

SHEYLA KÁTIA LÚCIO DORNELAS

**AIDS PEDIÁTRICA: MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS
E SUA CORRELAÇÃO COM O GRAU DE IMUNODEPRESSÃO**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

**JOÃO PESSOA
2004**

SHEYLA KÁTIA LÚCIO DORNELAS

**AIDS PEDIÁTRICA: MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS
E SUA CORRELAÇÃO COM O GRAU DE IMUNODEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Diagnóstico Bucal.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Marize Raquel Diniz da Rosa

CO-ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Cavalcanti Gonçalves

**JOÃO PESSOA
2004**

SHEYLA KÁTIA LÚCIO DORNELAS

**AIDS PEDIÁTRICA: MANIFESTAÇÕES ESTOMATOLÓGICAS
E SUA CORRELAÇÃO COM O GRAU DE IMUNODEPRESSÃO**

DATA DA DEFESA: 26/02/2004

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marize Raquel Diniz da Rosa
Orientadora-UEPB

Prof. Dr. Ricardo Cavalcanti Duarte
Examinador-UEPB

Prof^a. Dr^a. Lélia Batista de Souza
Examinadora-UFRN

DEDICATÓRIA

A minha orientadora Prof^a. Marize Raquel Diniz da Rosa, por ter conduzido-me de maneira sábia e carinhosa em todos os momentos da minha vida profissional. Obrigada por acreditar no meu trabalho, essa vitória devo a você.

À todas as crianças que fizeram parte deste estudo e que lutam brava e silenciosamente pela vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, luz da minha vida.

Aos meus pais, **João e Noraide**, que estão sempre me encorajando nos momentos difíceis e decisivos de minha vida, essa vitória também é de vocês.

Ao meu esposo **George**, pelo incentivo, compreensão e sobretudo amor.

Aos meus irmãos, **Maíra e João Filho**, que sempre torceram por mim.

A **Prof^a. Rita de Cássia Cavalcanti Gonçalves**, pelo seu estímulo, confiança e valiosos conhecimentos transmitidos.

A **Dr^a. Maria Benalva de Medeiros**, pela inestimável e valiosa ajuda durante a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPB, pela confiança depositada.

A todos os professores deste curso de Mestrado, pelo enriquecimento do meu aprendizado.

Aos colegas de curso, pela troca de experiência e sobretudo, amizade a afeto.

A amiga Marília Brito, pela disponibilidade e colaboração.

A bibliotecária Izabel França, pela valiosa contribuição na confecção deste trabalho.

A Dr. Raul da Câmara Costa Filho, diretor do Hospital Dr. Clementino Fraga.

Aos funcionários do Hospital Dr. Clementino Fraga, pela atenção dispensada.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi determinar a frequência de manifestações estomatológicas, bem como sua correlação com a classificação imunológica de pacientes pediátricos infectados pelo HIV, acompanhados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra se constituiu de 21 crianças, sendo 12 do gênero masculino e 9 do gênero feminino, na faixa etária de 2 a 12 anos, com média de idade de 6,4 anos ($\pm 2,8$). Um único examinador realizou o exame clínico das crianças, no mesmo momento em que o exame para contagem de linfócitos CD4 foi solicitado pela médica responsável por estes pacientes no referido hospital, dados sobre a história médica foram colhidos dos seus prontuários médicos. Todos os pacientes faziam uso de terapia anti-retroviral, e 95,2% (n=20) infectaram-se por via vertical. Quinze pacientes (71,4%) apresentaram pelo menos uma lesão estomatológica no momento do exame, sendo a mais prevalente delas a linfadenopatia cérvico-facial (28,5%), seguida pela hipertrofia de parótidas (23,8%), candidíase pseudomembranosa (19%), queilite angular (19%) e eritema gengival linear (4,7%). Observou-se uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,039$) entre a presença de manifestações bucais e o grau de imunodepressão. Concluiu-se, portanto, que as manifestações estomatológicas foram frequentes entre as crianças estudadas e que sua presença esteve associada ao estado imunológico do paciente.

Descritores: Manifestações Bucais. Odontopediatria. AIDS

ABSTRACT

The object of this study was to determine the frequency of stomatological manifestations, as well as their correlation with the immunological classification of pediatric patients infected by HIV, followed up at the Hospital Complex of Infectious-Contagious Diseases (“Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas”) Dr. Clementino Fraga, in the city of João Pessoa-PB. The sample consisted of 21 children, there being 12 boys and 9 girls, ranging in age from 2 to 12 years of age, with an average age of 6.4 years (± 2.8). A single examiner performed the clinical examination of the children, at the same time at which the CD4 lymphocyte counting examination was requested by the doctor responsible for these patients at the above-mentioned hospital. Data about their medical history was collected from their medical charts. All the patients were making use of antiretroviral therapy, and 95.2% (n=20) were infected via vertical means. Fifteen patients (71.4%) presented at least one stomatological lesion at the time of examination, the most prevalent of these being cervical facial lymphadenopathy (28.5%), followed by hypertrophy of the parotids (23.8%), pseudomembranous candidiasis (19%), angular cheilitis (19%) and linear gingival erythema (4,7%). A statistically significant correlation (p=0.039) was observed between the presence of buccal manifestations and the degree of immunosuppression. It was, therefore, concluded that stomatological manifestations were frequent among the studied children and that their presence was associated with the patient’s immunological status.

Descriptors: Oral Manifestations. Pediatric Dentistry. AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1	EPIDEMIOLOGIA DA AIDS	21
2.2	TRATAMENTO	22
2.3	MANIFESTAÇÕES BUCAIS	24
3	PROPOSIÇÃO	40
4	MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1	MATERIAIS	41
4.1.1.	População alvo	41
4.1.2.	Recursos físicos	41
4.1.3.	Recursos humanos	41
4.1.4.	Recursos materiais	42
4.2	MÉTODO	42
4.2.1.	Desenho do estudo	43
4.2.2.	Questões Éticas	43
4.2.3.	Seleção da amostra	43
4.2.4.	Coleta de dados	44
4.2.5.	Exame clínico	44
4.2.6.	Crítérios de Exclusão	46
4.2.7.	Análise estatística	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6	CONCLUSÕES	61
	REFERÊNCIAS	62
	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	69
	Anexo B – Autorização do Hospital Dr. Clementino Fraga	70
	Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
	Anexo D – Ficha de Coleta de Dados	72

1 INTRODUÇÃO

No início da epidemia de AIDS no mundo, era grande o desconhecimento acerca da doença, porém ao longo dos anos esse quadro sofreu profundas alterações. Houve um aumento significativo do grau de conhecimento científico acerca do vírus, suas alterações com o organismo, sua epidemiologia e sobre as principais determinantes dessa epidemia. Porém, mesmo onde os progressos técnicos e científicos fizeram sentir com mais intensidade seus notáveis efeitos, não há lugar para descuido, nem por parte da população e nem dos profissionais da saúde (AYRES, 2002).

Apesar das infecções oportunistas que acometem pacientes infectados pelo HIV terem diminuído desde o advento do coquetel anti-retroviral, lesões bucais ainda são observadas, podendo preceder as sistêmicas, e servindo como indicadores da progressão da doença, sendo portanto de suma importância a realização de um completo exame estomatológico (ISRAEL et al., 2002). As manifestações estomatológicas comuns em crianças infectadas pelo HIV incluem: candidíase, estomatite herpética, eritema gengival linear, linfadenopatia cérvico-facial e hipertrofia de parótida (CASTRO et al., 1998a; GRANDO et al., 2002; HOWELL et al., 1996; KATZ, 1993).

Manifestações bucais estão associadas à doença AIDS desde o início de sua descoberta, estando fortemente relacionadas com o grau de imunodepressão do paciente, o que justifica o estudo das mesmas (CHIGURUPATI; RAGHAVAN; STUDEN-PAVLOVICH, 1996; HOWELL et al.,

1996; KATZ, 1993; RAMOS–GOMEZ et al., 1996). Muitas dessas manifestações são infecções oportunistas, podendo causar dor e desconforto e até constituírem-se na principal causa de morbidade e mortalidade, sendo fundamentais seu diagnóstico precoce e um tratamento adequado (GRANDO et al., 2002).

Devido ao crescente número de casos de infecções pelos pacientes menores de 13 anos de idade em várias regiões do mundo, a AIDS passa a fazer parte do cotidiano não só de médicos ou para-médicos, mas também de cirurgiões – dentistas, que cada vez mais devem tratar em seus consultórios crianças infectadas pelo HIV, devendo portanto, estarem aptos ao realizarem o exame de seus pacientes, observando cuidadosamente as regiões da cabeça e pescoço, além da cavidade bucal, uma vez que a ocorrência de manifestações estomatológicas é um importante marcador clínico da infecção pelo HIV.

Visando a conhecer a condição estomatológica de pacientes pediátricos infectados pelo HIV, no Estado da Paraíba, propusemo-nos neste trabalho avaliar a frequência de lesões estomatológicas e sua correlação com o grau de imunodepressão, em menores de 13 anos, portadores do HIV, pacientes do Hospital Clementino Fraga, na Cidade de João Pessoa – PB.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) foi reconhecida oficialmente como doença em 1981, pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) em função de uma explosão de casos inexplicados de Sarcoma de Kaposi e de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em homossexuais masculinos ocorridos em diversas cidades dos Estados Unidos (OLESKE et al., 1983).

A AIDS é uma doença de origem infecciosa, viral, letal, que atinge o sistema imunológico do portador, deixando-o predisposto às infecções oportunistas (AMMANN et al., 1982). É uma deficiência imunológica, secundária à infecção pelo HIV, resultante principalmente da infecção e destruição de linfócitos “T” auxiliares. Na primeira etapa, o indivíduo possui infecção, mas sem sintomas, entretanto, pode transmitir o vírus e é chamado de “portador assintomático” (GHERSEL; RODRIGUES; TANNOUS, 1999).

O agente etiológico da AIDS é um retrovírus humano, denominado HIV (Human Immunodeficiency Virus) e que tem tropismo específico para células que apresentam o antígeno de superfície CD4, cujas principais representantes são linfócitos T auxiliares e células do sistema macrofágico – monocitário. A ligação do HIV com a célula hospedeira ocorre por interação entre uma glicoproteína do envelope viral, o gp 120 e a molécula CD4 das células hospedeiras, que propicia a internalização da partícula viral. Uma vez no interior da célula hospedeira, o vírus é descoberto e seu RNA é convertido em DNA, por meio da ação da enzima transcriptase reversa. O DNA viral será,

então, incorporado ao DNA do hospedeiro, possibilitando o início da sua replicação (BUSHMAN; FUJIWARA; CRAIGIE, 1990; GOUDSMT; WALF; PAUL, 1986; RACHID; SCHECHTER, 2003).

A infecção pelo HIV em crianças foi relatada pela primeira vez em 1983 (OLESKE, et al., 1983; RUBINSTEIN, et al., 1983) e descrita como ocorrendo em crianças com menos de 13 anos de idade. Pacientes com mais de 13 anos estão incluídos estatisticamente no grupo dos adolescentes ou adultos por apresentarem padrões semelhantes da doença, tais como formas de transmissão, fatores de risco, métodos de diagnósticos e manifestações clínicas (CDC, 1994).

A contaminação pelo HIV, em crianças, é identificada pela presença de vírus em sangue ou tecidos. A detecção de anticorpos contra o vírus é um indicador da infecção para o HIV, mas a presença de anticorpos maternos, passivamente transferidos pode persistir por 15 meses, o que limita a interpretação destes testes em crianças expostas à transmissão perinatal. Logo, a infecção é definida em pacientes com menos de 15 meses de vida, através de cultura para HIV ou PCR positivo e para crianças com mais de 15 meses, através do ELISA (HIV) confirmado pelo Western Blot positivo, (CDC, 1994; GHERSEL; RODRIGUES; TONNOUS, 1999; LINHARES, et al., 1995; PETERSEN et al., 1993).

