



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

SAÚDE BUCAL E INFECÇÃO PELO HIV-Aids

Salvador
2008

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

SAÚDE BUCAL E INFECÇÃO PELO HIV-Aids

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de “Doutor em Saúde Comunitária”, área de concentração – Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Inês Costa Dourado

Salvador

2008

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

S 586 Silva, Carlos Alberto Lima da.

Saúde bucal e infecção pelo HIV-Aids / Carlos Alberto Lima da Silva. – Salvador:
C.A.L.Silva, 2007.

131p.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Costa Dourado.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia.

1. AIDS. 2. HIV. 3. Saúde Bucal. I. Título.

CDU 616.314-056.2

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA

SAÚDE BUCAL E INFECÇÃO PELO HIV-Aids

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de “Doutor em Saúde Coletiva”, área de concentração – Epidemiologia e aprovada pela seguinte banca examinadora.

Prof^ª. Maria Inês Costa Dourado (Orientadora)

**Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia**

Prof^ª. Maria Isabel Pereira Vianna

Universidade Federal da Bahia

Prof^º. Eduardo Luiz Andrade Mota

**Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia**

Prof^º. Isaac Suzart Gomes Filho

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª. Waleska Teixeira Caiffa

Universidade Federal de Minas Gerais

**Salvador
30.04.2007**

Dedico este trabalho aos meus pais: Cosme Bispo da Silva (*in memoriam*) e Maria de Lourdes Lima da Silva, meus primeiros educadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à **CONSCIÊNCIA UNIVERSAL**, responsável pela nossa existência.

Agradeço profundamente à minha orientadora, **Profª Dra. Maria Inês Costa Dourado**, que com seus conhecimentos, paciência, amizade e determinação durante todas as etapas desta pesquisa, fez crescer em mim o entusiasmo pela pesquisa e me fez acreditar que posso contribuir para o enfrentamento da Aids em nosso país.

Ao **Prof. Nelson Oliveira**, amigo e tutor, que com sua sabedoria e disponibilidade iluminou o meu caminho nos momentos mais difíceis desta trajetória.

À **Profª Dra. Vilma Sousa Santana**, Coordenadora do PISAT, pela sua amizade e apoio em todos os momentos desta minha trajetória acadêmica, especialmente nos primeiros passos.

À minha esposa, **Ubiraneila Capinan Barbosa**, pela paciência, apoio e amor incondicional.

À **Dra. Maria Cristina Camargo**, diretora do CREAIDS, por sua amizade, cumplicidade e confiança representadas pela disponibilidade e acesso a todos os dados necessários à realização desta pesquisa.

À **Dra. Fabianna Bahia**, coordenadora técnica do CREAIDS, pela inestimável ajuda em todos os momentos desta jornada.

Ao **Dr. Eduardo Netto**, pela solidariedade e confiança registradas nos primeiros passos deste trabalho. Além do importante apoio para que este pudesse ser realizado.

À **Rejane Patrício**, coordenadora da vigilância epidemiológica e informação em saúde, pela disponibilidade e carinho dispensados durante minha passagem pelo CREAIDS.

Aos colegas **Samir Resack Dahia** e **Edgard Martins Neto**, odontólogos do CREAIDS, amigos pessoais e principais responsáveis pela realização desta pesquisa.

A todos os *profissionais* do **CREAIDS**, pela amizade e apoio, e por terem assumido, mesmo que indiretamente, o papel de co-orientadores deste trabalho.

A todos os pacientes do CREAIDS, pela disponibilidade das informações que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Aos **amigos** que direta ou indiretamente contribuíram com suas presenças nos momentos de alegria e tristeza, sempre me encorajando a seguir em frente nesta difícil jornada.

Distribua a fragrância do amor e da amizade divinos a todos com quem entre em contato.

Paramahansa Yogananda

RESUMO

Esta tese apresenta o resultado da investigação sobre manifestações clínicas orais em indivíduos infectados pelo HIV, analisando suas implicações na condição de saúde em crianças e adultos. Também investigou o papel da candidíase oral pseudomembranosa como possível preditora da progressão para a Aids. Foram desenvolvidos três estudos: o primeiro de corte transversal realizado por meio de uma revisão de prontuários clínicos dos indivíduos com 13 anos de idade ou mais assistidos pelo serviço de odontologia do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), em Salvador-Bahia. O segundo, também de corte transversal semelhante ao primeiro, porém com indivíduos menores de 13 anos de idade atendidos no CREAIDS. O terceiro estudo desenhado como coorte histórica foi desenvolvida com dados sócio-demográficos, clínicos, terapêuticos e imunológicos de menores de 13 anos de idade acompanhados pelo serviço de pediatria médica deste Centro de Referência. Os resultados estão apresentados na forma de 03 (três) artigos e demonstram redução na frequência das manifestações orais associadas com a infecção pelo HIV ao longo do período estudado (2003 a 2005), tanto em adultos quanto em crianças, principalmente nos grupos que utilizavam terapia anti-retroviral (TARV). Estas manifestações foram mais frequentes em indivíduos que apresentaram alteração imunológica, caracterizada por elevados níveis da carga viral plasmática e redução da contagem dos linfócitos T CD4 +. As manifestações orais foram mais frequentes em adultos com baixa escolaridade. Além disso, foram observadas altas taxas de cárie dentária nestas populações. No entanto, entre as crianças, a cárie dentária mostrou-se associada à ocorrência de lesões orais. Foi observado ainda que a forma “persistente” da candidíase oral pseudomembranosa está associada com alteração imunológica severa e apresentou uma menor mediana de tempo até o diagnóstico de Aids em relação a candidíase episódica ou não candidíase. Esta pesquisa confirma a tendência observada na maioria dos estudos de menor proporção de manifestações orais em indivíduos infectados pelo HIV que utilizam a TARV. No entanto, estes indivíduos apresentam importantes necessidades de cuidados à saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Lesões Orais. TARV. Saúde Bucal. Manifestações Orais.

ABSTRACT

This thesis presents the result of the investigation made on the changes observed in the occurrence of the clinical oral manifestations in subjects infected with HIV by analyzing their implications in oral health condition in both children and adults. It also researched the role the pseudo-membranous oral candidiasis plays as a possible predictor of the advance towards AIDS. Three studies were made. The first one was sectional; it was performed by means of a review of subjects who were 13 years of age or over being assisted by the dentistry service of the AIDS Reference Center (CREAIDS) in Salvador-Bahia. The second, also sectional, was done by making use of the review of the medical reports of subjects under 13 years of age assisted by CREAIDS. The third study is a historical cohort based not only on socio-demographic but also clinical, therapeutic and immunologic data of subjects under 13 years of age followed up by the medical pediatrics service at CREAIDS. Its results are presented in three manuscripts and they have shown, throughout the study (2003 to 2005), a reduction in the frequency of oral manifestations associated with infection caused by HIV, both in adults and in children, mainly in the groups which used highly active anti-retroviral therapy (HAART). These manifestations were more frequent in subjects who presented immunologic alteration characterized by high levels of plasma viral load and counting reduction of the T CD4+ lymphocytes. The oral manifestations were more frequent in adults with a low level of schooling. Besides that, high levels of tooth cavities were observed in these populations. Nevertheless, among the children, tooth cavity was associated to the occurrence of oral lesions. Furthermore, it was observed that the "persistent" form of pseudo-membranous oral candidiasis is associated with severe immunologic alteration and presented a shorter median time until the AIDS diagnosis was reached. This research confirms the tendency observed in most of the studies investigating reduction of lower proportion of the oral manifestations in subjects infected by HIV who used HAART. Nonetheless, these subjects presented important needs as far as dental care is concerned.

KEY WORDS: HAART. Oral Lesions. Survival. Oral Health. Oral Manifestations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo III - Incidência da candidíase oral episódica e persistente e valor prognóstico para progressão para a Aids em crianças

- | | |
|---|-----------|
| Figura 1. Curva de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids em crianças (n=98). | 12 |
| Figura 2. Curvas de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids, estratificada por idade (n=98). | 12 |
| Figura 3. Curvas de sobrevivência até o diagnóstico da Aids em crianças até 5 anos de idade, segundo a ocorrência de candidíase oral (n=56). | 12 |
| Figura 4. Curvas de sobrevivência até o diagnóstico da Aids em crianças acima de 5 anos de idade, segundo a ocorrência de candidíase oral (n=56). | 21 |

LISTA DE TABELAS

Artigo I - **Manifestações orais e condição de saúde bucal em adolescentes e adultos infectados pelo HIV-Aids, Bahia-Brasil.**

Tabela 1. Características sócio-demográficas, terapêuticas e imunológicas e ocorrência de lesões orais em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Brasil.	12
Tabela 2. Frequência de lesões orais e indicadores de saúde bucal em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Brasil.	12
Tabela 3. Prevalência de lesões orais durante o período do estudo, 2003-005.	12
Tabela 4. Indicadores de saúde bucal e ocorrência de lesões orais em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS, de acordo com o uso de TARV, Salvador, Brasil.	22

Artigo II - **Manifestações orais e cárie dentária em crianças infectadas pelo HIV-Aids, Bahia-Brasil.**

Tabela 1. Características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de indivíduos infectados pelo HIV-Aids, menores de 13 anos de idade, atendidos no serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Bahia.	22
Tabela 2. Frequência das manifestações orais em 56 indivíduos infectados pelo HIV, menores de 13 anos de idade, atendidos no serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Bahia (2003 – 2005).	22
Tabela 3. Proporção de crianças com cárie dentária assistidas pelo serviço de odontologia do CREAIDS, segundo categorias de alteração imunológica.	22
Tabela 4. Proporção de crianças com cárie dentária assistidas pelo serviço de odontologia do CREAIDS, segundo uso de TARV.	12
Tabela 5. Razão de Prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%, para os preditores da ocorrência de lesão oral (N= 56).	12

Artigo III - **Incidência da candidíase oral episódica e persistente e valor prognóstico para progressão para a Aids em crianças.**

Tabela 1. Características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de crianças menores de 13 anos de idade infectados pelo HIV. CREAIDS.	23
Tabela 2. Taxas de incidência da candidíase oral episódica e persistente por 100 crianças-ano, de acordo com as características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de crianças infectadas pelo HIV-Aids. CREAIDS.	12
Tabela 3. Razões de Risco (RR) estimados pela regressão de Cox respectivos intervalos de confiança (IC) a 95% dos preditores para a progressão da infecção pelo HIV, segundo faixas de idade (N= 98).	12

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

ARV – Anti-retroviral

AZT – *Azidothymidine* (zidovudina)

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CREAIDS - Centro de Referência Estadual de DST-Aids

ELISA – *Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay*

HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy*

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

ITRNN – Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeos

ITRN – Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos

IP – Inibidores da Protease

MS – Ministério da Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia anti-retroviral

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV / AIDS*

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 DELIMITANDO O PROBLEMA	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Breve histórico da infecção pelo HIV.....	16
2.2 Situação epidemiológica da Aids	17
2.2.1 A epidemia da Aids no mundo	17
2.2.2 A epidemia da Aids no Brasil	17
2.2.3 A epidemia da Aids na Bahia	19
2.3 Aspectos clínicos da infecção pelo HIV.....	19
2.3.1 Manifestações orais em crianças	21
2.3.2 Manifestações orais em adolescentes e adultos	22
2.3.3 Manifestações orais e condição de saúde bucal	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	24
3.1 Diagrama do modelo teórico e preditivo causal	28
4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	29
5 OBJETIVOS.....	29
6 RESULTADOS	30
ARTIGO I- Manifestações orais e condição de saúde bucal em adolescentes e adultos infectados pelo HIV-Aids, Bahia-Brasil	30
ARTIGO II- Manifestações orais e cárie dentária em crianças infectadas pelo HIV-Aids, Bahia-Brasil.....	46
ARTIGO III- Incidência da candidíase oral episódica e persistente e valor prognóstico para a progressão para a Aids em crianças	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	92
ANEXOS	97

INTRODUÇÃO

O presente trabalho destaca as mudanças observadas na ocorrência das manifestações clínicas orais em indivíduos infectados pelo HIV e descreve suas implicações para a saúde bucal destes indivíduos, apontando algumas lacunas nos estudos previamente realizados, principalmente quanto ao papel dos aspectos imunológicos e terapêuticos.

Optou-se inicialmente em investigar, por meio de um delineamento seccional¹ e sob a óptica do profissional da saúde bucal, a ocorrência de manifestações orais comumente associadas à infecção pelo HIV em crianças e adultos. No entanto, diante das limitadas informações contidas nas fontes de dados (prontuários clínicos) e da complexidade deste objeto, foi necessária uma reformulação metodológica que possibilitasse um olhar mais amplo sobre o mesmo. Como consequência destes limites, um estudo longitudinal (coorte histórica) foi desenvolvido, com dados de indivíduos menores de 13 anos de idade assistidos na clínica médica pediátrica e os do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Este trabalho apresenta alguns elementos que, sem dúvida, podem contribuir para o relevante debate no campo da saúde coletiva sobre a determinação dos problemas de saúde de interesse público. Neste caso, o debate desloca-se para as implicações da infecção pelo HIV na saúde bucal dos indivíduos vivendo com o vírus, principalmente após a introdução da terapia anti-retroviral (TARV).⁽¹⁾

Além disso, esta pesquisa encontra-se adequadamente inserida numa recente discussão iniciada na década de 80, relacionada à importância das manifestações clínicas orais na indicação de infecção pelo vírus HIV e na predição da progressão para a Aids.²

Mesmo após a publicação pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1993, de um consenso definindo critérios de diagnóstico para a classificação das manifestações orais associadas à infecção pelo HIV³, observa-se a necessidade da revisão destes critérios, considerando que novas lesões orais estão sendo encontradas em indivíduos HIV soropositivos, principalmente nos países em desenvolvimento, independentemente dos efeitos adversos da TARV.

⁽¹⁾ Terapia Anti-Retroviral. Neste estudo será utilizada a denominação TARV como denominação da terapia anti-retroviral de alta eficácia, que corresponde ao termo em inglês HAART (highly active anti-retroviral therapy). Significa o uso combinado de três ou mais drogas anti-retrovirais.

Uma outra perspectiva valorizada neste trabalho, diz respeito à geografia social da Aids, a qual confirma tendências de pauperização, interiorização e feminização. Isto representa dificuldades adicionais para o entendimento do impacto das manifestações orais oportunistas da infecção pelo HIV sobre a condição de saúde bucal, pois os problemas orais de interesse público são exacerbados nas populações de maior vulnerabilidade, caracterizadas pela pobreza e exclusão social.⁴

Em seguida, são descritas, numa revisão bibliográfica da literatura, as principais contribuições da pesquisa científica nesta área. Esta revisão destaca, num breve histórico, a disputa pela identificação do vírus e o esforço para evitar o seu desenvolvimento em meio à população dos diversos países. São apresentadas estimativas mundiais e dados epidemiológicos dos casos notificados entre a população brasileira, especialmente em nosso estado. São relacionadas as principais manifestações orais da infecção pelo HIV e as tendências observadas no perfil da epidemia de Aids. Destaca ainda, o papel do profissional de saúde bucal no reconhecimento precoce destas manifestações, assim como as medidas adotadas pelo governo brasileiro para o enfrentamento da epidemia em nosso país.

Após a apresentação do “estado da arte”, este trabalho explicita o eixo epistemológico adotado, que possibilitou responder aos questionamentos formulados na pesquisa. Em seguida, estas respostas são estruturadas na forma de 3 (três) artigos científicos. No APÊNDICE A pode ser observado um organograma descrevendo a origem da população dos artigos II e III.

O primeiro artigo “Manifestações orais e condição de saúde bucal em adolescentes e adultos infectados pelo HIV, Bahia-Brasil” analisa a condição de saúde bucal e a importância da TARV na ocorrência das principais manifestações orais em indivíduos adolescentes e adultos HIV soropositivos acolhidos pelo serviço de odontologia do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS) em Salvador-Bahia. Esta investigação, mesmo com delineamento seccional, foi desenvolvida com dados secundários dos anos de 2003 a 2005.

O segundo artigo foi desenvolvido no mesmo período, só que com crianças infectadas pelo HIV. Denominado “Manifestações orais e cárie dentária em crianças infectadas pelo HIV, Bahia-Brasil”, trata de um estudo seccional de caráter exploratório, no qual foi possível observar a associação entre a ocorrência de lesões

orais e cárie dentária nesta população. Vale ressaltar que este estudo foi desenvolvido numa população muito pequena, a despeito da sua importância.

O terceiro artigo “Incidência da candidíase oral episódica e persistente e valor prognóstico para progressão para a Aids em crianças” discute as formas de ocorrência da candidíase oral pseudomembranosa investigando o seu papel como preditora da progressão para a Aids. Para a análise dos dados foram construídas curvas da função de sobrevivência, utilizando o estimador de Kaplan-Meier e o teste de hipótese não-paramétrico log-rank. Para verificação de modificação de efeito e variáveis de confusão foi realizada análise exploratória das covariáveis utilizando o modelo de regressão semiparamétrico de Cox.

Por fim, são apresentadas as considerações finais, com ênfase nas principais limitações metodológicas, indicação de novas perspectivas para estudos futuros e definição de elementos que possam contribuir para a formulação de políticas públicas de assistência às pessoas vivendo com o HIV na atenção básica à saúde bucal.

1 DELIMITANDO O PROBLEMA

No Brasil, a epidemia da Aids, desde seu surgimento na década de 80, vem sofrendo diversas modificações em seu padrão de morbi-mortalidade.⁵ A Aids se apresentava, inicialmente, como uma pneumonia pelo *Pneumocystis carinii* e pelo sarcoma de Kaposi, presentes em determinadas áreas e grupos sociais. No entanto, a epidemia disseminou-se por todo território nacional com outras apresentações clínicas.

Em indivíduos adultos infectados pelo HIV têm sido observadas inúmeras manifestações orais, tais como: candidíase, leucoplasia pilosa oral, sarcoma de Kaposi, herpes labial simplex e doenças do periodonto. Enquanto que na população infantil, o reconhecimento da infecção pelo HIV ainda é realizado mediante o adoecimento da criança, em que as adenopatias são diagnosticadas como manifestações iniciais, seguidas de hipertrofia de parótidas, candidíase recorrente, queilite angular, eritema gengival linear e úlceras bucais persistentes.

No entanto, a partir da introdução dos medicamentos anti-retrovirais e, especialmente, do tratamento intensivo com TARV, tem-se observado uma mudança no perfil destas manifestações orais oportunistas relacionadas à infecção pelo HIV,

tanto em adultos quanto em crianças. Além disso, estas manifestações parecem relacionadas com a condição de saúde bucal.

Estes aspectos têm sido pouco estudados no Brasil e, principalmente, na região Nordeste. Os estudos encontrados tanto em adultos quanto em crianças são, na sua maioria, descritivos, apresentando a freqüência das principais manifestações orais e sua relação com alguns marcadores imunológicos. No entanto, poucos investigaram a contribuição das drogas anti-retrovirais contendo inibidores da protease, assim como poucos descreveram a condição de saúde bucal e, especialmente, as implicações das lesões orais sobre a ocorrência de cárie dentária e progressão para a Aids em crianças.

Portanto, pretendeu-se com este estudo conhecer as manifestações orais mais freqüentes e sua implicação na saúde bucal de adultos e crianças infectadas pelo HIV, considerando fatores sócio-demográficos, imunológicos e terapêuticos. Esta pesquisa também investigou as formas de ocorrência da candidíase oral pseudomembranosa e seu papel na progressão para a Aids em crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve histórico da infecção pelo HIV

A história da infecção pelo HIV inicia-se há 25 anos com observações de casos raros de sarcoma de Kaposi em oito adultos jovens homossexuais de Nova York, enquanto que, em Los Angeles outros cinco jovens apresentaram um tipo raro de pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii*. Em seguida, os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta (EUA), criaram um grupo de pesquisa para acompanhar os pacientes com essa “nova enfermidade”, ainda não conhecida, que comprometia o sistema imunológico. Entre os anos de 1981 e 1983, os cientistas constataram que os indivíduos acometidos pela doença não conseguiam combater infecções simples. Anos depois, um grupo de pesquisadores dos CDC publica seu primeiro artigo sobre cinco homossexuais com pneumonia pelo *Pneumocystis carinii*, demarcando o início oficial da enfermidade que viria a ser chamada de Aids no mundo.⁶

Uma disputa entre grupos de pesquisadores americanos e franceses que tentavam isolar o agente responsável por esta imunodeficiência resultou na descoberta dos vírus HTLV-III (*Human T-Leukemia Vírus*, 1983) e LAV (*Lymphadenopathy Associated Vírus*, 1984), até que em 1985 concluiu-se que se tratava de um retrovírus, então denominado HIV. Neste mesmo período, começou a ser utilizado o teste anti-HIV (ELISA-*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*).⁷

Atualmente, observa-se que a alta taxa de mutação e recombinação do HIV provoca grande variabilidade na sua forma de apresentação, ocorrendo, conseqüentemente, uma grande variação na distribuição geográfica nos diferentes grupos e subtipos. Até o momento dois tipos foram identificados (HIV-1 e HIV-2). Eles diferem quanto à estrutura genômica. O HIV-2 é endêmico na África Ocidental e é menos virulento que o HIV-1. Esta revisão refere-se ao tipo HIV-1, predominante em nosso continente. Este tipo tem se mostrado mais virulento e com menor tempo de incubação que o tipo HIV-2. Este é classificado em três grupos: M (main), O (outlier) e N (new). O primeiro grupo (M) é responsável pela maioria das infecções no mundo, sendo dividido em subtipos (de A até J). Nos Estados Unidos e na Europa o subtipo B é o principal responsável pelas infecções. No Brasil, o subtipo B também é predominante (cerca de 80% das infecções), acompanhado dos subtipos F e C. Este último com maior freqüência na região sul. Enquanto que na África subsaariana foram identificados 5 subtipos (de A a E) do vírus HIV-2.⁷

Hoje, sabe-se que a doença pode ser transmitida por acidente com materiais biológicos, transfusão de sangue e hemoderivados, pela via sexual, uso compartilhado de seringas, da mãe para o seu filho durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento (transmissão vertical).⁷

O diagnóstico laboratorial específico faz-se por meio de detecção de anticorpos e detecção do vírus. Nas crianças, os anticorpos maternos podem permanecer por aproximadamente 18 meses. Assim, o diagnóstico de infecção dependerá de sua faixa etária, cuja definição é dada pela Portaria nº 59/03 do Ministério da Saúde.⁸

A classificação da infecção pelo HIV proposta pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1994 utiliza sistema alfa-numérico baseando-se em características clínicas e imunológicas. Esta classificação é baseada na identificação de sinais e sintomas divididos em: categoria N – sintomas ausentes; categoria A – sintomas leves; categoria B – sintomas moderados; categoria C –

sintomas graves. No Brasil, esta classificação foi adaptada para fins de vigilância epidemiológica de casos de Aids, além de indicação de início e acompanhamento da terapia anti-retroviral. (ANEXOS A e B)

2.2 Situação epidemiológica da Aids

2.2.1 A Epidemia da Aids no Mundo

Segundo estimativas da United Nations Joint Program on HIV-Aids (UNAIDS) até dezembro de 2007 cerca de 33,2 milhões (30,6-36,1 milhões) de pessoas em todo o mundo estavam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Destes, 30,8 milhões (28,2-33,6 milhões) seriam adultos e cerca de 2,1 milhões (1,9-2,4 milhões) crianças menores de 15 anos. Estima-se ainda, que neste ano ocorreram 2,5 milhões (1,8-4,1 milhões) de novas infecções, sendo que as mulheres representam quase 50% dos novos casos. Aproximadamente 66% (60%-72,8%) destas pessoas estão na África Subsaariana. Outras regiões como o leste e o sul da Ásia, a Índia e a China também têm sido alvo de uma preocupação especial, com 18,2% das ocorrências (15,1%-27,2%).^{9,10}

Nestes últimos 20 anos, a epidemia da infecção pelo HIV vem representando um dos principais problemas de saúde pública para a maioria dos países em desenvolvimento. Em duas décadas foi responsável pela morte de mais de 25 milhões de indivíduos em todo o mundo. Ainda segundo dados da UNAIDS, cerca de 2,1 milhões (1,9-2,4 milhões) de pessoas morreram em 2007 por consequência da AIDS.^{9,10}

2.2.2 A Epidemia da Aids no Brasil

A infecção pelo HIV foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, com o diagnóstico retrospectivo de um caso de Aids no ano de 1980. Entretanto, considerando o seu longo período de incubação, pode-se deduzir que a circulação do vírus no país ocorreu já na década de 70.⁶

Os casos notificados de Aids no Brasil desde o início da década de 80 até junho de 2007 somam 474.273, sendo 66,3% dos casos do sexo masculino. Além

disso, as regiões Sudeste e Sul acumulam 80% destes casos, sendo o estado de São Paulo responsável por quase 40% dos casos notificados no país. Contudo, a partir de achados da vigilância sorológica em populações sentinela e de estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional, estima-se que aproximadamente 600 mil pessoas entre 15 e 49 anos estão vivendo com o vírus HIV-AIDS, correspondente a uma prevalência de 0,61% da população sexualmente ativa, sendo 0,42% entre as mulheres e 0,80% entre os homens. A taxa de incidência de casos apresenta-se com tendência de aumento (17,5 casos por 100 mil habitantes), com estabilidade apenas na região Sudeste. No que se refere à categoria de exposição, 14,3% decorreram de exposição sanguínea e 58,7% por exposição sexual. Atualmente, os casos de crianças menores que 13 anos de idade somam 16.455, equivalente a quase 4% do total geral de casos. Além disso, a epidemia já atinge quase 70% dos municípios brasileiros.¹¹

Quanto à taxa de mortalidade, observa-se uma redução significativa, desde 1996, quando o governo brasileiro iniciou a política de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais (ARV) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a primeira droga anti-retroviral liberada para uso clínico foi a zidovudina (AZT), caracterizando o período da monoterapia. Entre 1987 a 1994 estavam disponíveis os análogos de nucleosídeos e inibidores da transcriptase reversa. A partir de 1996, dois estudos (ACTG 175 e Delta) revolucionaram a conduta terapêutica com a utilização da terapia combinada, seguida da introdução dos inibidores da protease na prática clínica e da terapia multidrogas.^{12,13,14}

