIV infection are very common and may represent the first signs of the disease and predict the immunological status of these patients. In this case, the dentist plays an important role in identifying these oral manifestations. Among them, the cervicofacial actinomycosis is an unusual bacterial infection that has been associated with HIV infection. The objective of this study is to discuss the role of the dentist in the diagnosis, treatment and monitoring patients with HIV/AIDS, considering the perspective of comprehensive patient care in Brazilian Health Care Network. To support and motivate this discussion, it was used a clinical case of a HIV-positive patient seen in the Oral Medicine Department of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), who showed lesion in maxilla with cervicofacial actinomycosis diagnosis.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Dentist-Patient Relations. Cervicofacial Actinomycosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	9
3 METODOLOGIA.....	10
3.1 Considerações Éticas.....	10
3.2 Manuscrito I.....	11
3.3 Manuscrito II.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	40

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a epidemia de aids vem colocando novos desafios para o desenvolvimento de políticas públicas. Com o objetivo de desenvolver ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/aids, foi implementada a Política Nacional de DST/aids em 1999, garantindo os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus (BRASIL, 1999, 2014).

Com os atuais avanços científicos em relação à terapêutica antimicrobiana, a infecção por HIV deixou de ser classificada como uma doença infecciosa letal, sendo considerada hoje uma doença crônica controlável. Sendo assim, seu caráter de cronicidade requer cuidados continuados por parte da equipe de saúde, adesão do paciente ao tratamento e integralidade da atenção através da abordagem multiprofissional (ALENCAR et al., 2008; FERREIRA; SILVA, 2012).

Estima-se que existam cerca de 730 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil, embora muitos ainda desconheçam sua condição sorológica. O estado do Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de detecção de HIV/aids do País, além do maior coeficiente de mortalidade desses pacientes (BRASIL, 2014). Durante muito tempo a epidemia do HIV foi relacionada a populações em situação de maior risco e vulnerabilidade - prostitutas, homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis. No entanto, mudanças no perfil epidemiológico vêm ocorrendo tanto em âmbito mundial como nacional, sendo a tendência atual no Brasil caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização (BRASIL, 2014; MOTTA et al., 2014; SILVA et al., 2007).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o diagnóstico da doença pode ser realizado gratuitamente por livre demanda, através da Unidade Básica de Saúde ou em Centros de Testagem e Aconselhamento para DST e Aids (CTA). A rede de atenção ao paciente com HIV/aids objetiva o acesso ao diagnóstico e à assistência continuada e integral desses pacientes. Dessa forma, o cuidado é construído de forma compartilhada entre a atenção básica (Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família) e a atenção secundária (Serviço Ambulatorial Especializado - SAE). Além disso, também fazem parte desta rede o Hospital-Dia, o Centro de Referência e Treinamento, a Assistência Domiciliar Terapêutica, dentre outros. Os

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) oferecem ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, realizando, gratuitamente, os testes para HIV, sífilis e hepatites B e C. Além disso, oferecem acompanhamento, apoio emocional e esclarecimento ao paciente quanto ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento, encaminhando-o para os serviços de referência. Os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) em HIV e aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids. Tem o objetivo de prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. Realizam cuidados de enfermagem, orientação e apoio psicológico, atendimentos de infectologia, ginecologia e pediatria, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e aids (BRASIL, 1999, 2006).

No Brasil, desde 1996 o acesso à terapia antirretroviral é universal e gratuito (BRASIL, 2014). No entanto, o sucesso da terapia para infecção por HIV depende fundamentalmente da adesão do paciente. Fatores como o período longo de tratamento, a quantidade de medicamentos administrados e seus possíveis efeitos colaterais tornam difícil esta adesão (GARCIA et al., 2005; MELCHIOR et al., 2007). Sendo assim, o adequado manejo e acompanhamento dos pacientes com HIV/aids ainda permanecem um desafio para o sistema público de saúde.

A ampliação do acesso à terapia antirretroviral contribuiu para diminuição da morbimortalidade, resultando no aumento da sobrevida dos indivíduos infectados. Atualmente, o foco tem se voltado para melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus sendo de extrema importância o acompanhamento deste paciente pela equipe multidisciplinar (SILVA et al., 2011).

O número crescente de pacientes infectados e o aumento da sobrevida tornam a demanda assistencial por tratamento odontológico em pacientes com HIV/aids cada vez maior. A presença de necessidades odontológicas relacionadas ao seu estado de saúde sistêmico - como problemas periodontais e infecções oportunistas da cavidade bucal - requer atendimento e contínuo monitoramento odontológico destes pacientes (MOTTA et al., 2014). Além disso, as manifestações bucais da infecção pelo HIV podem caracterizar diferentes estágios da doença,

possibilitando a intervenção precoce e contribuindo para um prognóstico mais favorável (MOTTA et al., 2014, NEVILLE et al., 2009). Essas manifestações foram classificadas de acordo com a frequência à qual estão associadas com a infecção pelo HIV, conforme a tabela abaixo (NEVILLE et al., 2009):

Grupo 1 – Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV	Grupo 2 – Lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV	Grupo 3 – Lesões vistas na infecção pelo HIV
<ul style="list-style-type: none"> - Candidíase eritematosa, pseudomembranosa e queilite angular - Leucoplasia pilosa - Sarcoma de Kaposi - Linfoma Não-Hodgkin - Doença periodontal: eritema linear gengival, gengivite necrosante, periodontite necrosante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infecções bacterianas: <i>Mycobacterium avium intracellulare</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> - Hiperpigmentação melânica - Estomatite ulcerativa necrosante - Doença de glândula salivar: boca seca, aumento uni ou bilateral das glândulas salivares maiores - Púrpura trombocitopênica - Úlceras inespecíficas - Infecções virais: herpes simples, papilomavírus humano, varicela-zoster 	<ul style="list-style-type: none"> - Infecções bacterianas: <i>Actinomyces israelii</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i> - Doença da arranhadura do gato - Angiomatose epitelióide (bacilar) - Reações medicamentosas: ulcerações, eritema multiforme, reações liquenóides, epidermólise tóxica - Infecções fúngicas exceto candidíase: <i>Cryptococcus neoformans</i>, <i>Geotrichum candidum</i>, <i>Histoplasma capsulatum</i>, <i>Mucoraceae</i> (mucormicose/zigomicose), <i>Aspergillus flavus</i> - Distúrbios neurológicos: paralisia facial, neuralgia trigeminal - Estomatite aftosa recorrente - Infecções virais: citomegalovírus, molusco contagioso

Fonte: Adaptado de NEVILLE et al., 2009

Considerando o papel fundamental do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento das manifestações bucais da infecção pelo HIV, é necessário que este profissional participe da equipe multiprofissional de suporte a esses pacientes. No entanto, ainda é comum que cirurgiões-dentistas se neguem a atender pacientes sabidamente com HIV/aids, seja por preconceito ou falta de conhecimento técnico. Sendo assim, programas de educação permanente para a equipe odontológica, voltados à epidemia de HIV/aids, constituem importante estratégia para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade do atendimento odontológico ofertado às pessoas vivendo com HIV/aids (SENNA et al., 2005).

Reconhecendo o cirurgião-dentista como um ator importante na melhoria da qualidade da atenção ao paciente com HIV/aids, o presente estudo foi desenvolvido como forma de reflexão sobre como o profissional da odontologia está incluído na rede de atenção e cuidado a estes pacientes, considerando o âmbito atual da doença no Brasil.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi apresentar uma reflexão quanto à atuação do cirurgião-dentista na abordagem do paciente com HIV/aids, considerando seu papel na equipe multiprofissional de saúde e as manifestações estomatológicas destes pacientes.

Objetivos específicos

- Abordar o papel do cirurgião-dentista e da equipe de saúde bucal no diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes com HIV/aids, considerando a perspectiva de integralidade da atenção;

- Apresentar um estudo de caso clínico referente a um paciente portador do HIV atendido na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado como pré-requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde – ênfase Estomatologia.