Crianças infectadas pelo HIV apresentam alterações imunológicas, predispondo-as a um maior risco de infecção secundária, e aquelas que adquirem o HIV por via perinatal apresentam período de incubação relativamente curto, ou seja, tendem a apresentar evolução mais rápida e severa da doença AIDS do que aquelas infectadas por outras vias. Esta

situação clínica reflete o grau de imaturidade do sistema imune desses pacientes, no momento da infecção pelo HIV, fazendo com que a maioria inicie as manifestações clínicas nos três primeiros anos de vida, com sinais de imunodeficiência grave. (ORTIGÃO-DE-SAMPAIO; CASTELLO-BRANCO, 1997). Chigurupati, Raghavan e Studen – Pavlovich (1996) relataram que mais da metade das crianças infectadas pelo HIV se tornam sintomáticas, no primeiro ano de vida. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), cerca de 10% a 15% dos pacientes evoluem com imunodepressão precoce e deterioração clínica nos primeiros dois anos de vida, caracterizando padrão de progressão rápida. A maior parte, 50% a 70% apresenta padrão de evolução intermediário, em que predominam sinais e sintomas leves nos primeiros cinco anos de vida. Um terceiro grupo, cerca de 10% a 15%, tem progressão lenta e livre de manifestações da doença até 8 anos de idade.

Em 1987, o “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC,1987) propôs uma classificação clínica para a AIDS pediátrica (figura 1).

CLASSIFICAÇÃO	INFECÇÃO
P-0	Infecção indeterminada
P-1	Assintomática
P-2	Sintomática
P-3	Soronegativa depois de 15 meses

Figura 1: Quadro da classificação da infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos segundo o CDC-1987.

Em 1994, o CDC (1994) baseado em parâmetros clínicos e imunológicos dos pacientes, sugeriu uma nova classificação para a AIDS pediátrica (figuras 2 e 3), substituindo a classificação de 1987.

Grau de Imunodepressão	<i>Categorias Clínicas</i>			
	N: sintomas Ausentes	A: sintomas Leves	B: sintomas Moderados	C: sintomas Graves
1. Ausente	N1	A1	B1	C1
2. Moderada	N2	A2	B2	C2
3. Grave	N3	A3	B3	C3

Figura 2: Quadro da Classificação da AIDS pediátrica segundo o CDC, 1994.

Categoria N: assintomática

Categoria A: Sintomatologia leve

- Linfadenopatia
- Hepatoesplenomegalia
- Dermatite
- Aumento de parótidas
- Infecção respiratória superior recorrente

Categoria B: Sintomatologia moderada

- Anemia, neutropenia ou plaquetopenia por mais de 30 dias
- Meningite, pneumonia ou sepse (um único episódio)
- Candidíase oral por mais de 2 meses e crianças maior de 6 meses
- Cardiomiopatia
- Diarréia crônica ou recorrente

- Hepatite
- Estomatite herpética (mais de 2 vezes em 1 ano)
- Herpes zoster (2 ou mais episódios ou mais de 1 dermatomo)
- Pneumonia intersticial linfóide
- Nefropatia
- Nocardiose
- Febre persistente por mais de um mês
- Varicela disseminada
- Toxoplasmose ou CMV com menos de 1 mês de idade

Categoria C: Sintomatologia grave, criança com qualquer das doenças definidoras de AIDS (CDC, 1987) com exceção da pneumonia intersticial linfóide (LIP)

- Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes
- Candidíase esofágica ou pulmonar
- Coccidioidomicose disseminada
- Criptococose extrapulmonar
- Criptosporidíase ou isosporíase com diarreia (mais de 1 mês)
- Encefalopatia pelo HIV
- Histoplasmose disseminada
- *Mycobacterium* disseminada
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*
- Septicemia por salmonela, recorrente
- Toxoplasmose cerebral

- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma primário
- Outros linfomas

Imunodepressão	<i>Idade</i>					
	< 12 meses		1-5 anos		6-12 anos	
	Total	%	Total	%	Total	%
1. Ausente	≥ 1500	≥ 25	≥ 1000	≥ 25	≥ 500	≥ 25
2. Moderada	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
3. Grave	< 700	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

Figura 3: Quadro das categorias imunológicas de acordo com a idade e contagem de linfócitos CD4 segundo o CDC, 1994.

O quadro clínico da criança com AIDS é muito diversificado, podendo apresentar-se desde a forma assintomática até o comprometimento de quase todos os órgãos e sistemas. Para o pediatra geral, o diagnóstico de AIDS é dado, muitas vezes, apenas quando a criança já apresenta intenso comprometimento clínico e imunológico, dificultando o tratamento precoce, que seria feito com melhores resultados (HORNKE; BARBOSA, 2000). Segundo Sallum et al. (1996), Souza et al. (2000) os Cirurgiões – Dentistas também são responsáveis na suspeita diagnóstica da AIDS, pois a literatura aponta lesões, decorrentes de infecções oportunistas, seja ela fúngica, viral ou bacteriana, na região da cabeça e pescoço e, principalmente na boca, geralmente como as mais precoces, devendo estes profissionais estarem atentos e conscientes dessas manifestações decorrentes da infecção pelo HIV.

O HIV já foi isolado do sangue, sêmen, secreções vaginais, saliva, lágrima, leite materno, fluido cérebro-espinhal, fluido amniótico e urina, mas evidências epidemiológicas indicam que apenas o sangue, o sêmen, as secreções vaginais e o leite materno estão comprometidos como vias de transmissão (GHERSEL; RODRIGUES; TONNOUS; 1999; LINHARES, et al. 1995; MAGALHÃES; CHIARADIA, 2000).

Apenas um pequeno número de crianças adquire o HIV através de abuso sexual, uso de drogas injetáveis, transfusões sanguíneas e hemoderivados, sendo a transmissão vertical a principal via de contaminação do HIV em crianças (GRANDO et al., 2002; MAGALHÃES et al., 2001).

A transmissão do HIV da mãe para filho pode ser chamada de vertical, intra – uterina, transplacentária, perinatal e congênita (FALOON et al., 1989). Pode ocorrer no útero, em qualquer período da gestação, durante o parto normal ou cesariano ou ainda através do aleitamento materno (GHERSEL; RODRIGUES; TONNOUS, 1994; HERDY et al., 1996; HOERNLE; REID, 1995; LIMA; SILVEIRA; BIRMAN, 1994; MA WHINNEY; PAGANO; THOMAS, 1993). A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV, cerca de 65%, ocorre durante o parto e os 35% restantes ocorrem durante a gestação, principalmente nas últimas semanas, e através do aleitamento materno (BERTOLLI apud BRASIL, 2003). A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20% e com uso combinado de determinadas intervenções pode ser reduzida para valores menores que 1% (CANNOR apud BRASIL, 2003).

De acordo com dados do último Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, até o ano de 1990, 55,3% dos casos de AIDS, em

pacientes menores de 13 anos de idade, deram-se por via perinatal, enquanto que 35,2% se deram por via sanguínea, seja ela através do uso de drogas injetáveis ou transfusões de sangue e hemoderivados. Em 2002, a via perinatal sofreu um aumento, sendo responsável por 85,9% dos casos de infecção pelo HIV, enquanto que a contaminação pela via sanguínea se tornou responsável por apenas 6,3% desses pacientes, sendo este dado comparável com o risco de infecção sanguínea encontrado em países como a França e os Estados Unidos (DADOS...,2002).

Observando 41 crianças infectadas pelo HIV e tratadas no Hospital Infantil de AIDS do Okland, Ramos–Gomez et al. (1994) constataram que 82,9% (n = 34) dos pacientes foram infectados através da mãe e apenas 17% (n=7) através do uso de sangue e seus derivados.

Del Toro et al. (1996), examinaram 28 crianças com AIDS na faixa etária de 2 meses a 13 anos de idade, pacientes do “Strong Memorial Hospital (SMH)”, em Rochester, Nova York, e verificaram que 100% das crianças adquiriram o HIV por transmissão vertical.

Investigando 60 crianças HIV positivas, com média de idade de 5,8 anos (± 3) que recebiam tratamento em um hospital infantil Howell et al. (1996), observaram que 91,7% (n=55) se contaminaram perinatalmente, 5% (n=3) através de transfusão e 3,3% (n=2) por via sexual.

Um grupo de 63 pacientes infectados pelo HIV, com idade entre 0 e 16 anos foi avaliado, em um Centro de Saúde de Enugu, Nigéria por Emodi e Okaford (1998). Verificou-se que a via de infecção vertical foi documentada em 30% desses pacientes, enquanto que 68% foram infectados por transfusão sanguínea.

Castro (1998) observou que dos 92 pacientes pediátricos que examinou, 88% (n=81) adquiriram o HIV por transmissão vertical e 4,3% (n=4) por transfusão de sangue, em 7,7% dos casos a via de infecção foi ignorada.

Fonseca, Cardoso e Pomarico (2000) avaliaram 51 crianças portadoras do HIV, com idades entre 1,8 e 11,6 anos, e verificaram que 78,43% (n=40) foram infectadas verticalmente, 19,61% (n=10) por transfusão de sangue e 1,96% (n=1) através de causas indefinidas.

Examinando 38 crianças, de 0 a 13 anos de idade, que recebiam cuidados no Centro Odontológico de Cuidados Especiais da Faculdade de Odontologia de São Paulo, Magalhães et al. (2001), verificaram que 100% das crianças adquiriram o HIV através de suas mães.

Observando 184 crianças infectadas pelo HIV, sendo 26 pacientes do ambulatório de AIDS pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, 117 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da UFRGS ambos em Porto Alegre, e 41 do Centro Pediátrico para Doenças Infecciosas do Hospital Universitário e Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Nova York, Grandó et al. (2002) verificaram que 97,28% (n=179) delas se contaminaram por via vertical.

Fallo et al. (2002) observaram os registros médicos de 389 crianças portadoras do HIV e pacientes de um hospital de referência para *tratamento de* AIDS, Hospital “Dr. Ricardo Gutiérrez” em Buenos Aires, Argentina, e verificaram que a transmissão perinatal ocorreu em 94,9% das crianças.

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA AIDS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que até dezembro de 2001, havia 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo. Apenas em 2001, 3 milhões de pessoas morreram em consequência da AIDS, sendo 1,32 milhões de homens, 1,1 milhões de mulheres e 580.000 crianças. Ainda segundo a OMS, 5,3 milhões de pessoas se infectaram em 2001, (sendo as crianças responsáveis por 15% desse número), isto significa mais de 15.000 pessoas a cada dia ou onze a cada minuto (RACHID; SCHECHTER, 2003).

No Brasil, no início dos anos 80, a epidemia afetava principalmente homo/bissexuais masculinos, brancos e de classe média ou alta, habitantes das grandes metrópoles. Na segunda década da epidemia, homens heterossexuais, mulheres, crianças e todas as classes sociais estão sendo atingidas (RACHID; SCHECHTER, 2003).

Quanto à distribuição dos casos de AIDS, segundo a categoria de exposição, a epidemia causada pelo HIV vem crescendo consideravelmente entre heterossexuais, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao vírus. Em 1993, 25% dos casos de contaminação se dava através das relações homo e bissexuais, e 30% por via heterossexual. Atualmente percebe-se considerável aumento na frequência de contaminação através das relações heterossexuais 58%, em detrimento das homo e bissexuais 16,3%. Como consequência, a razão de casos entre homens e mulheres sofreu uma redução, em 1990 era de 6,5: 1, e em 2002 passou a ser de 1,7:1 (DADOS..., 2002).

O crescente papel da transmissão heterossexual e a contínua alteração da razão homem/mulher, no sentido de uma participação

proporcionalmente maior das mulheres, tanto entre os casos novos da doença, como entre os portadores do HIV, conseqüentemente apontam para um maior risco da transmissão vertical (BASTOS; BARCELLOS, 1995; CASTILHO; SZWARCOWALD, 1997).

Há atualmente uma desaceleração nas taxas de incidência de AIDS no país como um todo, desde 1999, ano em que o número de casos diagnosticados foi de 24.233 até o ano de 2002, no qual o número de casos novos foi de 9.495. O número total de casos notificados no Brasil desde 1980 até dezembro de 2002 foi de 257.780 casos, sendo 180.531 homens, 68.528 mulheres e 8721 crianças menores de 13 anos de idade (DADOS..., 2002).

De acordo com os dados do Sistema de Informação e Agravos de Notificação da Secretária de Saúde do Estado da Paraíba (SINANW/SES/PB,2004), foram notificados no Estado até dezembro de 2003, 2257 casos de infecção pelo HIV. Dentre eles, 56 são em crianças menores de 13 anos, 1.618 em adultos do gênero masculino e 583 adultos do gênero feminino.

2.2 TRATAMENTO

O tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) compreende vários aspectos: terapêutica anti-retroviral, intervenção profilática e tratamento dos agravos infecciosos mais freqüentes (AMATO NETO; PASTERNAK; AMATO, 1996; MAGALHÃES; CHIARADIA, 2000). Esquemas terapêuticos potentes, até o momento, não resultaram na erradicação da infecção pelo HIV. Portanto, os objetivos do tratamento são, por

meio do controle da replicação viral, preservar ou restaurar a integridade imunológica e impedir ou diminuir as conseqüências da infecção, proporcionando maior sobrevida com qualidade (BRASIL, 2003).

