



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
NATÁLIA SPILLERE ROVARIS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA
DE INDIVÍDUOS DE 1 A 18 ANOS DE IDADE QUE VIVEM COM HIV**

Tubarão
2012

NATÁLIA SPILLERE ROVARIS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA
DE INDIVÍDUOS DE 1 A 18 ANOS DE IDADE QUE VIVEM COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Jefferson Luiz Traebert, Dr.

Tubarão

2012

NATÁLIA SPILLERE ROVARIS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E SEUS REFLEXOS NA QUALIDADE DE VIDA
DE INDIVÍDUOS DE 1 A 18 ANOS DE IDADE QUE VIVEM COM HIV**

Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 11 de Dezembro de 2012.

Professor e Orientador: Jefferson Luiz Traebert, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a Fabiana Schuelter Trevisol, Dr^a.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof.^a Liliane Janete Grando, Dr^a.

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos anjos em forma de pequenos adultos, que participaram deste estudo. Minha imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por inúmeras demonstrações impostas a seguir em frente.

Ao Espírito Santo, que por muitos momentos foi solicitado a enviar sua luz em meu caminho, principalmente nos momentos escuros trilhados.

À minha mãe e professora Nadir, meu maior incentivo na vida acadêmica, meu maior exemplo e minha maior admiração.

Ao meu pai Antoninho, por seu esforço em poder tornar viável toda a vida estudantil e por sempre colocar em meu caminho o estudo como prioridade.

Às minhas irmãs Mariana, Tamara e Marcela, pelo apoio e afeto em todos os momentos que necessitei.

Ao meu grande amor, Rafael, por sua paciência, por seu carinho e seu companheirismo.

À CAPES, por tornar possível mais uma etapa da carreira estudantil.

À Universidade do Sul de Santa Catarina, que desde minha graduação, abre as portas para o conhecimento.

Ao Prof.^o Jefferson, meu orientador e também professor desde minha graduação, pela competente, exigente e sempre presente orientação, que imensamente contribuiu para minha formação.

À Prof.^a Ana Claudina, pelo incentivo, desde minha graduação, a continuar na vida acadêmica.

Aos meus colegas do grande projeto, Leandro, Marcela e Valdete, que juntos, conseguimos demonstrar o valor do trabalho em equipe, e que isto mostrou a diferença do início ao final do curso.

RESUMO

Introdução: Dentre as condições de saúde com potencial efeito negativo na qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV estão os problemas de saúde bucal. **Objetivo:** Conhecer as condições de saúde bucal e seus reflexos na qualidade de vida de indivíduos de 1 a 18 anos de idade que vivem com HIV em acompanhamento em instituições de referência da região da Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL). **Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal envolvendo todos os indivíduos em acompanhamento (n=36). Foi realizada entrevista individual com questionários validados para avaliação da qualidade de vida para cada faixa etária de estudo: ECOHIS; CPQ₈₋₁₀; CPQ₁₁₋₁₄ e OHIP. Exame clínico bucal foi realizado para avaliação da condição de saúde bucal relacionada à cárie e necessidade de tratamento, alterações gengivais e alterações estomatológicas associadas ao HIV. Análise do prontuário médico foi realizada para busca de dados relacionados à história clínica da infecção. Estudos de associação entre impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e variáveis independentes foram realizados por intermédio do teste qui-quadrado ou prova exata de Fisher com valores de $p < 0,05$ considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** Participaram do estudo 29 indivíduos. A prevalência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi de 69,0%. A prevalência de cárie foi de 75,9%. As alterações gengivais estavam presentes em 20,7%. Necessitavam de tratamento odontológico 72,4% dos participantes. As doenças associadas ao HIV estavam presentes em 55,2% dos indivíduos. As mais frequentes foram o herpes simples, seguido da pneumonia. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à prevalência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram necessidade de tratamento odontológico e idade acima de 12 anos. **Conclusão:** Foram encontradas altas prevalências de cárie e necessidade de tratamento odontológico. Indivíduos com necessidade de tratamento odontológico e com mais de 12 anos de idade relataram uma frequência estatisticamente maior de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Cárie. Criança. HIV.