Estes medicamentos (anti-retrovirais) para o tratamento da infecção pelo HIV atuam bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa e da enzima protease. Inúmeros estudos vêm sendo desenvolvidos com o intuito de introduzir novos medicamentos que possam atuar em outras fases do ciclo de reprodução do vírus HIV, tendo em vista o desenvolvimento de resistência viral, o que se constitui numa das principais causas de falha terapêutica.¹⁴

Não resta dúvida que esta epidemia vem sendo responsável por mudanças significativas em campos que extrapolam a área da saúde, principalmente, por estar relacionada ao comportamento sexual. Neste sentido, diferentes áreas do conhecimento aceitaram o desafio de combater essa doença. Entretanto, o processo de disseminação do HIV na população brasileira não se apresenta da mesma forma

nas diferentes regiões geográficas, assumindo um caráter específico em diferentes grupos populacionais.¹¹

2.2.3 A Epidemia da Aids na Bahia

Até junho de 2007 foram notificados 13.025 casos de Aids, sendo 34,7% entre as mulheres, com crescimento acentuado entre gestantes. A incidência acumulada é maior na macrorregião Nordeste (97,3 casos por 100 mil habitantes). A epidemia já atinge quase 50% dos municípios do estado, sendo 5.015 (39,2%) casos no município de Salvador. Este gradativo aumento do número de casos em indivíduos com idades mais avançadas e de baixa escolaridade nos diversos municípios do interior do estado, confirma a tendência nacional de envelhecimento, pauperização e interiorização da epidemia.¹⁵

Os dados divulgados relativos aos indivíduos acolhidos pelo Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), correspondente aos casos de Aids acumulados entre janeiro de 2000 a junho de 2007, já somam 1.527, sendo 927 do sexo masculino e 600 do sexo feminino. Também acompanhando a tendência nacional, observa-se um relevante crescimento da epidemia entre as mulheres.¹⁵ Finalmente, desde o ano de 2000, a notificação em gestantes tornou-se obrigatória, neste sentido observou-se que do total de 646 gestantes HIV soropositivas, 27,9% obtiveram evidência laboratorial do HIV-Aids durante o exame pré-natal, enquanto que 10,5% durante o trabalho de parto.¹⁶

2.3 Aspectos clínicos da infecção pelo HIV

Os indivíduos recém infectados pelo HIV desenvolvem uma síndrome aguda três a seis semanas após a infecção primária. Durante esta fase, o vírus HIV replica-se principalmente no tecido linfóide. Mesmo diante da reação (resposta) do sistema imunológico, há disseminação para linfonodos e órgãos linfóides. Após esta fase, a maioria dos indivíduos adultos apresenta um período de latência clínica que pode durar por 10 a 12 anos. Nesta etapa observa-se gradual deterioração do sistema imunológico, expresso por redução progressiva dos linfócitos T CD4+, seguida do aparecimento das doenças oportunistas, como as manifestações clínicas orofaciais.¹⁷

Esta dinâmica observada nos adultos não se verifica em crianças infectadas pelo HIV. Estas possuem sistema imune relativamente imaturo e, normalmente apresentam elevada carga viral plasmática nos primeiros meses de vida. Nos casos de infecção perinatal o declínio da carga viral é bastante lento, podendo ser influenciado por exposição freqüente a agentes infecciosos ou antígenos vacinais. A evolução clínica nas crianças, também é diferente do que é observado em adultos, tanto em relação ao período de incubação quanto às manifestações clínicas. Os estudos longitudinais realizados com crianças demonstraram a existência de três diferentes grupos de progressão da doença: progressão lenta correspondendo a cerca de 20% das crianças que permanecem assintomáticas ou com sintomatologia leve. Um segundo grupo com evolução intermediária apresentando imunodepressão grave entre sete e oito anos e que corresponde a aproximadamente 60% dos casos. O restante (20%) pertence ao grupo que apresenta queda rápida na contagem de linfócitos T CD4+ (progressão rápida) e evolução precoce da doença.¹⁸

Por outro lado, alguns estudos admitem apenas duas formas de progressão: rápida e lenta. Neste caso, inúmeros fatores podem estar envolvidos, desde as características fenotípicas e genotípicas do vírus, constituição genética individual até formas de exposição. Acredita-se que crianças com progressão rápida podem ter adquirido o vírus durante o período intra-útero, enquanto que as crianças com progressão lenta ou intermediária durante o parto ou pelo aleitamento.⁸

A introdução da TARV tem modificado este cenário possibilitando uma mudança nos padrões de morbi-mortalidade. Este tratamento anti-retroviral consiste na combinação de dois ou mais medicamentos da mesma classe farmacológica ou de classes diferentes. Até o momento três classes de drogas foram liberadas para o enfrentamento do vírus HIV (inibidores da transcriptase reversa análogos e não análogos de nucleosídeos, os inibidores da protease e inibidores de fusão). O uso da terapia com a associação de drogas “coquetel” resultou na redução dos níveis de carga viral no plasma e aumento da contagem de linfócitos T CD4+. Estas medidas terapêuticas têm como objetivos preservar ou restaurar a integridade imunológica e impedir as conseqüências da infecção. Devem ser empregadas para melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas infectadas.^{5,14}

2.3.1 Manifestações orais em crianças

Não resta dúvida que há uma preocupação mundial com o acometimento da epidemia do HIV nas crianças, pois continua crescendo progressivamente o contingente de crianças infectadas, constituindo-se numa das cinco principais causas de óbitos. Por outro lado, após a introdução da terapia TARV, o tempo de sobrevivência também tem aumentado, requerendo maiores cuidados quanto ao tratamento das infecções oportunistas. A tomada de decisão para o uso da terapia anti-retroviral está condicionada ao nível da carga viral, contagem de linfócitos TCD4+ e, especialmente, ao estado clínico.

As crianças quando infectadas pelo HIV podem permanecer por meses ou anos sem qualquer sintomatologia clínica antes de progredir para a Aids. As primeiras manifestações consistem em atrasos no crescimento, febres inespecíficas, adenomegalias, infecções virais e bacterianas recorrentes, candidíase oral recorrente, diarreias frequentes. No entanto, a ocorrência destas manifestações difere das observadas em indivíduos adultos. Estas refletem predominantemente as implicações da imunodeficiência e incluem doenças infecciosas e não infecciosas. Assim, dependendo do grau de comprometimento imunológico, a apresentação das manifestações clínicas orais pode variar, revelando-se como importantes marcadores de falência imunológica.¹⁸

As manifestações orais podem representar os primeiros sintomas clínicos da infecção pelo HIV. Semelhante aos adultos, estas manifestações em crianças também foram divididas em três grupos, compreendendo as lesões comumente associadas, lesões menos associadas e lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV, sendo estas últimas mais raras. Dentre estas lesões, destacam-se as candidíases, úlceras recorrentes, hipertrofia de parótidas, doenças do periodonto, herpes labial simplex, eritema gengival linear.^{19,20}

A maioria dos estudos com pacientes pediátricos, conduzidos nos países em desenvolvimento, aponta a candidíase pseudomembranosa como lesão mais prevalente, seguida da leucoplasia pilosa oral, estando associadas com estágios de maior severidade de imunodeficiência. Por outro lado, esta última não tem sido mencionada nos achados dos estudos em países desenvolvidos, sendo a ocorrência considerada rara em pacientes infantis infectados pelo HIV.^{19,20}

Alguns autores destacam a importância da razão linfócitos T CD4/CD8 como preditora de alteração imunológica severa. Os recentes estudos encontrados em adultos infectados pelo HIV acometidos de tuberculose e estomatite recorrente têm demonstrado que a razão CD4/CD8 parece associada com a ocorrência de lesões orais.²¹⁻²³ Um outro estudo desenvolvido com crianças, utilizando delineamento transversal, também observou uma correlação entre a razão CD4/CD8 e frequência de lesões orais. Neste estudo, a candidíase pseudomembranosa foi a lesão mais presente.²⁴

2.3.2 Manifestações orais em adolescentes e adultos

Desde os primeiros relatos da infecção pelo HIV/Aids a partir de 1981, a importância das lesões da mucosa oral tem sido ressaltada. Os primeiros estudos revelaram que cerca de 40% dos pacientes com Aids apresentavam candidíase oral no estágio inicial da doença, sendo considerada uma lesão “marcadora” do nível de comprometimento imunológico.²⁵⁻²⁷

A Comunidade Econômica Européia divulgou em 1986, uma listagem de 30 (trinta) doenças associadas com a infecção pelo HIV. Alguns anos depois, foram acrescentadas novas lesões observadas com maior frequência na cavidade oral ou região submandibular. Em seguida, critérios de classificação^{3-20,28,29} das lesões orais foram elaborados com destaque para candidíase, leucoplasia pilosa oral, herpes labial simplex, doenças ulcerativas dos tecidos periodontais e sarcoma de Kaposi. (APÊNDICE B e C).

As manifestações orais além de indicar infecção pelo HIV representam os primeiros sinais clínicos da doença Aids em adultos, predominando infecções por fungos, bactérias ou vírus. Em países subdesenvolvidos estas manifestações têm sido recomendadas como auxiliares no diagnóstico da infecção pelo HIV na população.²

A grande maioria dos estudos anteriormente realizados, envolvendo adolescentes e adultos, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento tiveram como objetivo conhecer as manifestações orais mais comuns em suas populações. Neles, a candidíase oral aparece como a lesão mais fortemente associada à infecção pelo HIV, variando entre 56% a 94% a depender da

condição imunológica. A segunda lesão oral mais comum foi a leucoplasia pilosa com frequência entre 3% a 43%.²⁸

Posteriormente, as pesquisas que foram desenvolvidas tiveram o intuito de investigar possíveis marcadores clínicos e imunológicos da progressão da infecção pelo HIV, assim como estudar a associação entre alteração imunológica e manifestações orais. Estes estudos além de demonstrarem que estas são mais frequentes em indivíduos com severa imunodepressão, caracterizada por aumento da carga viral plasmática e acentuada redução da contagem de linfócitos T CD4+, também verificaram o relevante papel das lesões orais na predição de progressão para a Aids. Vale ressaltar que os estudos longitudinais clássicos desenvolvidos com adultos para investigar o papel das lesões orais na progressão para a Aids foram realizados com usuários de drogas, hemofílicos ou homossexuais e anteriormente à introdução da terapia TARV.²⁹⁻³²

Após a liberação da terapia combinada associando duas classes de drogas, no início de 1996, os estudos se inclinaram para as implicações desta nova terapêutica (TARV) sobre a ocorrência das manifestações orais. As pesquisas demonstraram acentuada redução na incidência destas manifestações na população dos diversos países que disponibilizavam os anti-retrovirais.³³⁻³⁵ Em alguns destes estudos foram comparados diferentes esquemas terapêuticos e ocorrência de manifestações orais, com destaque para redução significativa na frequência de lesões orais nos indivíduos que utilizavam dupla ou tripla terapia quando comparados com os indivíduos que usavam monoterapia.^{36,37}

A terapêutica com TARV tem modificado significativamente o curso da infecção pelo HIV em crianças e adultos, representada por uma significativa redução na replicação associada à recuperação da contagem de linfócitos T CD4+ e melhora da resposta imune. Nos adultos, esta reconstituição é ainda mais rápida podendo ser reconhecida pela redução ou ausência das doenças oportunistas, como as manifestações orais, principalmente em indivíduos usando TARV com IP.^{2,38}

2.3.3 Manifestações orais e condição de saúde bucal

Até o momento, poucas pesquisas foram encontradas com o intuito de investigar a associação entre manifestações orais e condição de saúde bucal. Os

poucos estudos publicados são descritivos e analisam separadamente estes aspectos nas populações.^{37,39,40}

No entanto, parece consistente entre os pesquisadores que altas taxas de cárie dentária devem ser observadas entre as crianças infectadas pelo HIV. Acredita-se que este aumento pode estar relacionado a uma dieta rica em carboidratos, higiene bucal deficiente, redução do fluxo salivar e, principalmente, ao elevado teor de sacarose contido nos medicamentos anti-retrovirais pediátricos.^{39,40,41,42} Foi observada ainda uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o uso de anti-retroviral e ocorrência de cárie dentária. Estes medicamentos apresentam alto teor de sacarose, que associado a outros fatores (dieta, redução do fluxo salivar) potencializam a ação dos ácidos sobre os tecidos dentais.^{40,41} Portanto, não há ainda nenhuma evidência de uma associação direta entre infecção pelo HIV e ocorrência de cárie dentária em crianças.⁴²

Estudos recentes demonstram que a ocorrência de gengivite convencional parece relacionada com a redução percentual dos linfócitos T CD4+. As doenças dos tecidos periodontais associadas ao HIV sempre estiveram relacionadas com a infecção em adultos. No entanto, recentemente, têm sido observadas com mais frequência seu acometimento em crianças. Estas parecem mais susceptíveis que os adultos para infecções bacterianas, especialmente em situações de imunodepressão severa.⁴²

Curiosamente, em recente estudo realizado por Okunseri et al.⁴¹ foi demonstrado baixa taxa de cárie dentária em crianças verticalmente expostas ao HIV, numa faixa de idade entre 3 e 15 anos, usando TARV. Os pesquisadores acreditam que a participação em programas preventivos, uso racional de flúor e ampla rede de apoio social podem explicar esta baixa taxa de cárie.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Os estudos sobre a dinâmica da epidemia de Aids em escala global suscitam a hipótese de que a expansão da epidemia vem se fazendo acompanhar de mudanças referentes às condições sociais dos indivíduos vivendo com o HIV, pois sua expansão mundial parece determinada pelos processos de globalização e reestruturação econômica internacional, aliados a uma série de transformações subseqüentes nas estruturas das sociedades, comunidades e famílias.⁴³ Assim,

apesar da diversidade e complexidade destes processos, observa-se uma ênfase na acumulação de capital e flexibilização das relações de trabalho, originando novas formas de organização social, caracterizadas pela exclusão, pobreza e extremos de desigualdade.⁴⁴

Este cenário parece ter sido corroborado pela modesta ampliação dos investimentos em educação e proteção social. Assim como, pela escolha de uma agenda orientada por políticas neoliberais, focalizadas e subordinadas ao capital internacional. Tais transformações emergem precisamente durante o mesmo momento histórico de expansão global da epidemia do HIV-Aids, descartando a possibilidade de mera coincidência entre estes fenômenos.^{43,45}

Além disso, devido ao perfil epidemiológico mutante e variado da epidemia, a infecção pelo HIV, que inicialmente acometia apenas as pessoas pertencentes aos estigmatizados “grupos de risco”, difundiu-se para outros segmentos da população. Logo, o entendimento das tendências epidemiológicas observadas na evolução da epidemia do HIV-Aids no Brasil, requer uma contextualização em relação a padrões sociológicos e antropológicos mais amplos.⁴⁶

Portanto, esta pesquisa fundamenta-se na perspectiva teórica de que elementos de transformação radical do capitalismo, parecem contribuir para a propagação da epidemia. Ou seja, constituem-se em ingredientes estruturais da produção de susceptibilidade crescente à infecção – vulnerabilidade – e da incapacidade crescente de indivíduos e sociedades cuidarem de seus doentes, de modo geral, e dos acometidos pelo HIV-Aids.⁴⁷

Contudo, passados já vinte anos da identificação dos primeiros da epidemia de Aids, e mesmo com todas as conquistas terapêuticas, a prevenção ainda assume papel de destaque. Os enormes avanços do conhecimento e da técnica não enfraqueceram os obstáculos da prevenção, uma vez que tais progressos não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à Aids em significativos contingentes da população.⁴⁷

Embora não operacionalizados neste estudo, a intolerância à diversidade, especialmente de opção sexual; a pobreza; a exclusão de base racial; a inflexibilidade de condutas nas relações de gênero; o difícil diálogo com as novas gerações; o descaso com as gerações mais idosas e a crescente desintegração da sociedade civil no mundo globalizado representam alguns destes aspectos de vulnerabilidade.⁴⁴

Assim, a vulnerabilidade às doenças e situações deletérias da vida distribui-se de maneira desigual entre os indivíduos, regiões e grupos sociais e estão relacionados com a pobreza e com o nível educacional. A transmissão do HIV além de determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que incluiu distribuição da renda, respeito aos direitos humanos e acesso aos serviços públicos essenciais, está diretamente relacionada aos fatores individuais e aos modos de interação e crenças dos diferentes grupos populacionais.⁴⁷

Vale ressaltar que os primeiros estudos que utilizam o conceito de vulnerabilidade, como alternativa de interpretação à epidemia da Aids, surgiram na Bélgica, em 1997, numa tentativa de problematizar a vertente individualizante da doença. Os achados foram analisados sob três dimensões: trajetória social (curso da vida), interação (relação entre os indivíduos) e contexto social (fatores econômicos, políticos e culturais). Em seguida, Mann et al. (apud SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007)⁴⁸, no livro “Aids no mundo” apresenta uma metodologia semelhante para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. Segundo os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, justificando a focalização das ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Desse modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar o controle no âmbito individual. Propõem ainda uma estrutura de análise que incorpora o nível individual (comportamento), o âmbito coletivo (programas) e o social (status social).

No entanto, a repercussão destes estudos no Brasil resulta no entendimento de que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação (vulnerabilidade do indivíduo, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática). O significado do termo vulnerabilidade, neste caso, refere-se à

probabilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. O indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Deve ser destacado o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades. (AYRES et al., 1999).⁵⁰

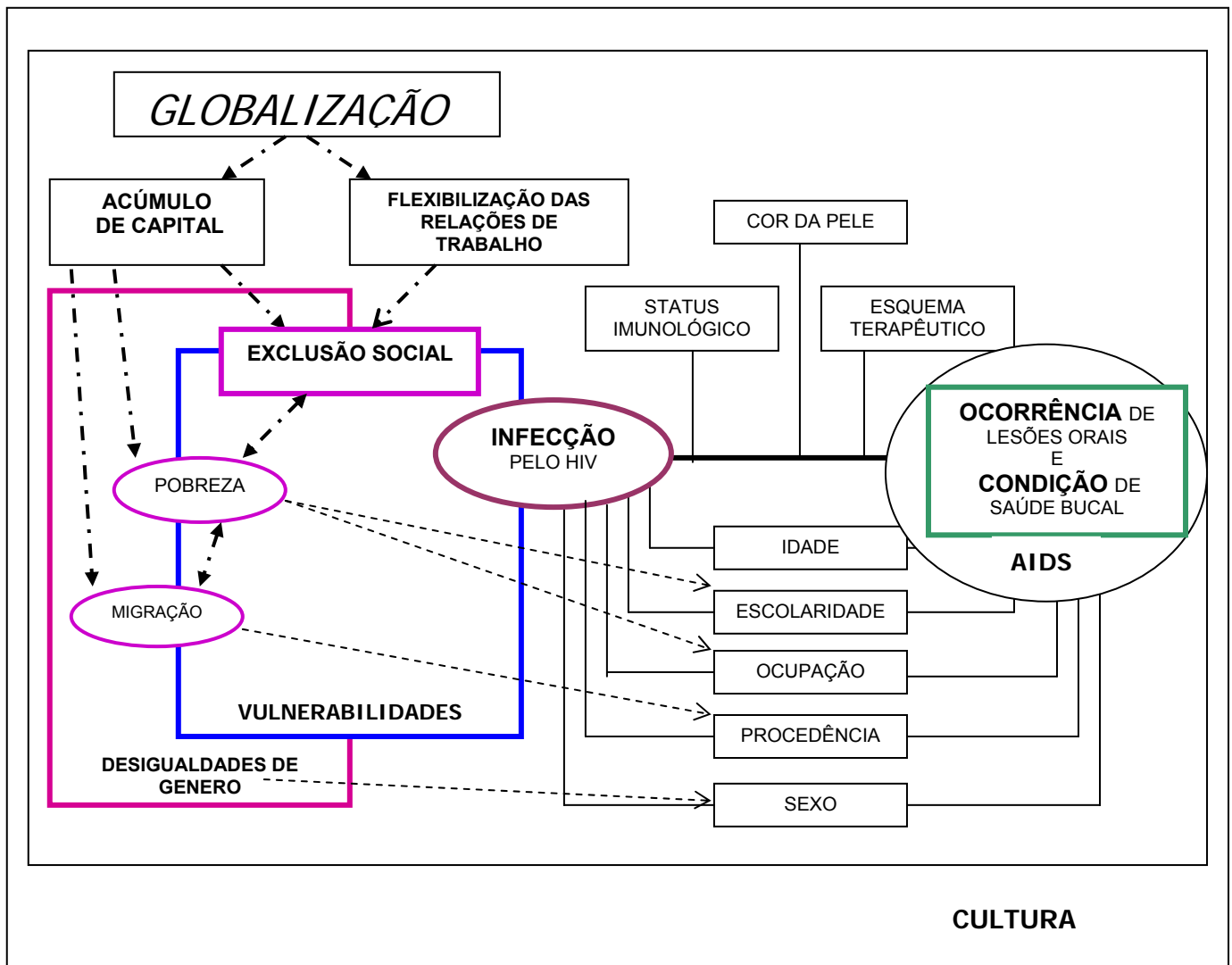
Essa abordagem parece ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que possam ser úteis para a formulação de políticas públicas de saúde a partir das necessidades da coletividade. Isto permite o repensar sobre as práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos. Essa perspectiva analítica amplia o horizonte para além da abordagem que se restringe à responsabilidade individual, que é empregada, tradicionalmente, em vários estudos que analisam o papel do indivíduo na trama da causalidade. Além disso, este modelo de vulnerabilidade interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos; reconhece a determinação social da doença e, principalmente, se coloca como um convite para reorientar as práticas de saúde, considerando-as como práticas sociais e históricas, envolvendo os diferentes setores da sociedade.⁴⁸

A utilização do enfoque teórico-conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente. Surge como uma tentativa de superação do “enfoque de risco” na organização das práticas preventivas. Portanto, esta pesquisa não contempla este ‘novo’ enfoque conceitual, que abandona o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, reitera a importância da carência ou disponibilidade de recursos e ainda leva em conta um conjunto de aspectos coletivos, contextuais, que podem levar à suscetibilidade para doenças ou agravos. Este novo enfoque de vulnerabilidade tenta fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes probabilidades que todo indivíduo tem de se contaminar, levando em conta algumas características individuais e sociais, consideradas relevantes para a sua maior ou menor chance de proteção ou exposição ao HIV-Aids.⁴⁸

Contudo, não resta dúvida que a ciência epidemiológica envolvida com o estudo da distribuição de eventos relativos à saúde na coletividade não pode ausentar-se das questões relacionadas à dimensão social. Assim, a preocupação com a determinação social do processo saúde-doença não pode ser abandonada nos estudos de saúde, embora a limitação do instrumental metodológico empregado nos estudos epidemiológicos para avaliar o papel dos processos sociais. Esta difícil tarefa de superar o entendimento do processo saúde-doença como um fenômeno individual (exclusivamente biológico) e a redução do processo social ao estudo de algumas variáveis sócio-demográficas apresentaram-se como uma destas limitações.

Portanto, a despeito destas considerações, neste estudo foi adotado o enfoque empírico-analítico que privilegia a causalidade como eixo da explicação científica. Além de tentar articular o “enfoque de risco” com o “enfoque clínico” no estudo das lesões orais e condição de saúde bucal em indivíduos infectados pelo HIV, devido à facilidade de sua operacionalização em estudos epidemiológicos. Pretendeu-se ainda, correlacionar a ocorrência destas manifestações clínicas com fatores imunológicos e terapêuticos, considerando as peculiaridades sócio-demográficas nesta região do país.

3.1 Diagrama do modelo teórico e preditivo causal



4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

4.1 Que manifestações orais, relacionadas à infecção pelo HIV, são mais freqüentes em crianças, adolescentes e adultos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS em Salvador – Bahia, considerando aspectos sócio-demográficos, imunológicos e terapêuticos?

4.2 Estas manifestações orais estão relacionadas à condição de saúde bucal?

4.3 Qual a papel da candidíase oral pseudomembranosa na progressão da infecção pelo HIV em crianças?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Conhecer a frequência das manifestações orais relacionadas à progressão da infecção pelo HIV e sua relação com a condição de saúde bucal em indivíduos assistidos pelo CREAIDS em Salvador-Bahia, considerando aspectos imunológicos, terapêuticos e sócio-demográficos.

5.2 Objetivos específicos

Objetivo I – Estimar a frequência das principais manifestações orais, relacionadas à infecção pelo HIV, em indivíduos com 13 anos e mais de idade assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS, considerando aspectos sócio-demográficos, imunológicos e terapêuticos;

Objetivo II – Conhecer as manifestações orais mais freqüentes em indivíduos menores de 13 anos de idade assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS, considerando os fatores imunológicos e terapêuticos;

Objetivo III – Analisar as implicações destas manifestações orais sobre a saúde bucal de crianças e adultos infectados pelo HIV;

Objetivo IV – Investigar o papel da candidíase oral pseudomembranosa na progressão para a Aids em crianças.

6 RESULTADOS

ARTIGO I

Manifestações orais e condição de saúde bucal em adolescentes e adultos infectados pelo HIV, Bahia-Brasil.

Oral manifestations and oral health status in subjects using HAART, Bahia-Brazil.

Carlos Silva ¹

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Correspondência para:

Carlos Alberto Lima da Silva

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:
40110-040

e-mail: carlosls@compos.com.br ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

RESUMO

As manifestações orais têm sido consideradas como importantes marcadores do avanço da doença entre pessoas infectadas pelo HIV. No entanto, a condição de saúde bucal desses indivíduos tem sido pouco estudada, principalmente nos países em desenvolvimento, onde vive a maioria das pessoas com o HIV. **Objetivos:** Investigar a condição de saúde bucal de indivíduos infectados pelo HIV em Salvador, Brasil, com ênfase nas manifestações orais freqüentes e sua relação com fatores imunológicos, sócio-demográficos e terapêuticos. **Métodos:** Trata-se de um estudo seccional, desenvolvido em três anos consecutivos (2003 a 2005), que usou dados de prontuários clínicos de indivíduos maiores de 13 anos de idade assistidos no serviço de odontologia do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS) em Salvador, Brasil. Foram revisados prontuários clínicos dos indivíduos para coletar informações concernentes ao status da saúde bucal e infecções orais oportunistas da Aids. Além disso, foram coletados dados existentes sobre o status sócio-demográfico, status imunológico e tratamento. **Resultados:** Neste estudo foram revisados prontuários de 993 pacientes, dos quais 473 (47,6%) eram homens. Do total de indivíduos, 55 (5,5%) apresentaram alguma lesão oral. As lesões orais foram mais frequentes em pacientes com menos de 350 linfócitos T CD4/mm³ (8,4%) e com carga viral maior que 10.000 cópias/ml (8,3%). **Conclusões:** Este estudo demonstrou que as lesões orais são mais comuns em pacientes com imunossupressão severa e baixo nível de escolaridade. Candidíase oral e queilite angular foram as lesões mais freqüentes. Entretanto, lesões orais são significativamente menos freqüente em pacientes infectados com HIV usando terapia anti-retroviral sem inibidor de protease (IP). A maioria desses indivíduos necessita de serviços de saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Aids. HIV. TARV. Lesões Orais. Saúde Bucal. Manifestações Orais.