O início da terapêutica anti-retroviral está baseada na apresentação clínica e alteração imunológica do paciente, segundo a classificação de AIDS pediátrica do CDC, 1994 (BRASIL, 2003; DELLA NEGRA, 1997; MAGALHÃES; CHIARADIA, 2000). O Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (1994), baseado na contagem de linfócitos CD4 e na categoria clínica do paciente, formulou um quadro (figura 4) para indicação do início da terapia anti-retroviral (TARV). Nas categorias N1 e A1, a recomendação é de acompanhamento clínico e laboratorial regulares, sem tratamento. Nas categorias N2 e B1, pode-se considerar que o tratamento e a introdução da TARV dependerão da evolução clínica e laboratorial do paciente. Portanto, recomenda-se o acompanhamento clínico-laboratorial em intervalos inferiores a 3 meses. Nas demais categorias, está indicado o início imediato da terapia.

Alteração Imunológica	N	A	B	C
Ausente (1)	N ₁	A ₁	B ₁	C ₁
Moderada (2)	N ₂	A ₂	B ₂	C ₂
Grave (3)	N ₃	A ₃	B ₃	C ₃

Figura 4: Quadro de indicações para início de terapia anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV, de acordo com a classificação do CDC (1994).

Legenda:

	Não trata, observar
	Considerar tratamento
	Tratar

2.3 MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Desde os primeiros relatos de casos da infecção pelo HIV, lesões orais têm sido descritas em associação com a doença AIDS. Estas lesões têm ampla relação com o estado imunológico do paciente e o prognóstico da doença, de forma que pacientes com imunodepressão severa têm maiores chances de desenvolvê-las (AMMANN et al., 1982; CHAN et al., 1994; CHIGURUPATI; RAGHAVAN; STUDEN-PAVLOVICH, 1996; HOWELL et al., 1996; KATZ et al., 1993; O'REILLY et al., 1982; RAMOS-GOMEZ et al., 1996).

Em pacientes pediátricos soropositivos para o HIV, as manifestações orais não são tão freqüentes como em adultos, isto provavelmente devido à rápida progressão da infecção em crianças. No entanto, a presença da lesão oral é um indicador clínico do grau de imunodepressão, sendo sua observação de grande importância (FONSECA; CARDOSO; POMARICO, 2000; ISRAEL et al., 2002; KATZ et al., 1993; NAVAZESH, 2001).

Segundo Greenspan e Greenspan (1996), poucos pacientes com infecção pelo HIV deixam de apresentar lesões bucais durante o curso da doença. As lesões bucais refletem as condições da infecção e o estágio da imunodepressão e são elementos importantes nos esquemas de classificação e estratificação da doença.

De acordo com Ramos–Gomez (1997), a maioria das crianças com infecção congênita por HIV parece normal ao nascimento. As dificuldades clínicas começam no primeiro ano de vida e, em cerca de 50% delas, as manifestações orais são os primeiros sinais. Sendo sinais clínicos precoces da infecção por HIV e da progressão da doença em crianças, essas manifestações

podem ser usadas como diferenciais de diagnóstico, especialmente em países em desenvolvimento.

A importância das manifestações estomatológicas, nas crianças infectadas pelo HIV, levou à inclusão destas nos critérios de classificação da AIDS pediátrica proposta pelo CDC em 1994 e estas têm sido apontadas como de grande valor prognóstico na avaliação da progressão da doença (CDC, 1994).

O Centro de Problemas Bucais Relacionados à Infecção pelo HIV, da Comunidade Económica Europeia (EEC, 1991) juntamente com o Centro de Colaboração sobre Manifestações Bucais do HIV, da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugeriram uma nova classificação e critérios para o diagnóstico de lesões bucais relacionadas com o HIV em 1991, os quais foram completados em 1993 (EEC, 1993). Nesse novo agrupamento, mais de 30 lesões bucais foram distribuídas em três categorias, a saber: 1) lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV; 2) lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV; 3) lesões possivelmente associadas à infecção pelo HIV, como pode ser observado na figura 5.

Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV
Candidíase: Eritematosa Pseudomembranosa Linfoma Não-Hodgkin Doença Periodontal: Eritema Gengival Linear Gengivite (Úlcero) Necrosante Periodontite (Úlcero) Necrosante
Lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV
Infecção Bacteriana: <i>Mycobacterium avium</i> – intracelular <i>Mycobacterium tuberculosis</i> Doença de Glândula Salivar: Xerostomia devido à diminuição do fluxo salivar Tumefação uni ou bilateral das glândulas salivares Púrpura Trombocitopênica Ulceração inespecífica Infecções Virais: Vírus Herpes Simples Vírus Papiloma Humano Vírus varicela Zoster
Lesões possivelmente associadas à infecção pelo HIV
Infecções Bacterianas: <i>Actinomyces israelii</i> Doenças por Arranhadura de Gato Reações a Drogas (Úlceras, Eritema Multiforme, Liquenóide, Toxicidade, Epidermólise) Angiomatose Epitelióide (bacilar) Outras infecções Fúngicas: <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Geotrichum candidum</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Mucoraceae (mucormycosis / zygomycosis)</i> <i>Aspergillus flavus</i> Distúrbios Neurológicos Estomatite Aftosa Recorrente Infecções Virais: Cytomegalovírus <i>Molusco Cortaginoso</i>

FONTE: Adaptado da Classificação e Critérios de Diagnóstico das Lesões Bucais na infecção pelo HIV, EEC,1993.

Figura 5: Quadro da classificação das lesões bucais na infecção pelo HIV

Ketchem et al. (1990), observaram 47 crianças, sendo 25 meninas e 22 meninos, no período de agosto de 1989 a outubro de 1989, pacientes do “Children’s National Medical Center (CNMC)” infectadas verticalmente, entre 3 meses e 6 anos e meio de idade. Estes pacientes foram classificados de

acordo com a classificação do CDC (1987), 6 (23%) de 26 pacientes com infecção indeterminada (P-O), e 6 (60%) de 10 pacientes com infecção sintomática (P-2) apresentaram candidíase pseudomembranosa em uma frequência de 25%. Nos pacientes P-2 a candidíase foi bem mais severa. A diminuição do número de leucócitos CD4 determinou um aumento na frequência e gravidade da candidíase.

Após examinarem 99 crianças, sendo 56 meninas e 43 meninos infectados pelo vírus HIV, no período de 1987 a 1990, pacientes do Centro Pediátrico do Hospital Memorial Jackson, em Miami, Katz et al. (1993) verificaram que 72% apresentaram candidíase bucal, 47% hipertrofia de parótida, 24% herpes simples e 4% queilite angular, estando o aumento das parótidas associado a uma progressão mais lenta da doença AIDS. A expectativa média de vida dos pacientes com hipertrofia de parótidas foi de 5,4 anos, para aqueles com herpes simples foi de 4,3 anos, enquanto que os pacientes que apresentaram candidíase tiveram um tempo médio de vida de 3,4 anos. Concluíram que a presença de candidíase bucal e aumento de parótidas eram importantes sinalizadores no que dizia respeito ao prognóstico da doença.

Moniace et al. (1993) examinaram 69 crianças HIV positivas, na faixa etária de 3 a 96 meses, no período de setembro de 1989 a julho de 1991, a fim de avaliar o tipo e a prevalência de manifestações bucais e observaram uma alta frequência de lesões bucais em crianças sintomáticas (P-2). Houve uma alta percentagem de associação entre a presença de candidíase (39%) e a doença AIDS, sendo esta a lesão mais prevalente, seguida pela queilite angular (5,8%), hipertrofia de parótidas (4,3%) e estomatite herpética (1,4%). A

candidíase pseudomembranosa apresentou forte correlação com o baixo número de linfócitos CD4. Verificaram ainda que em pacientes P-1 o início de cândida é um sinal de que a doença vai começar a progredir. Houve uma relação positiva entre o estado do paciente e o aparecimento de manifestações orais.

Com o intuito de determinar o tipo e a freqüência de manifestações orais em pacientes infectados verticalmente pelo HIV, Ramos-Gomez et al. (1994) examinaram um grupo de 41 crianças, no período de janeiro de 1992 a fevereiro de 1993, pacientes do "Oakland Children's Hospital AIDS". Estes pacientes foram divididos em dois grupos, no grupo A (n=34) estavam aqueles infectados perinatalmente, e no grupo B (n=7), aqueles infectados através de produtos do sangue. Das crianças do grupo A, 90% tiveram pelo menos uma manifestação oral, sendo a candidíase pseudomembranosa (37%) e a hipertrofia de parótidas (32%) as mais prevalentes delas. No grupo B, 71% tinham pelo menos uma manifestação bucal.

Valdez, Pizzo e Atkinson (1994) após examinarem 40 crianças, sendo 22 meninos e 18 meninas, com idade entre 2 e 11 anos, infectadas pelo HIV e medicadas com agentes anti-retrovirais, encontraram uma freqüência de 47,5% (n=19) de gengivite, 35% (n=14) de candidíase bucal, 10% de queilite angular (n=4) e 10% (n=4) de hipertrofia de parótidas.

Objetivando relacionar a prevalência de manifestações bucais e o estado imunológico de crianças HIV positivas, Chan et al. (1994) examinaram, no período de outubro de 1988 a setembro de 1992, 33 crianças, sendo 17 meninos e 16 meninas, entre 1 mês e 8 anos de vida expostas ao vírus HIV, tratadas no "Hospital for Sick Children", em Toronto, Canadá. As manifestações

estomatológicas mais freqüentes foram linfadenopatia cervical (54,5%), candidíase pseudomembranosa (42,4%), hipertrofia de parótida (3%) e ulcerações (3%). A candidíase bucal e a linfadenopatia cervical estavam associadas à diminuição do número de linfócitos CD4.

Foram examinadas por Linhares et al. (1995), 60 crianças, sendo 28 meninas e 32 meninos, na faixa etária de 0 a 6 anos de idade, internas no Instituto Emílio Ribas em São Paulo. Verificou-se que a candidíase (21,66%) foi a lesão mais prevalente, seguida pela parotidite crônica (6,66%), queilite angular (1,6%) e herpes bucal (1,6%).

Del Toro et al. (1995) examinaram 24 crianças infectadas pelo HIV, sendo 13 meninos e 11 meninas, na faixa etária de 2 meses a 13,5 anos com o objetivo de verificar suas manifestações orais. Todos os pacientes estavam tomando drogas anti-retrovirais no momento do exame oral. De acordo com a classificação do CDC (1987), 7 pacientes eram P-1 (assintomáticos), dos quais 14,3% (n=1) apresentou manifestações bucais, e 17 eram P-2 (sintomáticos), com 52,9% (n=9) deles apresentando alterações bucais. Quanto ao tipo de lesão encontrada, 16,7% (n=4) dos pacientes apresentaram candidíase oral pseudomembranosa, seguido por 8,3% (n=2) de ulceração aftosa e 4,2% (n=1) de hipertrofia de parótida. Os autores concluíram que a prevalência de manifestações bucais aumentava a medida que a doença HIV progredia.

Objetivando investigar a prevalência de lesões em tecidos moles e sua relação com os níveis de linfócitos CD4, em pacientes pediátricos infectados pelo HIV, Howell et al. (1996) examinaram 60 pacientes, na faixa etária de 1 a 18 anos, com média de idade de $5,8 \pm 3$ anos, sendo 26 meninos e 34 meninas pacientes do "Children's Hospital Aids Program". Dos pacientes

examinados, 45% tinham gengivite, 38% eritema linear gengival e 32% candidíase. Os pacientes que não apresentaram candidíase (68%) tiveram a contagem de CD4 mais alta (CD4=663) que os com candidíase (CD4=218). Concluíram que as lesões orais estavam associadas à baixa contagem de linfócitos CD4.