Como abarca duas especialidades da Odontologia – Saúde Coletiva e Estomatologia – o presente trabalho é composto por dois manuscritos. O Manuscrito I, intitulado “PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ABORDAGEM DO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” está relacionado à área de saúde pública, abordando a participação do cirurgião-dentista na abordagem do paciente vivendo com HIV/aids no Sistema Único de Saúde. O Manuscrito II, intitulado “ACTINOMICOSE CERVICOFACIAL NA MAXILA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR HIV: RELATO DE CASO” trata de um relato de caso, e está relacionado à ênfase em Estomatologia. Ambos os manuscritos serão submetidos a revistas científicas para publicação. Os Manuscritos I e II seguem as normas referentes aos periódicos *Cadernos de Saúde Coletiva* e *Clinical and Medicine Research* para o qual serão submetidos, respectivamente.

3.1 Considerações Éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil e está registrado na Plataforma Brasil. O estudo está de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Ao ser convidado, o paciente foi informado dos objetivos, riscos e benefícios do estudo previamente à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.2 Manuscrito I

PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ABORDAGEM DO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autores: Mariana Klein¹, Ângela Antunes Nunes¹, Maria Cristina Munerato^{1,2}

1- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51 33598248, Email: mcmunerato@gmail.com

RESUMO

A evolução e a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral resultou na modificação do panorama da epidemia de HIV/aids, através da diminuição da morbimortalidade da doença e consequente aumento da sobrevivência dos indivíduos infectados. Com isso, o foco da atenção voltou-se para a melhora da qualidade de vida desta porcentagem cada vez maior da população. Neste contexto, destaca-se a participação do cirurgião-dentista como profissional-chave, desde o diagnóstico da doença, promoção e prevenção de agravos, e estabelecimento de aliança terapêutica com o paciente, contribuindo para melhores condições de saúde dos indivíduos que vivem com HIV/aids. Portanto, o objetivo deste trabalho é abordar o papel do cirurgião-dentista e da equipe de saúde bucal no diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes com HIV/aids, considerando a perspectiva de integralidade da atenção do paciente na rede de atenção à saúde. Como respaldo e motivação para essa discussão foi utilizado um caso clínico de paciente soropositivo atendido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Palavras-chave: HIV, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Relações Dentista-Paciente.

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde revelam que, atualmente, existem cerca de 730 mil pessoas vivendo com aids ou contaminados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil, embora muitos ainda desconheçam sua condição sorológica. O perfil epidemiológico da doença mostra uma maior concentração nas regiões sudeste e sul do País, afetando principalmente os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos de ambos os sexos. A taxa de detecção de aids no Brasil apresentou estabilização nos últimos dez anos e, apesar da doença ainda atingir mais homens do que mulheres, essa diferença vem diminuindo ao longo do tempo. A infecção é mais comum principalmente entre os grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, como homossexuais, mulheres profissionais do sexo, usuários de drogas, travestis e transexuais (BRASIL, 2014). No entanto, a epidemia tem caráter heterogêneo, acometendo diferentes perfis sociais, com tendência a interiorização, feminização e pauperização (MOTTA et al., 2014; SILVA et al., 2007).

Em 2014, por meio de portaria ministerial, a infecção por HIV foi incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Esses indicadores permitirão compreender o cenário da doença no País, oportunizando atuação eficaz sobre os seus determinantes. Através da vigilância epidemiológica, teremos melhor caracterização e monitoramento do perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades da população infectada, permitindo o aprimoramento da política pública de enfrentamento dessa epidemia (BRASIL, 2014).

A infecção pelo HIV é caracterizada pela diminuição de linfócitos T CD4+ do paciente, levando ao seu comprometimento imunológico. O vírus pode ser encontrado na maioria dos fluidos corporais dos indivíduos infectados, sendo as vias de transmissão da doença mais frequentes o contato sexual, a exposição parenteral ao sangue ou a transmissão da mãe para o feto durante o período perinatal (NEVILLE et al., 2009).

O acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral (TARV), implantado de forma pioneira no Brasil em 1996, alterou o panorama de infecção pelo HIV no País (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2007). A difusão do tratamento causou um importante impacto na morbimortalidade por aids, aumentando a sobrevivência dos indivíduos infectados e, assim, resultando em uma maior porcentagem da população vivendo com o vírus (NEVILLE et al., 2009). Em 2013, o Brasil tornou-se o terceiro país do

mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/aids, independentemente da contagem de CD4, considerando a motivação do paciente (BRASIL, 2014).

Com a diminuição da mortalidade resultante desses avanços terapêuticos, atualmente o foco tem se voltado para melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus e diminuição das suas comorbidades. Sendo assim, é de extrema importância o acompanhamento deste paciente pela equipe multidisciplinar. Além disso, a população infectada pelo vírus é cada vez maior e mais envelhecida, reforçando a necessidade de que se amplie o acesso dessa população aos cuidados em saúde (LIBERALI et al., 2013; NEVILLE et al., 2009; SILVA et al., 2011). Neste contexto, está incluído o cirurgião-dentista, contribuindo desde o diagnóstico da doença, promoção e prevenção de agravos e colaborando para melhora da qualidade de vida destes pacientes (CORRÊA et al., 2009; MOTTA et al., 2014).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é abordar o papel do cirurgião-dentista e da equipe de saúde bucal no diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes com HIV/aids, considerando a perspectiva de integralidade da atenção. Como respaldo e motivação para essa discussão foi utilizado um caso clínico de paciente soropositivo atendido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Prévios à realização deste estudo, foram obtidos a aprovação ética e o consentimento livre e esclarecido do paciente.

CASO CLÍNICO

Um paciente masculino, 31 anos foi atendido na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), encaminhado pela equipe médica, para avaliação de uma lesão na maxila. O paciente é homossexual, ex-usuário de drogas (cocaína e maconha) e há sete anos havia sido diagnosticado como portador do HIV. Uma busca no seu prontuário médico revelou diversas faltas às consultas médicas, dois episódios de abandono ao tratamento antirretroviral e dificuldades na realização dos exames de acompanhamento que eram solicitados pela equipe. Além disso, nos últimos dois anos este paciente havia procurado a unidade de emergência hospitalar nove vezes, manifestando doenças oportunistas decorrentes da sua baixa imunológica pela não realização do tratamento de forma adequada.

Ele apresentava uma lesão destrutiva extensa comprometendo a maxila, comunicando a cavidade bucal com o seio maxilar e com a cavidade nasal do lado direito, dificultando a fala e a alimentação. Associava o surgimento da lesão com o período em que realizou extração dentária nessa região e ao período de uso mais intenso das drogas. Além disso, sua saúde e higiene bucal eram precárias. O paciente relatava que essa condição interferia na obtenção de um novo emprego e nas suas relações pessoais. Acreditava que esta situação apenas melhoraria depois de concluída sua reabilitação oral. As características da lesão e a ausência de exames de controle do quadro imunológico influenciaram na formulação de hipóteses de diagnóstico para o caso que foram: linfoma, periodontite necrosante e micose profunda. Através da realização de uma biópsia da lesão, foi confirmado o diagnóstico de actinomicose cervicofacial, uma lesão infecciosa oportunista na cavidade bucal.

O baixo comprometimento do paciente em relação ao seu tratamento e a complexidade do caso incentivou a equipe odontológica a realizar um estudo do caso, na forma de um Projeto Terapêutico Singular, para que fosse possível oferecer um tratamento efetivo para este paciente. Foi realizada uma busca na literatura acerca do papel do cirurgião-dentista na condução do caso e, com as informações obtidas, seguiu-se o manejo do paciente.