ABSTRACT

Oral manifestations have been considered important markers of advanced disease among subjects infected with HIV. However, the oral health status these subjects have been little studied, mainly in developing countries where the vast majority of subjects with HIV exists. **Objectives:** To investigate the frequency of oral manifestations and oral health status of HIV-infected subjects in Salvador-Brazil, with emphasis on and their relationship to immunologic, socio-demographic and therapeutic factors. **Methods:** This was a cross-sectional study, carried out in three consecutive years (2003 to 2005), that used data from medical records from adult subjects assisted in the dentistry service of the AIDS Reference Center (CREAIDS) in Salvador, Brazil. We reviewed subjects' records to collect information concerning oral health status and oral opportunistic infections of AIDS. In addition, we collected existing data on socio-demographic status, immunologic status and treatment. **Results:** Were reviewed medical records from 993 subjects, of whom 473 (47.6%) were male. Around 5.5% of the subjects presented with any oral lesions. Oral lesions were most common in subjects with fewer than 350 CD4⁺T-lymphocytes per mm³ (8.4%) and with viral loads greater than 10.000 copies per ml (8.3%). **Conclusions:** This study shows that lesions are more common in subjects with advanced immune suppression and low level of schooling. Oral candidiasis and angular cheilitis were the most common lesions seen. However, oral lesions are significantly less common in HIV-infected subjects using highly active anti-retroviral therapy without Protease inhibitors (IP). These subjects had great needs for oral health services.

KEY WORDS: AIDS. HIV. HAART. Oral Lesions. Oral Health. Oral Manifestations.

INTRODUÇÃO

Os padrões de morbidade e mortalidade da epidemia de HIV e AIDS têm mudado consideravelmente no Brasil desde seu reconhecimento nos anos 80.¹ Manifestações orais, especialmente candidíase, leucoplasia, sarcoma de Karposi, eritema linear da gengiva e doença periodontal tem sido documentados. Essas lesões são os sinais mais precoces da infecção pelo HIV em indivíduos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento e, principalmente, indicam infecção pelo HIV.²

Além disso, candidíase persistente e leucoplasia pilosa estão associadas com imunossupressão e progressão da doença para a Aids.³⁻⁵ Estudos recentes têm observado que após a introdução de TARV⁶⁻⁸ houve um declínio na prevalência das lesões orais, com o surgimento de novas manifestações clínicas entre pessoas vivendo com o HIV-AIDS.

No Brasil, os poucos estudos que foram desenvolvidos são descritivos, utilizaram pequenas amostras e não investigaram a associação entre condição de saúde bucal e manifestações orais da infecção pelo HIV.⁹⁻¹² Além disso, poucos estudos têm avaliado o efeito da terapia TARV sobre as lesões orais e sobre a condição de saúde oral. Sua disponibilidade no Brasil é ampla, desde 1996, quando uma política de acesso universal garantiu a distribuição gratuita nos serviços públicos de saúde.¹³⁻¹⁴

O objetivo deste estudo foi investigar a saúde bucal e a ocorrência de lesões orais em indivíduos infectados pelo HIV, atendidos no Centro de Referência em AIDS do Estado (CREAIDS).

MÉTODOS

População e Desenho do Estudo

O serviço público de AIDS, também conhecido como CREAIDS, tem sido o centro de referência para indivíduos da capital (Salvador) e outras cidades no Estado da Bahia desde 2001. A Bahia é um estado localizado no nordeste do Brasil. É caracterizado por alto nível de desigualdade social, baixa expectativa de vida e

alta mortalidade infantil, quando comparado aos estados da região Sul e do Sudeste do país.

Este estudo utilizou um desenho seccional e todos os indivíduos acima de 13 anos de idade, que estavam matriculados no serviço de odontologia do CREAIDS no período de Janeiro de 2003 até Dezembro de 2005, foram elegíveis para participar deste estudo. A população de estudo incluiu indivíduos encaminhados para diagnóstico e tratamento de lesões orais, assim como aqueles para exames rotineiros. Neste centro, todos os indivíduos adultos que são submetidos ao tratamento anti-retroviral usam TARV e medicações sistêmicas para prevenir e/ou tratar infecções oportunistas. Dos 1.185 indivíduos matriculados no serviço de odontologia, 993 (83,8%) tinham dados disponíveis e foram selecionados para participar desse estudo.

No Brasil o tratamento para pacientes com HIV inclui três drogas de acordo com recomendações do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde. A terapia tripla consiste em dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (NRTI) associados com um inibidor da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (NNRTI) ou um inibidor da protease (IP). Essas recomendações são revistas periodicamente por um comitê ad hoc.¹⁵

Coleta de dados

Foram revisados dados de prontuários médico-odontológicos de indivíduos que apresentaram o diagnóstico confirmado para a infecção por HIV pelo método ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) e WESTERN BLOT. Os registros odontológicos incluíram informações das lesões orais observadas, higiene oral e outros sinais clínicos. O diagnóstico das lesões da mucosa oral e das alterações da estrutura dentária foi baseado na aparência clínica durante o exame bucal e registrado como presente ou ausente de acordo com as orientações contidas num instrumento para coleta de dados. As lesões foram classificadas usando o critério de diagnóstico padronizado pela Organização Mundial de Saúde (APÊNDICES B e C).¹⁶

Na clínica do CREAIDS, todos os indivíduos recentemente matriculados são assistidos por uma equipe multidisciplinar [médico, psicólogo, enfermeira e assistente social] (APÊNDICE D e ANEXOS C,D,E,F,G,H,I,J e O) e são informados

sobre a possibilidade de uso de dados contidos nos prontuários clínicos para fins de pesquisas científicas. Um único dentista conduziu todos os exames orais e apenas o primeiro exame foi considerado para esse estudo.

Informações sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, nível de educação, rendimento, ocupação e raça), variáveis imunológicas (contagem mais recente à coleta de dados de linfócitos T CD4+ e carga viral RNA HIV-1 no plasma), tempo de uso de TARV foram obtidas nos prontuários clínicos e na base de dados do Centro de Referência. Vale ressaltar que para a identificação da modalidade do esquema terapêutico utilizado pelos indivíduos foram consideradas as informações mais próximas ao momento do exame bucal. Estes estavam razoavelmente completos, com predomínio para ausência de dados sócio-demográficos e alguns poucos dados de exames imunológicos.

Análise de dados

Os dados foram digitados no programa EPI-INFO 6.03 (CDC, Atlanta, GA) e analisados no Stata 7.0 (STATA Corporation, College Station, TX). As proporções foram comparadas por meio do teste χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher. O teste qui-quadrado de tendência linear também foi usado para avaliar a frequência de lesões orais ao longo do período do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, e pelo Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Sul do Brasil.

RESULTADOS

Características sócio-demográficas, terapêuticas e imunológicas dos participantes são mostradas na Tabela 1. Um total de 993 indivíduos participou deste estudo. A média de idade foi de 36,4 anos (13-80) e quase 39% dos indivíduos tinham entre 26 e 35 anos de idade. Houve um pouco mais de mulheres (540, 52,4%) do que homens (473, 47,6%). A maioria dos indivíduos tinha apenas a educação primária (52,7%) e era de solteiros (68,8%). As mulheres eram predominantemente empregadas como trabalhadoras domésticas (50%) ou estudantes (12%). As ocupações dos homens foram diversas: estudantes (16%), motoristas (6%) ou trabalhadores de construção (5%) (dados não mostrados).

Quase 70% dos indivíduos estudados estavam em uso de TARV. Duzentos e setenta (27,2%) estavam usando TARV por pelo menos seis meses, enquanto que trezentos e noventa indivíduos (39,3%) usavam TARV por mais de seis meses.

Do total de 993 indivíduos, 55 (5,5%) apresentaram lesões orais relacionadas com a infecção pelo HIV durante todo o período do estudo. Indivíduos com contagem linfócitos T CD4⁺ \leq 350 células por mm³ (8,4%) apresentaram mais lesões orais quando comparados aos com nível de linfócitos T CD4⁺ \geq 500 células por mm³ (1,4%, $p < 0,05$). Similarmente, indivíduos com carga viral no plasma \geq 10,000 cópias por ml apresentaram mais lesões orais comparados com aqueles de carga viral \leq 500 cópias por ml. Além disso, as pessoas que estavam usando TARV sem inibidores da protease (IP) tiveram uma baixa proporção de lesões orais, quando comparados com as que usavam terapia anti-retroviral com IP ($p < 0,05$) (Tabela 1).

As lesões mais comuns foram candidíase (3,9%) e queilite angular (1,2%). Leucoplasia pilosa, herpes labial simplex e sarcoma de Kaposi foram substancialmente menos comuns. Além disso, a grande maioria de indivíduos apresentou problemas dentários. Dos 993 indivíduos, 294 (29,6%) apresentou mais de 10 dentes cariados, perdidos ou obturados; 821 (82,7%) tinham dentes cariados (53,4%); 899 (82,7%) indivíduos necessitavam de próteses dentárias e 530 (53,4%) tiveram formação de cálculo dental (Tabela 2).

As pessoas com alto nível de escolaridade apresentaram declínio na ocorrência das lesões orais, enquanto que com baixo nível de escolaridade tiveram maior freqüência de lesões orais, com tendência linear ascendente de 2003 até 2005. Aqueles que estavam usando TARV sem IP tiveram uma prevalência mais baixa. Os indivíduos com baixos níveis de células T CD4⁺ e elevada carga viral também tiveram uma alta freqüência de lesões orais em todos os anos do estudo (Tabela 3).

Indivíduos usando TARV com IP tiveram baixa proporção de CPO-D > 10 dentes (24,4%) e necessidade de prótese (83,5%), quando comparados com aqueles que não usavam IP. Os indivíduos que usavam TARV sem IP apresentaram uma proporção mais baixa de queilite angular (0,3%), do que aqueles que usavam TARV com Inibidores da Protease (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado que 5,5% (55) dos indivíduos infectados pelo HIV assistidos pelo serviço de odontologia do Centro de Referência de HIV/AIDS apresentou alguma lesão oral. A frequência de lesões orais foi relativamente estável durante os três anos de estudo, 2003-2005. A frequência foi mais baixa quando comparada com estudos em adultos recebendo TARV em países desenvolvidos e em desenvolvimento.¹⁷⁻¹⁹ Esta frequência reduzida das lesões orais pode ser explicada pelo delineamento seccional adotado neste estudo. Algumas lesões podem já ter sido diagnosticadas e tratadas pelo profissional infectologista, especialmente candidíase oral. Outra possibilidade é a alta taxa de uso de TARV (66,5%) observado nessa população, que é reconhecido como o principal responsável pela redução das lesões orais em indivíduos infectados pelo HIV.^{8,18-19} Além disso, não foi possível acompanhar os indivíduos prospectivamente, com o intuito de investigar a associação entre ocorrência dessas lesões e alteração imunológica, considerando a mudança de drogas anti-retrovirais.

A mais freqüente lesão oral foi candidíase seguida por queilite angular, herpes simples e leucoplasia pilosa oral. Similar aos achados de outros estudos, as lesões orais diagnosticadas foram mais prevalentes em indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ baixa e alta carga viral no plasma.²⁰⁻²²

Consistente com outros estudos em países em desenvolvimento, as lesões orais foram mais freqüentes em pessoas com um baixo nível de escolaridade.²³ Além disso, a grande maioria dos indivíduos apresentou problemas dentários, o que reflete baixo status sócio-econômico e que pode comprometer a qualidade de vida.²⁴ Neste sentido, é plausível supor que esses indivíduos tenham uma taxa mais baixa de adesão aos medicamentos anti-retrovirais.

Estudos prévios têm demonstrado que lesões orais são significativamente reduzidas em pacientes que usam TARV com IP.²⁵⁻²⁶ Contudo, neste estudo foi observada uma baixa frequência de lesões orais em indivíduos recebendo TARV sem IP. A terapia TARV com IP tem sido recomendada para casos de falha terapêutica ou resistência retroviral, portanto é possível que esses indivíduos já se encontrassem num estágio avançado da doença, apresentando assim manifestações oportunistas diferentes daqueles que não estavam usando TARV (estágio assintomático). Esse assunto requer maior investigação com estudos

longitudinais que observem mudança na terapêutica e sua associação com a ocorrência das lesões orais. Além disso, o desenho adotado nesta pesquisa não permitiu avaliar o efeito do uso da terapia anti-fúngica na ocorrência dessas lesões.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), numa recente publicação sobre lesões orais e doença Aids, concluiu que existe uma necessidade de centralizar esforços em pesquisa nos países em desenvolvimento, com o intuito de fomentar estudos padronizados com delineamento longitudinal e multicêntricos acerca das lesões orais, tendo em vista sua importância na tomada de decisão para o início e a mudança da terapia anti-retroviral.²⁷

A alta taxa de cárie dentária observada nos indivíduos deste estudo é similar à relatada por Pinheiro et. al.¹² em estudo desenvolvido com população de semelhante condição sócio-demográfica, apesar da indisponibilidade de informações acerca das condições imunológicas. Estes resultados também são semelhantes ao que tem sido observado em estudos com crianças, principalmente após a introdução da TARV.²⁸ Segundo a maioria dos autores, o aumento na taxa de cárie em indivíduos infectados pelo HIV pode estar associado com redução do fluxo salivar, elevado consumo de carboidratos e, especialmente, higiene bucal deficiente.²⁹ No entanto, não há nenhuma evidência de uma associação direta entre infecção pelo HIV e ocorrência de cárie dentária.³⁰

Curiosamente, em recente estudo realizado por Okunseri et al.³¹ foi demonstrado baixa taxa de cárie dentária em crianças verticalmente expostas ao HIV, numa faixa de idade entre 3 e 15 anos, usando TARV. Os pesquisadores acreditam que a participação em programas preventivos, uso racional de flúor e ampla rede de apoio social podem explicar esta baixa taxa de cárie.

Os resultados acerca da condição de saúde bucal que foram obtidos neste estudo não podem ser comparados com os de inquéritos populacionais nacionais ou até mesmo locais, assim como devem ser interpretados com certa cautela, uma vez que não foram utilizados os critérios padronizados para o diagnóstico, classificação e mensuração dos indicadores de saúde bucal.³² Além disso, não foi possível investigar devidamente a condição periodontal, já que não existiam dados disponíveis nos prontuários clínicos, apenas os referentes a cálculo dentário.

Ainda que a prevalência de lesões orais em nosso estudo tenha sido baixa, recomenda-se que indivíduos infectados com o HIV tenham acesso a serviços de saúde bucal, tendo em vista a alta concentração de necessidades acumuladas.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram que candidíase oral e queilite angular foram as lesões mais freqüentes nos indivíduos maiores de 13 anos de idade assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS. Além disso, as lesões orais parecem associadas com imunossupressão severa e baixo nível de escolaridade. Entretanto, lesões orais são significativamente menos comuns em pacientes infectados com HIV usando terapia anti-retroviral sem inibidores da protease (IP). A maioria dos indivíduos deste estudo necessita de serviços de saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais do Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pelo apoio na realização do trabalho e na coleta de dados, ao Centro de Estudos em DST/AIDS do Rio Grande do Sul (CEARGS) pelas capacitações educativas e apoio financeiro, à Fundação de Apoio à Pesquisa do estado da Bahia (FAPESB).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, terapêuticas e imunológicas e ocorrência de lesões orais em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Brasil.

Características	Todos os indivíduos		Indivíduos com lesões orais		valor-p*
	n=993	(%)	n=55	(%)	
Idade (anos)					
13 – 25	108	10,9	1	0,9	0,10
26 – 35	382	38,5	20	5,2	
36 – 45	348	35,0	25	7,2	
> 45	155	15,6	9	5,8	
Sexo					
Masculino	473	47,6	35	7,4	0,09
Feminino	520	52,4	20	3,8	
Educação^a					
Analfabetos	21	2,7	3	14,3	0,04
Primeiro grau incompleto e completo	413	52,7	17	4,1	
Segundo grau incompleto e completo	308	39,3	20	6,5	
Universitários	42	5,3	0	0,0	
Estado civil^b					
Solteiros (as)	660	68,8	38	5,8	0,86
Casados (as)	216	22,5	12	5,6	
Viúvos (as)	45	4,7	2	4,4	
Separados (as)	38	4,0	1	2,6	
Uso de TARV					
Sim, com Inibidores da Protease (IP)	362	36,5	26	7,1	0,03
Sim, sem Inibidores da Protease (IP)	298	30,0	8	2,7	
Não usam	333	33,5	21	6,3	
Tempo de uso de TARV					
Até 6 meses	270	27,2	19	7,0	0,16
Mais de 6 meses	390	39,3	15	3,8	
Não usam	333	33,5	21	6,3	
Contagem de linfócitos T CD4^c					
Baixa (≤ 350) cels/mm ³	510	51,8	43	8,4	0,03
Média (350 – 500) cels/mm ³	188	19,1	7	3,7	
Alta (≥ 500) cels/mm ³	287	29,1	4	1,4	
Nível da carga viral^d					
Baixa (≤ 500) cópias/ml	332	33,9	11	3,3	0,03
Média (500–10,000) cópias/ml	189	19,3	5	2,6	
Alta ($\geq 10,000$) cópias/ml	458	46,8	38	8,3	

(*) valor-p < 0.05 foi considerado estatisticamente significante: teste χ^2 Pearson

Nota: dados ignorados (a) 209; (b) 34; (c) 8; (d) 14 ignorados

Tabela 2 - Frequência de lesões orais e indicadores de saúde bucal em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS. Salvador, Brasil.

<i>Lesões orais e Indicadores de saúde bucal</i>	N=993	%
Manifestações orais		
Qualquer lesão oral		
Sim	55	5,5
Não	938	94,5
Candidíase		
Sim	39	3,9
Não	954	96,1
Herpes simplex		
Sim	6	0,6
Não	987	99,4
Leucoplasia pilosa		
Sim	4	0,4
Não	989	99,6
Queilite angular		
Sim	12	1,2
Não	981	98,8
Sarcoma de Kaposi		
Sim	3	0,3
Não	990	99,7
Indicadores de saúde bucal		
CPO-D		
> 10 dentes	294	29,6
≤ 10 dentes	699	70,4
Necessidade de prótese		
Sim	899	90,5
Não	94	9,5
Cárie dentária		
Sim	821	82,7
Não	172	17,3
Cálculo dental supragengival		
Sim	530	53,4
Não	463	46,6

CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados).

Tabela 3 - Prevalência de lesões orais durante o período do estudo, 2003-2005

Características	Ano do estudo					
	2003 (6,0%)		2004 (4,7%)		2005 (5,8%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Idade (anos)						
13 – 25	31	3,2	42	0,0	35	0,0
26 – 35	136	5,9	117	5,1	129	4,7
36 – 45	142	7,8	116	7,8	90	5,6
> 45	56	3,6	42	0,0	57	12,3
Sexo						
Masculino	199	7,5	161	5,0	160	7,5
Feminino	166	4,2	156	4,5	151	4,0
Educação^a						
Analfabetos	5	0,0	8	25,0	8	12,5
Primeiro grau incompleto a completo	136	0,7 †	143	4,2 †	134	7,5 †
Segundo grau incompleto a completo	112	9,8	104	5,8	92	3,3
Universitários	16	0,0	13	0,0	13	0,0
Estado civil^b						
Solteiros (as)	250	6,0	213	5,6	197	5,6
Casados (as)	76	5,3	72	4,2	68	7,4
Viúvos (as)	17	5,9	15	0,0	13	7,7
Separados (as)	14	7,1	13	0,0	11	0,0
Uso de TARV						
Sim, com Inibidores da Protease (IP)	114	10,4	102	5,9	146	5,5
Sim, sem Inibidores da Protease (IP)	101	1,0	120	4,2	77	2,6
Não usam	150	6,0	95	4,2	88	9,1
Tempo de uso de TARV						
Até 6 meses	109	7,3	104	4,8	57	10,3
Mais de 6 meses	106	4,7	118	5,1	166	2,4
Não usam	150	6,0	95	4,3	88	9,2
Contagem de linfócitos T CD4^c						
Baixa (< 350) cells/mm ³	196	10,2	156	6,4	158	8,2
Média (350 – 500) cells/mm ³	68	1,5	60	5,0	60	5,0
Alta (> 500) cells/mm ³	98	1,0	97	2,1	92	1,1
Nível da carga viral^d						
Baixa (< 500) cópias/ml	152	2,6	95	2,1	85	5,9
Média (500–10,000) cópias/ml	68	0,0	62	3,2	59	5,1
Alta (>10,000) cópias/ml	138	12,3	158	7,0	164	6,1

(†) valor-p < 0.05 foi considerado estatisticamente significante: teste χ^2 de tendência linear.

Nota: dados ignorados (a) 209; b) 34; (c) 8; (d) 14

Tabela 4 - Indicadores de saúde bucal e ocorrência de lesões orais em indivíduos assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS, de acordo com o uso de TARV, Salvador, Brasil.

Características	TARV						valor-p
	Não usa	(%)	Usa com IP	(%)	Usa sem IP	(%)	
Manifestações orais							
Qualquer lesão oral							
Sim	21	6,3	26	7,1	8	2,7	0,03
Não	310	93,7	338	92,9	290	97,3	
Candidíase							
Sim	12	3,6	20	5,5	7	2,4	0,11
Não	319	96,4	344	94,5	291	97,6	
Herpes simplex							
Sim	2	0,6	4	1,1	0	0,0	0,19
Não	329	99,4	360	98,9	298	100,0	
Leucoplasia pilosa							
Sim	1	0,3	3	0,8	0	0,0	0,23
Não	330	99,7	361	99,2	298	100,0	
Queilite angular							
Sim	8	2,4	3	0,8	1	0,3	0,04
Não	323	97,6	361	99,2	297	99,7	
Sarcoma de Kaposi							
Sim	2	0,6	0	0,0	1	0,3	0,35
Não	329	99,4	364	100,0	297	99,7	
Indicadores de saúde bucal							
CPO-D							
> 10 dentes	110	33,2	89	24,4	95	31,9	0,02
≤ 10 dentes	221	66,8	275	75,6	203	68,1	
Necessidade de prótese							
Sim	288	87,0	344	83,5	267	89,6	0,01
Não	43	13,0	20	5,5	31	10,4	
Cárie dentária							
Sim	276	83,4	304	83,5	241	80,9	0,61
Não	55	16,6	60	16,5	57	19,1	
Cálculo dental							
Sim	184	55,6	193	53,0	153	51,3	0,50
Não	147	44,4	171	47,0	145	48,7	

(*) *valor-p < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo: teste χ^2 Pearson*
CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados)

REFERÊNCIAS

1. Dourado I, Veras MASM, Barreira D et al. AIDS epidemic trends after the introduction of anti-retroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(Supl):9-17.
2. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis.* 2002; 8:34-39.
3. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Pública Méx.* 2002; 44:87-91.
4. Birnbaum W, Hodgson TA, Reichart PA et al. Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis.* 2002; 8:110-114.
5. Carré N, Boufassa F, Hubert JB et al. Predictive value of viral load and other markers for progression to clinical AIDS after CD4+ cell count falls below 200/ μ l. *Int J Epidemiol.* 1998; 27:897-903.
6. Cherry-Peppres G, Daniels CO, Meeks V et al. Oral manifestations in the era of HAART. *J Natl Med Assoc.* 2003; 95:21-32.
7. Greenspan D, Gange SJ, Phelan JA et al. Incidence of oral lesions in HIV-1-infected women: reduction with HAART. *J Dent Res.* 2004; 83:145-150.
8. Nicolatou-Galitis O, Velegraki A, Paikos S et al. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-1 infected patients. A Greek study. *Oral Dis.* 2004; 10:145-150.
9. Nunes CLX, Gonçalves LA, Silva PT et al. Clinical-epidemiological characteristics of group of HIV/AIDS infected women in Salvador-Bahia. *Rev Soc Bras Med Tropical* 2004; 37:436-440
10. Mattos SL, Santos VR, Ferreira EF. Prevalence of oral mucosal lesions in HIV-infected patients at the specialized reference center for infectious and parasitic diseases (Belém-Pará-Brazil). *Rev Bras Patol Oral* 2004; 3:7-16.
11. Miziara ID, Valentini M. Changing patterns of bucal manifestations in AIDS. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2002; 123:231-234.
12. Pinheiro A, Marcenes W. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. *Int Dent J.* 2004; 54:131-137.
13. Galvão J. Access to anti-retroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360:1862-65.
14. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS* 2002; 16(18):2373-83.
15. Brazil Ministry of Health. *National AIDS drug policy*. Brasília: Coordenação Nacional do PN-DST e Aids, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.
16. EC Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. [Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection]. *J Oral Pathol Med.* 1993; 22:289-291

17. Kerdpon D, Pongsiriwet S. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Dis.* 2004; 10:138-144.
18. Hamza O, Matee M, Simon E. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health* 2006; 6:1-9.
19. Schmidt-Westhausen AM, Pripke F. Decline in the rate of oral opportunistic infection following introduction of highly active anti-retroviral therapy. *J Oral Pathol Méd.* 2000; 29:336-41.
20. Amador VR, De-León SP, Madero JS et al. Synchronous kinetics of CD4+ lymphocytes and viral load before the onset of oral candidosis and hairy leukoplakia in a cohort of Mexican HIV-infected patients. *Aids Res Hum Retroviruses* 2005; 21(12):981-990.
21. Campo J, Del Romero J, Castilla J et al. Oral candidiasis as a clinical marker related to viral load, CD4 lymphocyte count and CD4 lymphocyte percentage in HIV-infected patients. *J Oral Pathol Méd.* 2002; 31:5-10.
22. Glick M, Muzyka B, Lurie D et al. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 77:344-349.
23. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cad. Saúde Pública* 2000, 16(Sup.1):65-76.
24. Hobdell, MH. Economic globalization and oral health. *Oral Dis.* 2001, 7:137-143.
25. Galitis ON, Velegraki A, Paikos S et al. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-I infected patients. A Greek study. *Oral Dis.* 2004; 10:145-150.
26. Salobrena AC, Cepeda LAG, Garcia LC et al. Oral lesions in HIV/AIDS patients undergoing highly active anti-retroviral treatment including protease inhibitors: a new face of oral AIDS? *AIDS Patient Care STDs* 2000; 14(12):627-635.
27. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ.* 2005; 83:700-706.
28. Chen JW, Flaitz CM, Wullbrandt B et al. Association of dental health parameters with oral lesion prevalence in human immunodeficiency virus-infected Romanian children. *Pediatr Dent.* 2003; 25:479-484.
29. Eldridge K, Gallagher JE. Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children. *Int J Paediatr Dent.* 2000; 10:19-26.
30. Ramos-Gomez FJ, Petru A, Hilton JF et al. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. *Int J Paediatr Dent.* 2000; 10:3-11.
31. Okunseri C, Badner V, Wiznia A et al. Prevalence of oral lesions and percent CD4+ T-lymphocytes in HIV-infected children on antiretroviral therapy. *Aids Patient Care and STDs* 2003; 17:5-11.
32. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods.* 4th ed. Geneva: WHO; 1997.