A fim de comparar a prevalência de manifestações em tecidos moles orofaciais em crianças infectadas e não infectadas pelo HIV, Ramos-Gomez et al. (1996) revisaram os prontuários médicos de 492 crianças do Norte da Califórnia, expostas verticalmente ao vírus. Aplicando-se os critério do CDC (1994) para definir a infecção em pacientes pediátricos, a amostra examinada foi dividida em um grupo teste de 91 crianças HIV positivas e um grupo controle de 185 pacientes soro negativos ou sororevertidos. De acordo com os prontuários, foi registrado para as crianças do grupo teste 67% de candidíase orofaríngea, 4% de aumento das parótidas, 3% de herpes simples, enquanto que para as do grupo controle esteve presente apenas a candidíase orofaríngea em uma frequência de 8%. A candidíase orofaríngea foi fortemente associada à baixa contagem de CD4. Concluíram que a presença de manifestações bucais em crianças soropositivas, menores de um ano de idade, quando combinada com outros indicadores, como a contagem de células CD4, foi um significativo indicador do prognóstico e um fator crucial no planejamento das intervenções e tratamento desses pacientes.

Objetivando verificar a relação entre manifestações orais e a progressão da doença AIDS em pacientes pediátricos infectados verticalmente pelo HIV, Del Toro et al. (1996) examinaram 28 crianças, sendo 15 meninos e 13 meninas, com idade variando de 2 meses a 13,5 anos, pacientes do “Strong

Memorial Hospital” em Rochester, Nova York, no período de abril de 1993 a dezembro de 1994. Todos os pacientes recebiam tratamento com anti-retrovirais. Seguindo os critérios do CDC (1987) 10 pacientes eram P-1 (assintomáticos) e desses 10% (1/10) apresentaram manifestação bucal, e 18 pacientes eram P-2 (sintomáticos), com 56% (10/18) deles apresentando alguma alteração bucal. A manifestação bucal mais prevalente foi a candidíase pseudomembranosa 17,8% (5/28), seguida pela ulceração aftosa 7,1% (2/28) e aumento de parótidas 3,6% (1/28). Crianças sintomáticas tiveram uma ocorrência de manifestações bucais significativamente mais alta que as não sintomáticas com $P=0,04$.

Procurando correlacionar a linfadenopatia cérvico-facial (LCF) com o grau de imunodepressão (% CD4) e a presença de manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV, Bundzman et al. (1996) examinaram 46 crianças, na faixa etária de 2 a 12 anos de idade, pacientes do Ambulatório de Aids Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/NESC/UFRJ) e observaram uma prevalência de linfadenopatia cérvico-facial (LCF) em 67% (n=31) das crianças, 17,4% (n=8) do total de linfonodos afetados eram correspondentes a linfonodos cervicais, 6,5% (n=3) a submentonianos e 60,9% (n=28) a submandibulares. Das crianças examinadas, 61,3% apresentaram linfadenopatia e imunodepressão severa e 19,4% linfadenopatia e imunodepressão moderada. As lesões orais mais comumente associadas com a LCF foram a candidíase (29%) e a gengivite (25,8%), porém estes achados não foram estatisticamente significantes. Contudo, concluíram os autores que a

linfadenopatia cérvico-facial esteve diretamente relacionada com o estado imunológico do paciente.

Barasch, Varagiannis e Katz (1997), observando a prevalência de lesões bucais em 78 pacientes pediátricos infectados pelo HIV, encontraram 59,4% (n=63) das crianças com lesões bucais e estas se encontravam com baixas contagens de células CD4.

Com o objetivo de correlacionar a prevalência de candidíase com os valores de CD4, a relação T4/T8 e os estágios clínicos da infecção pelo HIV, Santos et al. (1997) examinaram 55 crianças infectadas pelo HIV, na faixa etária de 2 a 14 anos de idade e de ambos os gêneros, pacientes do Ambulatório DIP/IMUNO IPPMG/UFRJ. Os pacientes foram divididos em um grupo caso (GC), composto por 17 crianças portadoras de lesão de candidíase, e um grupo controle (GS), composto por 38 crianças sem lesões. Verificaram que no GC 94,1% dos pacientes apresentavam imunodepressão grave (IG) e 5,9%, imunodepressão moderada (IM). No GS, 50% dos pacientes apresentavam IG, 26,3% IM e 23,7% não apresentavam imunodepressão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do percentual de CD4 e os tipos de candidíase.

Objetivando determinar a freqüência de manifestações bucais de tecidos moles, bem como sua correlação com a classificação clínica e imunológica em pacientes pediátricos infectados pelo HIV, Castro (1998) examinou um grupo de 92 crianças, sendo 50 meninas e 42 meninos com média de idade de 5,77 anos, pacientes do ambulatório de AIDS Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Quanto a

classificação clínica, 46% se encontravam na categoria C (sintomas graves), 30% na categoria B (sintomas moderados), 16% na categoria A (sintomas leves) e 8% sem sintomatologia (categoria N). De acordo com o grau de imunodepressão, 45% estavam no grau 3 (grave), 38% no grau 2 (moderado) e 17% no grau 1 (ausente). Vinte e sete crianças (29%) apresentavam pelo menos uma lesão bucal no momento do exame e quanto ao tipo de lesão houve uma prevalência de 9,8% para candidíase, 8,7% para hipertrofia de parótidas, 2,2% para herpes simples, 13% para gengivite, 3,3% para eritema gengival linear, 1,1% para periodontite e 1,1% para leucoplasia pilosa.

Costa et al. (1998) examinaram 41 crianças que possuíam anticorpos anti-HIV circulantes, sendo 19 meninos e 22 meninas, na faixa etária de 4 meses a 12 anos de idade, pacientes do Ambulatório Pediátrico de Doenças Infecciosas do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no período de dezembro de 1994 a fevereiro de 1995, a fim de verificarem a prevalência de manifestações estomatológicas nestes pacientes. A linfadenopatia cervical (53,7%) se apresentou com maior frequência, seguida pela candidíase pseudomembranosa (22%), queilite angular (9,8%) hipertrofia de parótidas (7,3%), candidíase eritematosa (4,9%) e ulcerações bucais (4,9%).

Chaloryoo, Chopitayasunondh e Chiengmai (1998), observando 250 crianças infectadas pelo vírus HIV, tratadas no "Children's Hospital" Bangkok, Tailândia, no período de 1992 a 1995, verificaram que os sinais estomatológicos mais frequentes foram a candidíase oral, acometendo 59,6% das crianças, linfadenopatia, aparecendo em 41,6% delas, e em menor grau a parotidite, atingindo 5,2% dos pacientes examinados.

Com o objetivo de avaliar a freqüência de lesões bucais em crianças HIV positivas, em vários períodos de tempo, Castro et al. (1998a), pesquisaram 236 prontuários com registro das lesões encontradas. Candidíase pseudomembranosa foi a lesão mais prevalente, seguida do aumento da glândula parótida, gengivite, herpes labial, leucoplasia pilosa e eritema linear gengival. Observaram uma diminuição na freqüência das manifestações bucais, principalmente candidíase pseudomembranosa, apesar do aumento do número de crianças atendidas, tendo sido atribuída à terapia combinada de medicamentos, que poderia melhorar o prognóstico da doença.

Examinando 62 crianças HIV positivas, Castro et al. (1998b), dividiram estes pacientes em dois grupos: aqueles que possuíam lesões bucais ao exame inicial (n=25) e os que não apresentavam lesão (n=37), com o objetivo de comparar a evolução clínica e imunológica destes pacientes. Verificaram que 44% das crianças que apresentaram lesão bucal evoluíram para o óbito, contra 13% do grupo que não possuíam lesão. Concluindo que a presença de manifestações bucais, especialmente a candidíase, estava ligada a uma progressão mais severa da infecção pelo HIV.

Wananukul e Trisyakorn (1999) examinaram 91 crianças, no período de 1996 a 1998, com até 13 anos de idade, sendo 46 meninos e 45 meninas portadoras do vírus HIV. Verificaram que 27,5% delas se encontravam na categoria clínica A (sintomas leves), 46,2% na categoria B (sintomas moderados) e 26,4% na categoria C (sintomas graves). Quanto a presença de manifestações mucocutâneas, 51,6% (n=47) das crianças foram acometidas, sendo a candidíase a mais comum delas, presente em 36,3% dos pacientes. Segundo a classificação do CDC (1994), de acordo com as categorias clínicas

observou-se que as alterações mucocutâneas estiveram associadas à severidade da doença, pois foram mais prevalentes naqueles da categoria B e C com 62% e 75% respectivamente, enquanto as da categoria A apresentaram apenas 4% dos pacientes com alterações mucocutâneas.

Avaliando 30 crianças portadoras de AIDS, entre 2 e 6 anos de idade, de ambos os gêneros, pacientes do ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Bosco e Birman (2000) verificaram que 13,3% (n=4) das crianças examinadas apresentavam três manifestações bucais; 16,6% (n=5) apresentavam duas; 40% (n=12) apresentavam uma; e 30% (n=9) não apresentaram manifestações. Em relação ao tipo de manifestações buco-faciais, 40% (n=12) apresentaram linfadenopatia cérvico facial ; 33,3% (n=10) gengivite; 23,3% (n=7) candidíase; 13,3% (n=4) aumento de parótidas e 3,3% (n=1) ulcerações. Das crianças com linfadenopatia, 33,3% (n=4) estavam em supressão moderada, e 66,7% (n=8) em supressão severa; das crianças com gengivite 40% (n=4) estavam em supressão severa; com relação à candidíase, 28% (n=2) estavam em supressão moderada e 71,4% (n=5) em supressão severa; e os casos de aumento das glândulas parótidas se encontravam 25% (n=1) em supressão moderada e 75% (n=3) estavam em supressão severa. Nenhuma lesão foi encontrada em paciente com ausência de imunossupressão.

Com o objetivo de verificar a frequência de manifestações bucais e sua relação com o grau de imunodepressão de pacientes pediátricos infectados pelo HIV, Fonseca, Cardoso e Pomarico (2000) realizaram um estudo do tipo transversal, durante dois anos, desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, junto ao Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) e com o Núcleo de Estudos para Saúde

Coletiva (NESC), no qual avaliaram 51 crianças, sendo 22 meninos e 29 meninas na faixa etária de 1,8 a 11,6 anos. A candidíase pseudomembranosa, 21,6% (n=11) foi a mais prevalente das lesões encontradas, seguida por doença das glândulas salivares, 19,6% (n=10), candidíase eritematosa 5,9% (n=3), eritema linear gengival e leucoplasia pilosa em 1,96% (n=1). Observaram que pacientes com relação de linfócitos T4/T8 < 0,5 têm mais probabilidade de desenvolver candidíase pseudomembranosa.

Crianças do norte da Tailândia, portadoras do vírus da AIDS, em número de 45, sendo 25 meninos e 20 meninas, entre 6 e 84 meses de idade, foram examinadas em fevereiro de 2000 por Khongkunthain et al. (2001), com o objetivo de verificar suas manifestações bucais. Esses pacientes foram agrupados de acordo com as categorias clínicas propostas pelo CDC (1994) em assintomáticas, 51% (categoria N) e sintomáticas, 49%, sendo categoria A para sintomas leves (13,3%), B para sintomas moderados (15,5%) e C sintomas graves (20%). Das crianças examinadas, 51,1% (n=23) se encontravam na categoria N e apenas 8 delas apresentaram alguma lesão bucal. Nas categorias A,B e C se encontraram 48,9% (n=22) dos pacientes, sendo que 14 deles apresentaram alguma lesão bucal. A candidíase eritematosa foi a mais prevalente das lesões bucais 17,8% (n=8) seguida pela ulceração aftosa 11,1% (n=5), queilite angular 6,7%(n=3), leucoplasia pilosa 6,7% (n=3) e candidíase pseudomembranosa. Apenas 33,3% (n=15) dos pacientes receberam terapia anti-retroviral.

Com o objetivo de avaliar a prevalência de alterações orais em crianças HIV+, Flaitz et al. (2001) realizaram estudo com 173 crianças, sendo 88 meninos e 85 meninas, na faixa etária de 6 a 12 anos, com média de idade

de 8,8 anos, pacientes do Hospital Municipal da Constanta, Romênia. Das crianças examinadas, 55% apresentaram uma ou mais lesões orais. As lesões orais mais comuns incluíram: candidíase (29%), úlceras (15%), doença das glândulas salivares (9%), gengivite ulcerativa necrosante (5%) e eritema gengival linear (4%).