ABSTRACT

Introduction: Among the health conditions with potential negative effect on quality of life of individuals living with HIV are the oral health problems. **Objective:** To observe the oral health conditions and its impact on quality of life of individuals 1-18 years of age living with HIV at follow-up in the health institutions in the region of Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL). **Methods:** A cross-sectional study involving all individuals at follow-up (n = 36) was carried out. Individual interviews were conducted with validated questionnaires to assess quality of life for each age group of study: ECOHIS; CPQ8-10; CPQ11-14 and OHIP. Oral clinical examination was performed to evaluate the oral health conditions related to caries and treatment needs, gingival alterations and stomatological changes associated with HIV. Analysis of medical records was performed to search for data related to the clinical history of infection. Studies of association between frequent/very frequent impacts in the quality of life related to oral health and independent variables were performed through chi-square test or Fisher exact test with $p < 0.05$ considered statistically significant. **Results:** The study included 29 subjects. The prevalence of frequent/very frequent impacts in quality of life related to oral health was 69.0%. Caries prevalence was 75.9%. The gingival alterations were present in 20.7%. Treatment needs were present in 72.4% of participants. Diseases associated with HIV present in 55.2% of cases. The most common are herpes simplex, followed by pneumonia. The variables that were statistically associated with the prevalence of frequent/very frequent impacts in quality of life related to oral health were treatment needs and age above 12 years. **Conclusion:** High prevalence of caries and treatment needs were found. Individuals presenting treatment needs and those over 12 years of age reported a statistically higher frequency of frequent/very frequent impacts in quality of life related to oral health.

Key words: Oral health. Oral health-related quality of life. Caries. Children. HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categorias imunológicas da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.	18
Quadro 2 – Adaptação da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.....	19
Quadro 3 – Critérios de definição de caso de Aids em crianças (menores de 13 anos).	22
Quadro 4 – Parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos para início da terapia antirretroviral em crianças, por faixa etária.	23
Figura 1 – Modelo teórico de avaliação da saúde bucal proposto por Locker (1988).	25
Quadro 5 – Resumo das versões validadas para o português dos instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde bucal para crianças e adolescentes	34
Quadro 6 – Variáveis do estudo.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n=29).	39
Tabela 2 – Uso de antirretroviral, forma medicamentosa e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV. Amurel, 2012	40
Tabela 3 – Linfócitos T CD4+ e carga viral de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n=29).	40
Tabela 4 – Doenças associadas à infecção pelo HIV. Amurel, 2012 (n=16).	41
Tabela 5 – Índice ceo-d e seus componentes. Amurel, 2012 (n= 19).	42
Tabela 6 – Índice CPO-D e seus componentes. Amurel, 2012 (n= 24).	43
Tabela 7 – Necessidade de tratamento odontológico de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n= 29).	44
Tabela 8 – Impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada a saúde bucal, segundo o instrumento utilizado.	44
Tabela 9 – Respostas dos pais/responsáveis de crianças em idade pré-escolar (n=9).	46
Tabela 10 – Respostas das crianças em cada questão do CPQ ₈₋₁₀ (n=4).	48
Tabela 11 – Respostas dos indivíduos em cada questão do CPQ ₁₁₋₁₄ (n=12).	50
Tabela 12 – Respostas dos indivíduos de 15 a 18 anos de idade em cada questão do OHIP (n=4).	51
Tabela 13 – Associação entre ocorrência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e variáveis independentes. Amurel, 2012 (n=29).	52

LISTA DE SIGLAS

Aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida

AMUREL – Associação dos municípios da região de Laguna

CAES – Centro de Atendimento Especializado em Saúde

CDC – *Center for Diseases Control and Prevention*

ceo-d – Número de dentes cariados, extraídos por cárie, obturados na dentição decídua

CPO-D – Número de dentes cariados, perdidos, obturados na dentição permanente

CPQ – *Child Perceptions Questionnaire*

DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

ECOHIS – *Early Childhood Oral Health Impact Scale*

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da imunodeficiência adquirida