ARTIGO II

Manifestações orais e cárie dentária em crianças infectadas pelo HIV-Aids, Bahia-Brasil.

Oral manifestations and dental caries in children HIV-infected, Bahia, Brazil.

SILVA, Carlos¹

¹Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Correspondência para:

Carlos Alberto Lima da Silva

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:
40110-040

e-mail: carlosls@compos.com.br ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

RESUMO

Objetivos: Este estudo investigou a frequência de manifestações orais em crianças HIV soropositivas e sua relação com a ocorrência de cárie dentária, considerando-se fatores imunológicos e terapêuticos. **Métodos:** Trata-se de um estudo seccional de caráter exploratório desenvolvido entre 2003 a 2005, a partir de informações disponíveis em prontuários clínicos de crianças atendidas pelo serviço de odontologia do Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS) em Salvador-Bahia. Os prontuários foram revisados obtendo-se informações acerca das manifestações orais mais prevalentes. Além disso, foram utilizados dados já coletados referentes à condição sócio-demográfica, status imunológico e modalidade de esquema terapêutico. Frequências simples foram estimadas e comparadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. A modelagem foi empregada para estimativa das razões de prevalência com IC a 95% e exploração dos fatores de risco para a ocorrência de lesões orais. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. **Resultados:** Foram revisados 56 prontuários clínicos de crianças atendidas pelo serviço de odontologia, 29 (51,8%) do sexo masculino e 27(48,2%) do sexo feminino. A média de idade foi de 7,2 anos, variando entre 3 e 13 anos incompletos. Quase a totalidade das crianças foi exposta por transmissão vertical e 78,6% utilizavam terapia anti-retroviral. Do total de crianças, 7 (12,5%) apresentaram alguma lesão oral, sendo que a linfadenopatia foi a manifestação clínica mais frequente (5,4%), seguida da candidíase oral (3,6%). Foi observada uma maior proporção de lesões orais entre as crianças de menor faixa de idade (14,3%), no grupo de crianças que não estavam utilizando TARV (18,2%), com alteração imunológica severa (42,9%, $p < 0,05$) e com carga viral entre 10.000 e 100.000 cópias/ml (12,0%). A grande maioria das crianças apresentou lesão de cárie dental (87,3%). A modelagem demonstrou alta proporção de lesões orais em crianças com cárie na dentição permanente (RP=9,9; 1,13-87,47) **Conclusões:** Apesar do pequeno tamanho amostral, este estudo demonstra declínio na frequência das manifestações orais oportunistas em crianças usando TARV. Estas manifestações parecem relacionada com severa alteração imunológica e ocorrência de cárie na dentição permanente.

PALAVRAS-CHAVE: HIV em Crianças. TARV. Lesão Oral. Manifestação Oral.

ABSTRACT

Objectives: This study investigated the occurrence of oral manifestations in HIV-positive children and their association with dental cavity rate, taking both immunologic and therapeutic factors into consideration. **Methods:** It is a cross-sectional study done on an investigative basis, developed from available information in clinical medical reports of children assisted by the Dentistry service of the AIDS State Reference Center (CREAIDS) in Salvador-Bahia. The medical reports were reviewed and a lot of information was gotten concerning the most frequent oral manifestations. Besides, collected data referring to socio-demographic condition, immunologic status and types of therapy were used. Simple frequencies were estimated and compared by using either Pearson's Chi-square test or Fisher's test. Modeling with non-conditional logistic regression was used to estimate the risk between oral lesions and dental cavity rate. This study was approved by the Ethics and Research Committees of the Conceição Hospital Group in Porto Alegre and the Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. **Results:** 56 clinical medical reports of children assisted by the Dentistry Service were reviewed, 29 (51.9%) male and 27(48.2%) female. The median age was 7.2 years, ranging from 3 and 13 (still incomplete). Almost all the children were exposed by perinatal transmission and 78.6% used anti-retroviral therapy. Of the total number of children, 7 (12.5%) presented any oral lesion; however, lymphadenopathy was the most frequent clinical manifestation (5.4%), followed by oral candidiasis (3.6%). It was observed that among the younger children (14.3%) a bigger proportion of oral lesions was found. By the same token, the group of children who were not using HAART (18.2) and whose T CD4 lymphocyte counting was below 500 cells/mm³ (21.4%) as well as whose viral load was between 10.000 and 100.000 copies/ml (12.0%) also presented a bigger proportion of oral lesions, although these results are not statistically significant. There was a bigger occurrence of manifestations among the group of children with severe immunologic alteration (42.9%, $p^{**}0.05$). The great majority of children presented dental cavity lesion (87.3%). **Conclusions:** Despite the very small sample, this study shows decline in the frequency of opportunistic oral manifestations in children undergoing the HAART therapy. It was observed that the occurrence of these manifestations was associated with severe immunologic alteration as well as with high dental cavity rate.

KEY-WORDS: HIV. Aids. HAART. Oral Lesions. Oral Health. Oral Manifestation.

INTRODUÇÃO

Após a identificação dos primeiros casos em adultos, no início dos anos 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) também foi reconhecida em crianças, embora apresentando características clínicas distintas. Dentre as manifestações clínicas associadas à imunodepressão em crianças infectadas pelo HIV, as mais freqüentes são as lesões orofaciais, especialmente candidíase oral, hipertrofia das parótidas, herpes labial, eritema gengival linear e cárie dentária.¹

Nas crianças, estas manifestações orais representam os primeiros sinais da infecção pelo HIV e podem indicar a progressão da infecção. Além disso, independente do grau de comprometimento imunológico, algumas lesões orais podem ser utilizadas como sinais e sintomas auxiliares na identificação de falha terapêutica.²⁻⁴

A ocorrência de manifestações orais em crianças infectadas pelo HIV pode representar um enorme desconforto, acarretando limitações de fala e deglutição, comprometendo a qualidade de vida. Embora a literatura mundial apresente inúmeros estudos acerca da ocorrência das manifestações orais em crianças infectadas pelo HIV, nos países em desenvolvimento, estes estudos são na sua maioria, descritivos. Além disso, poucos estudos analisaram a associação entre as lesões orais e a ocorrência de cárie dental, principalmente após a introdução da terapia anti-retroviral combinada com inibidores da protease,⁵⁻¹² largamente utilizadas nos serviços públicos de saúde no Brasil.^{13,14}

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo investigar a ocorrência das manifestações orais em crianças infectadas pelo HIV, além de verificar a associação entre lesões orais e ocorrência de cárie dentária, considerando fatores sócio-demográficos, imunológicos e terapêuticos.

METODOLOGIA

População e Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento seccional¹⁵ realizado a partir de informações de prontuários clínicos dos indivíduos menores de 13 anos de idade atendidos pelo serviço de odontologia do Centro de Referência Estadual de Aids

(CREAIDS), entre o período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005, no município de Salvador – Bahia. Este Centro de Referência acolhe principalmente indivíduos provenientes da capital (Salvador) e também dos diversos municípios do estado da Bahia, desde a sua fundação em 2001.

Na clínica infantil do CREAIDS, todos os pacientes são assistidos por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da enfermagem, assistência social, pediatria e psicologia. No momento da matrícula todos os indivíduos são esclarecidos quanto à possibilidade de uso dos dados clínicos e sócio-demográficos em pesquisas científicas e um termo de consentimento contido nos prontuários clínicos é assinado pelo responsável da criança.

A população do estudo incluiu crianças atendidas no CREAIDS e que foram referenciadas para diagnóstico e tratamento das necessidades de saúde bucal. No CREAIDS, todos os indivíduos em tratamento para Aids recebem TARV, além de medicação sistêmica para tratamento das infecções oportunistas. Do total de 167 crianças matriculadas neste centro, 61 crianças assistidas pelo serviço de odontologia e 56 foram consideradas elegíveis para o estudo. Os prontuários clínicos das cinco crianças restantes não continham os dados necessários para a realização do estudo.

Atualmente, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda que todos os indivíduos infectados pelo HIV-Aids que necessitem de tratamento, tanto adultos quanto crianças, utilizem a terapia tripla, constituída de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e um inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeos (ITRNN) ou um inibidor da protease (IP).¹⁶ No entanto, durante o período do estudo, as recomendações para a população infantil permitiam a utilização de esquemas contendo apenas duas drogas.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de revisão sistemática dos prontuários clínicos de crianças que apresentaram diagnóstico de infecção pelo HIV, realizado por ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) e WESTERN BLOT. Nestes prontuários constavam dados da saúde bucal, incluindo a condição das unidades dentárias, lesões orais e outros sinais clínicos extra-orais. O diagnóstico das

alterações dentárias e da mucosa oral foi baseado na aparência clínica durante o exame, o qual foi realizado por um único profissional de saúde bucal, sendo as informações registradas como presente ou ausente numa ficha clínica. A cárie dentária foi classificada de acordo com critérios clínicos de alterações dos tecidos dentais, semelhante aos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁷ A cárie de mamadeira foi definida como o comprometimento de mais de duas unidades dentárias anteriores na dentição decídua. As lesões orais observadas foram classificadas usando o critério clínico presuntivo padronizado pela OMS.¹⁸ As informações sobre características sócio-demográficas (idade, sexo, cor da pele, categoria de exposição etc), virológicas (contagem da carga viral mais recente e contagem de células T CD4+ pelo teste NASBA- Nucleic Acid Sequence Based Amplification) e tipo de terapia anti-retroviral utilizada no momento do exame bucal foram obtidas dos prontuários clínicos. Algumas informações sócio-demográficas complementares (cor da pele e diagnóstico de Aids) foram obtidas na base de dados do SINAN-Aids (ANEXO M e N).

Todas as crianças foram classificadas segundo critérios dos *Centers for Disease Control and Prevention*.¹⁹ A contagem de linfócitos T CD4+ foi utilizada como indicador da imunodeficiência e categorizado relacionando-se com a idade: ausente (1), moderada (2) e severa (3) (ANEXOS A e B). A contagem de cópias do vírus HIV-1 RNA foi obtida pelo método NASBA e foi classificado em três grupos: grupo I - valores abaixo de 10.000 cópias/ml; grupo II - 10.000-100.000 cópias/ml e o grupo III – acima de 100.000 cópias/ml.

Análise dos dados

Todas as informações foram transportadas para o programa EPI-INFO versão 6.03 (CDC, Atlanta, GA) e Stata 9.0 (STATA Corporation, College Station, TX). A análise dos dados foi desenvolvida em duas etapas distintas: num primeiro momento foram estimadas freqüências simples das variáveis de interesse, sendo as variáveis contínuas categorizadas mediante ponto de corte obtido pelas medianas. Num segundo momento, estimou-se a freqüência das manifestações orais nos diversos subgrupos da população de estudo. Estas proporções foram comparadas utilizando o teste de χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher com respectivo Intervalo de Confiança a 95%. Modelagem exploratória entre as

variáveis de interesse e ocorrência de lesão oral foi possível utilizando-se um aplicativo do programa Stata 9.0, que estimou as razões de prevalência com respectivos intervalos de confiança a 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

RESULTADOS

Do total de 61 indivíduos, menores de 13 anos de idade assistidos pelo serviço de odontologia do CREAIDS, foram investigados 56 (91,8%) sendo 29 (51,8%) do sexo masculino e 27 (48,2%) do sexo feminino. A média de idade foi de 7,2 anos (\pm 2,2 anos), variando entre 3-12 anos, com predomínio da faixa etária de 6 a 12 anos (76,8%). A grande maioria das crianças foi infectada por transmissão vertical (92,9%). Quanto à cor da pele, embora a grande quantidade de dados ignorados (44,6%), observa-se uma concentração entre crianças da cor parda (32,1%).

Observou-se que 18 (32,1%) crianças já estavam classificadas como Aids pelo critério CDC¹⁹, mas poucas apresentaram sinais ou sintomas clínicos (21,4%). Além disso, 22 (39,3%) crianças apresentaram alteração imunológica (moderada e grave) e 27 (48,2%) crianças pertenciam ao grupo II com carga viral entre 10.000 e 100.000 cópias HIV-1/ml.

No que se refere ao uso da terapia anti-retroviral, observou-se que 11 (19,6%) ainda não estavam utilizando qualquer medicamento, enquanto que 44 (78,6%) utilizavam TARV. Vale destacar que 15 (26,8%) crianças utilizavam combinações incluindo inibidores da protease (IP) (Tabela 1).

Do total de crianças examinadas, sete (12,5%) apresentaram alguma manifestação orofacial, sendo que a linfadenopatia (5,4%) foi a mais freqüente, seguida de candidíase e queilite angular (3,6%). Considerando todo o período do estudo (2003-2005), a freqüência das manifestações orais foi maior nas crianças com idade acima de seis anos (14,0%), de cor parda (16,7%) e que não estavam usando TARV (18,2%). Não houve diferença na freqüência das manifestações orais entre meninos e meninas (13,8% e 11,1%, respectivamente). Quanto à condição imunológica, crianças com alteração grave apresentaram maior

freqüência das manifestações orais (42,9%). Assim como, no grupo com carga viral entre 10.000 e 100.000 cópias/ml (18,5%) (Tabela 1).

No que se refere à cárie dental, a maioria (87,5%) das crianças apresentou pelo menos um dente atingido pela doença, sendo que 13 (23,2%) destas crianças já se encontravam com cárie na dentição permanente. Quanto à dentição decídua, 48 (83,9%) crianças tinham dentes comprometidos, sendo que 12 (21,4%) crianças apresentavam cárie de mamadeira (Tabela 2).

Na tabela 3, pode ser observada redução na proporção de crianças acometidas pela cárie dentária na medida em que aumenta o comprometimento imunológico, embora estas diferenças não tenham sido estatisticamente significantes. No que se refere à dentição permanente, não foram observadas diferenças entre os grupos de comparação, de acordo com a categoria de alteração imunológica.

A avaliação da experiência de cárie relacionada ao uso de TARV revela que as crianças em uso de anti-retroviral com inibidor da protease apresentaram uma maior proporção de dentes comprometidos pela doença cárie dentária, tanto na dentição decídua (93,3%, $p > 0,05$) quanto na dentição permanente (40,0%, $p > 0,05$), quando comparado com o grupo de crianças que não estavam utilizando IP (Tabela 4).

Na modelagem foi possível observar que crianças com experiência de cárie dentária apresentaram maior risco para ocorrência de lesões orais. Esta relação se manteve quando ajustada por idade, sexo, uso de anti-retroviral e alteração imunológica (RP=9,9; 1,13-87,47)(Tabela 5).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado que 12,5% das crianças assistidas pelo serviço de odontologia do CREAIDS apresentavam algum tipo de manifestação oral. Além disso, a freqüência das manifestações orais se manteve estável durante o período do estudo. Estes resultados estão abaixo dos relatados por outros autores inclusive no Brasil^{7-10,12}, embora sejam muito semelhantes aos encontrados por recente estudo de Okunseri et al.²⁰ Estes resultados podem ser explicados pelo delineamento seccional empregado neste estudo, uma vez que neste Centro de Referência os exames bucais são antecedidos por visitas a outros profissionais de

saúde, que diagnosticam e tratam doenças oportunistas existentes, antes mesmo do atendimento com o cirurgião-dentista.

Além disso, neste estudo, cerca de 80% das crianças já estavam utilizando TARV previamente à realização dos exames bucais, a qual tem sido associada com redução da morbidade e mortalidade na população infantil.^{7,19} Portanto, é plausível supor que a recuperação da condição imunológica proveniente do uso da TARV possa ter reduzido a ocorrência de doenças orais oportunistas. Vale ressaltar que no Brasil, estas drogas são de distribuição gratuita e estão disponíveis nos serviços que atendem pacientes com HIV-Aids.¹⁴

Em concordância com a maioria dos estudos, as manifestações clínicas orofaciais mais freqüentes foram linfadenopatia, candidíase oral e queilite angular.^{9,11,12,20} Assim como, estas manifestações orais apresentaram-se associadas à severa imunossupressão, revelando-se como importantes marcadores de falência imunológica.^{3,20} Embora classificadas como lesões comumente associadas com a infecção pediátrica pelo HIV-Aids¹, eritema gengival linear e hipertrofia das parótidas não foram observadas neste estudo. Como estas manifestações são facilmente identificadas e representam desconforto para as crianças, é possível que elas já tivessem sido tratadas antes do exame bucal.

A alta taxa de cárie dentária observada nas crianças deste estudo está compatível com os relatos encontrados na literatura mundial, principalmente após a introdução da TARV.^{2,12,15,22} Além disso, maior proporção de cárie foi observada nas crianças que utilizavam TARV com IP, embora estes resultados não tenham sido estatisticamente significantes. Segundo a maioria dos autores, o aumento de cárie em crianças infectadas pelo HIV pode estar relacionado a uma dieta rica em carboidratos, higiene bucal deficiente, redução do fluxo salivar e, principalmente, ao elevado teor de sacarose contidos nos medicamentos anti-retrovirais pediátricos.^{2,23} Portanto, ainda não há evidência de uma associação direta entre infecção pelo HIV e ocorrência de cárie dentária.² Contrariando estes achados, um recente estudo com crianças verticalmente expostas ao HIV, numa faixa de idade entre 3 e 15 anos, usando TARV, observou baixa taxa de cárie dentária, principalmente cárie de mamadeira. Os autores deste estudo acreditam que muitos fatores podem estar envolvidos, principalmente participação em programas preventivos, uso racional de flúor e ampla rede de apoio social.¹⁹

Neste estudo foi observada uma elevada proporção de lesões orais em crianças com cárie dentária. Este resultado está de acordo com o relato de Chen et al.²¹, que num estudo com 104 crianças, infectadas pelo HIV, encontrou resultados semelhantes para infecção fúngica. Estes resultados podem ser explicados ao se considerar que a cárie dentária parece associada ao grau de comprometimento imunológico, inclusive existem evidências de que crianças infectadas verticalmente e em estágios mais avançados da doença apresentem, significativamente, mais cáries.^{2,21,24} Estes pesquisadores encontraram, em outro estudo, formas fúngicas nos túbulos dentinários em cerca de 80% dos indivíduos infectados pelo HIV. Portanto, é plausível supor que as cavidades de cárie nestas crianças possam funcionar como sítios de desenvolvimento de fungos, aumentando o risco de desenvolvimento de infecções oportunistas.²³

Estudos recentes demonstram que a ocorrência de gengivite convencional parece associada com a redução percentual dos linfócitos T CD4+, assim como, o estágio de progressão clínica da infecção pelo HIV.^{2,21,24} Além disso, as doenças dos tecidos periodontais associadas ao HIV sempre estiveram relacionadas com a infecção em adultos, mas tem sido cada vez mais freqüente seu acometimento em crianças. Estas parecem mais susceptíveis que os adultos para infecções bacterianas, especialmente em situações de imunodepressão grave.²⁴ Assim como, nesta população infantil tem sido demonstrado um aumento na sua prevalência, principalmente nos países em desenvolvimento.²⁵ Embora a relevância da investigação das doenças periodontais em crianças infectadas pelo HIV, nesta pesquisa estas doenças não foram consideradas, tem em vista a ausência de informações nos prontuários clínicos acerca da condição dos tecidos periodontais e da higiene bucal.

Problemas dentários associados com a ocorrência de lesões orais parecem comprometer a qualidade de vida das crianças vivendo com o HIV. Portanto, políticas públicas de saúde bucal com vistas à atenção integral devem ser implementadas. Assim como, a capacitação dos profissionais de saúde bucal para o reconhecimento precoce das principais manifestações orais que acometem as crianças infectadas pelo HIV. Recomenda-se ainda que novos estudos sejam realizados, principalmente nos países em desenvolvimento. Com destaque para estudos multicêntricos com delineamento longitudinal, que possibilitem a

investigação dos fatores imunológicos e terapêuticos na ocorrência das manifestações orais e sua relação com a ocorrência de cárie dentária.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram declínio na frequência das manifestações orais oportunistas em menores de 13 anos de idade usando TARV, mesmo considerando o pequeno tamanho da amostra. A ocorrência destas manifestações mostrou-se associada com grave alteração imunológica e com alta taxa de cárie dentária na dentição permanente.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece aos profissionais do Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pelo apoio na coleta de dados e na realização do trabalho e ao Centro de Estudos em DST/AIDS do Rio Grande do Sul (CEARGS) pelas capacitações e apoio financeiro.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de indivíduos infectados pelo HIV-Aids, menores de 13 anos de idade, atendidos no Serviço de Odontologia do CREAIDS, Salvador, Bahia.

Características	Crianças		Crianças com manifestações orais	
	(n=56)	%	n	%
Idade (anos)				
1 – 5	13	23,2	1	7,7
6 – 12	43	76,8	6	14,0
Sexo				
Masculino	29	51,8	4	13,8
Feminino	27	48,2	3	11,1
Cor da pele^a				
Branca	7	12,5	1	14,3
Preta	6	10,7	0	0,0
Parda	18	32,1	3	16,7
Ano do exame bucal				
2003	16	28,6	2	12,5
2004	19	33,9	2	10,5
2005	21	37,5	3	14,3
Usando TARV^b				
Não	11	19,6	2	18,2
Sim sem IP	29	51,8	3	10,3
Sim com IP	15	26,8	2	13,3
AIDS – SINAN				
Sim	18	32,1	2	11,1
Não	38	67,9	5	13,2
CDC^{**}				
N	44	78,6	5	11,4
A	7	12,5	2	28,6
B	4	7,1	0	0,0
C	1	1,8	0	0,0
Alteração imunológica^c				
Ausente	29	51,8	1	3,4
Moderada	15	26,8	3	20,0
Severa	7	12,5	3	42,9
Carga viral^d				
Grupo I (< 10.000) cópias/ml	14	25,0	2	14,3
Grupo II (≥10.000 - < 100.000) cópias/ml	27	48,2	5	18,5
Grupo III (≥ 100.000) cópias/ml	15	26,8	0	0,0

(**) Classificação CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

Nota: dados ignorados (a) 25; (b)1; (c)5

Tabela 2 - Frequência das manifestações orais em 56 indivíduos infectados pelo HIVAids, menores de 13 anos de idade, atendidos no Serviço de Odontologia do CREAIDS, Salvador, Bahia, (2003-2005).

<i>Características</i>	N	%	IC (95 %)
Manifestações orais			
Qualquer lesão	7	12,5	2,0 – 17,3
Candidíase	2	3,6	0,4 – 12,3
Queilite angular	2	3,6	0,4 – 12,3
Linfadenopatia	3	5,4	1,1 – 14,9
Cárie dentária			
Cárie de mamadeira	12	21,4	11,6 – 34,4
Cárie dentária (dentição decídua)	47	83,9	71,5 – 91,5
Cárie dentária (dentição permanente)	13	23,2	13,0 – 36,4
Total de crianças com cárie dentária	49	87,5	73,8 – 93,6

Tabela 3 - Proporção de crianças com cárie dentária assistidas pelo serviço de odontologia do CREAIDS, segundo categorias de alteração imunológica.

Características	Alteração Imunológica ¹						valor-p *
	Ausente N=29		Moderada N=15		Grave N=7		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Dentição decídua							
Crianças com cárie (†)	28	96,6	12	80,0	5	71,4	0,09
Crianças com cárie de mamadeira	6	20,7	4	26,7	1	14,3	0,79
Dentição permanente							
Crianças com cárie	6	20,7	4	26,7	2	28,6	0,86

(1) CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

(*) valor-p <0.05 foi considerado estatisticamente significativo: teste χ^2 Pearson

(†) valor-p <0.05 foi considerado estatisticamente significativo: teste χ^2 de tendência linear

Tabela 4 - Proporção de crianças com cárie dentária assistidas pelo serviço de odontologia do CREAIDS, segundo uso de TARV.

<i>Características</i>	TARV						<i>valor-p</i> *
	Não usa N=11		Usa sem IP N=29		Usa com IP N=15		
	n	%	n	%	n	%	
Dentição decídua							
Crianças livres de cárie (%)	9	81,8	25	86,2	14	93,3	0,66
Crianças com cárie de mamadeira (%)	3	27,3	5	17,2	3	20,0	0,78
Dentição permanente							
Crianças livres de cárie (%)	2	18,2	5	17,2	6	40,0	0,22

IP - Inibidores da Protease

(*) *valor-p <0.05 foi considerado estatisticamente significante: teste χ^2 Pearson*

Tabela 5 – Razão de Prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança (IC) a 95% dos preditores para a ocorrência de lesões orais (N= 56).