Após examinarem uma amostra constituída por 80 crianças entre 2 e 12 anos, de ambos os gêneros, pacientes do Ambulatório de AIDS Pediátrica/IPPMG/UFRJ, infectadas pelo HIV, Santos et al. (2001) verificaram que 62,5% delas não apresentaram nenhuma manifestação oral, sendo sua média de CD4 17,78%. Os 37,5% restantes apresentaram pelo menos uma manifestação e sua média de CD4 foi 9,33%. A diferença entre as médias de CD4% para os dois grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,0001$). Dos pacientes com lesão, 22,5% apresentaram candidíase oral e destes, 86,7% tinham imunodepressão grave (IG) e 13,3% moderada (IM); a hipertrofia de parótida se manifestou em 8,8% das crianças, sendo 28,6% IG, 57,1% IM e 14,3% IA; apenas uma criança (1,3%) manifestou lesões de herpes simples e se apresentava com imunodepressão moderada (IM). Concluíram que as manifestações bucais estavam diretamente relacionadas com o estado imunológico do paciente e podiam ser consideradas indicadores da progressão da infecção pelo HIV em crianças.

Magalhães et al. (2001) examinaram 38 pacientes HIV positivos, sendo 19 meninos e 19 meninas, na faixa etária de 2 a 13 anos de idade, do Centro Odontológico de Cuidados Especiais da Faculdade de Odontologia de São Paulo. Os resultados mostraram que 62% das crianças se encontravam com ausência de imunodepressão, 21% com imunodepressão moderada e

17% com imunodepressão severa. Todos os pacientes apresentaram linfadenopatia cervical e que em 52,6% (n=20) deles, pelo menos uma manifestação oral foi observada. A candidíase foi a mais prevalente das lesões 36,8% (n=14), seguida pela queilite angular 29% (n=11), hipertrofia de parótidas 18,4% (n=7) e herpes simples 5,2% (n=2), ulceração aftosa recorrente, leucoplasia pilosa e condiloma acuminado estiveram presentes na mesma proporção 2,6% (n=1).

Uma amostra composta por 184 crianças de zero a 13 anos de idade, sendo 47,28% (n=87) meninas e 52,72% (n=97) meninos, infectadas pelo HIV, sendo 26 delas atendidas nos ambulatórios de AIDS pediátrica do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e 117 no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ambas em Porto Alegre (RS, Brasil) e 41 no Centro Pediátrico para Doenças Infecciosas, Hospital Universitário e Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Nova Iorque (SUNY) em Stony Brook (Nova Iorque, EUA) foi examinada por Grando et al. (2002), com o propósito de estudar as manifestações estomatológicas, buscando relacionar sua presença com a contagem de linfócitos T CD4 e a carga viral desses pacientes. Observaram que a amostra brasileira (72,73%) apresentou uma maior frequência de crianças com manifestações estomatológicas do que a amostra norte-americana (53,66%), sendo a hipertrofia de parótidas a mais frequente delas, atingindo 39,71% (n=54) de toda amostra, seguida de candidíase eritematosa 29,41% (n=40), petéquias 16,91% (n=23), gengivite 11,76% (n=16), xerostomia 11,03% (n=15), queilite angular 10,29% (n=14) e úlceras bucais 8,09% (n=11).

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a média da contagem de linfócitos T CD4 das crianças com ou sem manifestações, concluindo que as crianças com manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV apresentaram contagens médias de linfócitos T CD4 próximas a normalidade.

3 PROPOSIÇÃO

Propomos neste trabalho determinar a prevalência de manifestações estomatológicas, bem como sua correlação com a classificação imunológica de pacientes pediátricos infectados pelo HIV.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 MATERIAIS

4.1.1 População alvo

Foi constituída por 21 pacientes portadores do HIV, selecionados de um universo de 31, de ambos os gêneros, na faixa etária de 2 a 12 anos, que receberam tratamento no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, João Pessoa-PB.

4.1.2 Recursos físicos

O presente estudo foi realizado no ambulatório de doenças infecto-contagiosas, do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, Hospital de referência no Estado da Paraíba.

O ambulatório para pacientes pediátricos infectados pelo HIV funciona às terças e quintas feiras, pela manhã, comparecendo a este serviço, as crianças, para avaliação clínica de rotina, em intervalos determinados pela médica responsável por esses pacientes, conforme suas necessidades.

4.1.3 Recursos humanos

A pesquisadora, devidamente treinada, realizou o exame clínico de toda amostra.

A médica, infectologista, responsável pelo ambulatório de AIDS pediátrica do referido Hospital, solicitou, para cada paciente desta pesquisa, exame para realização da contagem de linfócitos CD4.

4.1.4 Recursos materiais

- Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C)
- Ficha clínica para cada paciente (Anexo D)
- Prontuário médico dos pacientes
- Luvas descartáveis
- Gorros descartáveis
- Máscaras descartáveis
- Jaleco
- Gaze
- Espátula de madeira
- Lanterna

4.2 MÉTODO

4.2.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal controlado, ou seja, “causa” e “efeito” foram detectados simultaneamente durante sua realização. Neste tipo de estudo, a análise dos dados permite identificar os grupos de interesse e assim investigar a associação entre dois eventos (PEREIRA, 1995).

4.2.2 Questões Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO A) e todos os pacientes tiveram sua participação autorizada pelo seu responsável legal, através do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C).

4.2.3 Seleção da amostra

Do universo de 31 pacientes infectados pelo HIV, na faixa etária de 2 a 12 anos, cadastrados no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, no período de junho a dezembro de 2003, foram incluídos nesta pesquisa 21 pacientes, que tiveram sua participação autorizada pelo seu responsável, através do consentimento livre esclarecido (Anexo C) e diagnóstico definitivo para infecção pelo HIV conforme critérios propostos pelo CDC (1994), que definem a infecção em crianças (figura 6).

<p>Infectada pelo HIV se:</p> <p>A) Criança, < 18 meses de idade, soropositiva ou nascida de mãe infectada pelo HIV e:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiver dois resultados positivos em um ou mais dos seguintes testes de detecção do HIV: cultura do HIV; reação em cadeia de polimerase do HIV (PCR); e antígeno viral circulante (P24); ou ➤ Preencher os critérios de definição de SIDA determinados pelo CDC em 1987. <p>B) Criança, > 18 meses, nascida de mãe infectada pelo HIV e:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soropositiva para o HIV por repetidos teste ELISA e confirmação por outro teste (Western blot; imunofluorescência); ou ➤ Preencher um dos critérios do item A.
--

Figura 6: Quadro da definição da infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade, CDC 1994.

4.2.4. Coleta de dados

Após obtenção do consentimento livre e esclarecido, concedido pelos representantes legais das crianças (Anexo C), a coleta de dados foi executada exclusivamente pela pesquisadora através de entrevista com os responsáveis, informações colhidas de prontuários médicos e exame clínico odontológico dos pacientes, sendo os dados colhidos registrados em ficha previamente elaborada (Anexo D). A coleta de dados se realizou em um consultório médico de ambulatório do hospital, logo após a consulta realizada pela médica infectologista responsável por esses pacientes.

4.2.5 Exame clínico

a) exame extra bucal

Foi realizado através da inspeção visual da região cérvico-facial, observando a presença de gânglios enfiados e/ou aumento de volume das glândulas parótidas, bem como a presença de lesões faciais. Em seguida foi realizada a palpação bidigital dos linfonodos cervicais, submandibulares e submentonianos e a palpação das parótidas.

b) exame intra bucal

Com a criança posicionada horizontalmente em uma cama destinada a exame clínico pediátrico, com a cabeça voltada para a pesquisadora, que se manteve em pé e com o auxílio de uma lanterna, espátula de madeira e gaze, realizou-se o exame. Adotou-se a seqüência preconizada no guia da OMS (WHO,1980), dessa maneira, os tecidos moles da cavidade bucal dos pacientes foram inspecionados na seguinte ordem: vermelhão dos lábios, mucosa interna dos lábios, comissuras labiais, gengivas, sulcos vestibulares, mucosa jugal direita e esquerda, língua, assoalho bucal, palato duro e mole.

Os critérios clínicos utilizados para diagnóstico clínico de lesões bucais foram os estabelecidos pelo EEC (1993). Os pacientes que necessitaram de tratamento odontológico foram encaminhados ao serviço odontológico do próprio hospital.

c) exame para contagem de linfócitos CD4

Exame laboratorial para contagem de linfócitos CD4 foi solicitado, para cada paciente, pela médica responsável pelos pacientes pediátricos infectados pelo HIV, no momento em que a mesma realizava consulta de rotina

do paciente. A coleta de material para realização do referido exame foi feito no próprio hospital e enviado ao Laboratório Central (LACEN). De acordo com o número de linfócitos CD4 os pacientes foram classificados conforme os critérios clínicos e imunológicos propostos pelo CDC (1994).

4.2.6 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo, pacientes que não preenchiam os critérios diagnósticos estabelecidos pelo CDC (1994) como mostra a fig.6, bem como aqueles que após o exame clínico não compareceram para a realização do exame para contagem de linfócitos CD4.

4.2.7 Análise estatística

Os dados numéricos foram resumidos através de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão). Os dados categóricos foram resumidos através de frequências absoluta e relativa e apresentado em tabelas e gráficos. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada através do teste exato de Fisher – Freeman – Halton. As fontes de associação nas tabelas de contingência foram identificadas através da técnica de resíduos ajustados. Em todos os testes, foi adotado o nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constata-se na última década o aumento do número de casos de AIDS pediátrica no estado da Paraíba. No período de 1993 a dezembro de 2003 o número de pacientes portadores do HIV, menores de 13 anos, aumentou de 7 para 56 casos, o que representa um crescimento de 700% na incidência da doença (SINANW/SES/PB,2004), conseqüência da expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da AIDS.

A amostra estudada foi composta por 21 pacientes na faixa etária de 2 a 12 anos, com média de 6,4 anos ($\pm 2,8$). Segundo o SINANW/SES/PB (2004), nessa faixa etária, o número de casos na Paraíba é 43, o nosso levantamento envolveu 21 dessas crianças, representando 48,8 % dos casos do Estado.

Do total de 21 pacientes, 12 (57,1%) eram do gênero masculino e 9 (42,9%), do gênero feminino, como mostra a figura 7. Prevalece o gênero masculino, concordantes com as pesquisas realizadas por Chan et al. (1994), Del Toro et al. (1995), Del Toro et al. (1996); Grandó et al. (2000), Linhares et al. (1995), Valdez, Pizzo e Atkinson, (1994), Wananukul e Thisykorn (1999).

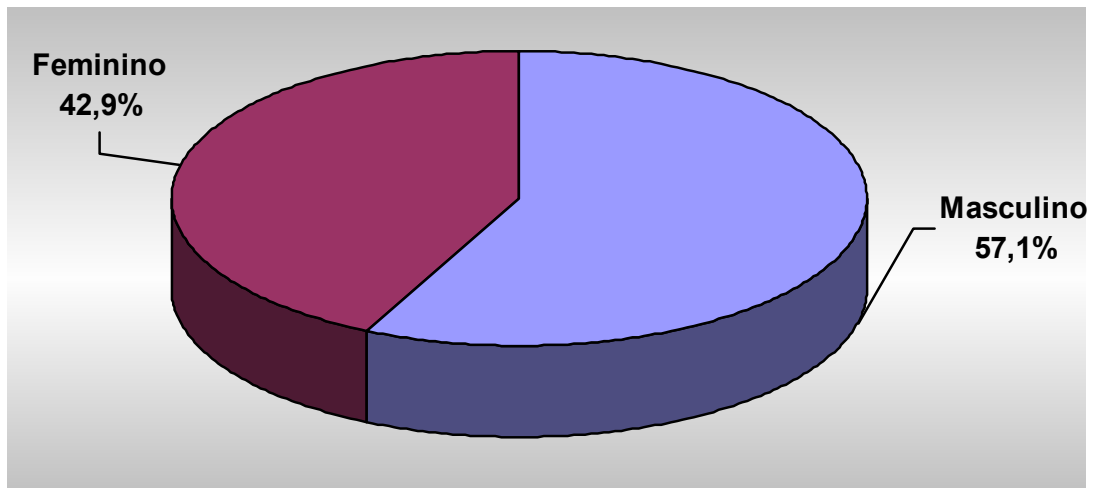


Figura 7- Distribuição da amostra segundo o gênero

Em relação ao tipo de transmissão do vírus, a via vertical aconteceu na grande maioria dos casos 95,2% (n=20), apenas um paciente 4,9% se infectou por hemotransusão (Figura 8).