Para adequada abordagem deste paciente foi necessário que fosse realizada uma extensa avaliação do seu prontuário médico e estudado o seu histórico de saúde. Articulando apoio da equipe médica, o diagnóstico da doença foi estabelecido e o paciente foi internado para o tratamento da lesão infecciosa na maxila. Iniciou-se, conjuntamente com o paciente, a construção de estratégias para sua reabilitação oral e melhora da sua qualidade de vida. Foi realizada a escuta do paciente e a criação de vínculo, compreendendo o contexto no qual ele está inserido. Foi questionado quanto a suas condições de moradia, suporte familiar, como era seu ambiente social e amizades.

O paciente recebeu orientação e motivação de higiene bucal, e foi orientado quanto às possibilidades de tratamento reabilitador, através de cirurgia plástica ou com prótese obturadora do palato. O paciente foi orientado quanto aos possíveis riscos e benefícios de cada uma das opções. Foi estabelecida a articulação com os demais serviços, como a Faculdade de Odontologia e a especialidade de Cirurgia Plástica, buscando o atendimento integral deste paciente. Considerando as

dificuldades de se conseguir a reabilitação com próteses bucomaxilofaciais pelo sistema público de saúde, o paciente permanece aguardando uma vaga para atendimento na Faculdade de Odontologia na UFRGS, onde existe um projeto de extensão que oferece próteses bucomaxilofaciais para pacientes mutilados.

Foi orientado e pactuado quanto à necessidade de melhora na sua saúde bucal e higiene dentária bem como à continuidade do seu tratamento antirretroviral. Tentou-se produzir a corresponsabilização do paciente em relação à sua doença, seguindo a lógica de se propor tratamentos melhores quando existe a participação das pessoas envolvidas. O paciente se mostrou pró-ativo, participativo e interessado em relação à continuidade do seu tratamento. Durante este trajeto, enquanto aguarda a sua reabilitação bucal, o paciente está sendo acompanhado seguidamente pela equipe de Estomatologia, com a qual o usuário construiu vínculo direto e muito positivo. Essa relação foi importante para mantê-lo engajado no projeto, possibilitando incentivá-lo e monitorar seus hábitos, como a manutenção da abstinência de drogas e a realização do tratamento antirretroviral, além de outros fatores que poderiam comprometer o sucesso do tratamento reabilitador.

Iniciou-se um projeto de pesquisa dentro da Unidade de Estomatologia com o objetivo de discutir a inserção do cirurgião-dentista dentro da Política Nacional de DST/aids e também de levantar as questões relativas ao suporte desses pacientes pelo cirurgião-dentista, seu papel na equipe multidisciplinar de atenção a esses pacientes. O paciente foi convidado a participar deste projeto, na forma de relato do seu caso clínico, que serviu de respaldo para levantar essas questões pertinentes e trazer esta discussão para a equipe de trabalho.

DISCUSSÃO

No início da epidemia, poucos profissionais da saúde - em especial os cirurgiões-dentistas - atendiam pacientes soropositivos, devido ao risco de transmissão ocupacional do HIV. Na medida em que foram se adequando as práticas de biossegurança e aumentando o conhecimento dos profissionais sobre a etiopatogenia da doença, este preconceito foi diminuindo (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; ROSSI-BARBOSA et al., 2014). Conforme consta no Artigo 2, do Capítulo 1 do Código de Ética Odontológico, “A Odontologia é uma profissão que se exerce em

benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto” (CFO, 2013). No entanto, o desconhecimento associado ao despreparo desses profissionais ainda traz limitações e deficiência na assistência aos pacientes infectados pelo HIV. Os cirurgiões dentistas, por não se sentirem seguros evitam atender essa população (CORRÊA et al., 2009; DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; SENNA et al., 2005). Dessa forma, a abordagem clínica odontológica da população que vive com HIV/aids ainda é bastante influenciada pelo preconceito – construído com base em estereótipos de pobreza e homossexualismo sobre os pacientes infectados - e pelo medo do profissional de se infectar (ROSSI-BARBOSA et al., 2014; SENNA et al., 2005). Apesar de ainda ser comum a ansiedade dos dentistas quanto ao contágio, sabe-se que o risco de transmissão ocupacional da infecção é baixo, sendo o risco médio de soroconversão após exposição percutânea com sangue infectado igual a 0,3% (NEVILLE et al., 2009). Além disso, os protocolos de biossegurança atuais reforçam que os profissionais de saúde devam considerar todos os pacientes como potencialmente infectados, adotando os procedimentos de biossegurança como rotina em todo e qualquer atendimento, indiscriminadamente (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; ROSSI-BARBOSA et al., 2014).

Frente à possibilidade de ter o tratamento odontológico negado, ou por medo de sofrer humilhação, o paciente soropositivo muitas vezes acaba omitindo essa informação do profissional ou não procura esse serviço (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001). No entanto, o cirurgião-dentista tem funções importantes na assistência aos pacientes portadores de HIV/aids. Segundo o Manual de Condutas “Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2000, cabe ao cirurgião-dentista garantir o atendimento dentro das normas de biossegurança preconizadas; estar atento às possíveis manifestações bucais relacionadas à infecção pelo HIV/aids; orientar e encaminhar o paciente ao serviço de saúde, em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/aids; garantir a continuidade dos procedimentos de rotina odontológica; interagir com a equipe multiprofissional; garantir um tratamento digno e humano, mantendo sigilo e respeitando diferenças comportamentais; manter-se atualizado sobre a epidemia no que diz respeito aos seus aspectos técnicos, clínicos, éticos e psicossociais; identificar as suas próprias limitações e trabalhá-las de maneira a não prejudicar a

relação profissional/paciente; incorporar ao seu cotidiano as ações de prevenção e solidariedade entre os seus principais procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2000).

O paciente atendido no HCPA apresentava uma lesão na maxila provavelmente relacionada à sua condição sorológica. As manifestações bucais da infecção por HIV são muito comuns, sendo resultantes do comprometimento imunológico destes pacientes. Estudos indicam que elas estão presentes em mais da metade dos pacientes infectados, podendo representar os primeiros sinais da doença (BRASIL, 2000; CORRÊA et al., 2009; LIBERALI et al., 2013; MOTTA et al., 2014). Diante desta condição, o cirurgião-dentista desempenha um importante papel no reconhecimento dessas condições, sendo necessário que ele saiba identificá-las, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença. Além disso, o exame físico da cavidade bucal é simples de ser realizado, não é invasivo e apresenta baixo custo (MOTTA et al., 2014).

As manifestações bucais podem caracterizar diferentes estágios da infecção e indicar a necessidade de exames de controle imunológico e de verificação de carga viral. Sendo assim, através do exame de cavidade oral, pode-se avaliar a progressão da infecção pelo HIV e prever o status de imunossupressão do paciente, possibilitando a intervenção precoce e contribuindo para um prognóstico mais favorável da doença (MOTTA et al., 2014, NEVILLE et al., 2009). Um estudo sobre pacientes HIV positivos revelou que a maioria dos indivíduos só procurava assistência odontológica quando apresentava sintomatologia dolorosa na cavidade bucal (MOTTA et al., 2014). Conhecendo a importância do acompanhamento odontológico dos pacientes infectados, é necessário que se trabalhe para modificar essa realidade.

As manifestações bucais foram classificadas de acordo com a frequência à qual estão associadas com a infecção pelo HIV e agrupadas em três grupos: fortemente associadas, menos comumente associadas e vistas nos pacientes portadores de HIV. Dentre as lesões fortemente associadas à infecção estão a candidíase, a queilite angular, a leucoplasia pilosa, o Sarcoma de Kaposi, o linfoma não-Hodgkin e a doença periodontal - eritema linear gengival, gengivite necrosante, periodontite necrosante (BRASIL, 2000; NEVILLE et al., 2009).

Estudos indicam que os efeitos bucais da infecção por HIV são mais comuns em pacientes de baixa renda e com menor escolaridade, justamente aqueles que apresentam higiene bucal precária e menor acesso ao serviço de saúde

odontológico (MOTTA et al., 2014). Além disso, fatores como xerostomia, higiene bucal deficiente e tabagismo podem contribuir para o desenvolvimento das manifestações bucais (MOTTA et al., 2014; NEVILLE et al., 2009). Da mesma forma, a contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 200 células/mm³ e carga viral elevada também estão associadas com o surgimento dessas patologias e, portanto, a evolução dos tratamentos antirretrovirais tem alterado as características das complicações bucais associadas ao HIV, diminuindo sua prevalência e severidade (LIBERALI et al., 2013; MOTTA et al., 2014; NEVILLE et al., 2009).