OHIP – *Oral Health Impact Profile*

PROSUP – Programa de Suporte à Pos-graduação de Instituições de Ensino Particulares

RNA – Ácido ribonucleico

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 REVISÃO TEÓRICA SOBRE O HIV	12
1.2 REVISÃO TEÓRICA SOBRE A AIDS	14
1.3 CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV	16
1.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA QUE VIVE COM HIV	24
1.5 CONDIÇÃO BUCAL DA CRIANÇA QUE VIVE COM HIV	26
2 OBJETIVOS	31
2.1 GERAL	31
2.2 ESPECÍFICOS	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 LOCAL DE ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
3.6 DINÂMICA PARA COLETA DE DADOS	33
3.7 ESTUDO PILOTO	35
3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO	35
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	37
3.10 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS	38
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	38

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV ...	38
4.3 CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇA PERIODONTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	41
4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL	44
5 DISCUSSÃO	54
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	69
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	70
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	71
APÊNDICE C – Códigos e critérios para cárie dentária	73
ANEXOS	77
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	78
ANEXO B – Instrumentos de coleta de dados sobre qualidade de vida.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids determina aos pacientes e seus cuidadores sofrimentos que vão além dos sintomas, das limitações e dos tratamentos inerentes à doença. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida em crianças que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida – HIV permite determinar de maneira significativa o impacto dos cuidados com a saúde, visto que até o momento a cura ainda não é possível (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

Dentre as condições de saúde com potencial efeito negativo na qualidade de vida de pacientes portadores de doença crônica, encontram-se os problemas de saúde bucal. De fato, em indivíduos que vivem com HIV, cerca de 40% dos sinais e sintomas aparecem na região de cabeça e pescoço e a maioria dos pacientes desenvolve alguma manifestação estomatológica no curso da infecção (GRANDO et al., 2002; CAMPOS; LOFFREDO, 2010).

Em crianças, a progressão da Aids é mais rápida que em adultos, visto que a criança apresenta viremia primária no início da vida e seu sistema imune é relativamente imaturo (MEDEIROS et al., 2007).

1.1 REVISÃO TEÓRICA SOBRE O HIV

O HIV é um retrovírus com genoma de ácido ribonucleico (RNA) da família *Retroviridae* e subfamília dos *Lentiviridae*. Os vírus desta subfamília compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune. O HIV pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos. Utiliza a enzima transcriptase reversa para multiplicar-se, transcrevendo o ácido desoxirribonucleico (DNA) celular a partir do RNA viral, integrando-se ao genoma do hospedeiro (COLEBUNDERS, LATIF, 1991).

Antes de 1986, o HIV foi denominado vírus tipo III T-linfotrópico humano/vírus associado à linfadenopatia (HTLV-III/LAV). De 1986 a 1990 foi reconhecido finalmente como espécie, denominada HIV. Desde 1991, duas espécies foram rotuladas HIV-1 e HIV-2, que se diferenciam tanto pela variabilidade genética de seus códigos quanto pelas suas ações no organismo (NDOUR et al., 2000). O

HIV-1 é predominante, mais disseminado pelo mundo, presente no Brasil e apresenta maior taxa de mutação. Já o HIV-2 apresenta índices de patogenicidade e de transmissibilidade inferiores aos do HIV-1 e está mais restrito à África Ocidental e em países como Senegal, Guiné, Gâmbia e Cabo Verde. Contudo, no Brasil, os testes sorológicos buscam identificar a presença de anticorpos para o HIV-1 e HIV-2. (CLAVEL et al., 1986; NTEMGWA et al., 2009).

O HIV já causou cerca de 30 milhões de mortes desde o início da epidemia e provocou algumas mudanças demográficas, econômicas e sociais nos países mais afetados. Passados 30 anos do início da epidemia, estima-se que a cada dia cerca de 6.800 pessoas são infectadas pelo HIV e 5.700 morrem em decorrência da doença em todo o mundo (UNAIDS, 2009). No Brasil, do início da epidemia até 2010, o HIV causou 241.469 mortes. Destas, 40.414 na região Sul e 8.806 em Santa Catarina (BRASIL, 2011).