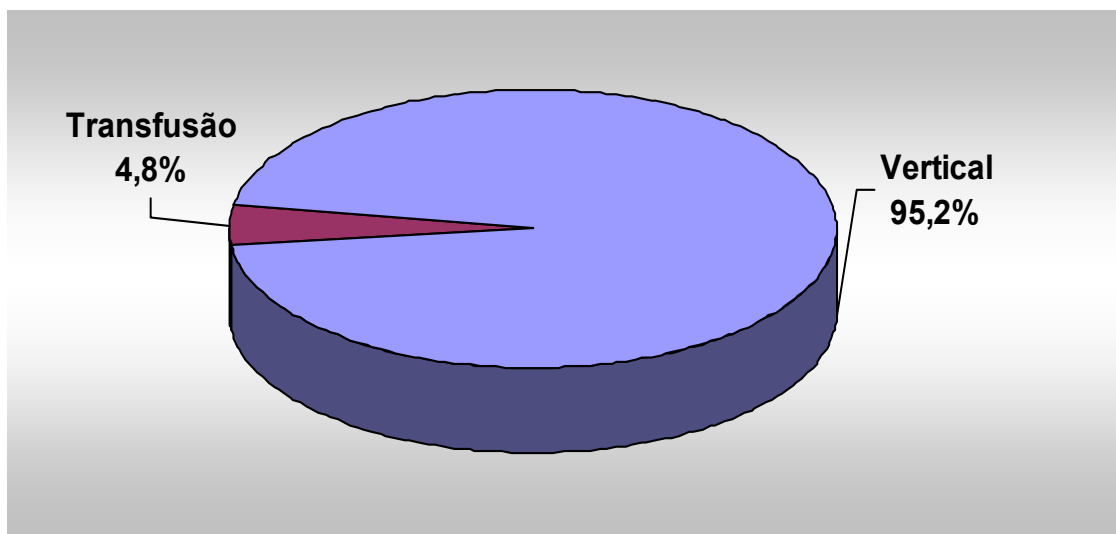


Figura 8- Distribuição das crianças infectadas pelo HIV segundo a via de transmissão

A transmissão vertical do HIV está relacionada ao estado clínico da mãe e ao uso de anti-retrovirais. Quanto maior o número de vírus circulante e quanto mais avançada a doença AIDS, maior a probabilidade da mãe infectar o filho. Gestantes que fazem o uso de medicação anti-retroviral têm o risco de transmissão vertical reduzido em quase 2/3 (SUCCI, 1997).

Nossos resultados, assim como a literatura revisada, concordam com a estimativa mundial em relação a via de infecção em crianças, que prevê um pequeno número adquirido o HIV por outras vias, seja ela sanguínea ou sexual, sendo a transmissão de mãe para filho a mais prevalente (GRANDO et al., 2002; MAGALHÃES, et al., 2001).

Del Toro et al. (1996), Magalhães et al. (2001), verificaram em seus pacientes uma frequência de 100% de infecção por via vertical. Nos estudos realizados por Castro (1998), Fallo et al. (2002), Fonseca, Cardoso e Pomarico (2000), Grando et al. (2002), Howell et al. (1996), Ramos–Gomez et al. (1994), também prevaleceu a forma de contaminação perinatal, nas frequências de 88%,94,9%, 78,43%, 97,28%, 91,7% e 82,9% respectivamente.

No entanto, Emodi e Okaford (1998), avaliando um grupo de pacientes em um Centro de Saúde de Enugu, Nigéria, observaram que a maior parte dos pacientes (68%) adquiriu a infecção através de transfusão sanguínea. É possível que esta divergência se deva a faixa etária da amostra estudada, que inclui pacientes de 0 a 16 anos, e ao local de realização da pesquisa, pois a África concentra uma das maiores taxas de incidência relativa da doença.

Os pacientes que fizeram parte deste estudo faziam uso de medicamento anti-retroviral, sendo empregado sempre à associação de duas ou mais drogas. Todavia, alguns pacientes (ou seus responsáveis) relataram dificuldades em ingerir a droga, o que ocasionou alteração da posologia prescrita e conseqüentemente diminuiu a eficácia da terapia anti-retroviral na melhora da sobrevivência desses pacientes.

Mudanças terapêuticas em relação à AIDS vêm ocorrendo de maneira significativa. A monoterapia indicada nos primórdios do tratamento da AIDS está hoje totalmente proscrita, tendo sua indicação apenas na profilaxia dos recém-nascidos filhos de mães HIV positivas, a qual é feita desde o nascimento até a sexta semana de vida (HORNKE; BARBOSA, 2000). Os avanços tecnológicos, o emprego de melhores métodos de diagnóstico e de terapias mais agressivas tem aumentado a sobrevivência de crianças infectadas pelo HIV (MELO, 1997). A terapia anti-retroviral combinada, executada desde 1996, demonstrou uma tendência para melhores condições de sobrevivência e menores taxas de mortalidade (FALLO et al., 2002). Segundo Israel et al. (2002), as manifestações da infecção pelo HIV diminuíram desde o advento dos coquetéis anti-retrovirais.

Agrupando os paciente de acordo com a classificação clínica do CDC (1994), a maior parte da amostra estava clinicamente dentro da categoria A (sintomas leves) 47,6% (n=10), seguida pela categoria B (sintomas moderados) 23,8% (n=5), categoria N (sem sintomatologia) 28,5% (n=6), tendo apenas um caso na categoria C (grave) como pode ser visto na figura 9.

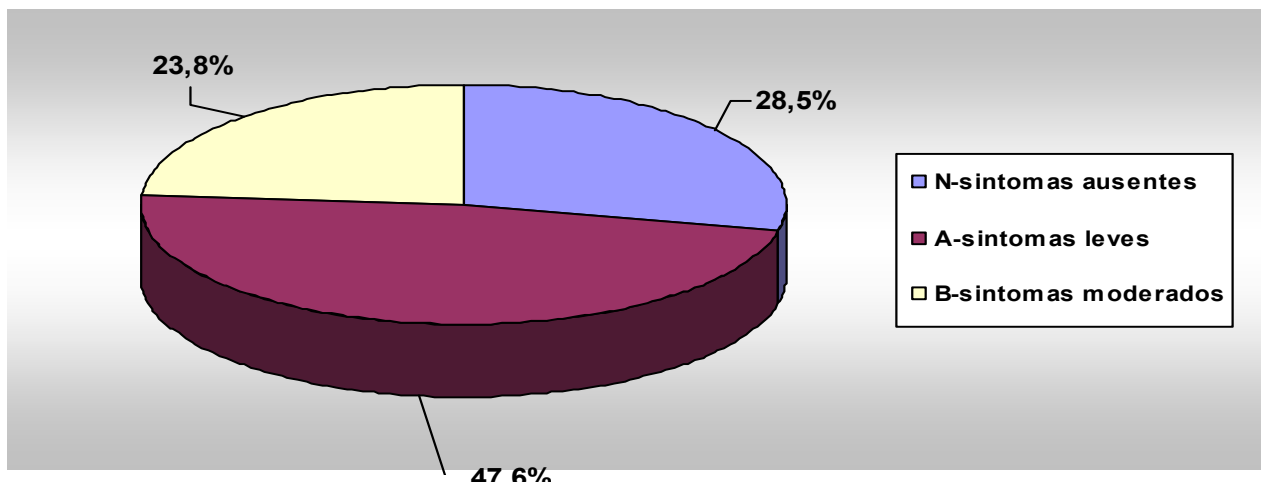


Figura 9 - Distribuição das crianças infectadas pelo HIV de acordo com a classificação clínica (CDC, 1994).

Na amostra pesquisada, prevaleceram os pacientes sintomáticos (71%), corroborando com os achados de Castro (1998), Del Toro et al. (1995), Del Toro et al. (1996), Wananukul e Trisyakorn (1999), que observaram pacientes sintomáticos em uma frequência de 82%, 71%, 64,3% e 100% respectivamente. Khongkunthain et al. (2001) verificaram ausência de sintomatologia clínica em pouco mais da metade (51,1%) de seus pacientes.

Segundo Chigurupati, Raghavan e Studen-Pavlovich (1996), Ortigão-de-Sampaio e Castelo-Branco (1997) a maior parte das crianças infectadas pelo HIV desenvolve sintomas da infecção nos primeiros anos de vida.

Levando-se em consideração o grau de imunodepressão, conforme os critérios propostos pelo CDC (1994), as crianças se mostraram distribuídas de maneira relativamente uniforme, com 38% (n=8) sem imunodepressão, 38,% (n=8) com imunodepressão moderada e 23% (n=5) com imunodepressão grave, como ilustra a figura 10.

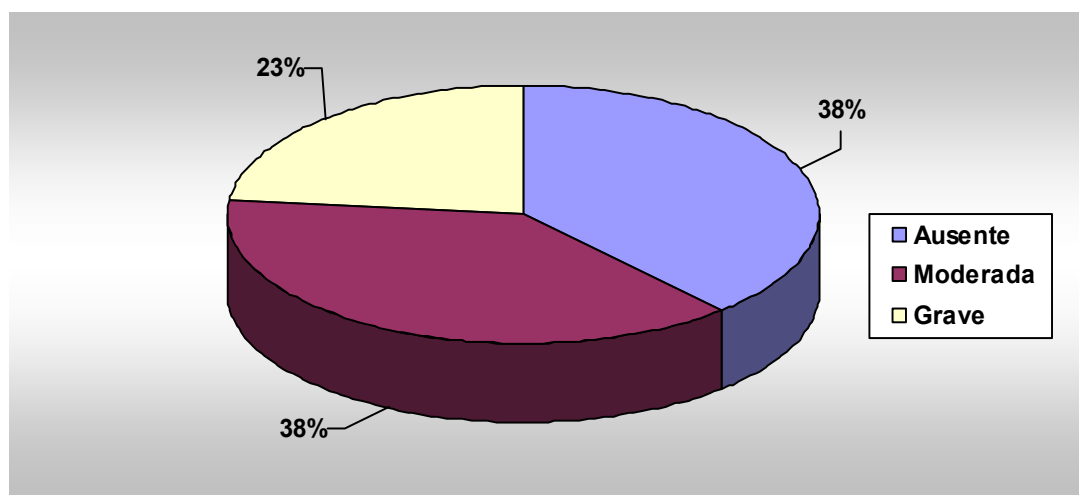


Figura 10 - Distribuição das crianças infectadas pelo HIV de acordo com o grau de imunossupressão (CDC, 1994).

Na amostra pesquisada, 61% dos pacientes apresentaram comprometimento imunológico, concordando com Castro (1998) que verificou

imunodepressão na maior parte dos pacientes os quais examinou e divergindo de Magalhães et al. (2001) que encontraram ausência de imunodepressão na maioria de seus pacientes (62%).

Crianças infectadas pelo HIV apresentam alterações imunológicas, predispondo-as a um maior risco de infecção secundária. As lesões bucais decorrentes dessas infecções têm ampla relação com o estado imunológico do paciente (AMMANN et al., 1992; CHAN et al., 1994; CHIGURUPATI; RAGHAVAN; STUDEN-PAVLOVICH, 1996; HOWELL et al., 1996; KATZ et al., 1993; O'REILLY et al., 1982; RAMOS-GOMEZ et al., 1996).

Na tabela 1, observa-se a distribuição da amostra de acordo com a classificação clínica e imunológica (CDC, 1994) e se percebe que os pacientes da categoria N (sem sintomatologia) se encontram com menor comprometimento imunológico que aqueles das categorias A, e principalmente nas categorias B, ou seja, os pacientes das categorias clínicas mais graves estão mais comprometidos imunologicamente.

Tabela 1 - Classificação clínica e imunológica das crianças infectadas pelo HIV segundo critérios do CDC (1994)

Classificação Imunológica	Classificação Clínica – N (%)				Total N (%)
	N	A	B	C	
1	4	4	0	0	8 (38%)
2	1	5	2	0	8(38%)
3	0	1	4	0	5(23%)
Total	6 (28,6%)	10 (47,6%)	5 (23,8%)	0 (0%)	21 (100%)

Os dados registrados neste estudo corroboram com os de Castro (1998), que examinando crianças portadoras do HIV e distribuindo-as de acordo com a classificação clínica e imunológica verificou claramente que

aquelas com maior comprometimento imunológico estavam nas categorias clínicas mais graves.

A correlação entre lesão bucal, estágio da infecção pelo HIV e parâmetros imunológicos em crianças HIV positivas tem sido relatada por diversos autores (DEL TORO et al., 1996; HOWELL et al., 1996; KETCHEM et al., 1990; MONIACE et al., 1993; RAMOS-GOMEZ et al., 1996; SANTOS et al., 1997).