Assim como no caso clínico atendido no HCPA, a abordagem do paciente com HIV/aids deve ser realizada pela equipe multiprofissional. Frente ao diagnóstico de lesões que possam estar associadas à infecção por HIV/aids, o cirurgião-dentista pode solicitar os exames sorológicos específicos, além de orientar o paciente e encaminhá-lo para avaliação médica (SILVA et al., 2011). O tratamento das manifestações bucais deve ser realizado considerando as recomendações do Ministério da Saúde, conforme as necessidades do paciente, buscando a coordenação com os aspectos médicos de cada caso (BRASIL, 2000; SILVA et al., 2011). O plano de tratamento deve-se considerar a história médica, atentando-se para o estado de saúde geral do paciente, seu comprometimento sistêmico e medicações utilizadas, uma vez que elas podem causar efeitos indesejáveis na cavidade bucal (SENNA et al., 2005). O atendimento ao portador de HIV/aids, assim como de todo e qualquer paciente, deve seguir sempre as condutas técnicas adequadas, respeitando os princípios básicos de controle de infecção, assim garantindo a qualidade de assistência à saúde do paciente (BRASIL, 2000). Além disso, o cirurgião-dentista deve conhecer a rede de suporte oferecida aos pacientes com HIV/aids e atuar de forma integrada, realizando seu acompanhamento em conjunto com os outros profissionais de saúde da equipe.

Conforme o caso apresentado, o paciente com HIV/aids muitas vezes tem medo que seu diagnóstico seja descoberto e que ele não seja aceito socialmente, dificultando nas suas relações sociais e profissionais (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001). A doença por si só é estigmatizada, acarreta em discriminação e preconceito, podendo colaborar para isolamento social e desemprego das pessoas que vivem com HIV/aids (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; SILVA et al. 2007). Da mesma forma, as lesões bucais podem debilitar o paciente através da limitação funcional, influenciando na sua qualidade de vida e no bem estar social. (LIBERALI et al.,

2013). Portanto, a inclusão da assistência odontológica na abordagem desses indivíduos é de extrema importância, podendo colaborar para a melhora da sua autoestima e melhor inserção na sociedade (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001).

O cirurgião-dentista tem também um papel estratégico na abordagem de hábitos como o tabagismo e o etilismo, comuns nos pacientes com HIV/aids (MOTTA et al., 2014). As condições associadas ao tabagismo, como doença cardiovascular e respiratória, são os principais contribuintes para a morbimortalidade da população com HIV/aids. Dessa forma, sabendo que a doença periodontal está associada a um aumento do risco de desenvolver doenças cardiovasculares e que frequentemente está exacerbada nos pacientes infectados, é de extrema importância que se priorize o acompanhamento da saúde bucal destes pacientes (LIBERALI et al., 2013). É necessário que se amplie o acesso à saúde bucal dos pacientes que vivem com HIV/aids, e se trabalhe com foco na prevenção e na educação em saúde. Reduzindo hábitos nocivos, como o tabagismo, e trabalhando com orientação de higiene bucal, por exemplo, pode-se contribuir para uma melhora do estado geral de saúde e da qualidade de vida da população infectada.

O paciente do caso clínico apresentado abandonou seu tratamento antirretroviral em dois momentos. Por se tratar de uma doença crônica, o manejo da infecção por HIV/aids enfrenta os mesmos desafios das outras doenças com essa característica, como a necessidade de cuidados continuados, de adesão terapêutica e de integralidade da atenção (FERREIRA; SILVA, 2012). A adesão ao tratamento antirretroviral é considerada o “tendão de Aquiles” da terapia, sendo determinante para o seu sucesso (GARCIA et al., 2005). Ela é considerada um fenômeno complexo e multifatorial (MELCHIOR et al., 2007), e as dificuldades em obtê-la estão relacionadas à quantidade de medicações e à frequência da sua administração, além dos seus efeitos colaterais (GARCIA et al., 2005). A necessidade de esconder a medicação de amigos, familiares e colegas de trabalho, o uso concomitante com drogas e as dificuldades relacionadas a crenças negativas sobre o uso dos antirretrovirais também são fatores que dificultam a adesão ao tratamento (MELCHIOR et al., 2007).

A literatura sugere que os determinantes para a adesão ao tratamento são a informação e a motivação do paciente, o suporte familiar e a relação deste com o profissional (GARCIA et al., 2005). O estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente é essencial no tratamento, com empatia e

comprometimento de ambos. O paciente deve sentir-se seguro, tendo certeza da confidencialidade das informações reveladas (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001; FERREIRA; SILVA, 2012). Neste contexto que está inserido o cirurgião-dentista que pode desempenhar papel estratégico na equipe multiprofissional, através da criação de vínculo, encorajamento e incentivo (SENNA et al., 2005). O profissional deve atender o paciente de forma humanizada, compreendendo todo o contexto no qual este indivíduo está inserido (SILVA et al., 2011). Assim, a combinação desses fatores, com o paciente sentindo-se acolhido e respeitado, pode ser determinante para o sucesso do seu tratamento.

CONCLUSÃO

Há até pouco tempo, apesar de receber exaustivo acompanhamento médico, o suporte odontológico dos pacientes vivendo com HIV/aids não parecia ser prioridade. Os princípios e diretrizes da Política Nacional de DST/aids de 1999 não traz a participação do cirurgião-dentista na equipe de saúde de atenção a esses pacientes, nem no manejo dessa condição (BRASIL, 1999). Por outro lado, na medida em que foi se ampliando o conhecimento da doença, com o aumento da estimativa de vida dos pacientes infectados, viu-se a importância da inclusão do cirurgião-dentista no diagnóstico e acompanhamento desses pacientes. O Caderno de Atenção Básica número 17 relativo à saúde bucal, de 2006, já traz algumas orientações ao cirurgião-dentista quanto ao atendimento do paciente HIV positivo e hoje se compreende a necessidade do cirurgião-dentista compor esta equipe de atenção (BRASIL, 2006).

Como no caso apresentado, o próprio diagnóstico do paciente com HIV/aids já traz uma situação de discriminação social, aumentando o sofrimento do indivíduo e dificultando o tratamento. As lesões bucais, por sua vez, também podem gerar sequelas graves e comprometer a sua qualidade de vida. A reabilitação oral, nesses casos, pode representar muito mais do que restabelecimento das funções mastigação e fala. Implica também na melhora da inserção deste paciente dentro da sociedade, seja através da melhora da sua autoestima (auxiliando na manutenção do tratamento antirretroviral e na abstinência de drogas), como também possibilitando uma melhora do seu ambiente de trabalho, como o caso relatado.

Além disso, o cirurgião-dentista desempenha função importante no monitoramento de manifestações bucais decorrentes da infecção, no estabelecimento de vínculo que pode auxiliar na condução do tratamento, na prevenção de fatores de risco como doença periodontal e tabagismo que são comuns a outros agravos à saúde.

Dessa forma, garantir acesso aos serviços odontológicos, oferecendo programas de educação e prevenção de doenças bucais através da inserção de políticas de saúde voltadas para este grupo de indivíduos, é fundamental para uma melhor qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal: cadernos de atenção básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/aids Ano III. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológica: resolução nº 118, 2013.

CORRÊA, E. M. de C. et al. Nível de conhecimento e atitudes em relação a HIV/AIDS dos cirurgiões-dentistas da cidade de Piracicaba - SP, Brasil. **Revista de Odontologia da Unesp**. São Paulo, v. 38, n. 6, p. 329-334, nov/dez. 2009.