Em âmbito global, o número de pessoas que vivem com HIV aumentou de 29,1 milhões no ano de 2001 para 34,2 milhões no ano de 2011. Entre os jovens de 15 e 24 anos que convivem com HIV, a prevalência diminuiu de 0,4% em 2001 para 0,3% em 2011, sendo 0,7% entre o sexo feminino e 0,5% para o masculino. Acredita-se que 370 mil crianças menores de 15 anos infectaram-se pelo HIV em 2007, e cerca de 15 milhões já perderam um ou ambos os pais em decorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (UNAIDS, 2009; 2012).

A transmissão do HIV ocorre pelo contato com sangue ou líquidos corporais contendo o vírus ou células infectadas pelo vírus. Sendo assim, as principais formas de transmissão são por via sexual, sanguínea e vertical. Além dessas três formas mais frequentes, há ainda a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde. O risco de aquisição do HIV em uma relação sexual com parceiro infectado pelo vírus é estimado na faixa de 0,1% a 0,3%. Contudo, este risco pode ser agravado pela presença de traumatismos e/ou doenças sexualmente transmissíveis (SORIANO et al., 1999; YEN, KEEFFE, AHMED, 2003).

A infecção pelo HIV se divide em três fases: a infecção aguda, a fase assintomática e a fase sintomática ou precoce. O resultado seguro para sorologia anti-HIV é de seis a 12 semanas após a aquisição do vírus, devido ao período de janela imunológica, período compreendido entre a infecção e a soroconversão. A fase aguda ocorre em 40 a 90% dos casos. O tempo entre exposição e

manifestações de sintomas é de cinco a 15 dias e se caracteriza por viremia elevada e resposta imune intensa. Os sintomas podem ser de uma infecção viral até uma síndrome que se assemelha à mononucleose (NIU, STEIN, SCHNITTMAN, 1993). Na fase assintomática os pacientes podem apresentar linfadenopatia generalizada persistente, flutuante e indolor (METROKA et al., 1983). Na fase sintomática inicial, os pacientes podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, como sudorese noturna, fadiga, emagrecimento e trombocitopenia. Também podem estar presentes processos oportunistas de menor gravidade, incluindo candidíase oral e vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, diarreias, sinusopatias, herpes simples recorrente e herpes zoster (POLK et al., 1987).

Devido à imunossupressão e progressão da doença, são observadas infecções oportunistas como pneumonia, toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, meningite criptocócica e retinite por citomegalovirus; neoplasias como sarcoma de Kaposi, linfomas Hodgkin e câncer de colo do útero, dentre outras. Nestas situações, a carga viral plasmática elevada com a redução da contagem de linfócitos T CD4+ prediz a progressão para Aids, sendo considerados marcadores de prognóstico (MELLORS et al., 1997).

Considerando-se o critério do *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) adaptado, é considerado como caso de Aids em adultos, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresente evidência laboratorial da infecção pelo HIV no qual seja diagnosticada imunodeficiência - pelo menos uma doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 350 céls/mm^3 - independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência (BRASIL, 2004).

1.2 REVISÃO TEÓRICA SOBRE A AIDS

A Aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo HIV. Destrói os linfócitos T CD4+, células responsáveis pela defesa do organismo, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas. Estas são assim denominadas por se manifestarem em situações em que o sistema imunológico encontra-se vulnerável ou mais susceptível a novos agravos (BRASIL, 2012; SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA, 2007).

Em 1979, nas cidades de Nova Iorque e Los Angeles, nos Estados Unidos da América (EUA), a Aids foi descrita inicialmente. Em 1981, o CDC de Atlanta, EUA, levou ao conhecimento da comunidade científica internacional o aparecimento de uma nova doença que acometia homossexuais jovens, masculinos, provocando severa imunodepressão. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a denominação de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) criada pelo CDC em 1982 (CUNHA, 1997).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando do diagnóstico em pacientes homossexuais ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. O primeiro relato de Aids pediátrica ocorreu em 1983 (BRASIL, 2006; 2011; 2012).