Resultados do exame extra bucal e intra bucal revelaram que a grande maioria, 74% dos pacientes, deste estudo, apresentaram algum tipo de manifestação estomatológica contra 28,6% sem manifestação (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de lesões estomatológicas

Lesão Bucal	N (%)
Sim	15 (71,4)
Não	6 (28,6)
Total	21 (100)

Os resultados desta pesquisa são concordantes com Bosco e Birman (2000), Grandó et al. (2002), Ramos-Gomez et al. (1994) que ao investigarem a frequência de manifestações estomatológicas em crianças com AIDS, encontraram frequência variando entre 70% a 72%. Magalhães et al. (2001), encontraram manifestações estomatológicas em todos os pacientes que examinaram. Entre os demais autores pesquisados (BARASCH et al., 1997; CASTRO et al., 1998b; DEL TORO et al., 1995; DEL TORO et al., 1996; FLAITZ et al., 2001; SANTOS et al., 2001; KRONGKUNTHAIN et al., 2001; WANANNUKUL, TRISYAKORN, 1999), a presença de manifestações

estomatológicas variou entre 37,5% a 59%. Esta variação pode está relacionada à diversidade de lesões, aos critérios de diagnóstico utilizados, estágio da doença e tamanho da amostra.

Quanto a freqüência das manifestações bucais a linfadenopatia foi a mais ocorrente, 40%(n=6), seguido da hipertrofia de parótida, 33%(n=5), candidíase pseudomembranosa, 27%(n=4), queilite angular 27%(n=4) e eritema gengival linear 7%(n=1) como podem ser vistos na figura 11.

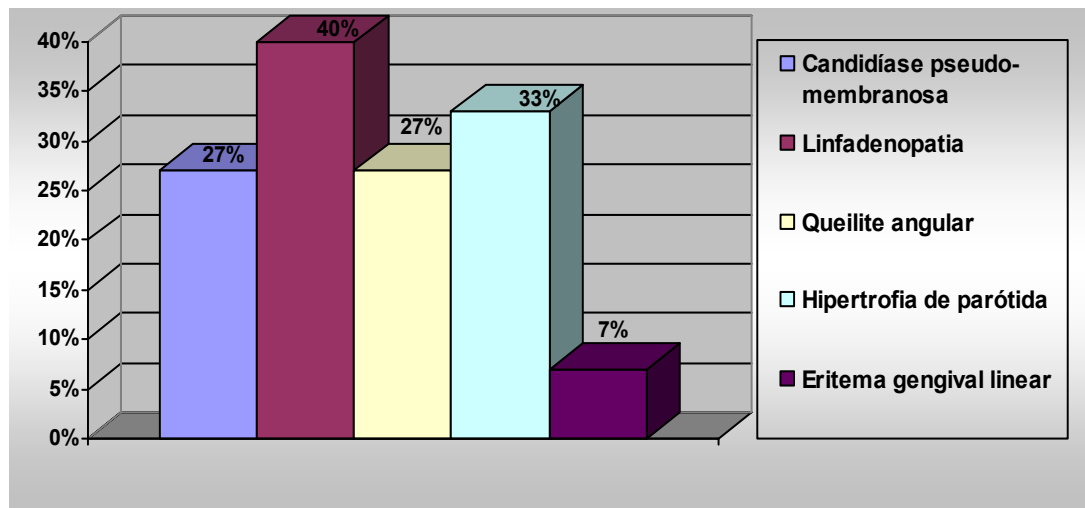


Figura 11 - Freqüência de manifestações estomatológicas nas crianças infectadas pelo HIV

Nos estudos realizados por Bosco e Birman (2000), Chan et al. (1994), Costa et al. (1998), a linfadenopatia cérvico-facial foi a manifestação estomatológica mais freqüente, acometendo 40%, 54,5% e 53,7% dos pacientes respectivamente. Magalhães et al. (2001) encontraram essa manifestação em todos os seus pacientes, enquanto Chaloryoo, Chotpitayasunondh e Chiengmai (1998) a observou em apenas 11,6% de sua amostra.

A grande freqüência de linfadenopatia cérvico-facial, em pacientes HIV positivos, deve-se às alterações imunológicas apresentadas por esses pacientes, já que aqueles com maior grau de imunodepressão desenvolveram-na com maior freqüência (BOSCO; BIRMAN, 2000; BUNDZMAN et al., 1996; CHAN et al. 1994). Entre os pacientes que examinamos, nenhum com ausência de imunodepressão apresentou linfadenopatia (Tabela 4).

A segunda alteração mais prevalente nesta população foi a hipertrofia de parótidas, ocorrendo em 33% da amostra. Nossos achados estão próximos aos relatados por Ramos-Gomez et al. (1994), que também verificaram esta manifestação como a segunda mais prevalente, ocorrendo em 32% das crianças, e aos de Grando et al. (2000) que encontrou uma freqüência de 38,7%, porém esta lesão foi a mais prevalente entre os pacientes que examinaram. Nos estudos de Fonseca, Cardoso, Pomarico (2000), Kaltz et al. (1993), a hipertrofia de parótida também ocupou o segundo lugar, porém com freqüência de 47% e 19,6% respectivamente.

Apesar de alguns autores (CHAN et al., 1995; CHALORYOO; CHOTPITAYASUNONDH; CHIENGMAI, 1998; COSTA et al., 1998; DEL TORO et al., 1995; DEL TORO et al., 1996; RAMOS-GOMEZ et al., 1996) encontrarem uma freqüência bastante reduzida, variando de 3% a 7,3%, esta manifestação de origem idiopática, tem sido reconhecida como um fator distinto da infecção pelo HIV em crianças, sendo muito pouco vista nos adultos (CHIGURUPATI; RAGHAVAN; STUDEN-PAVLOVICH, 1996; RAMOS-GOMEZ et al., 1994; VALDEZ; PIZZO; ATKINSON, 1994).

A candidíase pseudomembranosa, em nosso estudo, acometeu 27% das crianças, ocupando o terceiro lugar, juntamente com a queilite angular (27%), na relação das manifestações estomatológicas mais prevalentes.

No estudo realizado por Bosco e Birman (2000), a candidíase também apareceu como a terceira lesão mais prevalente (23,3%). A maioria dos autores revisados, Del Toro et al. (1995) (16,7%), Del Toro et al. (1996) (17,8%), Kaltz et al. (1993) (72%), Ketchem et al. (1990) (33,3%), Khongkunthain et al. (2001) (20%), Linhares et al. (1995) (21,6%), Moniace et al. (1993) (39,5%), Ramos-Gomez et al. (1994) (37%), encontraram a candidíase pseudomembranosa como a lesão mais freqüente entre os pacientes observados por eles. A grande variação na freqüência de candidíase pode ser justificada pelo tipo de estudo realizado (transversal ou longitudinal), grau de imunodepressão dos pacientes estudados e uso de anti-retrovirais.

No estudo realizado por Magalhães et al. (2001), a queilite angular também foi a terceira mais prevalente entre as crianças que examinou, apareceu em freqüência (29%) bem próxima a encontrada nesta pesquisa.

A prevalência de queilite angular, na amostra pesquisada, pode ser considerada alta ao relacioná-la com as encontradas por Costa et al. (1998), Grando et al. (2002), Valdez et al. (1994), que verificaram uma freqüência de queilite angular de aproximadamente 10%, e as de Kaltz et al. (1993), Khongkunthain et al. (2001), Linhares et al. (1995), Moniace et al. (1993), que observaram freqüências variando entre 1,6% a 6,7%.

O eritema linear gengival foi de baixa prevalência (7%) neste estudo, corroborando com os resultados encontrados por Flaitz et al. (2001) (4%) e por Fonseca, Cardoso, Pomarico (2000) (1,96%). A maioria dos autores

pesquisados não relatou a presença dessa lesão nas crianças por eles examinadas. Divergindo da literatura revista, Howell et al. (1996) encontraram 38% de eritema linear gengival em seus pacientes, podendo esta diferença ser atribuída a faixa etária (1 a 18 anos) dos pacientes que examinou, já que esta manifestação é mais freqüente em adultos que em crianças.

A relação entre a classificação imunológica dos pacientes e a presença ou não de manifestações estomatológicas, está disposta na tabela 3. Pode-se verificar que a grande maioria das crianças com imunodepressão moderada (IM) e que todas com imunodepressão grave (IG) apresentaram manifestação bucal (87,5%), enquanto que a maior parte daquelas com ausência de imunodepressão não apresentaram qualquer tipo de lesão bucal (62,5%).

Tabela 3 - Classificação dos pacientes de acordo com o grau de imunossupressão e presença de manifestação estomatológica.

Grau de imunodepressão	Manifestações estomatológicas		Total
	Sim	Não	
Ausente	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100,0%)
Moderado	7 (87,5%)	1 (12,5%)	8 (100,0%)
Grave	5 (100,0%)	–	5 (100,0%)
Total	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (100,0%)

Na população estudada quanto maior o grau de imunodepressão, maior foi a prevalência de manifestações estomatológicas, concordando com os achados de Santos et al. (2001), que verificaram a prevalência de

manifestações bucais em 6,7% dos pacientes com IA, 23,3% dos pacientes com IM e 70% daqueles com IG. Barash, Varagiannis e Katz (1996), Del Toro et al. (1995), Del Toro et al. (1996), também verificaram que quanto maior a presença de manifestações bucais mais comprometido imunologicamente os pacientes se encontravam.

A tabela 3 mostra a classificação dos 21 pacientes, segundo o grau de imunodepressão e a ocorrência ou não de manifestações estomatológicas. O resultado do teste exato de Fisher-Freeman-Halton ($p=0,039$) indica que, em termos proporcionais, a presença de manifestações estomatológicas foi diferente nos três grupos de pacientes, constituídos de acordo com o grau de imunodepressão. O desdobramento dessa análise, realizado através da técnica dos resíduos ajustados, revela que: a) a frequência de manifestações estomatológicas foi menos frequente entre os pacientes com grau de imunodepressão ausente de que seria esperado por acaso ($p= 0,007$); b) a frequência de manifestações estomatológicas não foi diferente do esperado por acaso no grupo de pacientes com grau de imunodepressão moderada ($p=0,201$) e no grupo de pacientes com grau de imunodepressão grave ($p=0,105$).

Todos os pacientes que apresentavam manifestação estomatológica estavam imunodeprimidos, seja no grau moderado ou grave, com exceção da hipertrofia de parótidas, que foi a única manifestação que ocorreu em pacientes com ausência de imunodepressão (Tabela 4).

Tabela 4 - Ocorrência de tipos de manifestação estomatológica nos 21 pacientes, agrupados segundo o grau de imunossupressão.

Manifestação estomatológica	Grau de imunodepressão		
	Ausente	Moderado	Grave
Candidíase pseudo-membranosa	–	12,5% (1/8)	60,0%(3/5)
Linfadenopatia	–	50,0% (4/8)	40,0% (2/5)
Queilite angular	–	25% (2/8)	40,0% (2/5)
Hipertrofia de parótida	37,5% (3/8)	12,5% (1/8)	20,0% (1/5)
Eritema gengival linear	–	–	20,0% (1/5)
Total	3	8	9

Kaltz et al. (1993) observaram que pacientes com hipertrofia de parótidas tiveram uma sobrevida maior que aqueles com outras manifestações. Segundo Bosco e Birman (2000), o aumento da glândula parótida vem sendo associado a um melhor prognóstico do desenvolvimento da doença.

Nos pacientes com IG, a lesão mais prevalente foi a candidíase pseudomembranosa, acometendo 60% deles, naqueles com IM acometeu 12,5%, corroborando com os estudos realizados por Bosco e Birman (2000); Santos et al. (2001) nos quais a maioria dos pacientes com candidíase se encontravam com IG. Howell et al. (1996), Ketchem et al. (1990), Moniace et al. (1993), Ramos-Gomez et al. (1996) observaram que a candidíase esteve associada a baixas contagens de linfócitos CD4.

A linfadenopatia cérvico-facial (LCF) esteve mais presente nos pacientes com IM (50%) do que naqueles com IG (40%), diferentemente dos achados de Bundzman et al. (1996), onde a LCF esteve presente em 61,3% dos pacientes com IG e 19,4% daqueles com IM, e Bosco e Birman (2000), com 66,67% das crianças com IG e 19,4% com IM.

Quanto ao grau de imunodepressão, pode-se observar que a frequência de todos os tipos de manifestações estomatológicas foi maior nos pacientes com imunodepressão grave, exceto a linfadenopatia que prevaleceu naqueles com imunodepressão moderada (tabela 4).