DISCACCIATI, J. A. C.; VILACA, Ê. L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v. 9, n. 4, abr. 2001.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, nov. 2012.

GARCIA, R. et al. The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: a case report. **Braz J Infect Dis**. Salvador, v. 9, n. 3, p. 251-256, jun. 2005.

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

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 87-93, dez. 2007.

MOTTA, W. K. de S. et al. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids. **Rev. odontol. UNESP**. Araraquara, v. 43, n. 1, p. 61-67, fev. 2014.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

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**. Botucatu, v. 18, n. 50, p. 585-596, 2014.

SENNA, M. I. B. et al. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-225, fev. 2005.

SILVA, L. N. et al. Atenção Precoce e Educação em Saúde na Atividade Laboral: uma abordagem da infecção pelo HIV/Aids na odontologia do trabalho. **J Bras Doenças Sex Transm**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 34-39, 2011.

SILVA, L. N., et al. Infecção pelo HIV e a atividade laboral do portador: uma relação ética e legal na visão da odontologia do trabalho. **DST - J bras doenças sex transm**. Niterói, v. 19, n. 1, p. 35-44, mar. 2007

3.3 Manuscrito II

ACTINOMICOSE CERVICOFACIAL NA MAXILA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR HIV: RELATO DE CASO

Autores: Mariana Klein¹, Ângela Antunes Nunes¹, Vinícius Coelho Carrard¹, Maria Cristina Munerato^{1,2}

1- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003. Tel: +55 51 33165005. Fax: +55 51 33598248.

Email: mcmunerato@gmail.com

RESUMO

A actinomicose cervicofacial (AC) é uma infecção incomum causada por *Actinomyces spp.* Sua apresentação clínica na maxila é rara. Este relato descreve o caso de um paciente masculino, 31 anos, com lesão destrutiva extensa comprometendo a maxila. O paciente apresentava infecção por HIV e relatava história de abuso de drogas. Após realização de exame de imagem e biópsia parcial, foi estabelecido o diagnóstico de actinomicose cervicofacial. O paciente foi tratado com Penicilina G Cristalina IV e Amoxicilina VO e seguiu acompanhamento. Apresentamos breve revisão de literatura acerca da etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento desta enfermidade.

Palavras-chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Actinomicose Cervicofacial.

INTRODUÇÃO

A actinomicose é uma infecção bacteriana supurativa incomum, causada por *Actinomyces spp*¹. A principal espécie identificada nessas lesões é *A. israelii*, além das cepas *A. bovis*, *A. naeslundii*, *A. viscosus* e *A. odontolyticus*. Esse é um grupo de bactérias anaeróbicas gram-positivas pouco virulentas, que constituem a microbiota bucal, estando presentes na saliva, placa dentária, sulco gengival e bolsas periodontais²⁻⁶.

A literatura sugere que a actinomicose cervicofacial (AC) se desenvolva após um evento traumático que comprometa a integridade da barreira da mucosa bucal, como doença periodontal, extração dentária ou qualquer tipo de manejo cirúrgico. A presença de microtraumas possibilitaria a invasão bacteriana no interior do tecido, sendo o ambiente anaeróbico favorável para o seu crescimento e estabelecimento do processo infeccioso^{1,4}. A maioria dos casos de AC seria causada por espécies *A. israelii* e *A. gerencseriae*⁷. No entanto, ela apresenta caráter polimicrobiano, e diferentes microrganismos contribuiriam para o início e para o desenvolvimento do processo infeccioso, através da criação de um microambiente propício^{7,8}.

A AC apresenta manifestação clínica variável, de caráter agudo ou crônico, afetando principalmente a mandíbula. É caracterizada comumente como uma massa endurecida de crescimento lento e indolor, com formação de abscessos e múltiplos trajetos fistulosos, com drenagem de supuração contendo “grânulos de enxofre” característicos, sendo o ângulo da mandíbula o local mais afetado^{3,6,9}.

Ainda não está bem estabelecido o papel de fatores relativos ao hospedeiro no desenvolvimento da actinomicose. No entanto, fatores sistêmicos como imunossupressão por HIV^{2,5} e diabetes^{1,2,6} já foram descritos na literatura como estando associados ao desenvolvimento da doença .

Este trabalho relata um caso clínico de paciente com AC na maxila, associado ao abuso de drogas e infecção por HIV e traz breve revisão de literatura sobre etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento dessa enfermidade.

RELATO DE CASO

Um paciente masculino, caucasiano, homossexual, 31 anos, buscou atendimento na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com a queixa de lesão na maxila com evolução de dois meses. Em relação à sua história médica, obteve o diagnóstico de infecção por HIV há seis anos e fazia o tratamento antirretroviral com Lamivudina 150 mg, Ritonavir 100mg, Tenofovir 300mg e Atazanavir 300mg. Durante a anamnese, relatou que havia abandonado este tratamento por dez meses, tendo retomado há um mês. No período em que havia interrompido o uso de antirretrovirais, foi diagnosticado e tratado para as seguintes enfermidades: sífilis secundária, pneumocistose e retinite por citomegalovírus. Relatou que havia sido usuário de drogas (cocaína e maconha) e associava o surgimento da lesão na maxila à realização de uma exodontia de pré-molar superior direito.

Ao exame físico, apresentava lesão destrutiva extensa comprometendo a maxila direita, envolvendo tanto o tecido ósseo como a mucosa oral por lingual e vestibular, na região de rebordo alveolar correspondente aos dentes 14,15 e 16 (**Figura 1**). Observou-se necrose da gengiva e da mucosa alveolar, com exposição óssea e das raízes dentárias dos dentes 13 e 17. O paciente apresentava também placa branca pseudomembranosa removível à raspagem, localizada na transição do palato duro e mole à esquerda da linha média, compatível com candidíase pseudomembranosa.

A candidíase pseudomembranosa foi tratada com Nistatina 100.000 UI/ml quatro vezes ao dia e foram solicitados exames imagiológicos para investigar a extensão da lesão (radiografia panorâmica e tomografia computadorizada). Foi agendada a biópsia da lesão destrutiva, no entanto, o paciente não retornou às consultas.

Após seis meses, o paciente compareceu novamente à Unidade de Estomatologia, apresentando evolução da lesão destrutiva na maxila direita já existente, comunicando a cavidade bucal com o seio maxilar e com a cavidade nasal (**Figura 2**). Essa comunicação tinha aproximadamente cinco centímetros, com formação de sequestro ósseo sem supuração. A mucosa circundante apresentava coloração avermelhada com áreas de erosão na sua superfície. A lesão era assintomática e o dente 18 remanescente estava envolvido no processo de

destruição óssea descrito. O paciente apresentava hálito fétido, fala anasalada, bem como saúde e higiene bucal precárias. Considerando a história médica do paciente e as características clínicas da lesão, as hipóteses de diagnóstico inicial foram periodontite ulcerativa necrosante (PUN), micose profunda e linfoma.

Os últimos exames hematológicos de acompanhamento da infecção por HIV indicavam CD4 correspondente a 367 células/ μ l (9% em relação ao total de linfócitos), relação CD4/CD8 de 0,14 e a quantificação de carga viral para HIV-1 foi de 491 cópias/ml, e logaritmo de 2,69. Apresentava anemia (3,81 milhões/ μ L de eritrócitos; hemoglobina de 11,8 mg/dL e hematócrito de 34,4%), glicemia de 88 mg/dL, VDRL não reagente, FTA-ABs IgG reagente fraco e teste de Mantoux negativo.

A tomografia computadorizada dos ossos da face apresentava a comunicação oroantral e oronasal, evidenciando também a extensão da lesão ao osso zigomático a partir da parede lateral do seio maxilar direito. Havia espessamento da mucosa dos seios maxilares, em especial no lado direito (**Figura 3**).

Foi realizado o procedimento cirúrgico visando à remoção do sequestro ósseo maxilar, bem como a obtenção de um fragmento do tecido mole adjacente à comunicação oroantral. A exodontia do dente 18 também foi realizada neste momento, por estar envolvido pela lesão.