Os números da Aids no Brasil, atualizados até junho de 2011, contabilizam 608.230 casos registrados desde 1980, sendo 65,4% entre homens e 34,6% entre mulheres. A taxa de incidência em 2010 teve leve redução de 18,8 em 2009 para 17,9/100 mil hab. Observando-se a epidemia por região em um período de 13 anos – 1997 a 2010 – a taxa de incidência no Sudeste caiu de 27,8 para 17,6/100 mil hab. Nas outras regiões a taxa aumentou: no Sul cresceu de 24,5 para 28,8; no Norte de 6,1 para 20,6; no Nordeste de 6,6 para 12,6 e no Centro-Oeste de 13,1 para 15,7/100 mil hab. Ressalta-se que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (BRASIL, 2011).

Dentre os 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes que apresentaram maior taxa de detecção de casos de Aids notificados em 2010, as setes primeiras posições pertenciam à Região Sul, mais especificamente aos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Dos municípios pertencentes à região da Amarel (Associação dos Municípios da Região de Laguna/SC), Laguna ocupou a 19ª posição com uma taxa de incidência de 52,4 e Tubarão ocupou a 35ª posição, com uma taxa de 40,1/100 mil hab. (BRASIL, 2011).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2011, a prevalência da doença permanece estável em cerca de 0,6% da população. Em relação à taxa de mortalidade, houve um decréscimo de 7,6 para 6,3%, do ano de 2010 para o ano de 2011, que representou uma queda de 17%. Na população de 15 a 24 anos, desde o início da epidemia a 2011, foram diagnosticados 66.698 casos de Aids, sendo 38.045 no sexo masculino (57%) e 28.648 no sexo feminino (43%). Esta faixa etária corresponde a 11% dos casos de Aids notificados no Brasil. Já

entre homossexuais da mesma faixa etária, no ano de 2011, houve aumento de 10,1% dos casos em relação a 2010 (BRASIL, 2011).

Em Santa Catarina foram 30.284 casos notificados até junho de 2011. Destes, 879 casos em menores de cinco anos. Na região da Amarel até 2011, foram notificados 1.105 pacientes com Aids, porém apenas 564 estão em acompanhamento no serviço de saúde (DIVE, 2011).

Muitas mudanças ocorreram no tratamento da Aids desde o início da epidemia. A maior delas foi o uso difundido da terapia antirretroviral potente, que prolonga a sobrevivência dos indivíduos infectados. São cinco classes de drogas para o tratamento anti-HIV: 1 - inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa - atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria; tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza; 2 - inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa - bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus; 3 - inibidores da protease - agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease, fundamental para a clivagem das cadeias proteicas, produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV; 4 - inibidores de fusão e de entrada - têm como alvo o receptor em que o HIV se liga às células do sistema imunológico ou à superfície do HIV, não permitindo que o vírus se fixe na célula humana; 5 - inibidores da integrase - impedem que o vírus se integre no genoma, alvo das células humanas (JANSSEN et al., 2005).

O tratamento antirretroviral contribui para o aumento da contagem de linfócitos T CD4+, diminuição da replicação viral e restauração do sistema imunológico, o que pode levar também à redução na incidência de infecções oportunistas (MEDEIROS et al., 2007).

1.3 CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV

A cada minuto, em todo o mundo, uma criança e quatro jovens são infectados pelo HIV. Estima-se que no mundo existam 2,5 milhões de crianças, menores de 15 anos infectadas pelo HIV (UNICEF, 2007). Até 2011 no Brasil, 19.518 casos de Aids foram notificados em crianças menores de 13 anos de idade. Entre os menores de cinco anos de idade (relacionados à transmissão vertical,

incluindo transmissão durante a gravidez, o parto ou pelo aleitamento materno) a taxa de incidência caiu 41% de 1998 a 2010 (BRASIL, 2011).

A maioria dos casos de infecção pelo HIV em crianças ocorre pela via vertical. Há evidências de que cerca de 65% dos casos ocorrem tardiamente na gestação e principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem de forma intrauterina, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão de 7% a 22%, que se renova a cada exposição da criança ao peito (mamada) (CONNOR et al., 1994).