<i>Preditores</i>		Lesão oral	
		RP	(IC 95%)
Sexo	(feminino/masculino)	3,2	0,36 – 29,12
Idade (em anos)	(> 5 anos)	0,9	0,10 – 7,99
Carie dentição permanente	(sim/não)	9,9	1,13 – 87,47 †
Carie dentição decídua	(sim/não)	0,4	0,05 – 3,57
Categoria imunológica	(severa/ausente)	3,2	0,36 – 29,13
Uso de TARV	(não usa/usa)	1,4	0,15 – 1,88
Contagem de Carga viral	(≥ 100.000 cópias/ml)	7,5	0,84 – 66,86

† Significância estatística

REFERÊNCIAS

1. Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ et al. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis.* 2002; 8:98-109.
2. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis.* 2002; 8:34-39.
3. Ramos-Gomez FJ, Peru A, Hilton JF et al. Oral manifestations and dental status in paediatric. *Int J Paediatr Dent.* 2000; 10:3-11.
4. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Pública Méx.* 2002; 44:87-91.
5. Bosco VL, Birman EG. Oral manifestations in children with AIDS and in controls. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16:7-11.
6. Soares LF, Castro GFBA, Souza IPR et al. Pediatric HIV-related oral manifestations – a five year retrospective study. *Braz Oral Res.* 2004, 18:6-11.
7. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. Oral lesions in Brazilian HIV-infected children undergoing HAART. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006; 70:1089-1096.
8. Castro GF, Souza IPR, Oliveira RHS et al. Prevalence of caries and its correlation with clinical and immunological classification in HIV-infected children. *Pesquis Odontol Bras.* 2001; 15:91-97.
9. Hamza O, Matee M, Simon E. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health* 2006; 6:1-9.
10. Cepeda-Gaitán L, Morales J, Sánchez-Vargas L et al. Prevalence of oral lesions in Mexican children with perinatally acquired HIV :association with immunologic status, viral load, and gender. *Aids Patient Care and STDs* 2002; 16:151-156.
11. Fonseca R, Cardoso A, Pomarico I. Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus. *Quintessence Int.* 2000, 31:419-422.
12. Grando LJ, Yurgel LS, Machado DC et al. Associação entre manifestações estomatológicas e características socioeconômicas e culturais de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14:112-118.
13. Galvão J. Access to anti-retroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360:1862-65.
14. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS* 2002; 16(18):2373-83.
15. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV et al. *Epidemiologia.* São Paulo: Atheneu; 2003, p.125-150.

16. Brazil Ministry of Health. *National AIDS drug policy*. Brasília: Coordenação Nacional do PN-DST e Aids, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 20 feb. 2007.
17. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Levantamentos básicos em saúde*. 4. ed. São Paulo: Santos; 1999.
18. EC Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. [Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection]. *J Oral Pathol Med*. 1993; 22:289-291.
19. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for HIV infection in children less than 13 years of age. *Morb Mort Weekly Report* 1994; 43(RR-12):1-10.
20. Okunseri C, Badner V, Wiznia A et al. Prevalence of oral lesions and percent CD4+ T-lymphocytes in HIV-infected children on antiretroviral therapy. *Aids Patient Care and STDs* 2003; 17:5-11.
21. Madhivanan P, Mothi SN, Kumarasany N et al. Clinical manifestations of HIV infected children. *Indian J Pediatr*. 2003; 70:615-620.
22. Chen JW, Flaitz CM, Wullbrandt B et al. Association of dental health parameters with oral lesion prevalence in human immunodeficiency virus-infected Romanian children. *Pediatr Dent*. 2003; 25:479-484.
23. Eldridge K, Gallagher JE. Dental caries prevalence and dental health behaviour in HIV infected children. *Int J Paediatr Dent*. 2000; 10:19-26.
24. Jacob LS, Flaitz CM, Nichols CM et al. Role of dentinal carious lesions in the pathogenesis of oral candidiasis in HIV infection. *J Am Dent Assoc*. 1998;129:187-194.
25. Ramos-Gomez F. Dental considerations for the paediatric AIDS/HIV patient. *Oral Dis*. 2002; 8:49-54.

ARTIGO III

Ocorrência da candidíase oral episódica e persistente e valor prognóstico para progressão para a Aids em crianças.

Occurrence of episodic and persistent oral candidiase and prognostic value of progression for Aids in children

SILVA, Carlos¹

¹Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Correspondência para:

Carlos Alberto Lima da Silva

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:
40110-040

e-mail: carlosls@compos.com.br ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

RESUMO

Objetivos: Este estudo investigou as formas de ocorrência da candidíase oral pseudomembranosa e também avaliou seu papel prognóstico na progressão para a Aids. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo desenvolvido a partir da revisão de prontuários clínicos de 105 crianças, infectadas pelo HIV que foram assistidas pela clínica pediátrica do CREAIDS em Salvador-Bahia, durante o período de novembro de 2002 a outubro de 2006. Nestes prontuários constavam informações acerca da condição imunológica, uso de terapia anti-retroviral e ocorrência doenças oportunistas. Além disso, foram utilizados dados já coletados referentes à condição sócio-demográfica. Foi empregada a análise de sobrevivência para a construção das curvas de sobrevida (Kaplan-Meier) e estimativa das taxas de incidência (densidade de incidência) da candidíase episódica (curta duração) e persistente (longa duração). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. **Resultados:** Foram revisados prontuários de 105 crianças com média de idade 6 anos (4 a 12 anos), sendo 47 (44,8%) do sexo masculino e 58 (55,2%) do sexo feminino. A maioria das crianças foi exposta por transmissão intra-útero ou perinatal (88,5%), reside no município de Salvador (73,3%) e utiliza TARV (61,9%). Além disso, 64 (61,0%) crianças apresentaram alteração imunológica entre moderada e severa, sendo que 74 (70,5%) foram classificadas como casos de Aids. Crianças com alteração imunológica apresentaram elevadas taxas de incidência da candidíase persistente (RTI=8,90; 1,01-420,77), quando comparadas com as taxas de incidência da candidíase episódica (RTI=1,78; 0,24-13,28). Crianças menores de 5 anos acometidas de candidíase persistente progredem mais rapidamente para a Aids {1,6 (0,5-1,9) e 2,6 (2,3-3,8)}. **Conclusões:** Este estudo demonstra que crianças infectadas pelo HIV podem ser acometidas de episódios curtos ou persistentes da candidíase pseudomembranosa e a forma persistente parece associada à imunodepressão em crianças menores de 5 anos de idade. Em crianças menores de 5 anos de idade, a ocorrência de candidíase persistente, parece ser um bom preditor da progressão da Aids, principalmente quando associada a baixos valores da razão CD4/CD8.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Aids. Sobrevivência. Candidíase Persistente. Razão CD4/CD8.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the occurrence of oral pseudomembranous candidiasis and evaluate this variable as a surrogate endpoint in HIV infected children. **Methods:** It is a historical of 105 HIV- positive children under 13 years old. The children received medical care at the Pediatrics service of the State AIDS Reference Center (CREAIDS) in Salvador-Bahia Northeast Brazil, from November 2002 to October 2006. From the medical records data on sociodemographic status, immunologic condition, use of anti-retroviral therapy and occurrence of opportunistic oral lesions were collected. Survival analysis was used in order to estimate the incidence rate of episodic and persistent oral candidiasis and Kaplan-Meier method to estimate survival time from infection to Aids diagnosis. This study was approved by the Research and Ethics Committee of the *Instituto de Saúde Coletiva* of the Federal University of Bahia. **Results:** The children's age (median age of 6 years) ranged from 4 to 12 years, 47 (44.8%) were male and 58 (55.2%) female. Most children were exposed by perinatal transmission (95.2%); they lived in Salvador (73.3%) and used HAART therapy (61.9%). Furthermore, 64 (61%) children had immunologic alteration (between moderate and severe) and 74 of them (70.5%) had already been diagnosed with Aids. Comparing the ways of candidiasis occurrence, it was possible to observe that the children who had immunologic alteration presented high incidence rates of persistent candidiasis (RTI=8.90; 1.01-420.77), when compared with the incidence rates of episodic candidiasis (RTI=1.78; 0.24-13.28). Children under 5 years of age who had persistent candidiasis have shown a faster advance towards AIDS {1.6 (0.5-1.9) e 2.6 (2.3-3.8)}. **Conclusions:** This study shows that children who are infected with HIV-AIDS may have short episodes or persistent pseudomembranous candidiasis; the persistent way had been associated to immunodepression in children under 5 years of age. The same was not observed in relation to the short-term candidiasis (episodic). In children under 5 years of age infected with HIV, the occurrence of persistent candidiasis appears to be a good predictor of AIDS advance, mainly when associated with low ratio values of the lymphocytes T CD4/CD8.

KEY-WORDS: HIV. AIDS. Survival. Persistent Candidiasis. Ratio CD4/CD8.

INTRODUÇÃO

Desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em crianças, em 1983, as lesões orais têm sido identificadas como as manifestações clínicas mais precoces.¹ A presença destas lesões tem contribuído para o diagnóstico da infecção pelo HIV e na tomada de decisão para o início ou mudança do esquema terapêutico.²

Com o advento da terapia anti-retroviral (TARV), a prevalência das lesões orais relacionadas à infecção pelo HIV tem diminuído em adultos.³ No entanto, em crianças que utilizam TARV nenhuma mudança consistente tem sido observada.⁴ Além disso, algumas pesquisas com adultos demonstram a importância das lesões orais, especialmente a candidíase pseudomembranosa, no prognóstico do avanço da infecção pelo HIV, embora a maioria destes estudos tenha sido desenvolvida antes da introdução da TARV.⁵⁻⁸ Por outro lado, este papel da candidíase ainda não está suficientemente esclarecido em crianças.^{9,10}

Contudo, estudos recentes destacam a grande diversidade de critérios diagnósticos e classificação na ocorrência da candidíase oral em indivíduos infectados pelo HIV, o que tem dificultado a comparação dos resultados entre as populações dos diversos países.^{11,12} Neste sentido, a busca por características clínicas ou laboratoriais que possam contribuir para a padronização de critérios diagnósticos e classificação da ocorrência de candidíase pseudomembranosa em crianças infectadas pelo HIV possibilitaria compreender o papel desta lesão no avanço da infecção.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo estudar as formas de ocorrência da candidíase oral pseudomembranosa e investigar seu papel prognóstico na progressão para a Aids, considerando fatores imunológicos e terapêuticos.

METODOLOGIA

População e Delineamento do Estudo

Trata-se de uma coorte histórica de crianças menores de 13 anos de idade que apresentaram sorologia positiva para HIV e são acompanhadas pelo serviço de pediatria do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS) da Secretaria

da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Para este Centro são encaminhados principalmente os pacientes da capital (Salvador), mas também dos diversos municípios do estado da Bahia, tanto recém-infectados quanto em fase avançada da doença Aids. Neste sentido, tornaram-se elegíveis para esta pesquisa, todas as crianças em tratamento médico pediátrico, durante o período de 01 de novembro de 2002 a 31 de outubro de 2006. De um total de 167 crianças, 54 foram excluídas deste estudo, uma vez que estas crianças não estavam regularmente sendo acompanhadas pelo serviço de pediatria ou tinham idade igual ou maior que 13 anos. Foram excluídas ainda oito crianças que estavam registradas como óbito, das quais não dispunham de dados referentes a todo o período do estudo. Portanto, a população do estudo compreendeu 105 crianças com prontuários médicos contendo informações clínicas, imunológicas e terapêuticas desde o nascimento. Vale ressaltar que para este estudo foram considerados alguns dados terapêuticos e imunológicos oriundos do período em que as crianças estavam sendo acompanhadas em outras instituições, que foram anexados aos prontuários na transferência para o CREAIDS.

Coleta dos Dados

Os dados foram coletados por meio de revisão sistemática dos prontuários clínicos das crianças que apresentaram infecção pelo HIV, identificadas pelos testes laboratoriais ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) e WESTERN BLOT (ANEXOS J e K). Nestes prontuários constavam informações da anamnese clínica, incluindo exame dos tecidos intra e extra-orais, realizados mensalmente por duas profissionais médicas pediatras. Os resultados de exames laboratoriais e imunológicos (contagem de carga viral HIV1-RNA, contagem de linfócitos T CD4 e CD8) também foram coletados dos prontuários médicos no momento do diagnóstico das lesões orais. Essas variáveis biológicas foram operacionalizadas no banco de dados como variando no tempo (tempo-dependentes).

Neste estudo, a manifestação oral investigada foi a candidíase pseudomenbranosa, caracterizada por placas brancas, aderentes à mucosa oral, mas removíveis com espátula ou gaze.¹³ Estas lesões foram diagnosticadas a partir do primeiro episódio pelo exame clínico visual de rotina.¹⁴ A candidíase também foi analisada como variando no tempo, o que permitiu a classificação em

episódica e persistente quanto ao tempo de permanência na cavidade bucal. As episódicas foram aquelas que não foram identificadas num segundo exame bucal, considerando a frequência mensal das visitas para exames médicos, Já as lesões consideradas persistentes, foram aquelas que permaneceram na cavidade bucal até a realização do exame seguinte, resistindo ao tratamento anti-fúngico (correspondente à duração de dois meses ou mais).¹⁵ Para aquelas crianças que não compareceram à visita mensal, informações fornecidas pelos responsáveis, referentes ao aparecimento de sinais e sintomas clínicos, foram obtidas pelas médicas pediatras em consultas subseqüentes.

Todas as crianças foram classificadas de acordo com as categorias clínicas da infecção pelo HIV (N, A, B, C) segundo critérios dos *Centers for Disease Control and Prevention*¹⁵ (ANEXO A e B), assim como em categorias de alteração imunológica relacionadas com a contagem de linfócitos T CD4+ e idade correspondente: ausente (1), moderada (2) e severa (3). A contagem de cópias do vírus HIV-1 RNA, obtida pelo método NASBA (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*) foi dividida em grupos, sendo o primeiro constituído de valores abaixo de 10.000 cópias/ml; o segundo grupo foi composto de valores entre 10.000 e 100.000 cópias/ml e o terceiro grupo acima de 100.000 cópias/ml.

Foram obtidas ainda, informações sócio-demográficas, armazenadas na base eletrônica de dados do CREAIDS como: número e data de registro no serviço de saúde, idade, sexo, endereço residencial, município de procedência, uso de medicamentos utilizados (inclusive tipo de medicação anti-retroviral). Algumas informações sócio-demográficas complementares (cor da pele e escolaridade da mãe), assim como a data do diagnóstico de Aids, foram obtidas na base de dados do SINAN-Aids (ANEXOS M e N).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda que todos os indivíduos infectados pelo HIV-Aids, tanto adultos quanto crianças, e que necessitam de tratamento utilizem a terapia tripla, constituída de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e um inibidor da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN) ou um inibidor da protease (IP).¹⁶

Análise dos Dados

Todas as informações coletadas foram digitadas no programa EPI-INFO versão 6.03 (CDC, Atlanta, GA) e, em seguida, transferidas para o programa Stata 9.0 (STATA Corporation, College Station, TX), onde foram realizados os procedimentos de análises dos dados.

A análise estatística foi desenvolvida em etapas distintas, na primeira, foram estimadas freqüências simples das variáveis de interesse. Para a comparação das proporções foi empregado o teste χ^2 (qui-quadrado) de Pearson ou exato de Fisher com respectivo nível descritivo do valor-p. Numa segunda etapa, desenvolvida com o objetivo de estimar as taxas de incidências (densidade de incidência) da candidíase oral nas formas episódica e persistente, utilizou-se a técnica de análise de sobrevivência para as estimativas das taxas por pessoa-tempo (por 100 crianças-ano), assim como para o cálculo da razão das taxas de incidência (RTI) para comparação de subgrupos. Numa terceira etapa, desenvolvida com o subgrupo de crianças cuja transmissão foi vertical (intra-útero, perinatal ou por aleitamento) e com o objetivo de investigar o papel prognóstico das formas de ocorrência da candidíase oral (episódica ou persistente) na progressão da infecção pelo HIV, foi realizada a análise de sobrevivência com o intuito de estimar a mediana de tempo entre a infecção pelo HIV e o diagnóstico de Aids. O tempo de seguimento das crianças que não progrediram para Aids foi censurado à direita, enquanto que as crianças com diagnóstico de Aids foram consideradas como evento ou falha. Foram obtidas para cada forma de ocorrência da candidíase as curvas da função de sobrevida pelo estimador de Kaplan-Meier.¹⁷ Para comparação das curvas de sobrevivência foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel (*log-rank*).¹⁷ E por fim, para estimar o efeito das covariáveis do estudo no tempo de sobrevida até Aids, foi utilizado modelo de riscos proporcionais de Cox.¹⁸ Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

RESULTADOS

Do total de 105 indivíduos, menores de 13 anos de idade, infectados pelo HIV-Aids, 47 (44,8%) eram do sexo masculino e 58 (55,2%) do sexo feminino. A

média de idade foi de seis anos, entre 4 meses e 13 anos incompletos, com predomínio para crianças acima dos 6 anos de idade (63,8%). Quase a totalidade das crianças (95,2%) foi exposta ao vírus HIV-1 por transmissão vertical (intra-útero, perinatal ou pelo aleitamento) e residem no município de Salvador-Bahia (73,3%). Quanto à cor da pele, observa-se uma concentração entre crianças de cor parda (52,4%), seguida da cor branca (19,1%) e preta (13,3%).

A informação acerca do grau de escolaridade das mães apresenta-se com grande quantidade de dados ignorados (56,2%), portanto não foi considerada neste estudo. O número de consultas para o exame médico-pediátrico e apresentação dos exames variou entre 4 e 51 visitas (média=9). Quase 30% das crianças eram órfãs de mães que morreram devido à infecção pelo HIV-Aids (dados não mostrados).

No que se refere ao uso da TARV, observou-se que 40 crianças (38,1%) não necessitaram de qualquer esquema terapêutico, enquanto que 24 (22,9%) fizeram uso de esquemas com inibidores da protease (IP). Quanto à condição imunológica, 40 (39,0%) crianças não haviam manifestado qualquer alteração, 40 (38,1%) apresentaram alteração moderada e 24 (22,9%) com alteração severa. Enquanto que a contagem de cópias de vírus RNA-HIV-1 foi maior para o grupo II (faixa entre 10.000 e 100.000 cópias/ml) (44,1%). A maioria das crianças apresentou relação de linfócitos T CD4/CD8 entre 0.30 e 1.00 (56,4%) (Tabela 1).

Observa-se ainda que 74 (70,5%) das crianças já haviam sido diagnosticadas como Aids, correspondendo a uma taxa de incidência (densidade de incidência) de 13,9 casos por 100 crianças-ano.

A tabela 2 apresenta as principais características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas associadas à ocorrência de ambas as formas de candidíase (episódica e persistente), apenas para o grupo de crianças infectadas por transmissão vertical (N=98). Assim, foi possível observar que crianças em uso de terapia anti-retroviral com IP parecem apresentar maiores taxas de incidência da candidíase persistente e episódica, quando comparadas com o grupo de crianças que não estavam utilizando terapia anti-retroviral (RTI=1,27; 0,27-7,83). Assim como, quando comparadas com o grupo de crianças com candidíase episódica (RTI=1,72; 0,25-18,98). Outro resultado a considerar foi a observação de taxas mais elevadas de incidência de candidíase persistente nos grupos com comprometimento imunológico, ou seja, com alteração severa (RTI=8,90; 1,01-

420,77) e elevada contagem da carga viral plasmática (RTI=12,96; 1,57-596,09). O mesmo foi observado para o grupo de crianças com candidíase episódica (RTI=10,80; 1,20-510,78). Vale ressaltar que o tempo médio de duração observado para a candidíase persistente foi de 3 meses, variando entre 2 a 5 meses, independente de uso da medicação anti-fúngica ou anti-retroviral.

A mediana do tempo de sobrevivência em anos entre infecção e diagnóstico de Aids foi estimada para as 98 crianças infectadas por transmissão vertical. Estas estimativas de tempo foram realizadas para crianças até cinco anos e acima de 5 anos e estratificadas por tipo de candidíase. Portanto, para a faixa de idade abaixo de cinco anos, a mediana do tempo desde a infecção até o diagnóstico de Aids foi menor para as crianças com candidíase persistente quando comparada com crianças com candidíase episódica. Já para a faixa de idade acima de cinco anos, a mediana do tempo foi ligeiramente menor entre as crianças com candidíase episódica (Figuras 3 e 4).

Essas diferenças também foram observadas por meio da comparação das curvas da função de sobrevivência. Assim, diante da ocorrência de candidíase persistente o tempo de progressão para a Aids é reduzido, embora apenas para o grupo de crianças com idade menor ou igual a cinco anos. O mesmo não foi observado com a ocorrência de candidíase episódica (Figuras 1 a 4).

A análise com o modelo de regressão de Cox demonstra que para crianças com idade inferior a 5 anos, a ocorrência de candidíase oral aumenta o risco de progressão para a Aids, mesmo quando ajustado por alteração imunológica e contagem de carga viral (HR=2,24; 0,50-10,02), quando comparado ao grupo de crianças com idade acima de 5 anos (HR=0,40; 0,05-3,15) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Segundo o relato da maioria dos autores, as manifestações orais além de indicarem infecção pelo HIV, estão associadas ao declínio do número de linfócitos T CD4+ e ao aumento da carga viral em adultos.¹⁹⁻²² Dentre estas manifestações, a leucoplasia pilosa e a candidíase pseudomembranosa são as mais frequentes em indivíduos infectados pelo HIV e a presença de qualquer uma destas lesões parece indicar progressão para Aids.^{4,23}

Portanto, no que diz respeito à associação entre comprometimento imunológico e ocorrência de lesões orais, os resultados deste estudo estão de acordo com a maioria dos estudos, já que foram observadas maiores taxas de incidência no grupo de crianças com características de imunossupressão. No entanto, ainda são poucos os estudos encontrados em crianças, onde os autores verificam a associação entre marcadores imunológicos e ocorrência de manifestações orais. Apesar de longitudinais, estes estudos não obtiveram medidas de incidência. O primeiro destes estudos foi o de Kozinetz et al⁹ (2000), em que os autores discutem os resultados do seguimento de 73 crianças por um período de aproximadamente 3 (três) anos e concluem que indivíduos com severo comprometimento imunológico parecem apresentar mais episódios de manifestações orais.

O outro estudo desta natureza foi o desenvolvido por Miziara et al⁴ (2006), no qual os autores revisaram prontuários clínicos de uma coorte de 459 crianças, infectadas pelo HIV, que estavam em tratamento num hospital pediátrico. Os autores concluíram que o efeito da TARV reabilitando a condição imunológica parece reduzir a ocorrência de lesões orais.

Por outro lado, no que se refere ao papel de algumas lesões orais como preditoras da progressão para a Aids, os resultados desta pesquisa parecem apresentar importante contradição com os estudos encontrados até o momento, uma vez que neste estudo foi observado que apenas a candidíase pseudomembranosa sob a forma de uma lesão persistente (episódio com duração acima de 30 dias), está associada ao avanço da Aids, ou seja, a ocorrência de episódios agudos (curta duração) na cavidade bucal não se mostrou relacionada com a progressão da doença. Portanto, somente diante de episódios de candidíase oral acompanhados de sinais laboratoriais de imunossupressão, é que esta prediz aceleração da infecção pelo HIV para Aids. Vale ressaltar que estas diferenças foram observadas apenas no grupo de crianças com idade igual ou abaixo de 5 anos. Diante disso, é plausível supor que a maioria dessas crianças tenha sido infectada por exposição intra-útero, produzindo níveis elevados da carga viral nos primeiros anos de vida, acelerando a progressão da doença.²⁴ No entanto, estes resultados são semelhantes aos que têm sido encontrados em estudos com adultos, pois numa pesquisa sobre possíveis marcadores para a progressão da Aids, os autores concluem que a ocorrência de candidíase oral persistente pode

ser um importante preditor da progressão da infecção pelo HIV em adultos. Este estudo foi desenvolvido em uma coorte de indivíduos hemofílicos, com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 cels/mm³ e anterior à introdução da TARV⁸. Em um outro estudo, agora com uma coorte de adultos usuários de drogas, realizado por Selwyn et al⁵ (1992), os autores demonstraram a importância da candidíase oral como importante preditora da progressão para a Aids. No entanto, esta pesquisa fora realizada anos antes da introdução da terapia anti-retroviral (TARV), representando enorme limite para comparação com os resultados do trabalho atual.

Os resultados deste estudo, também são semelhantes aos obtidos por uma pesquisa realizada por Hilton⁶ (2000). O autor investigou a importância do número de episódios recorrentes de candidíase para progressão da infecção pelo HIV. Neste estudo, o autor realiza modelagem com regressão de Cox dos dados oriundos de duas coortes com adultos hemofílicos e homossexuais.

A comparação dos resultados desta investigação com os poucos estudos desenvolvidos com crianças sugere alguns cuidados, considerando que, embora longitudinais, não produziram medidas de incidência. Como por exemplo, num recente estudo de caráter prospectivo desenvolvido com crianças na Romênia que apresenta a candidíase oral e a leucoplasia pilosa como lesões associadas ao avanço da infecção pelo HIV. Estas lesões também parecem reduzir o tempo de sobrevivência destas crianças.¹⁰ Vale lembrar que as crianças só foram examinadas apenas uma vez durante o ano, portanto não foram obtidas medidas de incidência.

Um outro estudo comparando duas coortes de crianças infectadas por transmissão vertical apresenta as lesões orais como possíveis preditoras da progressão para a Aids. Esta pesquisa não considerou o papel da terapia anti-retroviral, além de ter sido desenvolvida anterior à introdução da terapia TARV.²⁵ Portanto, embora a relevância desta pesquisa, a ausência de informações relativas ao uso da terapia anti-retroviral representa um limite para a comparação com os achados desta pesquisa atual.

Finalmente, esta pesquisa também encontrou uma forte correlação entre ocorrência de candidíase persistente e a razão linfócitos T CD4/CD8. Ou seja, quando observadas ao longo do tempo, foram acometidas de candidíase oral persistente as crianças infectadas pelo HIV que apresentaram severa redução na contagem dos linfócitos CD4+, associada à redução da razão CD4/CD8. O mesmo

não foi observado nas crianças diante da ocorrência da candidíase oral episódica. Estes resultados estão de acordo com os três estudos encontrados²⁶⁻²⁸, embora o primeiro tenha sido uma revisão de prontuários clínicos de adultos hospitalizados com o intuito de avaliar o possível papel preditor da razão CD4/CD8 na co-infecção de tuberculose em indivíduos HIV-Aids. Enquanto que o segundo foi desenvolvido com crianças, com delineamento transversal e utilizou valores médios da razão CD4/CD8. Já o terceiro estudo, avaliou a associação entre ocorrência de episódios recorrentes da estomatite aftóide e razão CD4/CD8. No entanto, nenhum destes estudos investigou a ocorrência da candidíase oral persistente e o efeito da terapia TARV neste processo.

Não resta dúvida que são necessárias novas pesquisas em crianças, principalmente utilizando delineamento longitudinal com curto intervalo entre os exames bucais. Uma vez que a realização de novos estudos possibilitaria um melhor entendimento das formas de ocorrência da candidíase oral, contribuindo para a padronização dos critérios de diagnóstico e classificação das lesões orais. Apesar das limitações deste estudo, estes achados podem contribuir com as estratégias de enfrentamento da epidemia de Aids em nosso país, tendo em vista a capacitação dos profissionais de saúde bucal no reconhecimento precoce das principais manifestações orais indicativas da infecção pelo HIV, falha terapêutica e progressão para a Aids.

CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que crianças infectadas pelo HIV podem ser acometidas de episódios curtos ou persistentes da candidíase pseudomembranosa, sendo que a forma persistente parece associada à imunodepressão em crianças menores de 5 anos de idade. Esta apresentou correlação com baixos valores da razão de linfócitos T CD4/CD8. Em crianças menores de 5 anos de idade, a ocorrência de candidíase persistente, parece predizer progressão da infecção pelo HIV, principalmente quando associada a outros parâmetros imunológicos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais do Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) pelo apoio na realização do trabalho e na coleta de dados; ao Centro de Estudos em DST/AIDS do Rio Grande do Sul (CEARGS) pelas capacitações educativas e apoio financeiro; a Fundação de Apoio a Pesquisa do estado da Bahia (FAPESB).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de crianças menores de 13 anos de idade infectados pelo HIV. CREAIDS. Salvador, Brasil.

Características	Crianças	
	N=105	%
Idade (anos)		
0 – 1	2	1,9
2 – 5	36	34,3
6 – 12	67	63,8
Sexo		
Masculino	47	44,8
Feminino	58	55,2
Categoria de exposição^a		
Vertical (Intra-útero ou perinatal)	90	88,5
Transfusão sanguínea	3	2,8
Vertical (Aleitamento)	8	6,7
Abuso sexual	1	1,0
Procedência		
Salvador	77	73,3
Outro município	28	26,7
Cor da pele^b		
Branca	20	19,1
Preta	14	13,3
Parda	55	52,4
Escolaridade materna (anos concluídos)^c		
Nenhuma	1	1,0
1 – 3	42	40,0
4 – 11	3	2,9
Uso de anti-retroviral (TARV)		
Não usava	40	38,1
Usava sem Inibidor de Protease	41	39,0
Usava com Inibidor de Protease	24	22,9
Alteração imunológica		
Ausente	41	39,0
Moderada	40	38,1
Grave	24	22,9
Carga viral		
Grupo I (≤ 10.000) cópias/ml	35	33,5
Grupo II (10.000 – 100.000) cópias/ml	46	44,1
Grupo III (≥ 100.000) cópias/ml	24	22,4
Relação CD4/CD8		
Baixa ($\leq 0,30$)	27	28,7
Média (0,30 – 1,00)	53	56,4
Alta ($\geq 1,00$)	14	14,9
Evolução para Aids		
Sim	74	70,5
Não	31	29,5

Nota: dados ignorados: (a) 3; (b) 16; (c) 59

Tabela 2 - Taxas de incidência da candidíase oral episódica e persistente por 100 crianças-ano, de acordo com as características sócio-demográficas, imunológicas e terapêuticas de crianças infectadas pelo HIV-Aids. CREAIDS. Salvador, Brasil.

Características	Candidíase Oral			
	Episódica (n=11)		Persistente (n=9)	
	TI	RTI (IC 95%)	TI	RTI (IC 95%)
Idade (anos)				
6 – 12	1,63	1,0	1,10	1,0
0 – 5	2,54	1,56 (0,27 – 6,50)	3,39	3,33 (0,66 – 15,46)
Sexo				
Feminino	1,69	1,0	1,11	1,0
Masculino	2,90	1,72 (0,43 – 7,02)	1,99	1,78 (0,38 – 8,99)
Categoria de exposição^a				
Vertical (Intra-útero ou perinatal)	2,12	1,0	1,91	-----
Vertical (aleitamento)	3,22	1,52 (0,04 – 10,68)	0,00	
Cor da pele				
Branca	0,84	1,0	3,48	1,0
Preta	2,61	3,11 (0,16 – 184,49)	3,60	1,03 (0,08 – 9,03)
Parda	1,87	2,22 (0,29 – 100,85)	1,16	0,33 (0,04 – 2,48)
Usando TARV				
Não	1,04	1,0	1,98	1,0
Sim com IP	1,79	1,72 (0,25 – 18,98)	2,51	1,27 (0,27 – 7,83)
Sim sem IP	2,48	2,38 (0,42 – 24,03)	0,00	-----
Procedência				
Outro município	2,20	1,0	1,10	1,0
Salvador	1,68	0,76 (0,20 – 3,46)	1,89	1,72 (0,36 – 16,33)
Alteração imunológica				
Ausente	1,25	1,0	0,42	1,0
Moderada	2,14	1,72 (0,33 – 11,06)	1,29	3,09 (0,25 – 162,29)
Severa	2,22	1,78 (0,24 – 13,28)	3,70	8,90 (1,01 – 420,77)*
Carga viral				
Grupo I (≤ 10.000) cópias/ml	0,44	1,0	0,44	1,0
Grupo II (10.000–100.000) cópias/ml	1,83	4,17 (0,47 – 197,42)	0,73	1,67 (0,09 – 98,50)
Grupo III (≥ 100.000) cópias/ml	4,72	10,80 (1,20– 510,78)*	5,67	12,96 (1,57 – 596,09)*
Relação CD4/CD8				
Alta ($\geq 1,00$)	1,66	1,0	3,31	1,0
Média (0,30–1,00)	1,50	0,90 (0,10 – 42,83)	0,00	-----
Baixa ($\leq 0,30$)	2,06	1,24 (0,10 – 65,38)	4,80	1,45 (0,28 – 14,33)
Evolução para Aids				
Não	1,18	1,0	0,56	1,0
Sim	2,05	1,74 (0,36 – 16,54)	2,09	3,73 (0,53–163,06)

(*) Estatisticamente Significante

Nota: foram excluídos da análise dados de 07 crianças devido a outras categorias de exposição

Tabela 3 - Razão de Risco (HR) e os respectivos intervalos de confiança (IC) a 95% para preditores da progressão para a Aids, estratificados por idade (N= 98).

<i>Variáveis</i>	≤ 5 ANOS		> 5 ANOS	
	HR	(IC 95%)	HR	(IC 95%)
Candidíase oral (sim/não)	2,24	0,50 – 10,02	0,40	0,05 – 3,15
Categoria (severa+moderada/ausente)	1,34	1,39 – 6,72	1,47	0,60 – 3,62
Carga viral (≥ 100.000 cópias/ml)	1,23	0,44 – 3,46	1,73	0,70 – 4,28

Figura 1 – Curva de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids (n=98 crianças).

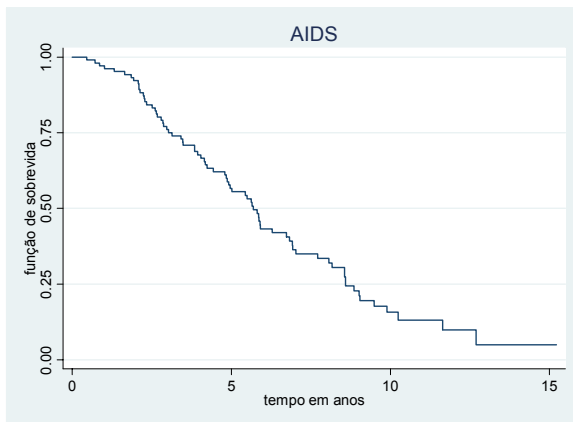
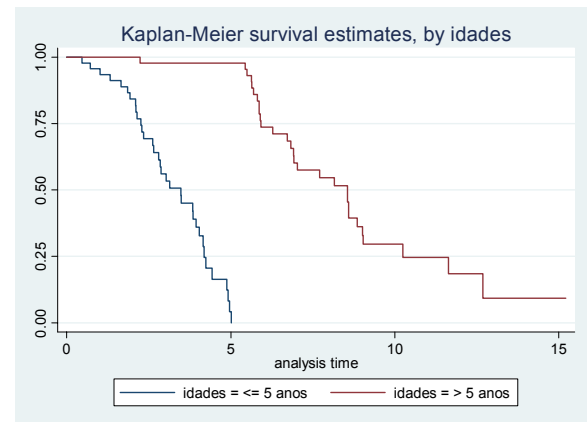
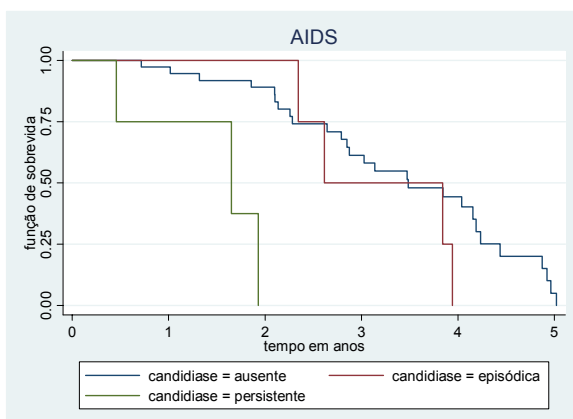


Figura 2 – Curvas de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids, estratificada por idade.



Teste log-rank $p = 0,001$

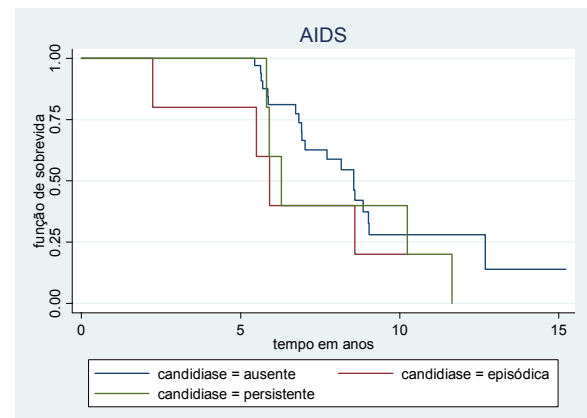
Figura 3 – Curvas de sobrevivência até o diagnóstico da Aids em crianças até 5 anos, segundo experiência prévia de candidíase oral.



Teste log-rank $p = 0,001$

Medianas do tempo de sobrevida:
 Sem candidíase 3,5 (2,3 – 4,4)
 Candidíase episódica 2,6 (2,3 – 3,8)
 Candidíase persistente 1,6 (0,5 – 1,9)

Figura 4 – Curvas de sobrevivência até o diagnóstico da Aids em crianças acima de 5 anos, segundo experiência prévia de candidíase



Teste log-rank $p = 0,89$

Medianas do tempo de sobrevida:
 Sem candidíase 8,6 (6,9 – 12,7)
 Candidíase episódica 5,9 (5,5 – 9,5)
 Candidíase persistente 6,3 (5,9 – 10,2)

REFERÊNCIAS

1. Oleske J. Immune Deficiency Syndrome in children. *JAMA* 1983; 249:2345-49.
2. Greenspan JS. Sentinels and signposts:the epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV diseases. *Oral Dis.*1997; 3:13-17.
3. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HV infection in the developed world. *Oral Dis.* 2002; 8:34-39.
4. Miziara ID, Araujo Filho BC, Weber R. Oral lesions in Brazilian HIV-infected children undergoing HAART. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006; 70:1089-1096.
5. Selwyn PA, Alcabes P, Hartel D et al. Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1992; 327:1697-1703.
6. Hilton JF. Functions of oral candidiasis episodes that are highly prognostic for AIDS. *Stat Med* 2000; 19:989-1004.
7. Boufassa NC, Hubert JB, Chavance M et al. Predictive value of viral load and other markers for progression to clinical AIDS after CD4+ cell count falls below 200/ μ L. *Int Epidemiol Assoc.* 1998; 27:897-903.
8. Cepeda-Gaitán L, Morales J, Sánchez-Vargas L et al. Oral candidosis as a clinical marker of immune failure in patients with HIV/AIDS on HAART. *Aids Patient Care and STDs* 2005; 19:70-77.
9. Kozinetz CA, Carter AB, Simon C et al. Oral manifestations of pediatric vertical HIV infection. *AIDS Patient Care and STDs* 2000; 14:89-94.
10. Vaseliu N, Carter AB, Kline NE et al. Longitudinal study of the prevalence and prognostic implications of oral manifestations in Romanian children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infec Dis J.* 2005; 24:1067-1071.
11. Furnaletto DLC, Crighton A, Topping GVA. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2006; 16:31-39.
12. Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ et al. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis.* 2002; 8:98-109.
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM et al. Doenças fúngicas e protozoários. In: _____. *Patologia oral & maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995, p. 58-175.
14. EC Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. [Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection]. *J Oral Pathol Med.* 1993; 22:289-291.
15. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for HIV infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 1994; 43(RR-12):1-10.

16. Brazil Ministry of Health. *National AIDS drug policy*. Brasília: Coordenação Nacional do PN-DST e Aids, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 20 feb. 2007.
17. Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT et al. *Análise de sobrevivência: teorias e aplicações em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
18. Kleinbaum DG. *Survival analysis: a self-learning text*. New York: Springer; 1995.
19. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Pública Méx.* 2002; 44:87-91.
20. Hamza O, Matee M, Simon E. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Dar es Salaam, Tanzânia. *BMC Oral Health* 2006; 6:1-9.
21. Shearer WT, Quinn TC, Larussa P. Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med.* 1997; 336:1337-1342.
22. Ramírez-Amador V, Ponce-de-León S, Sierra-Madero J. Synchronous kinetics of CD4+ lymphocytes and viral load before the onset of oral candidosis and hairy leukoplakia in a cohort of Mexican HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2005; 21:981-990.
23. Birnbaum W, Hodgson TA, Reichart PA et al. Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis.* 2002; 8:110-114.
24. Shearer WT, Quinn TC, Larussa P. Viral load and disease progression in infants infected with human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med.* 1997; 336:1337-1342.
25. Ramos-Gomez F. Dental considerations for the paediatric AIDS/HIV patient. *Oral Dis.* 2002; 8:49-54.
26. Salazar RA, Souza VL, Khan AS et al. Role of CD4:CD8 ratio in predicting HIV co-infection in patients with newly diagnosed tuberculosis. *AIDS Patient Care and STDs* 2000; 14:79-83.
27. Fonseca R, Cardoso A, Pomarico I. Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus. *Quintessence Int.* 2000, 31:419-422.
28. Miziara ID, Araujo-Filho BC, Weber R. Aids e estomatite aftóide recidivante. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71:517-520.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avanços e Principais Limitações deste Estudo

Esta pesquisa traz alguns elementos fundamentais para o entendimento da redução de manifestações orais comumente relacionadas à infecção pelo HIV em adultos e crianças e, especialmente, sua associação com as elevadas taxas de cárie dentária. Alguns achados podem contribuir para o debate sobre a padronização de critérios diagnósticos e classificação das lesões orais em indivíduos infectados pelo HIV, ressaltando a utilização de marcadores imunológicos para este fim. O último estudo demonstra o papel da candidíase oral pseudomembranosa persistente na progressão para a Aids em crianças. Portanto, esta pesquisa além de oferecer subsídios para a capacitação dos profissionais de saúde bucal quanto ao reconhecimento precoce das lesões orais mais comuns, pretende contribuir para revisão da classificação das lesões orais associadas à infecção pediátrica pelo HIV e para a ampliação das medidas adotadas no enfrentamento da epidemia da Aids em nosso país.

Suas limitações metodológicas sugerem cautela na generalização e interpretação dos seus achados. A opção por um delineamento seccional, desenvolvido com dados secundários, nos estudos que investigaram a ocorrência das manifestações orais relacionadas à infecção pelo HIV em crianças e adultos, além de não possibilitar a estimativa de medidas de risco, pode ter introduzido um viés de seleção dos participantes, uma vez que os dados utilizados foram, na sua maioria, de indivíduos que certamente procuraram o serviço de odontologia por possuírem necessidades acumuladas de cuidados da saúde bucal. Então, estes indivíduos podem não representar a população de origem assistida no Centro de Referência, o que explicaria as elevadas taxas encontradas nos indicadores de saúde bucal. Outro aspecto a considerar é que muitos foram referenciados de outras instituições ou encaminhados por outros setores do próprio CREAIDS, onde são previamente acolhidos e medicados, especialmente para o tratamento de doenças oportunistas, subestimando assim, a frequência das manifestações orais investigadas.

Outra limitação importante deste estudo diz respeito à ausência de informações sobre a saúde periodontal, uma vez que seu diagnóstico requer o

envolvimento de profissionais especializados, pois compreende lesões com diagnóstico complexo.

Nos estudos longitudinais, também utilizando dados secundários (coorte histórica ou *não concorrente*), foi observado que existem diferenças nas taxas de incidência da candidíase episódica e persistente apenas para a faixa de idade igual ou abaixo de 5 anos. Neste caso, pode ter ocorrido perda de seguimento (viés de informação) para o grupo de crianças com candidíase episódica, pois como a sua ocorrência não se mostrou associada à imunodepressão, as visitas das crianças tornaram-se irregulares (espaçadas) com provável perda de informações. Conclui-se com isso que crianças com alteração imunológica, que necessitavam de acompanhamento médico, devido a ocorrência de enfermidades oportunistas, podem ter sido melhor acompanhadas. Assim, como o diagnóstico da candidíase oral persistente (resistente ao tratamento) faz parte dos sinais ou sintomas moderados indicativos de Aids em menores de treze (13) anos de idade, é plausível supor que sua identificação introduziu um viés de classificação “diferencial”, acentuando a magnitude da associação entre condição imunológica e incidência da candidíase persistente.

Deve-se considerar que uma parcela importante das informações clínicas, imunológicas e terapêuticas das crianças pesquisadas foram coletadas por profissionais de saúde em outras instituições, onde as crianças se encontravam em tratamento médico. Portanto, apesar de posteriormente anexadas aos prontuários clínicos do CREAIDS, durante a transferência para este centro, alguns dados podem ter sido ignorados. Além disso, observações sobre as manifestações orofaciais foram obtidas durante os exames clínicos de rotina, ou seja, não foram coletadas para fins de pesquisa. Neste sentido, é possível que tenha ocorrido viés de classificação destas manifestações clínicas, subestimando ou superestimando suas taxas de incidência. Certamente que estimativas das taxas de incidência devem ser obtidas em estudos de coorte, conduzidos com grupos populacionais bem estruturados, de modo que todos os subgrupos existentes na população de origem estejam representados.

No terceiro artigo resultante desta pesquisa, também foi observado que a ocorrência da candidíase oral persistente mostrou-se um importante preditor na progressão para a Aids, quando comparada com a candidíase oral episódica. Não foi suficientemente esclarecida a ausência desta associação no grupo de crianças

com faixa de idade acima de 5 anos. Acredita-se que as mudanças ocorridas nos critérios de definição de casos de Aids em anos recentes possam explicar estes resultados. Após a primeira definição de caso de Aids no Brasil, em 1987, restrita aos indivíduos de 15 anos de idade e mais, sucessivas adaptações foram realizadas, tendo em vista a adoção de critérios mais simplificados, dispensando exames complementares sofisticados. Na atual revisão, realizada em 2004, exatamente dentro do período de acompanhamento das crianças, os critérios foram modificados, apresentando maior sensibilidade na definição dos casos de Aids. Assim, para a definição de caso, excluiu-se o “critério de confirmação por sinais” e, além da evidência laboratorial da infecção pelo HIV, passaram então a ser necessárias duas situações clínicas consideradas leves ou apenas uma situação de caráter moderado ou grave. Com isso, o diagnóstico de Aids tornou-se mais precoce e fortemente relacionado à ocorrência de candidíase oral persistente (sinal ou sintoma moderado), especialmente para as crianças novas e acompanhadas a partir de 2004. Certamente que as crianças de maior faixa de idade, já diagnosticadas como casos de Aids anteriores à mudança destes critérios, não tiveram seu diagnóstico fortemente relacionado à ocorrência de candidíase oral resistente, pois esta condição apenas não era suficiente para a definição de caso de Aids.

Assim como o sistema imunológico de crianças com pouca idade, normalmente encontra-se imaturo, sua capacidade de resposta também parece ser limitada, possibilitando a ocorrência de lesões orais oportunistas associadas à imunodepressão (lesões persistentes). Enquanto que, para esta mesma faixa de idade, comumente podem ser observados episódios de candidíase oral pseudomembranosa, não necessariamente associados à infecção pelo HIV, o que pode conduzir a classificações e interpretações incorretas.

Apesar das limitações inerentes ao tamanho da amostra (poder dos testes estatísticos) neste estudo, os resultados encontrados sugerem que o diagnóstico da candidíase oral pseudomembranosa em crianças de pouca idade deve estar associado a exames laboratoriais complementares, especialmente a razão de linfócitos T CD4/CD8.

Orientações para Futuras Pesquisas

Os resultados desta pesquisa demonstram a necessidade de que novas linhas de estudo devem ser desenvolvidas, principalmente na tentativa de esclarecer o efeito da TARV sobre a prevalência das lesões orais em crianças, além da definição da importância das lesões orais para a tomada de decisão quanto ao início e troca dos esquemas terapêuticos disponíveis atualmente para os indivíduos sob tratamento anti-retroviral. Outro aspecto que requer maior investigação é sobre o uso de terapias alternativas para o tratamento da candidíase oral e outras doenças orais oportunistas, assim como são incipientes os estudos sobre as consequências das manifestações orais na qualidade de vida de crianças e adultos. Novos estudos multicêntricos, com delineamento longitudinal e utilizando critérios padronizados de diagnóstico e classificação que avaliem a frequência das manifestações orais e suas implicações sobre a saúde bucal dos indivíduos vivendo com o HIV-Aids. Na tentativa de esclarecer o papel da cárie dentária na ocorrência das lesões fúngicas orais. Por outro lado, novas lesões orais têm sido identificadas em indivíduos infectados pelo HIV nos países em desenvolvimento. Estas lesões não constam nas atuais listas de classificação das manifestações orais associadas com a infecção pelo HIV que são amplamente utilizadas nos países da Europa e nos EUA. Portanto, sugere-se uma revisão na relação destas manifestações clínicas orais com a inclusão de lesões atualmente identificadas nas populações dos países em desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), numa recente publicação sobre lesões orais e doença Aids, concluiu que existe uma necessidade de centralizar esforços em pesquisa nos países em desenvolvimento, com o intuito de fomentar estudos padronizados com delineamento longitudinal e multicêntricos acerca das lesões orais, tendo em vista sua importância para a tomada de decisão para o início e a mudança da terapia anti-retroviral ²

Enfrentando o HIV na Atenção Básica à Saúde Bucal

Portanto, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o processo de organização do cuidado à saúde bucal na atenção básica, mediante seu entendimento como eixo estratégico para a reorientação do modelo de atenção em

saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente após a proposição das diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do “BRASIL SORRIDENTE”, que considera a atenção básica como seu mais importante desafio na perspectiva dessa mudança do modelo assistencial.

Neste sentido, sugere-se que na recente publicação do Ministério da Saúde “Cadernos de Atenção Básica – Saúde Bucal”, possam ser incluídas informações sobre as manifestações clínicas orofaciais relacionadas com a Aids, o que possibilitaria o diagnóstico precoce da condição de infecção pelo HIV, além de subsidiar o planejamento das ações e a organização da atenção à saúde bucal para bebês (0 a 24 meses), crianças (2 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos).

A resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia de Aids, envolve uma política de capacitação de profissionais de saúde bucal para ações de educação permanente em HIV-Aids. Esta política é uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, tendo como referência as reais necessidades das pessoas vivendo com o HIV. Talvez pareça contraditório empreender esforços para que a questão da saúde bucal e da infecção pelo HIV seja vista como um problema de interesse público, não restrita aos centros de referência e ao mesmo tempo, privilegiar a formulação de propostas de educação direcionadas a populações específicas. Pois as ações de educação permanente no campo da saúde bucal constituem-se como elementos fundamentais para a construção da cidadania e transformação social.

Finalmente, apesar da relevância das características sócio-demográficas (cor da pele, renda e ocupação) para o entendimento das implicações das manifestações orais sobre a saúde bucal, estes aspectos não foram considerados nesta pesquisa com a devida importância, devido ao elevado número de dados ignorados e da inconsistência das informações. O reconhecimento da contribuição de tais fatores em sua plenitude demandará repensar não apenas o modo como esta pesquisa foi planejada e conduzida, mas também os meios necessários para o acesso a esses dados, considerando o estigma e o valor simbólico desta enfermidade.