Microscopicamente, observou-se sequestro ósseo, área de necrose e presença de colônias de *Actinomyces* spp (**Figura 4**). O teste de cultura de fungos foi negativo e o teste de coloração para fungos indicou presença de poucos elementos fúngicos.

A radiografia panorâmica foi realizada após o procedimento cirúrgico e revelou extensa perda óssea no lado direito da maxila, e ausência dos elementos dentários 18, 17, 16, 15, 14, 36 e 46. O dente 28 apresentava destruição coronária e o dente 35 apresentava alteração de posição e comprometimento periodontal (**Figura 5**).

Considerando esses achados, diagnóstico final foi de actinomicose cervicofacial. O paciente permaneceu 22 dias internado, sendo tratado com penicilina G cristalina IV 5000000 UI por três semanas. Além disso, o tratamento foi complementado com uso de amoxicilina 500mg via oral a cada 8 horas por seis meses.

Após o tratamento, foi possível observar a remissão da lesão, com ausência de tecido ósseo exposto. No entanto, permanece a área da comunicação oro-antral, assintomática e recoberta por mucosa clinicamente saudável. O paciente foi encaminhado para realização de tratamento odontológico e reabilitação com prótese obturadora do palato. Além disso, ele aguarda avaliação da equipe médica quanto à possibilidade de realizar cirurgia plástica reconstrutiva para fechamento da comunicação oronasal e oroantral. Dez meses após o tratamento, o paciente segue em acompanhamento pelas equipes de Infectologia e de Estomatologia do Hospital, sem sinais de recidiva da lesão infecciosa.

DISCUSSÃO

A actinomicose é classificada segundo sua localização anatômica em cervicofacial, torácica ou abdominal, sendo a primeira delas a mais comum^{3,9}. No entanto, a actinomicose cervicofacial (AC) é uma doença incomum, que afeta principalmente pacientes jovens e do sexo masculino⁴, como o caso em questão.

Na região de cabeça e pescoço, a actinomicose se manifesta principalmente no ângulo da mandíbula e comumente apresenta evolução lenta¹⁰. O desenvolvimento de AC na maxila é raro, havendo poucos relatos descritos na literatura^{1-4,9,10}. Em alguns casos, esta condição pode apresentar desenvolvimento rápido, evoluindo para a formação de uma fístula buco-nasal ou buco-sinusal^{1,3,4,10}, como no caso apresentado.

A instalação da doença está associada a situações que favorecem a penetração do microrganismo na mucosa, seja uma doença (cárie, doença periodontal), seja um procedimento cirúrgico (exodontias, cirurgia ortognática)^{4,9,11}. A doença periodontal e higiene bucal ruim são consideradas fatores contribuintes para a instalação e desenvolvimento da AC^{1,6,7}, como no caso descrito.

A relação da actinomicose com pacientes imunocomprometidos ainda é bastante discutida na literatura. Até o momento, não há consenso quanto à influência da imunidade do hospedeiro na instalação e desenvolvimento da doença. Contudo, alguns estudos sugerem que os pacientes infectados pelo HIV apresentariam maior suscetibilidade à doença^{2,5}. Além disso, outras condições como diabetes^{1,2,6,9}, abuso de álcool^{1,4} e uso de terapia imunossupressiva¹² parecem estar

relacionados ao desenvolvimento AC na cavidade bucal. Neste caso, os exames de controle da infecção apresentados pelo paciente indicavam contagem de linfócitos CD4 de 367 células/ μ l. Na literatura, já foi observado relato de AC em paciente HIV positivo com contagem de CD4 de 480 células/ μ l⁵. Esta condição, associada ao histórico de abandono ao tratamento antirretroviral - quando não realizou acompanhamento da sua condição imunológica - e a manifestação de outras infecções oportunistas no passado sugerem quadro de imunossupressão que pode ter oportunizado o estabelecimento da AC, além da doença periodontal e do traumatismo prévio da região.

As variações na manifestação clínica da AC podem dificultar o seu diagnóstico. A presença de grânulos macroscópicos chamados de “grânulos de enxofre” é um sinal clínico importante⁴, no entanto, não é patognomônica, e, como visto no presente caso, nem sempre é observada⁵. Sendo assim, o diagnóstico da AC deve ser estabelecido com base nos resultados histopatológicos e microbiológicos. Além disso, o uso de imagem radiográfica, tomografia computadorizada e ressonância magnética são importantes para se avaliar a extensão da lesão e o comprometimento dos tecidos circundantes^{1,3,4,6}.

Devido às diferentes formas de manifestação clínica, o diagnóstico diferencial da actinomicose oral inclui uma ampla variedade de enfermidades, incluindo neoplasias benignas e malignas e doenças infecciosas^{4-6,9}. No caso apresentado, devido à localização da lesão e ao quadro de infecção pelo HIV, a hipótese diagnóstica de linfoma não poderia ser descartada. Isso porque a maxila é um dos principais sítios de manifestação do linfoma na cavidade bucal, embora a lesão descrita não apresentasse as características clínicas usuais dessa doença¹⁰. A aparência clínica e a história médica do paciente, neste caso, sugeriam o diagnóstico de doenças infecciosas como periodontite ulcerativa necrosante (PUN) e infecções fúngicas profundas. O aspecto da lesão – com perda tecidual, ulceração, necrose e comprometimento ósseo – e a sua localização, envolvendo mucosa gengival, suportavam o diagnóstico de PUN. Além disso, a infecção pelo HIV, a higiene bucal deficiente e o odor fétido contribuíam para essa hipótese diagnóstica. No entanto, a evolução do caso, o amplo comprometimento tecidual e a ausência de dor não eram compatíveis com o diagnóstico de PUN¹³. Dentre as doenças infecciosas, estavam incluídas no diagnóstico diferencial deste caso as infecções fúngicas, como a histoplasmose e a mucormicose. Estas infecções são comuns em

pacientes HIV positivos, podendo ter aspecto clínico semelhante ao descrito neste caso, inclusive evoluindo para destruição óssea extensa^{14,15}. Sendo assim, considerando que a AC pode apresentar diferentes diagnósticos diferenciais, inclusive mimetizando lesões malignas, seu correto diagnóstico é de extrema importância^{3-6,9}.

O tratamento antibiótico realizado neste caso descrito é o de primeira escolha, de acordo com a literatura^{1,4-6}. Nos casos de lesões extensas, sugere-se que esse tratamento se estenda por períodos longos para evitar a recorrência da infecção^{1,3-5}. Na maioria dos casos, a antibioticoterapia já é suficiente para manejo dessas lesões^{1,6}. No entanto, outras vezes são necessárias intervenções cirúrgicas para drenagem dos abscessos e debridamento do tecido necrótico^{3-5,7}. Nesse caso, a remoção do tecido ósseo sequestrado e infectado bem como a antibioticoterapia sistêmica foram suficientes para o tratamento da infecção.

CONCLUSÃO

Apesar da AC ser raramente observada na prática odontológica, seu diagnóstico é importante devido a sua agressividade local, que pode resultar em sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Quando bem conduzido o tratamento, o prognóstico da doença é favorável. No caso apresentado, a extensão da lesão e a mutilação resultante tornaram necessária a reabilitação cirúrgica e/ou protética. Este relato de caso reforça a importância da inclusão da AC no diagnóstico diferencial de lesões na maxila, especialmente nos pacientes com comprometimento sistêmico.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca VAO, Reis G, Alves C, Simões MJ, Camacho E, Saraiva AP. Caso raro de coinfeção tuberculose pulmonar e actinomicose oronasal. J Bras Pneumol 2009;35(11):1152-1155.
2. Ablanedo-Terrazas Y, Ormsby CE, Reyes-Terán G. Palatal Actinomycosis and Kaposi Sarcoma in an HIV-Infected Subject with Disseminated Mycobacterium avium-intracellulare Infection. Case Rep Med 2012;1:1-3.