A infecção pelo HIV não se dá aleatoriamente; ela está relacionada aos modos de interação social e crenças de diferentes grupos populacionais. Além disso, a vulnerabilidade ao HIV é determinada por um contexto geral que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais e o acesso aos serviços sociais de saúde e de educação (BRASIL, 2006). Há casos relatados de infecção pelo HIV por abuso sexual, que na infância e adolescência constitui um problema mundial. Além disso, o risco de aquisição do HIV na infância e adolescência é considerado potencialmente maior devido a menor espessura do epitélio vaginal nas meninas e à ectopia cervical das adolescentes (BRASIL, 2007).

Toda criança exposta ao HIV tem, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, é necessário o acompanhamento da criança em serviço especializado, até definição de seu diagnóstico. O Ministério da Saúde recomenda a todas as gestantes infectadas pelo HIV o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, além de realização de parto cesariano para as mulheres que têm carga viral elevada ou desconhecida. Para o recém-nascido, o protocolo recomenda a substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) ou através de bancos de leite e uso de antirretrovirais. Com essas medidas pode-se reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 1% (BRASIL, 2006, 2011).

O diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças é dividido de acordo com a faixa etária. É considerada infectada a criança com 18 meses ou menos que obtiver resultado detectável de RNA ou DNA viral acima de 10.000 cópias/mL em duas amostras obtidas em momentos diferentes, testada pelo método de quantificação do RNA viral plasmático (carga viral) ou por detecção do DNA pró-viral e carga viral entre um e seis meses, sendo um destes após o quarto mês de vida.

Crianças com idade superior a 18 meses são consideradas infectadas quando apresentarem sorologia positiva/reagente de pelo menos um teste de triagem para detecção de anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Neste caso, uma nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade (BRASIL, 2009).

A categoria imunológica da criança baseia-se na contagem de linfócitos T CD4+ de acordo com a idade (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias imunológicas da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos de idade.

Alteração imunológica	Contagem de linfócitos T CD4+ (citometria de fluxo) - cels/mm ³		
	Idade		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente (1)	> 1.500 (>25%)	> 1.000 (>25%)	> 500 (>25%)
Moderado (2)	750 – 1.499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200-499 (15-24%)
Severa (3)	< 750 (<15%)	500 (<15%)	<200 (<15%)

Fonte: Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Ministério da Saúde. Brasil (2007).

A classificação da infecção pelo HIV utiliza sistema alfanumérico, baseando-se em parâmetros clínicos e imunológicos, respectivamente, propostos pelo CDC em 1994 (Quadro 2). Esta classificação foi adaptada à realidade brasileira (BRASIL, 2007).

Quadro 2 - Adaptação da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

(continua)

Alteração imunológica – Ausente (1)	
N1	Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos.
A1	Sinais e/ou sintomas clínicos leves.
B1	Sinais e/ou sintomas clínicos moderados.
C1	Sinais e/ou sintomas clínicos graves.
Alteração imunológica – Moderada (2)	
N2	Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos.
A2	Sinais e/ou sintomas clínicos leves.
B2	Sinais e/ou sintomas clínicos moderados.
C2	Sinais e/ou sintomas clínicos graves.
Alteração imunológica – Grave (3)	
N3	Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos.
A3	Sinais e/ou sintomas clínicos leves.
B3	Sinais e/ou sintomas clínicos moderados.
C3	Sinais e/ou sintomas clínicos graves.
CATEGORIAS CLÍNICAS	
N - Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos	
Ausência de sinais e/ou sintomas ou com apenas uma das condições da categoria A.	
A - Sinais e/ou sintomas clínicos leves	
Presença de 2 ou mais das condições abaixo, porém sem nenhuma das condições das categorias B e C:	
<ul style="list-style-type: none"> • linfadenopatia (maior que 0,5 cm em mais de 2 cadeias diferentes); • hepatomegalia; • esplenomegalia; • parotidite; e • infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite). 	
B - Sinais e/ou sintomas clínicos moderados	