Os resultados encontrados e a literatura revista referem a importância das manifestações estomatológicas como sinalizadores da doença AIDS, em pacientes pediátricos. Diante do crescente aumento de casos da infecção pelo HIV, em crianças, precisamos ampliar nossos conhecimentos a fim de identificar precocemente casos da doença.

6 CONCLUSÕES

1. A freqüência de manifestações estomatológicas em pacientes pediátricos infectados pelo HIV foi alta.
2. As manifestações estomatológicas mais freqüentes foram, em ordem decrescente, a linfadenopatia cêrvico-facial, hipertrofia de parótidas, candidíase pseudomembranosa e queilite angular.
3. A hipertrofia de parótida foi a única manifestação estomatológica que ocorreu em pacientes com ausência de imunodepressão.
4. A candidíase pseudomembranosa foi a manifestação estomatológica mais freqüente entre os pacientes com imunodepressão grave.
5. Houve correlação estatisticamente significativa ($P= 0,039$) entre a presença de manifestações estomatológicas e o grau de imunodepressão dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMATO NETO, V.; PASTERNAK, J.; AMATO, V. S. Ponderações sobre as orientações e possibilidades atuais para o uso de medicamento anti HIV. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.42, n.2, p.88-100. abr./jun. 1996.

AMMANN, A. et al. Possible transfusion-associated Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – Califórnia. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 48, p. 652-654, Dec. 1982.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.6, n.11, p.11-24, ago. 2002.

BASTOS, F. I. ; BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, fev. 1995.

BARASCH, A.; VARAGIANNIS, E.; KATZ, R.V. Oral soft tissue manifestations of HIV in children. **Journal of Dental Research**, Washington, p.371, 1997. Número especial. [Resumo]

BOSCO,V.L.; BIRMAN,E.G. Oral manifestations in children with AIDS and in controls. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v.16,n.1, p.7-11, jan./mar. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças: 2002/2003**, Brasília,DF, 2003. 94p. (Série Manuais, 18).

BUNDZMAN,E.R. et al. Relação entre linfadenopatia, imunodepressão e manifestações orais em crianças HIV+. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA 10., 1996, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1996. p.109. [Resumo]

CASTILHO, E. A.; SZWARCWARD, C. L. Situação atual da AIDS no Brasil. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 2, n. 3; p. 17-20, mai./jun. 1997.

CASTRO, G.F. **Correlação entre manifestações bucais e classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV**. 1998, 133f.

Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

CASTRO.G.F. et al. Freqüência de manifestações bucais em crianças infectadas pelo HIV. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 1998, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1998. P.181. {Resumo]

CASTRO.G.F. et al. Relação entre lesões bucais e progressão da infecção pelo HIV em crianças. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 1998, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1998. p.154. {Resumo]

CDC-Centers for Disease Control. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.36, n.15, p.225-230, Apr. 1987.

CDC- Centers for Disease Control and Prevention. 1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less Than 13 Years of Age. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.43, n.12, p.1-19, Sep. 1994.

CHALORYOO, S.; CHOTPITAYASUNONDH, T.; CHIENGMAI, P. N. AIDS in ENT in children. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v 44, n 2, p.103-107, Jul. 1998.

CHAN, A. et al. The relationships of oral manifestations to parameters of immune function and CDC stage in children Born to HIV-positive women. **Pediatric AIDS and HIV infection: fetus to adolescents**, New York, v 5, n 2, p.101-107, Apr. 1994.

CHIGURUPATI, R.; RAGHAVAN, S. S.; STUDEN-PAVLOVICH, D. A. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 18, n.2, p. 106-113, Apr./May. 1996.

COSTA, L. R. R. S. et al. Oral finding in pediatric AIDS: a case control study in Brazilian children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v 65, n 3, p.186-190, May/June 1998.

DADOS...epidemiológicos: Brasil. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília,DF,

ano 16, n.1, p.24-33. 2002.

DELLA NEGRA, M. Anti-retrovirais e Tratamento de Suporte. In: DELLA NEGRA, M. et al. **Manejo Clínico de AIDS Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap.16, p.117-120.

DEL TORO, A. et al. HIV-related oral findings in HIV-infected children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.17, n.2, p 145, Mar./Apr. 1995.

DEL TORO, A. et al. Oral findings in asymptomatic (P-1) and symptomatic (P-2) HIV-infected children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.18, n.2, p.114-116, Apr./May. 1996.

EEC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating Center on Oral Manifestations of the Human Immunodeficiency Virus. Na update of the Classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v.20, n.3, p.97-100, Mar. 1991.

EEC – Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral Manifestations of the Human Immunodeficiency virus. Clarification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v. 22, n. 7, p. 289-291, Aug. 1993.

EMODI, I.J.; OKAFOR, G.O. Clinical manifestations of HIV infection in children at Enugu, Nigéria. **Journal of Tropical Pediatrics**, Oxford, v.44, n.2, p.73-76, Apr. 1998.

FALLO, A. A. et al. Clinical and epidemiologic aspects of human immunodeficiency virus-1 infested children in Buenos aires, Argentina. **International Journal of Infections Diseases**, Hamiltom, v.6, n.1, p.9-16, Mar. 2002.

FLAITZ, C. et al. Prevalence of orodental findings in HIV-infected Romanian children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.23, n.1, p.44-50, 2001.

FONSECA, R.; CARDOSO, A. S.; POMARICO, I. Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus. **Quintessence International**, Berlim, v 31, n 6, p. 419-422, June, 2000.

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

GHERSEL, E. L. A. ; RODRIGUES, C. R. M. D; TANNOUS, G. S. AIDS em odontopediatria: uma realidade atual. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 6, p, 282-287, nov / dez. 1999.

GOUDSMIT, J.; WALF, P.; PAUL, D. A. Expression of human immunodeficiency virus antigen (HIV-Ag) in serum and cerebrospinal fluid during acute and chronic infection **Lancet**, Londres, v. 2, n.8500, p. 177-180, July 1986.

GREENSPAN, D; GREENSPAN, J. S. HIV – related oral disease. **Lancet**, Londres, v. 348, n. 9029, p. 729-733, Sep. 1996.

HERDY, G. V. H. et al. SIDA: estudo clínico e epidemiológico em 14 crianças-casos clínicos. **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 39-42, mar./abr. 1996.

HOWELL, .B. et al. Oral soft tissue manifestations and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.18, n.2, p.117-120, Mar./Apr. 1996.

HOERNLE, E. H.; REID, T. C. Human immunodeficiency virus infection in children. **American Journal of Health-system Pharmacy**, Bethesda, v. 52, n.9, p. 961-979, May. 1995.

HORNKE, L; BARBOSA, A. F. T. Aids pediátrica-clínica e tratamento. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 1/2, p. 64-68, jan./fev. 2000.

ISRAEL, M. S. et al. Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v 59, n 5, p.335-337, set./out. 2002.

KATZ, M. H. et al. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. **American Journal of Diseases of Children**, Chicago, v.14, p.45-48, Jan, 1993.

KETCHEM, L. et al. Oral findings in HIV-soropositive children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.12, n.3, p. 143-146, May./Jun. 1990.

KHONGHUNTHIAN, P. et al. Oral manifestations in 45 HIV-positive children from Northern Thailand. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v 30, n 9, p.549-552, Oct. 2001.

LIMA, O. C. C.; SILVEIRA, F. R. X; BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS: doenças fúngicas. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 28-32, fev./mar. 1994.

LINHARES, A. A. et al. Estudos das alterações bucais em criança portadores do vírus HIV. **Âmbito Odontológico**, São Paulo, v. 4, n. 21, p. 13-19, jan./ fev. 1995.

MA WHINNEY, S; PAGANO, M.; THOMAS, P. Age at AIDS diagnosis for children with perinatally acquired HIV. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, New York, v. 6, n. 10, p. 1139-1144, 1993.

MAGALHÃES, A. A.; CHIARADIA, M. V. Recém –nascido de mãe HIV+. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.110-118, mar. 2000.

MAGALHÃES, M. G. et al. Oral manifestations of HIV positive Children. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v.25, n.2, p.103-106, 2001.

MELO, S. S. Evolução da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS-SIDA) na clínica odontológica: o papel do cirurgião-dentista. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, p.7-12, mar. 1997. Número Especial.

MONIACE, D. et al. Oral lesions in children born to HIV-1 positive women. **Journal of Oral Pathology and Medicine**, Copenhagen, v. 22, n. 1, p. 8-11, Jan. 1993.

NAVAZESH, M. Current oral manifestations of HIV infection. **California Dental Association**, Los Angeles, v. 29, n. 2, p. 137-141, 2001.

O'REILLY, R. et al. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants. New York, New Jersey, Califórnia. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 49, p. 665-667, Dec. 1982.

OLESKE, J. et al. Immune deficiency Syndrome in Children. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 249, n. 17, p. 2345-2349, May. 1983.

ORTIGÃO-DE-SAMPAIO, M. B; CASTELLO-BRANCO, L. R. R. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 29-34, jan./mar. 1997.

PEREIRA, M. G. Métodos empregados em epidemiologia. In: _____ **Epidemiologia: teoria e prática**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 12, p.270-288.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, 230 p.

RAMOS GOMEZ, F.J. et al. Orofacial manifestations, caries, and periodontal status in pediatric HIV infection. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.16, n.2, p.159-160, Mar./Apr. 1994.

RAMOS-GOMEZ, F. J. et al. Risk factors for HIV related orofacial soft-tissue manifestations in children. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.18, n.2, p.121-126, Mar./Apr. 1996.

RAMOS-GOMEZ, F. J. Oral aspects of hiv infection in children. **Oral Diseases**, Houndmills, v. 3, n. 1, p. 531-535, 1997.

SALLUM, A. W. et al. Gengivite e periodontite associada a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): diagnóstico e tratamento. **Revista de Periodontia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 277-280, jan./jun. 1996.

SANTOS, L. C. et al. Oral Manifestations Related to immunosuppression Degree HIV-positive Children. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 135-138, 2001.

SANTOS, L. C. et al. Blood immunologic parameters related to oral candidiasis in HIV+ children. **Journal of Dental Research**, Washington, v.76, p.1001, 1997. número especial.

SINANW/SES/PB. Sistema de informação e Agavos de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Disponível em: <<http://www.dst aids@saude.pb.gov.br>>. Acesso em 10 jan. 2004.

SOUZA, L.B. et al. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v.14, n.1, p.79-85, jan./mar. 2000.

SUCCI, R. C. M. HIV/AIDS: reduzir a transmissão materno-infantil é necessário ou é possível? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 65-66, mar./abr. 1997.

VALDEZ, I. M.; PIZZO, P. A.; ATKINSON, J. C. Oral Health of Pediatric AIDS Patients: A hospital-based study. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v.61, n.2, p.114-118, Mar./Apr. 1994.

WANANUKUL, S.; THISYAKORN, U. Mucocutaneous manifestations of HIV infection in 91 children born to HIV seropositive women. **Pediatric Dermatology**, Boston, v. 16, n. 5, p. 359-369, Sep./Oct. 1999.

WHO-World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.8, n.1, p.1-26, 1980.

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Anexo B – Autorização do Hospital Dr. Clementino Fraga

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM DIAGNÓSTICO BUCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Após informado que:

- a) a pesquisa da qual meu filho irá participar intitula-se “AIDS Pediátrica: Manifestações Estomatológicas e sua Correlação com o Grau de Imunodepressão”, e será desenvolvida por uma Cirurgia-Dentista;
- b) O objetivo da pesquisa é relacionar as manifestações estomatológicas de pacientes portadores do vírus HIV, na faixa etária de 2 a 12 anos, que recebem assistência no Hospital Dr. Clementino Fraga;
- c) A participação na pesquisa é voluntária;
- d) Não haverá nenhum dano àqueles que optarem por não participar da pesquisa;
- e) Será assegurado o anonimato do paciente.

Autorizo a participação do menor, _____, na referida pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Responsável

Anexo D – Ficha para Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

DADOS COLETADOS: Hospital Dr. Clementino Fraga

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Gênero ()M ()F

Nome: _____

End: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: _____ Naturalidade: _____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Data do exame: _____

EXAME ESTOMATOLÓGICO:

Exame extra-bucal: _____

Exame intra-bucal: _____

TIPO DE TRANSMISSÃO: _____

FAZ USO DE ANTI-RETROVIRAL ()sim ()não

QUAL A MEDICAÇÃO ANTI-RETROVIRAL UTILIZADA: _____

VALOR DA CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4: _____

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E IMUNOLÓGICA: _____