3. Crossman T, Herold J. Actinomycosis of the maxilla – a case report of a rare oral infection presenting in general dental practice. *Br Dent J* 2009;206(4):201-202
4. Schmidt T, Caselli G, Díaz R. Actinomicosis del Hueso Maxilar Superior. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2003;63:127-131
5. Vazquez AM, Marti C, Reñaga I, Salavert A. Actinomycosis of the Tongue Associated With Human Immunodeficiency Virus Infection: Case Report. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55(8):879-881.
6. Volpi L, Ferreli F, Bignami M, Pistochini A, Meloni F, Karligkiotis A, Castelnuovo P. A rare localization of actinomycosis mimicking ulcerative malignancy. *Case Rep Otolaryngol.* 2013;1-3
7. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, Gleizal A, Bousset L, Laurent F, Braun E, Chidiac C, Ader F, Ferry T. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist* 2014;7:183-197.
8. Moghimi M, Salentijn E, Debets-Ossenkop Y, Karagozoglu KH, Forouzanfar T. Treatment of cervicofacial actinomycosis: a report of 19 cases and review of literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(4):627-632.
9. de Andrade AL, Novaes MM, Germano AR, Luz KG, de Almeida Freitas R, Galvão HC. Acute Primary Actinomycosis Involving the Hard Palate of a Diabetic Patient. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72(3):537-541.
10. Herman WW, Whitaker SB, Williams MF, Sanguenza OP. Acute actinomycosis presenting as an ulcerated palatal mass. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56(9):1098-1101.
11. Schwartz HC, Wilson MC. Cervicofacial Actinomycosis Following Orthognathic Surgery: Report of 2 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59(4):447-449.
12. Kolm I, Aceto L, Hombach M, Kamarshev J, Hafner J, Urosevic-Maiwald M. Cervicofacial actinomycosis: a long forgotten infectious complication of immunosuppression - report of a case and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2014;20(5):22640.

13. Patton LL. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus disease. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):673-698
14. Iatta R, Napoli C, Borghi E, Montagna MT. Rare mycoses of the oral cavity: a literature epidemiologic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108(5):647-655.
15. White J, Khammissa R, Wood NH, Meyerov R, Lemmer J, Feller L. Oral histoplasmosis as the initial indication of HIV infection: a case report. *SADJ.* 2007;62(10):454-455.

FIGURAS

Figura 1: Exposição óssea na maxila direita e candidíase pseudomembranosa no palato mole à esquerda.



Figura 2: Comunicação oroantral residual.



Figura 3: Tomografia computadorizada do crânio - Reconstrução 3D (A) e cortes coronal (B) e sagital (C) - apresentando a extensão da lesão e a comunicação oroantral e oronasal na maxila direita.

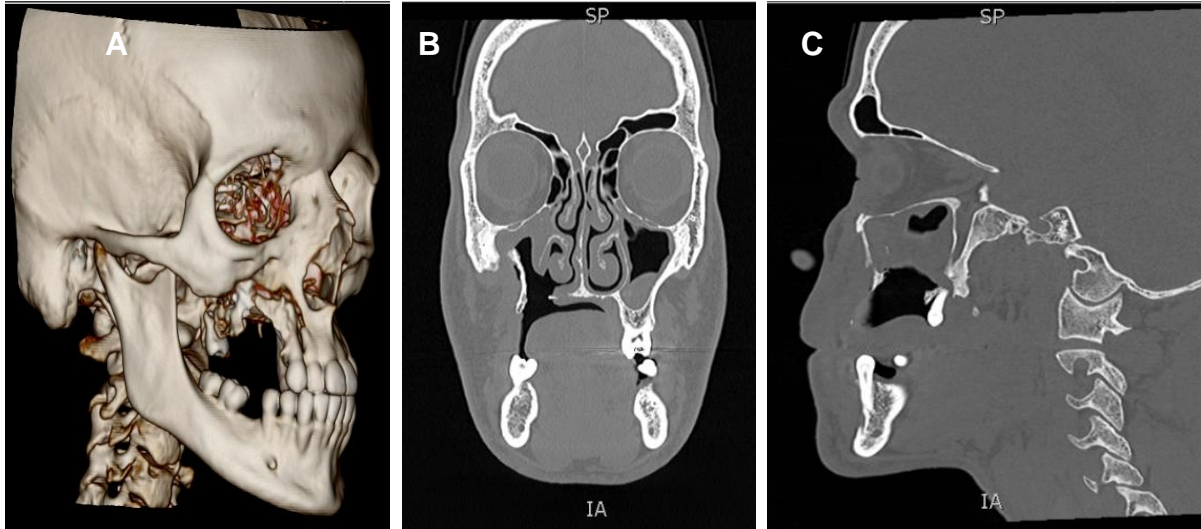


Figura 4: No corte histológico observa-se sequestro ósseo, área de necrose e colônias de *Actinomyces* spp microbianas com aspecto típico de filamentos em forma de clava na periferia. Hematoxilina e Eosina. Magnificação original de 100x (A) e 400x (B).

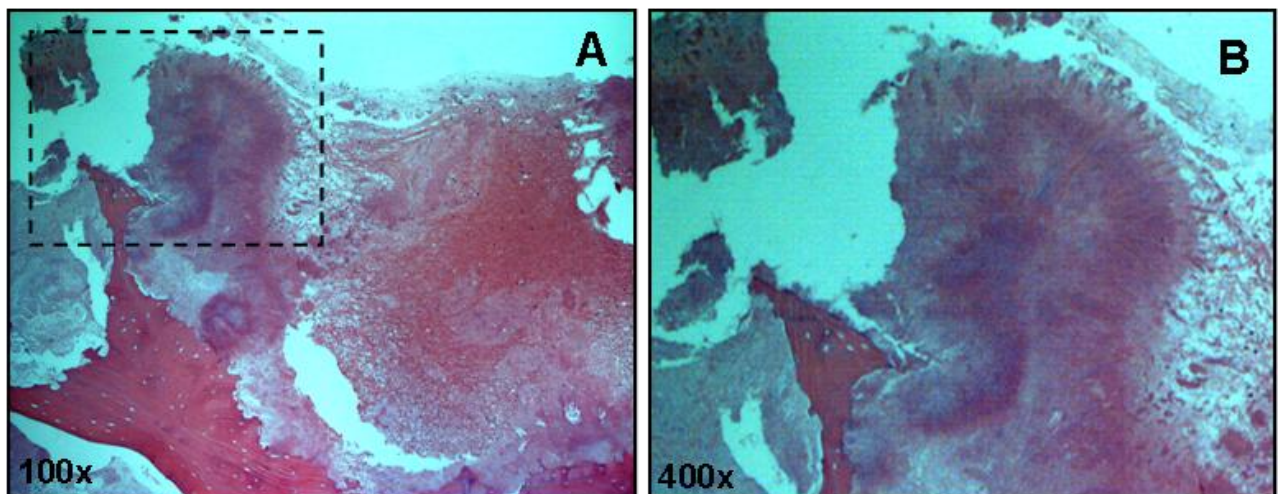
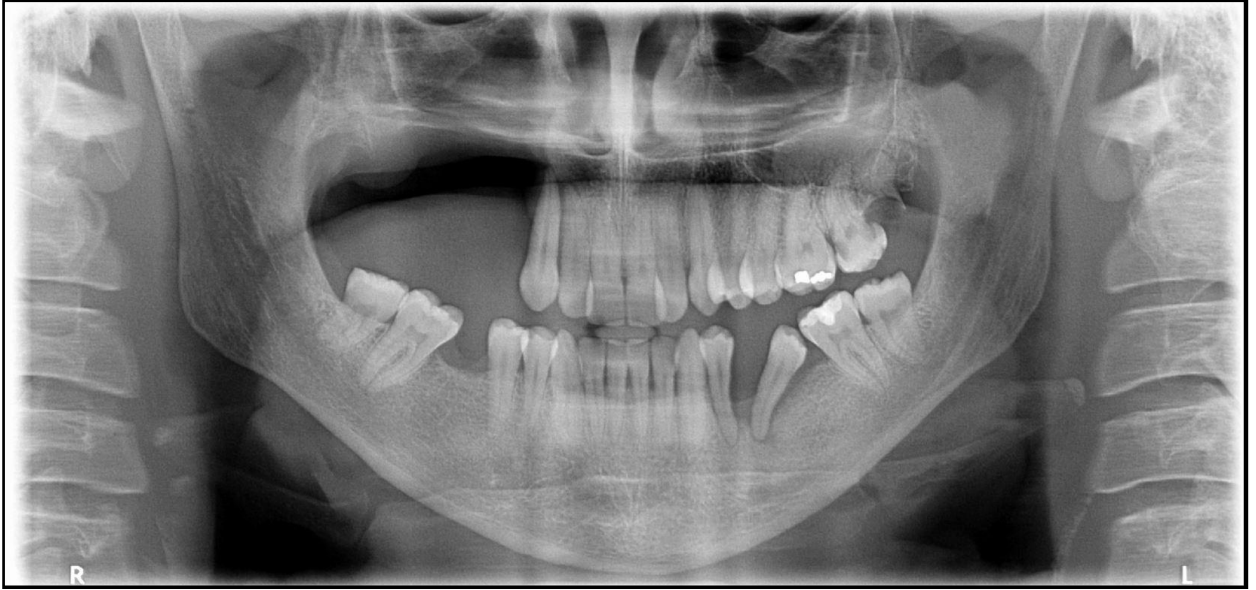