- anemia (Hb < 8g/dL), neutropenia (<1.000/mm³) ou trombocitopenia

Quadro 2 - Adaptação da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

(continuação)

(<100.000/mm³), por mais de 30 dias;

- meningite bacteriana, pneumonia ou sepse;
- tuberculose pulmonar (critérios CDC modificados pelo MS)
- candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- miocardiopatia;
- infecção por citomegalovírus (CMV), antes de 1 mês de vida;
- diarreia recorrente ou crônica;
- hepatite;
- estomatite pelo vírus da Herpes Simples (HSV) recorrente (mais do que 2 episódios/ano); pneumonite ou esofagite por HSV, com início antes de 1 mês de vida;
- herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- pneumonia intersticial linfocítica (LIP);
- nefropatia;
- nocardiose;
- febre persistente (> 1 mês);
- toxoplasmose antes de 1 mês de vida; e
- varicela disseminada ou complicada.

C - Sinais e/ou sintomas clínicos graves

Crianças com quaisquer das condições listadas abaixo:

- infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, 2 episódios em intervalo de 1 ano): sepse, pneumonia, meningite, infecções osteoarticulares, abscessos de órgãos internos;
- candidíase esofágica ou pulmonar;
- coccidioidomicose disseminada;
- criptococose extra-pulmonar;
- criptosporidíase ou isosporidíase com diarreia (> 1 mês);
- CMV em locais além do fígado, baço ou linfonodos, a partir de 1 mês de vida;
- encefalopatia pelo HIV (achados que persistem por mais de 2 meses), em razão

Quadro 2 - Adaptação da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

(conclusão)

de:

- a) déficit do desenvolvimento neuropsicomotor;
- b) evidência de déficit do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida identificada por medidas de perímetro cefálico ou atrofia cortical mantida em tomografias computadorizadas ou ressonâncias magnéticas sucessivas de crânio;
- c) déficit motor simétrico com 2 ou mais dos seguintes achados: paresias, reflexos patológicos, ataxia e outros;
 - infecção por HSV, úlceras muco-cutâneas com duração maior do que 1 mês ou pneumonite ou esofagite (crianças > 1 mês de vida);
 - histoplasmose disseminada;
 - *Mycobacterium tuberculosis* disseminada ou extra pulmonar;
 - *Mycobacterium*, outras espécies ou não identificadas, disseminadas;
 - *Mycobacterium avium* ou *Mycobacterium kansasii* disseminados;
 - pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*;
 - salmonelose disseminada recorrente;
 - toxoplasmose cerebral com início após o 1º mês de vida;
 - síndrome da caquexia, manifestada por:
 - a) perda de peso > 10% do peso anterior; ou
 - b) queda de dois ou mais percentis nas tabelas de peso para a idade; ou
 - c) peso abaixo do percentil 5, em duas medidas sucessivas; e
 - d) diarreia crônica (duração maior que 30 dias); ou
 - e) febre por 30 dias ou mais, documentada.
 - leucoencefalopatia multifocal progressiva;
 - sarcoma de Kaposi; e
 - linfoma primário do cérebro ou outros linfomas.

Fonte: Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Ministério da Saúde. Brasil (2007).

A progressão da Aids é mais rápida em crianças que em adultos. A variação na progressão da doença está relacionada à época da infecção, à carga

viral no estado de equilíbrio, ao genótipo e fenótipo viral, à resposta imune e à constituição genética individual. Os parâmetros laboratoriais (linfócitos T CD4+ e carga viral) são menos sensíveis para prever o risco da progressão, especialmente em menores de 12 meses de idade. A dinâmica viral da infecção vertical pelo HIV é diferente da observada no adulto. A criança apresenta viremia primária no início da vida e seu sistema imune é relativamente imaturo (MEDEIROS et al., 2007).

Vale ressaltar que é considerado como caso de Aids em crianças, toda criança com diagnóstico confirmado com idade inferior a 13 anos, já quando a criança tiver idade superior a 13 anos é considerado como caso de Aids em adulto (BRASIL, 2009).