REFERÊNCIAS

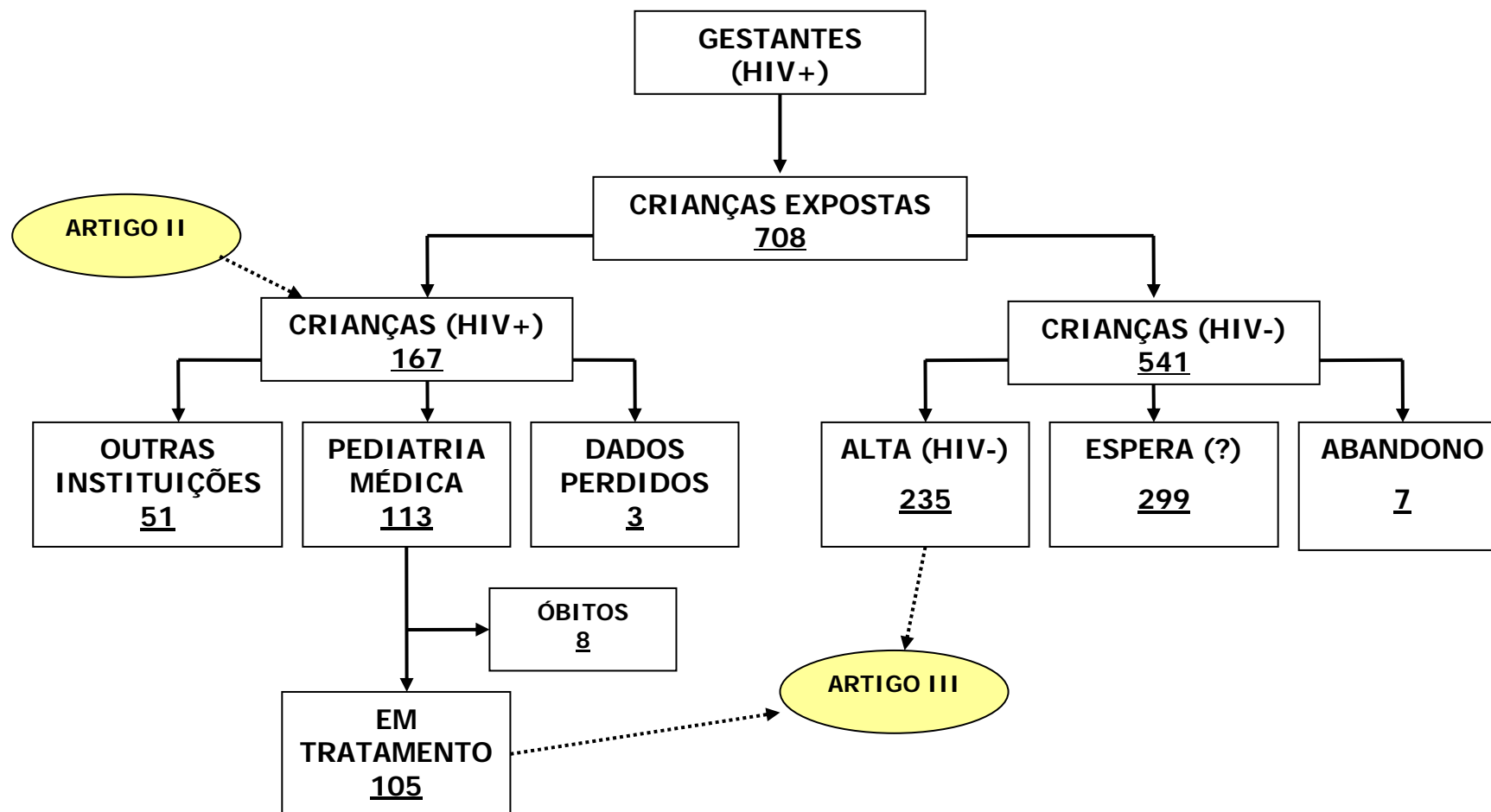
1. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003, p.125-150.
2. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency vírus. *Bull World Health Organ*. 2005;83:700-706.
3. EC Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. [Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection]. *J Oral Pathol Med*. 1993; 22:289-291.
4. Hobdell, MH. Economic globalization and oral health. *Oral Dis*. 2001, 7:137-143.
5. Dourado I, Veras MASM, Barreira D et al. AIDS epidemic trends after the introduction of anti-retroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(Supl):9-17.
6. Veronesi R, Focaccia R, Lomar AV. Retrovíroses humanas: HIV/AIDS. São Paulo: Atheneu; 1999.
7. Brasil Ministério da Saúde. *Curso básico - vigilância epidemiológica HIV/AIDS* –. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; 2005, 236p.
8. Brasil Ministério da Saúde. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. –. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Séries Manuais, n.18, 2004.
9. United Nations Joint Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *Report on the global epidemic*. Disponível em: <www.unaids.org/en/default.asp>. Acesso em: 15 fev. 2007.
10. _____. *AIDS epidemic update*. Switzerland: UNAIDS; 2006.
11. *Boletim Epidemiológico – AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Galvão J. Access to anti-retroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360:1862-65.
13. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS* 2002; 16(18):2373-83.
14. Rachid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. 8. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

15. Szwarcwald, C L et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saud Pub.* 2000; 6(1):2000.
16. *Boletim Epidemiológico.* Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Centro de Referência Estadual de Aids-CREAIDS-BA, ano 2, 2007.
17. Schwartz SA, Nair MP. Current concepts in human immunodeficiency virus infection and AIDS. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1999; 6(3): 295-305.
18. Marque HHS, Sakane PT, Della Negra M. AIDS na criança. In: Grumach AS. *Alergia e imunologia na infância e na adolescência.* São Paulo:Atheneu. 2001; p. 587-606.
19. Patton LL, Shugars DA. A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc.* 2002; 133(2):195-203.
20. Ramos-Gomez FJ. Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected pediatric patients. Collaborative Workgroup on Oral Manifestations of Pediatric HIV infection. *J Clin Pediatr Dent.* 1999; 23(2):85-96.
21. Miziara ID, Araujo-Filho BC, Weber R. Aids e estomatite aftóide recidivante. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71:517-520.
22. Volkweis MR, Rocha RS, Leonardo LLN et al. Lesões bucais manifestadas em pacientes aidéticos e tuberculosos, relacionadas com a contagem celular cd4+/cd8+. *Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos.* 2001; 4(3):74-82.
23. Salazar RA, Souza VL, Khan AS et al. Role of CD4:CD8 ratio in predicting HIV co-infection in patients with newly diagnosed tuberculosis. *AIDS Patient Care and STDs* 2000; 14:79-83.
24. Fonseca R, Cardoso A, Pomarico I. Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus. *Quintessence Int.* 2000, 31:419-422.
25. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis.* 2002; 8:34-39.
26. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Pública Méx.* 2002; 44:87-91.
27. Bordon E, Bordon J. Infectious disease concerns and possible complications in the dental patient. *Dent. Clin. North. Am.* 1999; 43(3):435-56.
28. Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ et al. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis.* 2002; 8:98-109.

29. Ramos-Gomez FJ. Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected pediatric patients. Collaborative Workgroup on Oral Manifestations of Pediatric HIV infection. *J Clin Pediatr Dent.* 1999; 23(2):85-96.
30. Selwyn PA, Alcabes P, Hartel D et al. Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1992; 327:1697-1703.
31. Hilton JF. Functions of oral candidiasis episodes that are highly prognostic for AIDS. *Stat Med* 2000; 19:989-1004.
32. Boufassa NC, Hubert JB, Chavance M et al. Predictive value of viral load and other markers for progression to clinical AIDS after CD4+ cell count falls below 200/ μ L. *Int Epidemiol Assoc.* 1998; 27:897-903.
33. Birnbaum W. Et al. Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis.* 2002; 8 (Suppl. 2): 110-114.
34. Galitis ON, Velegraki A, Paikos S et al. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-I infected patients. A Greek study. *Oral Dis.* 2004; 10:145-150.
35. Salobrena AC, Cepeda LAG, Garcia LC et al. Oral lesions in HIV/AIDS patients undergoing highly active anti-retroviral treatment including protease inhibitors: a new face of oral AIDS? *AIDS Patient Care STDs* 2000; 14(12):627-635.
36. Hamza O, Matee M, Simon E. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health* 2006; 6:1-9.
37. Pinheiro A, Marcenes W. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. *Int Dent J.* 2004; 54:131-137.
38. Palella JR, Delaney KM, Moorman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1998; 338(5): 853-860.
39. Castro GF, Souza IPR, Oliveira RHS et al. Prevalence of caries and its correlation with clinical and immunological classification in HIV-infected children. *Pesquis Odontol Bras.* 2001; 15:91-97.
40. Chen JW, Flaitz CM, Wullbrandt B et al. Association of dental health parameters with oral lesion prevalence in human immunodeficiency virus-infected Romanian children. *Pediatr Dent.* 2003; 25:479-484.
41. Okunseri C, Badner V, Wiznia A et al. Prevalence of oral lesions and percent CD4+ T-lymphocytes in HIV-infected children on antiretroviral therapy. *Aids Patient Care and STDs* 2003; 17:5-11.

42. Ramos-Gomez F. Dental considerations for the paediatric AIDS/HIV patient. *Oral Dis.* 2002; 8:49-54.
43. Parker R, Camargo Jr. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública*, 2000; 16(Sup.1):89-102.
44. Castells M.A. Era da informação. In: _____. Sociedade em rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
45. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*, 2000; 16:77-87.
46. Souza CTV. *Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em homens que fazem sexo com homens do "Projeto Rio"*. 2001. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
47. Ayres JRJM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 2002; 6(11):11-24.
48. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Colet*, 2007; 12(2):319-324.
49. Brasil Ministério da Saúde. *Resposta + Experiências do Programa Brasileiro de Aids*. Brasília: Diretoria do Programa Brasileiro de DST e AIDS; 2005, 80p.
50. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans G et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, (org). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.

APÊNDICE A - ORGANOGRAMA DA POPULAÇÃO DOS ESTUDOS



APÊNDICE B – CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES ORAIS ASSOCIADAS COM A INFECÇÃO PELO HIV (EEC – OMS, 1993)

Grupo 1: Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV

<p>Candidíase</p> <ul style="list-style-type: none"> Pseudomembranosa Eritematosa <p>Leucoplasia Pilosa</p> <p>Sarcoma de Kaposi</p> <p>Linfoma não-Hodgkin's</p> <p>Doenças periodontais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema gengival linear Gengivite ulcerativa necrosante Periodontite ulcerativa necrosante

Grupo 2: Lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV

<p>Infecções bacterianas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium avium-intracellulae</i> <p>Hiperpigmentação melânica</p> <p>Estomatite ulcerativa necrosante</p> <p>Doença de glândula salivar</p> <ul style="list-style-type: none"> Xerostomia Hipertrofia uni ou bilateral de glândulas salivares trombocitopenia púrpura <p>Úlcera atípica</p> <p>Infecções virais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herpes simplex Papiloma vírus humano <ul style="list-style-type: none"> Condiloma acumunado Hiperplasia epitelial focal Verruga vulgar Vírus Varicela-zoster <ul style="list-style-type: none"> <i>Herpes zoster</i> <i>Varicella</i>
--

Grupo 3: Lesões possivelmente associadas à infecção pelo HIV

<p>Infecções bacterianas (excluindo gengivite e periodontite):</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Actinomyces israelii</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumonia</i> <p>Enfermidades por arranhadura de gatos</p> <p>Reações medicamentosas (ulcerativas, eritema multiforme, liquenóide)</p> <p>Infecções por fungos diferentes de candidíase</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Geotrichum candidum</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Mucoraceae</i> <i>Aspergillus flavus</i> <p>Distúrbios neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Paralisia facial Neuralgia trigêmio <p>Estomatite aftosa recorrente</p> <p>Infecções pelo citomegalovírus e molusco contagioso</p>

**APÊNDICE C – CONSENSO DA CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES OROFACIAIS
ASSOCIADAS COM A INFECÇÃO PEDIÁTRICA (RAMOS-GOMES et al, 1999)**

Grupo 1: Lesões comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV

<p>Candidíase</p> <ul style="list-style-type: none"> Pseudomembranosa Eritematosa Queilite Angular <p>Infecção pelo vírus Herpes simplex</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema gengival linear Hipertrofia das parótidas Úlceras aftóides recorrente Menor Maior herpetiforme

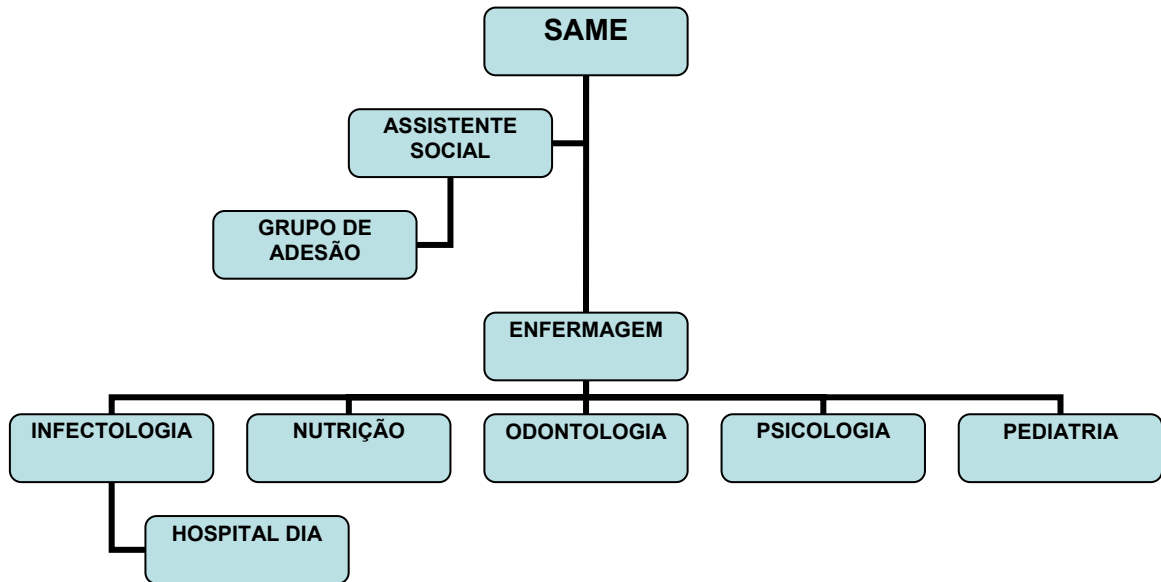
Grupo 2: Lesões menos comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV

<p>Infecções bacterianas dos tecidos orais</p> <p>Doenças do periodonto</p> <ul style="list-style-type: none"> Gengivite ulcerativa necrozante Periodontite ulcerativa necrozante Estomatite ulcerativa necrozante <p>Dermatite seborréica</p> <p>Infecções virais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cytomegalovirus Papiloma vírus humano Molusco contagioso Vírus varicela-zoster <i>Herpes-zoster</i> <i>Varicella</i> <p>Xerostomia</p>
--

Grupo 3: Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV, mas raras em crianças

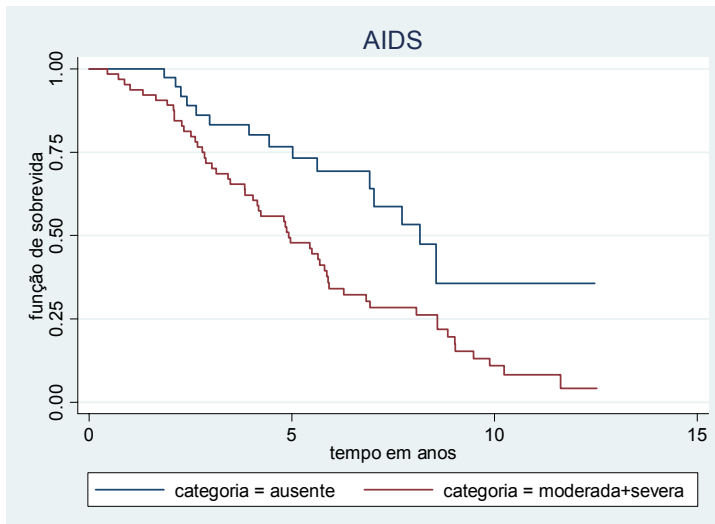
<p>Neoplasias</p> <ul style="list-style-type: none"> Sarcoma de Kaposi Limfomas não-Hodgkin's Leucoplasia pilosa oral Úlceras relacionadas tuberculoses

APENDICE D – FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO DOS INDIVÍDUOS HIV-AIDS SOROPOSITIVOS NO CREAIDS



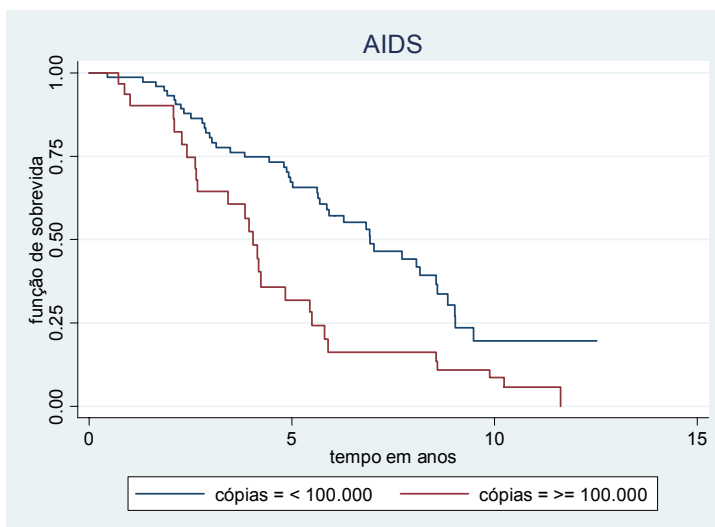
APENDICE E – CURVAS DE SOBREVIDA PARA A AIDS, SEGUNDO CATEGORIA IMUNOLÓGICA E CONTAGEM DA CARGA VIRAL

Figura 5 – Curvas de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids, estratificadas por categorias de alteração imunológica (n=98 crianças).



Teste log-rank $p = 0,004$

Figura 6 – Curvas de sobrevivência, em anos, entre a infecção pelo HIV até o diagnóstico da Aids, estratificadas por contagem da carga viral (n=98 crianças).



Teste log-rank $p = 0,002$

ANEXO A – CATEGORIAS CLÍNICAS E IMUNOLÓGICAS (CDC)

Categorias Clínicas e Imunológicas (CDC)

CATEGORIAS IMUNOLÓGICAS	CATEGORIAS CLÍNICAS			
	N assintomático	A leve	B moderado	C grave
Sem supressão	N1	A1	B1	C1
Supressão moderada	N2	A2	B2	C2
Supressão grave	N3	A3	B3	C3

Idade da Criança

CATEGORIA IMUNOLÓGICA	MENOR QUE 12 m	1- 5 ANOS	6 - 12
1. Sem Supressão	CD4 > 1500	> 1000	> 500
2. Supressão Moderada	CD4 750 – 1499	500 – 900	200 - 499
3. Supressão Grave	CD4 < 750	< 500	< 200

Sistema de classificação da infecção pelo HIV, em crianças menores de 13 anos de idade, revisado em 1994 MMWR43 RR-12: 1 -10, 1994 (CDC, 1994, p.1-19)

ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DO CDC

CLASSIFICAÇÃO DO CDC

A - CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA AIDS EM MENORES DE 13 ANOS DE IDADE

Categoria E

- Exposto perinatal, são crianças nascidas de mães infectadas, com menos de 18 meses de idade, cuja infecção ainda não foi definida.

Categoria N

- Crianças assintomáticas ou com apenas um sintoma da categoria A.

Categoria A

- **Crianças com infecção levemente sintomática**
 - linfonodomegalia (maior que meio cm de diâmetro e localizada em mais de dois locais)
 - hepatoesplenomegalia
 - dermatite
 - parotidite
 - infecções recorrentes ou persistentes das vias aéreas superiores
 - sinusite
 - otite média

Categoria B

- **Infecção moderadamente sintomática**
 - anemia (Hb menor que 8 g/dl)
 - neutropenia (concentração de leucócitos menor que 1000/ml)
 - trombocitopenia (concentração de plaquetas menor que 100.000/mm³)
 - meningite bacteriana
 - pneumonia
 - sepsis
 - candidíase orofaríngea com duração de mais de dois meses em crianças com idade inferior a seis meses
 - diarreia crônica e recorrente
 - hepatite
 - estomatite herpética

- herpes simples
- herpes zoster em pelo menos dois episódios diferentes ou em mais de um dermatomo
- bronquite
- pneumonite intersticial linfóide
- varicela disseminada
- febre persistente por mais de 1 mês
- toxoplasmose com início anterior ao primeiro mês de vida
- nocardiose
- nefropatia
- infecção pelo citomegalovírus, com início anterior ao primeiro mês de vida
- miocardiopatia

Categoria C

- **Infecção gravemente sintomática**

- infecções bacterianas múltiplas e recorrentes
- candidíase de esôfago e pulmão
- coccidioidomicose disseminada
- citomegalovirose iniciando antes de 1 mês de idade
- encefalopatia persistente
- infecção que inicia após o primeiro mês entre elas citomegalovírus
- herpes simples que persiste por mais de 1 mês, com úlcera mucocutânea
- bronquite
- histoplasmose disseminada
- Sarcoma de *Kaposi*
- pneumonia por *pneumocisti carinii*
- septicemia recorrente por salmonela
- criptococose extra-pulmonar
- síndrome da perda de peso
- linfoma de Sistema Nervoso Central, primário
- leucoencefalopatia multifocal progressiva
- toxoplasmose de Sistema Nervoso Central com início após o primeiro mês de vida

Categoria SR

- O sororvertido é a criança nascida de mãe HIV, que não mostra sinais ou sintomas clínicos ou evidências laboratoriais de infecção e que apresenta dois ou mais testes de anticorpos negativos

(CDC, 1994, p.1-19)

ANEXO C - MODELO DE FICHA PARA ANAMNESE DO SERVIÇO SOCIAL

PRONTUÁRIO:2000

DATA:28/08/2003

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:TESTE DA SILVA SOUZA
 Sexo:Feminino Naturalidade: Idade:33
 Filiação: /
 Endereço:Rua. André Alves
 Procedência (cidade de onde vem): UF:Ba
 Religião:Católica Serviço que o/a encaminhou:

ANAMNESE DO SERVIÇO SOCIAL
 ANAMNESE DO TERAPEUTA

1. ESTADO CIVIL: Casado(a)
 2. GRAU DE INSTRUÇÃO: 2o. Grau Incompleto
 3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:
 Profissão: ADMINISTRADOR Ocupação: DONA DE CASA Situação:
 4. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA:
 5. RENDA PESSOAL / FAMILIAR: Pessoal: Familiar:
 6. SITUAÇÃO HABITACIONAL: Casa Alugada Caasah Nº de cômodos:5
 7. ESTRUTURA SANITÁRIA:
 Água Encanada: Sim Luz Elétrica: Sim
 Saneamento básico: Sim Geladeira: Sim
 8. ESTRUTURA FAMILIAR:
- | Grau de Parentesco | Idade | Sexo | Sorologia |
|--------------------|-------|-----------|---------------|
| Filho (a) | 25 | Masculino | HIV - |
| Genro | 28 | Masculino | Ignorado |
| Filho (a) | 02 | Feminino | Ignorado |
| | 05 | Masculino | Não realizado |
| | 00 | | |
| | 00 | | |
9. QUALIDADE DO APOIO FAMILIAR: Preconceito/Discriminação
 10. REDE SOCIAL:
 Atividades Sociais: Nenhuma Comunitárias: Sim Qual
 Religiosas: Sim CATOLICA
 Soc. Civil Org.: Sim CAASAH
 11. EXPERIÊNCIA SEXUAL:
 Idade da 1ª experiência sexual: 15
 Relato da 1ª experiência:
 12. PREFERÊNCIA SEXUAL: Só com homens
 13. PARCEIROS/AS: Não Fixo
 Relações Sexuais com indivíduos sabiamente HIV+/AIDS: Não
 Nº de parceiros/as no último mês 01 / ano 02 / cinco anos 06
 14. PRESERVATIVO: ANTES: Raramente DEPOIS: Às vezes
 15. DROGAS:
 Já fez uso: Não
 Ainda faz uso: Não
 Parceiro fez uso de droga: Não
 Ainda faz uso: Não
 16. SOROLOGIA:
 Data do 1º HIV +: 05/10/01 Compartilhada: Sim Com quem: Amigos
 Estado de ânimo qto. a soropositividade: Tristeza
2. DIREITOS SOCIAIS/RECURSOS ASSISTÊNCIAIS:
 a) FGTS: Não b) PIS: Não
 c) SUPLEMENTO ALIMENTAR: Cesta básica: Sim NBVBVBVBVBVBV
 Leite: Sim CBCBCBCBCBC
 d) TRANSPORTE: Sim Onde
 e) MEDICAMENTOS DOENÇAS OPORTUNISTAS: Sim Onde
 f) MEDICAMENTOS PARA DST: Sim
3. EVOLUÇÃO:

ANEXO D - MODELO DE FICHA PARA ANAMNESE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM

DATA: ___/___/___

NOME: _____ REGISTRO: _____

PESO _____ ALTURA _____

SINAIS VITAIS: TEMPERATURA _____ PULSO _____ RESPIRAÇÃO _____ PA _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:HIPERTENSÃO CÂNCER TUBERCULOSE CARDIOPATIA DST DIABETES ANTECEDENTES PESSOAIS:JÁ FEZ ALGUMA OPERAÇÃO? QUAL? _____ QUANDO? _____JÁ FEZ USO DE SANGUE? QUANDO? _____ POR QUÊ? _____JÁ ESTEVE INTERNADO? QUANTAS VEZES? _____ POR QUÊ? _____HISTÓRIA ATUALALERGIA? SIM NÃO QUAL? _____APRESENTA ALGUM PROBLEMA PARA URINAR? QUAL? _____
PARA EVACUAR? QUAL? _____
PARA DORMIR? QUAL? _____
PARA ALIMENTAR-SE? QUAL? _____

RITMO MENSTRUAL REGULAR () IRREGULAR ()

NÚMERO DE GESTAÇÕES _____
ABORTOS _____ ESPONTÂNEOS () _____ PROVOCADOS () _____

ÚLTIMO EXAME PREVENTIVO _____

FAZ USO DE MEDICAÇÃO? SIM NÃO

QUAIS? _____

MOTIVO CONSULTA:

QUEIXA PRINCIPAL:DIARRÉIA: MUCO SANGUE PARASITO COM CÓLICA SEM CÓLICA

QUANTOS EPSÓDIOS DIA: _____

FEBRE: QUANTAS VEZES AO DIA _____ HORÁRIO _____

TOSSE: SECA PRODUTIVA

ANEXO E – MODELO DE FICHA PARA ANAMNESE DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO

ODONTOLOGIA

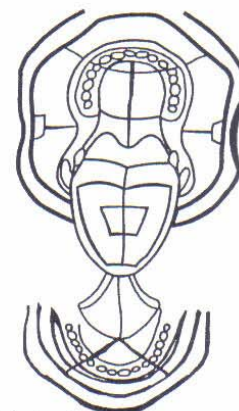
NOME _____ REG. _____

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Exame extra-bucal:

(Marcar 0 se a resposta for Não e 1 se a resposta for Sim)

- Aumento de glândula salivar
 Linfadenopatia



(> / =4mm)

Exame Intra-bucal:

MUCOSA BUCAL

(Marcar 0 se a resposta for Não e 1 se a resposta for Sim)

- () Saudável () Candidíase eritematosa () Candidíase pseudomenbranosa
 () Queilite angular () Leucoplasia pilosa () Herpes simples
 () Herpes zoster () Papiloma () Sarcoma de Kaposi
 () Xerostomia () Úlcera inespecífica () (Petéquia)
 () GUNA (<= 3mm) () Periodontite Ucerativa necrozante - NDP (> / =4mm)
 () Estomatite Necrozante (10 mm+)

Outras: _____

Investigações:

Biópsia Data: ___/___/___ Resultado: _____

- Vírus da herpes
 Citomegalovírus
 Neutrófilos
 Hemoglobina
 Leucograma

Diagnóstico conclusivo final: _____

ANEXO F – MODELO DE FICHA PARA ANAMNESE DA PEDIATRIA

PRONTUÁRIO:2000

DATA:28/08/2003

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:TESTE DA SILVA SOUZA
 Sexo:Feminino Naturalidade: Idade:33
 Filiação: /
 Endereço:Rua. Andru Alves
 Procedência (cidade de onde vem): UF:Ba
 Religião:Católica Serviço que o/a encaminhou:

PEDIATRIA**2. MOTIVO DA CONSULTA:****3. PRÉ-NATAL:**

Onde fez o pré-Natal? Onde fez pré natal Quando foi feito o diagnóstico HIV? Quando
 Caso confirmado: Usava Anti-Retrovirais?
 Alguma Outra Doença? Quais
 Fez Profilaxia no pré-Natal? Se não fez Profilaxia:

4. QUANTOS PARCEIROS JÁ TEVE?

Mesmo sexo? Fixo? Algum Doente?
 Já fez uso de drogas injetáveis? Fez transfusão sanguínea?
 Acidente?