Figura 5: Radiografia panorâmica após o procedimento cirúrgico.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a aids como uma doença estigmatizada, que afeta o indivíduo do ponto de vista biológico, emocional, social e cultural, é essencial a organização do Sistema de Saúde na forma Rede de Atenção. Este sistema deve ser articulado e atuar de forma a garantir o cuidado continuado e integral a esses pacientes, e seu acompanhamento pela equipe multidisciplinar.

Nesta monografia, destacou-se o papel do cirurgião-dentista na equipe de atenção ao paciente vivendo com HIV/aids. Este profissional pode auxiliar desde o diagnóstico até o acompanhamento da doença, melhorando seu prognóstico e garantindo qualidade de vida para esses pacientes. Além disso, ele tem função estratégica na identificação e na abordagem das populações vulneráveis, incentivando as práticas sexuais seguras.

O Estomatologista é o profissional de referência para diagnóstico de lesões na mucosa oral, tendo papel-chave na abordagem dos pacientes vivendo com HIV/aids. Lesões incomuns e casos complexos como o relatado reforçam a necessidade de que o Estomatologista esteja em constante aprimoramento científico. É necessário que este profissional conheça estado de saúde sistêmico do seu paciente e esteja articulado com o restante da equipe de saúde, de forma a identificar possibilidades de diagnóstico e elaborar estratégias de tratamento eficazes. Para isso, pode-se lançar mão de ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que oportunizam a discussão em equipe, desenhando estratégias e construindo o cuidado sob a perspectiva de humanização e clínica ampliada.

Tendo em mente o conceito ampliado de saúde, como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, temos a importância da abordagem do paciente vivendo com HIV/aids sob a perspectiva da Clínica Ampliada. Deve-se valorizar o acolhimento, a construção do cuidado através da escuta do indivíduo, do estabelecimento de vínculo e autonomia e engajando-o quanto ao tratamento. A infecção por HIV/aids implica na estigmatização social e discriminação do paciente. Por isso, muitas vezes ele evita buscar o serviço de saúde e não realiza o tratamento adequado, com medo de ter seu diagnóstico descoberto, vivendo como refém da sua condição.

Neste contexto, a política de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids tem caminhado no sentido de aumentar o acesso desses pacientes à rede de saúde e

garantir a integralidade da atenção. Isso através da valorização de um fluxo organizado entre os serviços e da construção de linhas de cuidado embasadas por protocolos e diretrizes, centradas no usuário e nas suas necessidades. Um dos caminhos para se vencer o preconceito é o conhecimento e, sendo assim, destaca-se a necessidade de trabalhar a abordagem dos pacientes com HIV/aids na Educação permanente. Além disso, deve-se estimular a inclusão desse assunto nas instituições de ensino, para que os futuros profissionais da rede sejam preparados para o atendimento dessa população.

5 REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. M. D de, et al. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 13, p.1841-1849, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST: cadernos de atenção básica, n. 18. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/aids Ano III. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3087-3098, nov. 2012.

GARCIA, R. et al. The importance of the doctor-patient relationship in adherence to HIV/AIDS treatment: a case report. **Braz J Infect Dis**, Salvador , v. 9, n. 3, p. 251-256, jun. 2005.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 2, p. 87-93, dez. 2007.

MOTTA, W. K. de S. et al . Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara , v. 43, n. 1, p. 61-67, fev. 2014.

SENNA, M. I. B. et al. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-225, fev. 2005.

SILVA, L. N. et al. Atenção Precoce e Educação em Saúde na Atividade Laboral: uma abordagem da infecção pelo HIV/Aids na odontologia do trabalho. **J Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 34-39, 2011.

SILVA, L. N., et al. Infecção pelo HIV e a atividade laboral do portador: uma relação ética e legal na visão da odontologia do trabalho. **DST - J bras doenças sex transm**. Niterói, v. 19, n. 1, p. 35-44, mar. 2007

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: "Panorama atual da Política Nacional de DST/AIDS e papel do cirurgião-dentista na abordagem do paciente HIV positivo no âmbito do SUS" cujo objetivo é desenvolver uma revisão sobre a Política Nacional de DST/AIDS, apresentando uma reflexão quanto à atuação do cirurgião-dentista na abordagem multidisciplinar do paciente HIV positivo, além de analisar a história de vida de um paciente no que diz respeito ao contexto social e de saúde, descrevendo as dificuldades enfrentadas durante o processo de diagnóstico e seu tratamento junto ao sistema público. A pesquisa é de responsabilidade da Profa. Dra. Maria Cristina Munerato (CRO-RS 7715) – Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Chefe da Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Para a realização do estudo serão utilizados os dados coletados em uma entrevista, além dos dados clínicos e resultados de exames que constam no prontuário do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) bem como as fotografias e os exames de imagem realizados durante as consultas no Ambulatório de Estomatologia do Hospital. Será necessário que você responda a um questionário, contendo perguntas sobre o processo de saúde-doença e sobre as dificuldades encontradas desde seu diagnóstico até o tratamento, considerando o Sistema de Saúde vigente. O questionário será conduzido pelo pesquisador em local reservado, com duração média de 90 minutos. As perguntas poderão causar algum desconforto, considerando a duração da entrevista e o fato de poder levantar questões mobilizadoras relacionadas à própria doença ou ao Sistema Público de Saúde.

A participação no estudo poderá trazer benefícios, uma vez que a necessidade de tratamento odontológico especializado na área de prótese bucomaxilofacial será levada para discussão junto à equipe de prótese da Faculdade de Odontologia da UFRGS, buscando sua reabilitação oral provisória enquanto aguarda uma vaga para reconstrução com a equipe de cirurgia plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Além disso, este estudo poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros.

A sua participação no estudo é totalmente voluntária, e a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo, e o participante não terá nenhum custo com respeito aos processos envolvidos.

Os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal do participante, não divulgando seu nome.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa através do telefone (51) 3359 8248, na Unidade de Estomatologia do HCPA, de segunda a sexta-feira das 8h às 13h, com a pesquisadora Mariana Klein ou a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Dra. Maria Cristina Munerato. O Comitê de Ética em Pesquisa também poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no segundo andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone (51) 3359 7640, das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Esse documento será elaborado em duas vias, sendo que uma delas será entregue ao participante e outra será mantida pelos pesquisadores.

Nome do participante _____

Assinatura _____

Nome do pesquisador _____

Assinatura _____

Local e data _____