5. ONDE FOI REALIZADO O PARTO?

Maternidade: Qual
 Tipo? Gestação Múltipla?
 Bolsa rota antes do parto?
 Fez uso de AZT durante o parto?
 Foi discriminada?
 Amamentou? Quanto tempo
 Aleitamento Cruzado? Quanto tempo
 A criança faz uso do AZT? Quantas horas após o nascimento:
 A criança pesou: Mediu:
 PC: PABD:
 Ficou internado quantos dias? Motivo: Qual motivo
 Usou alguma medicação além do AZT? Quais
 Usou AZT por quanto tempo? Faz uso de sulfa?
 Usa algum outro ARV? Vacinas? Quais
 Desde quando?
 Teste de pezinho?
 Alimentação?

6. ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS:

Irmãos:
 Idade Sexo Sorologia

HMA:

7. EXAME FÍSICO:

P: EST: PC:
 TEMP: TA: /

8. CONCLUSÃO:

Dra. NEIDE PEDROSQ WEYLL
 CRM: 2510

ANEXO G – MODELO DE FICHA DA FARMÁCIA

PRONTUARIO:2000

DATA:28/08/2003

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:TESTE DA SILVA SOUZA

Sexo:Feminino

Naturalidade:

Idade:33

Filiação: /

Endereço:Rua. Andrú Alves

Procedência (cidade de onde vem):

UF:Ba

Religião:Católica

Serviço que o/a encaminhou:

FARMACÉUTICA**EVOLUÇÃO FARMACOTERAPÉUTICA:**

Indicação:

Farmacoterapia atual:

História medicamentosa

OTC:

Ervas:

AR/P:

RAM:

História Médica Atual

Condição atual:

História Médica Passada

Descrição:

História Familiar / Social / Nutricional / Atividade Física / Aspectos da Adesão

História Familiar:

Investigação relevante

ECO: 00/00/0000

Resultado:

ECG: 00/00/0000

Resultado:

EEG: 00/00/0000

Resultado:

Angiografia: 00/00/0000

Resultado:

USG Abdominal: 00/00/0000

Resultado:

Rx: 00/00/0000

Resultado:

Sorologias: 00/00/0000

Resultado:

Mamografia: 00/00/0000

Resultado:

Biópsia: 00/00/0000

Resultado:

Tomografia: ?????

Resultado:

Ressonância magnética: 00/00/0000

Resultado:

USG transvaginal: 00/00/0000

Resultado:

Plano de atenção farmacêutica

S O :

A:

P:

Problemas relacionados ao uso de medicamentos

ANEXO H – MODELO DE FICHA PARA ANAMNSE DA NUTRIÇÃO

PRONTUARIO:2000

DATA:28/08/2003

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:TESTE DA SILVA SOUZA

Sexo:Feminino

Naturalidade:

Idade:33

Filiação: /

Endereço:Rua. Andrú Alves

Procedência (cidade de onde vem):

UF:Ba

Religião:Católica

Serviço que o/a encaminhou:

ANAMNESE DE NUTRIÇÃO

Diagnóstico principal:

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: diabetes

História familiar:

Etilismo: não

Tabagista: não

Exames laboratoriais:

Valor de referência

Leucograma:

3.500-10.500

HT:

HB:

Masc 13.5-18g/dl Fem 12-16g/dl

Glicemia:

70-110 mg/dl

Colesterol:

Desejável: 120-199 mg/dl Elevado - >240

Tranferrina:

200-400 mg/dl

Uréia:

13-45 mg/dl

Albumina:

3,5-5,0 g/dl

Creatinina:

Masc. : 0,6-1,2 mg/dl Fem.: 0,6-1,1 mg/dl

Cálcio:

8,5-10,8 mg/dl

Sinais clínicos:

Cabelo:

Pele:

Olhos:

Boca:

Membros:

Análise comportamental:

Medicação em uso:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

Número de refeições:

Alimentos mais consumidos: grupo I

Alergia alimentar: não

Peso atual:

Altura:

CD:

Peso ideal:

IMC:

DCT:

Trânsito intestinal: normal

Diagnóstico nutricional :

ANEXO I – MODELO DE FICHA PARA CONSULTA NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

PRONTUÁRIO:2000

DATA:28/08/2003

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:TESTE DA SILVA SOUZA

Sexo:Feminino

Naturalidade:

Idade:33

Filiação: /

Endereço:Rua. Andru Alves

Procedência (cidade de onde vem):

UF:Ba

Religião:Católica

Serviço que o/a encaminhou:

PSICOLOGIA**1. Encaminhamento:**

Comentários:

2. Motivo da consulta (por que você veio)?**3. Como você está se sentindo neste momento?**

Sozinho:

Sem interesse por nada:

Sem esperança no futuro:

Deprimido:

Pensando em morte:

Pensando no seu problema:

Que as pessoas não são amigáveis:

Comentários:

4. Genograma**5. Evolução clínica:****O que ocasionou a testagem?**

Comentários:

Como foi feita a revelação diagnóstica:

Comentários:

Quais os sentimentos decorrentes da revelação:

Comentários:

6. Aspectos familiares:

Comentários:

Sob a ótica do paciente:

Comentários:

7. Aspectos Sociais**Com relação à sua rede de apoio, como você se encontra hoje:**

Comentários:

8. Quais as suas expectativas para o futuro?

Comentários:

9. O que você espera do atendimento psicológico?**10. Diga uma frase que defina seu momento agora:**

A.S. ALBA REGINA DE SOUSA

1. **IDENTIFICAÇÃO:** PRONTUÁRIO:2000 DATA:28/08/2003
 Nome:TESTE DA SILVA SOUZA
 Sexo:Feminino Naturalidade: Idade:33
 Filiação: /
 Endereço:Rua. André Alves
 Procedência (cidade de onde vem): UF:Ba
 Religião:Católica Serviço que o/a encaminhou:

INFECTOLOGIA

1. SINTOMAS: Sem queixas

Observação: hgfdknfsdodmfspdf silk
 CD4: 0123 Data CD4: 1234
 CV: 0325 Data CV: 254

Queixa principal: jfjhsodnasmdhapsdmasd aosmda sdsa,dsad sdmçasdasdas dalkd.sa dkajca
 cmnasndasdçajd' maçasdaps

Moléstia atual: udhasdnadasn dasodja'sdmaspodsadsaçdkasçd,as~'dlasçdasldjaspodjasp

2. EXAME FÍSICO

Normal: Mucosas, Fâneros, Subcutâneo, Linfonodos e Cabeça
 Anormal: Ap. Circulatório, Abdome, Fígado, Baço, Rins e Genitália
 Não examinado: Olhos

3. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:

Asma: Sim Medicação: biefkanfpoiasjflasmfspdokf
 Virose: Sim Medicação: gstdrtyyreytey
 Alergias: Não Medicação:
 DST'S: Não Medicação:
 Hospitalizações: Não Medicação:
 Cirurgias: Não
 Transusão sanguínea: Não
 Hipertensão arterial: Não Medicação: ?????
 Tuberculose: Não Medicação:

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Cardiopatas: Sim
 Falcemia: Sim
 D. Mellitus: Sim
 Neoplasias: Sim
 HA: Sim

5. HÁBITOS DE VIDA

Banho de coleção de água doce: Não
 Moradia em casa de sapo: Não
 Etilismo: Não
 Tabagismo: Não

6. SUSPEITAS DIAGNÓSTICAS

Infecções Bacterianas: ITU e Meningite
 Infecções Virais: Herpes simples
 Infecções Parasitárias: Ausente
 Infecções Fúngicas: Candidíase esofágica

ANEXO K CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM CRIANÇAS



Critérios de definição de caso de aids em crianças (menores de treze anos de idade)

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids em indivíduos menores de treze (13) anos de idade, para fins de vigilância epidemiológica:

QUADRO 4

RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS MENORES DE 13 ANOS DE IDADE
<p>CRITÉRIO CDC ADAPTADO</p> <p>Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica</p> <p>+</p> <p>Evidência de imunodeficiência:</p> <p>Diagnóstico de pelo menos duas (2) doença indicativa de aids de caráter leve e/ou</p> <p>Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids de caráter moderado ou grave e/ou</p> <p>Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual</p>
<p>CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO</p> <p>Menção a aids/sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)</p> <p>+</p> <p>Investigação epidemiológica inconclusiva</p> <p>ou</p> <p>Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV</p> <p>+</p> <p>Investigação epidemiológica inconclusiva</p>

ANEXO L – CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM ADULTOS



adult

PARTE I | Critérios de Definição de Caso de Aids em

Critérios de definição de caso de aids em adultos (treze anos de idade ou mais)

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais para fins de vigilância epidemiológica:

QUADRO 1

RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS
<p>CRITÉRIO CDC ADAPTADO</p> <p>Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV</p> <p>+</p> <p>Evidência de imunodeficiência: Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids e/ou Contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³</p>
<p>CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS</p> <p>Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV</p> <p>+</p> <p>Somatório de pelo menos dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças</p>
<p>CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO</p> <p>Menção a aids/sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)</p> <p>+</p> <p>Investigação epidemiológica inconclusiva</p> <p>OU</p> <p>Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV</p> <p>+</p> <p>Investigação epidemiológica inconclusiva</p>

ANEXO M - MODELO DA FICHA DO SINAN-AIDS ADULTOS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do Caso	5 Agravado AIDS		Código (CID10) 6 Data do Diagnóstico	
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe	
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código 16 Número	
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência 19 UF	
	20 Município de Residência		Código (IBGE) Distrito	
	21 Bairro		Código (IBGE) 22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário		27 Ocupação	
	28 Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		29 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	30 Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais nos últimos 10 anos			
	31 Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		32 Uso de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) que mantém relações bissexuais <input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro(a) que recebeu transfusão de sangue/derivados/hemofilia		33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	História de transfusão de sangue/derivados:			
	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não			
	35 Data da transfusão	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	
	38 Instituição onde foi realizada a transfusão.			
	39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		40 Acidente com material biológico com soroconversão após 6 meses 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 13/02/04

Dados Clínicos	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermate persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como etiologia</i>		
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidose (esôfago, traquéia, brônquio, pulmão) <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase. <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ou em brônquios, pulmões ou trato gastro-intestinal. <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva		
Dados do Laboratório	43 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Teste de triagem (1º Teste) <input type="checkbox"/> Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2º Teste)	44 Data de evidência laboratorial do HIV	45 Contagem de Linfócitos CD4+
Trat.	46 UF: 47 Município onde se realiza o tratamento	48 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	
Evolução	49 Situação atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado	50 Data do Óbito	
Critério Excepcional	51 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Investigador	52 Nome		53 Função
	54 Assinatura		
Instruções para Preenchimento da Ficha	<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data de evidência laboratorial do HIV.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado. No campo 39 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico.</p> <p>41-42 e 51 - Somente para casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais: a) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 41), e/ou b) Evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV e presença de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência do critério CDC adaptado (campo 42) e/ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou c) Declaração de Óbito com menção de Aids/SIDA ou infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios de definição de caso de aids.</p> <p>(*)evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 43): Reatividade em 2 testes de triagem ou em 1 teste confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV. Os testes mais comuns são: Triagem: ELISA, EIA, MEIA e quimioluminescência; Confirmatórios: Western Blot, imunofluorescência indireta, imunoblot e testes de amplificação de ácidos nucleicos (PCR e NASBA).</p>		
Aids em pacientes com 13 anos ou mais.	OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004	SVS	13/02/04

ANEXO N - MODELO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN-AIDS CRIANÇAS

Fichas de Notificação/Investigação de Aids
Pacientes Menores de 13 Anos e Pacientes com 13 anos ou mais)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº _____		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO Aids (Pacientes menores que 13 anos)				
Dados Gerais	1 Tipo de notificação 1- Individual	2 Data de notificação	3 Município de notificação	
	3 Município de notificação	Código (BOGE)	4 Unidade de saúde (ou outra fonte notificador)	
	4 Unidade de saúde (ou outra fonte notificador)	Código	5 Agravos AIDS	
Dados do Caso	6 Agravos AIDS	Código (CD10) B 2 4	7 Data do diagnóstico	
	7 Nome do paciente	8 Data de nascimento	9 (ou) idade 0 - até 1 ano 1 - 1 a 5 anos 2 - 6 a 11 anos 3 - 12 a mais	
	10 Sexo M - masculino F - feminino I - ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Outros 6 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Número do cartão SUS
	14 Nome da mãe	15 Logradouro (rua, avenida...)	Código	
Dados de Residência	16 Número	17 Complemento (apto., casa...)	18 UF	
	18 UF	19 Ponto de referência	20 Município de residência	
	20 Município de residência	Código (BOGE)	Distrito	21 Bairro (COD) Telefone
	21 Bairro (COD) Telefone	Código (BOGE)	22 CEP	23
	22 CEP	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
	23	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código
Dados Complementares do Caso				
Anamnese e Epidemiologia do Caso	26 Nº do prontuário	27 Abuso sexual 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	28 Relações Sexuais 1 - So c/ homens 2 - So c/ mulheres 3 - c/ homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	28 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	29 Nº aproximado de parceiros com quem teve relações sexuais	30 Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	31 Uso de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	31 Informação sobre o parceiro(a) sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32 História de transfusão de sangue / derivados 1 - Sim 2 - Não	33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa de infecção pelo HIVT 1 - Sim 2 - Não
	32 História de transfusão de sangue / derivados 1 - Sim 2 - Não	35 Data da transfusão	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão
	33 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	38 Instituição onde foi realizada a transfusão
	34 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão foi considerada causa de infecção pelo HIVT 1 - Sim 2 - Não	37 Município onde foi realizada a transfusão	38 Instituição onde foi realizada a transfusão	39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	35 Data da transfusão	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	40 Se Transmissão Vertical 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	36 UF	37 Município onde foi realizada a transfusão	38 Instituição onde foi realizada a transfusão	41 Categoria de exposição da mãe 42 Usuário de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	37 Município onde foi realizada a transfusão	38 Instituição onde foi realizada a transfusão	39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 História de transfusão de sangue / derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	38 Instituição onde foi realizada a transfusão	39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	40 Se Transmissão Vertical 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	44 Acidente com material biológico com soroc conversão após 6 meses 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
39 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	40 Se Transmissão Vertical 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	41 Categoria de exposição da mãe 42 Usuário de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	45 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
40 Se Transmissão Vertical 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	41 Categoria de exposição da mãe 42 Usuário de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 História de transfusão de sangue / derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Acidente com material biológico com soroc conversão após 6 meses 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
41 Categoria de exposição da mãe 42 Usuário de drogas injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	43 História de transfusão de sangue / derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Acidente com material biológico com soroc conversão após 6 meses 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	45 Relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV+/Aids 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Aids em menores que 13 anos

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 13/02/04

Dados Clínicos	46 Critério CDC adaptado 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3 - Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado
	Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve <input type="checkbox"/> Aumento crônico de parótida <input type="checkbox"/> Dermatite persistente <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Otitite ou Sinusite) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia \geq 0,5 cm em mais de 2 sítios
Dados de Laboratório	Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave <input type="checkbox"/> Anemia, Neutropenia e Trombocitopenia por mais de 30 dias <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Candidose oral resistente ao tratamento <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo $>$ 1 mês de idade) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose com diarreia <input type="checkbox"/> Doença diarreica crônica ou recorrente <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Febre persistente $>$ 1 mês <input type="checkbox"/> Gingivo-estomatite herpética recorrente (mais de dois episódios em um ano) <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal <input type="checkbox"/> Herpes simples muco-cutâneo $>$ 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatômo) <input type="checkbox"/> Histoplasmoose disseminada <input type="checkbox"/> Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (pneumonia, abscessos em órgãos internos, osteo-artrites, sepsis) <input type="checkbox"/> Infecção por citomegalovírus $<$ 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a (1) mês. <input type="checkbox"/> Leiomiossarcoma <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin <input type="checkbox"/> Linfoma primário de cérebro <input type="checkbox"/> Meningite bacteriana, pneumonia ou sepsis (único episódio) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e Hanseníase) <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Nocardiose <input type="checkbox"/> Pneumonia linfóide intersticial <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi <input type="checkbox"/> Síndrome da emaciação (Aids wasting syndrome) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada ou extrapulmonar <input type="checkbox"/> Varicela disseminada
	47 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Teste de triagem (1ª Teste) <input type="checkbox"/> Teste de detecção de ácido nucléico (1ª Teste) <input type="checkbox"/> Teste de triagem (2ª Teste) <input type="checkbox"/> Teste de detecção de ácido nucléico (2ª Teste) <input type="checkbox"/> Teste confirmatório <input type="checkbox"/> Teste de detecção de ácido nucléico (2ª Teste)
Trat.	48 Data de evidência laboratorial do HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	49 Contagem de Linfócitos CD4+ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evolução	50 UF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	51 Município onde se realiza o tratamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Investigador	52 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	53 Situação atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Instruções para Preenchimento da Ficha	54 Data do óbito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	55 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV mais causa de morte associada a imunodeficiência sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aids em menores que 13 anos	56 Nome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	57 Função <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58 Assinatura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>As Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação, usar a categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>6 - Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data diagnóstica de evidência laboratorial do HIV.</p> <p>8 - Data de Nascimento - Deverão ser anotado, o dia, o mês e o ano. Se o paciente não souber a idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.</p> <p>9 - Idade - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida.</p> <p>12 - Escolaridade - Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos com aprovação.</p> <p>27 - Abuso sexual - notação sexual sem o consentimento da criança. Utilizar "não se aplica" quando transmissão não for sexual.</p> <p>28-37 - Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceiro classificado no item 31. Na ausência de informação preencher com ignorado.</p> <p>40-45 - Quando Transmissão Vertical, anotar a categoria de exposição da mãe.</p> <p>46 - Dados Clínicos - Somente para os casos que preencham os critérios de definição de caso de aids em pacientes menores de 13 anos (consultar publicação- Revisão da Definição de caso de aids em menores de 13 anos- janeiro/2004).</p>	
<p style="text-align: center;">OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004</p>	
SVS 13/02/04	

ANEXO O - MODELO DE FICHA DE ANAMNESE DO CREAIDS

CREAIDS**ANAMNESE**

PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____		
NOME USUAL: _____		SEXO: _____
NATURALIDADE: _____	DATA DE NASCIMENTO _____/_____/_____	IDADE: _____
FILIAÇÃO: _____		
C. I.: _____	ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____	CPF: _____
END/PTº DE REFERÊNCIA: _____		
ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO/A () CASADO/A () CONV. MARITALMENTE () SEPARADO/A () DIVORCIADO/A () VIÚVO/A		
RELIGIÃO: _____		PROCEDÊNCIA: _____

2. GRAU DE INSTRUÇÃO:

() ANALFABETO	() 1º GRAU INCOM.	() 1º GRAU COMP.
() 2º GRAU INCOM.	() 2º GRAU COMP.	() 3º GRAU INCOM. () 3º GRAU COMP.

3- DATA DO 1º HIV + _____/_____/_____

4- PREFERÊNCIA SEXUAL:

() C/ PESSOA DO MESMO SEXO	() C/ PESSOA DO SEXO OPOSTO
() COM INDIVDUOS HIV +/-AIDS	() OUTROS _____

5. IDADE DA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA SEXUAL _____
5.1. RELATO PRIMEIRA EXPERIÊNCIA _____

6. FILHOS: () SIM () NÃO		
IDADE	SEXO	SOROLOGIA
		HIV+ () HIV- () IGNORADO () NÃO REALIZADO ()
		HIV+ () HIV- () IGNORADO () NÃO REALIZADO ()
		HIV+ () HIV- () IGNORADO () NÃO REALIZADO ()

5

7. SOROLOGIA COMPARTILHADA? SIM () NÃO ().

COM QUEM: _____

8. PRESERVATIVO:

 SIM, SEMPRE NÃO, NUNCA ÀS VEZES RARAMENTE

5. PARCEIROS / AS:

 FIXO QTO. TEMPO? _____ NÃO

 IGNORADO OUTROS: _____

Nº PARCEIROS/AS NO ÚLTIMO MÊS / ANO / CINCO ANOS: _____ / _____ / _____

6. DROGAS:

6.1. USUÁRIO DE DROGA SIM () NÃO ()

 INJETÁVEL QUAL? _____ NÃO INJETÁVEL QUAL? _____

6.2. PARCEIRO USA DROGA

 INJETÁVEL QUAL? _____ NÃO INJETÁVEL QUAL? _____ NÃO USUÁRIO

14. CONTATOS:

AUTORIZA FAZER CONTATOS: SIM NÃO
 POR TELEFONE: TEL. _____ SÓ COM A PRÓPRIA PESSOA DEIXAR RECADOS
COM _____
 POR CORRESPONDÊNCIA VISITA DOMICILIAR OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL (TERAPEUTA): _____

7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO: _____

 C/ VÍNCULO EMPREG. DESEMPREGADO BENEFÍCIO. QUAL? _____ S/ VÍNCULO EMPREG. BISCATES AUTÔNOMO

8 - SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA:

<input type="checkbox"/> REGULAR / EMPRESA	<input type="checkbox"/> REGULAR / AUTÔNOMO
<input type="checkbox"/> IRREGULAR _____ MESES/ANO	<input type="checkbox"/> NUNCA CONTRIBUIU

9 - RENDA PESSOAL:

<input type="checkbox"/> S/ RENDA	<input type="checkbox"/> <01 SM	<input type="checkbox"/> 01 A 03 SM	<input type="checkbox"/> 03 A 05 SM	<input type="checkbox"/> 05 A 08 SM
<input type="checkbox"/> 08 A 10 SM	<input type="checkbox"/> ACIMA DE 10 SM			

10 - SITUAÇÃO HABITACIONAL:

<input type="checkbox"/> CASA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> CASA ALUGADA	<input type="checkbox"/> CASA CEDIDA
<input type="checkbox"/> CASA PARENTE	<input type="checkbox"/> CASA DE APOIO	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA

11 - SITUAÇÃO PSICO-SOCIAL:**11.1. PACIENTE RESIDE**

- FAMÍLIA NUCLEAR COM AMIGOS
 SOZINHO CASA DE APOIO
 OUTROS _____

11.2. QUALIDADE DO APOIO FAMILIAR:

- COESÃO FAMILIAR DESAGRAGAÇÃO FAMILIAR

11.3. LUGAR QUE OCUPA NA FAMÍLIA:

- PROVIDOR DEPENDENTE

11.4. ESTADO DE ANIMO PREVALENTE QUANTO A SITUAÇÃO

- DEPRIMIDO ANSIOSO CONFORMADO ASSUSTADO REVOLTADO

11.5. COMO ESTÁ O RELACIONAMENTO SEXUAL E AFETIVO:

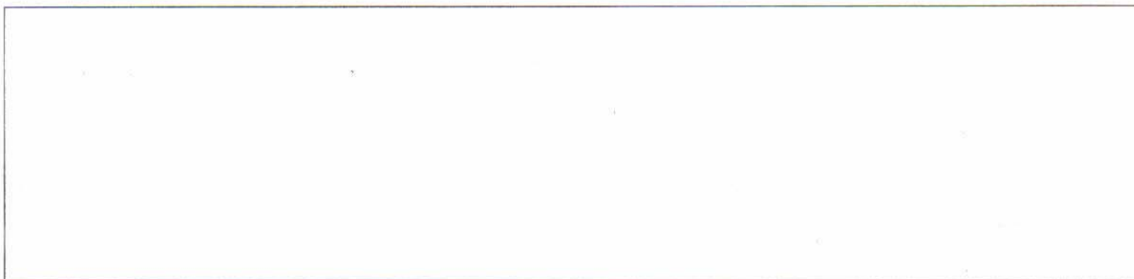

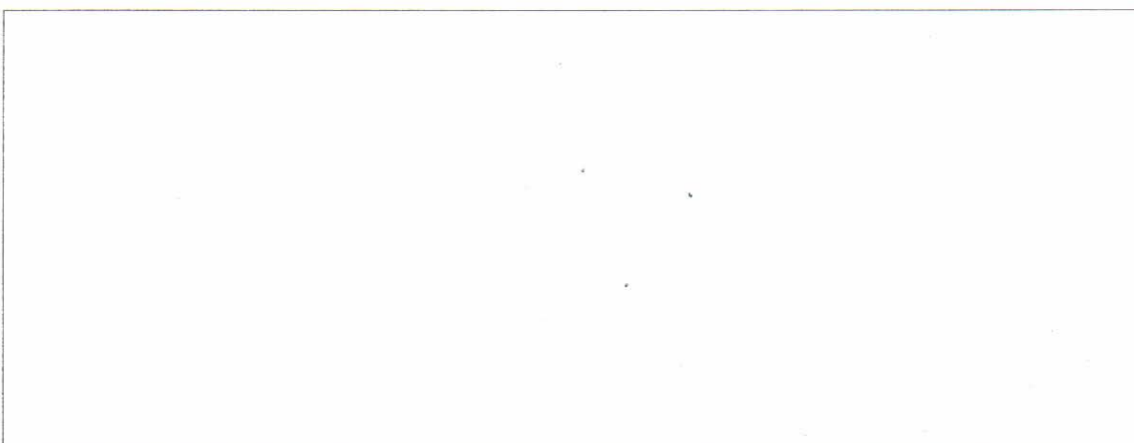
- RELAÇÃO ALTERADA RELAÇÃO ESTÁVEL

12. PACIENTE DO INTERIOR**12.1. MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO**

- PRÓPRIO ÔNIBUS AMBULÂNCIA OUTROS _____

12.2. HOSPEDAGEM EM SALVADOR:

- CASA PRÓPRIA CASA AMIGO CASA FAMILIAR CASA DA PREFEITURA POUSADA
 CASA DE APOIO CASA DA PREFEITURA OUTROS _____

11 - CONDIÇÕES HABITACIONAIS:**12 - RELACIONAMENTO SÓCIO-FAMILIAR:****13 - SENTIMENTOS COM RELAÇÃO À DOENÇA /TRATAMENTO:**

ROTINA DIÁRIA

--

- EVOLUÇÃO SOCIAL:

--

15 - ADESÃO:

ADERIU AO TRATAMENTO? () SIM () NÃO FALTOSO () SIM () NÃO	QTOS. DIAS? _____
PARTICIPA DE GRUPOS DE ADESÃO? () SIM () NÃO	PORQUE? _____
QUAL GRUPO PARTICIPA?	_____