Os critérios de definição de caso de Aids em crianças menores de 13 anos seguem a orientação mostrada no Quadro 3:

Quadro 3 – Critérios de definição de caso de Aids em crianças (menores de 13 anos).

Critério CDC adaptado
Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica
+
Evidência de imunodeficiência diagnóstica de (pelo menos) duas doenças indicativas de Aids de caráter leve
e/ou
Diagnóstico de (pelo menos) uma doença indicativa de Aids de caráter moderado ou grave
e/ou
Contagem de linfócitos T CD4 + menor do que o esperado para a idade atual

Fonte: Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectadas pelo HIV. Ministério da Saúde. Brasil (2009).

Em crianças, a terapia antirretroviral tem o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida; assegurar crescimento e desenvolvimento adequados; preservar, melhorar ou reconstituir o funcionamento do sistema imunológico, reduzindo a ocorrência de infecções oportunistas; proporcionar supressão máxima e prolongada da replicação do HIV, reduzindo o risco de resistência aos antirretrovirais (MACEDO et al., 2009).

Toda criança menor de 12 meses de idade deve iniciar a terapia antirretroviral, independente de sintomatologia clínica, classificação imunológica ou carga viral. Em maiores de 12 meses de idade, recomenda-se início da terapia para os que se incluírem na categoria clínica B ou C (Quadro 2). As crianças na categoria clínica N ou A, devem iniciar o tratamento quando o percentual de linfócitos T CD4+ ou a sua contagem absoluta atingem valores definidos para cada faixa etária (Quadro 4). Ainda para crianças nessas categorias e sem imunossupressão, o tratamento deve ser considerado se a carga viral for maior que 100.000 cópias/mm³ (BRASIL, 2009).

Quadro 4 – Parâmetros clínicos, imunológicos e virológicos para início da terapia antirretroviral em crianças, por faixa etária.

Idade	Critérios	Recomendação
<12 meses	Independentemente de manifestações clínicas, T CD4+ e carga viral.	Tratar.
≥12 e <36 meses	Critérios clínicos: categoria CDC B* ou C.	Tratar.
	Critérios laboratoriais: - T CD4+: <25% ou <750 cels./mm ³ . - Carga viral: >100.000 cópias/mm ³ .	Tratar. Considerar tratamento.
≥36 e <60 meses	Critérios clínicos: categoria CDC B* ou C.	Tratar.
	Critérios laboratoriais: - T CD4+: <20% ou <500 cels./mm ³ . - Carga viral: >100.000 cópias/mm ³ .	Tratar. Considerar tratamento.
>60 meses	Critérios clínicos: categoria CDC B* ou C.	Tratar.
	Critérios laboratoriais: - T CD4+: <15% ou <350 cels./mm ³ . - Carga viral: >100.000 cópias/mm ³ .	Tratar. Considerar tratamento.

Fonte: Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes Infectadas pelo HIV. Ministério da Saúde. Brasil (2009).

* Exceto pneumonia intersticial linfocítica, plaquetopenia, tuberculose pulmonar, febre persistente e episódio único de pneumonia.

1.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA QUE VIVE COM HIV

A qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997).

É necessário englobar todas as características da vida do indivíduo para se avaliar a qualidade de vida, como a condição social, as relações no trabalho, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o acesso à educação, ao transporte, ao lazer e aos serviços de saúde (BASTOS; SALIBA; UNFER, 1996).

Doenças crônicas, como a Aids, determinam aos pacientes e seus cuidadores, sofrimentos que vão além dos sintomas, das limitações e dos tratamentos inerentes à doença. Invadem suas vidas afetivas, cognitivas e suas relações; provocam mudanças de ordem social e financeira e na dinâmica familiar. Altera de forma significativa o viver saudável de crianças que experimentam precocemente perdas sucessivas, além de ficarem expostos a preconceitos sociais e raciais. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida das crianças com doenças crônicas permite determinar de maneira significativa o impacto dos cuidados com a saúde quando a cura não é possível (BURCKHARDT; ANDERSON, 2003).

Para Buczinski, Castro e Souza (2008), a qualidade de vida relacionada à saúde é um importante componente auxiliar aos indicadores clínicos na avaliação da saúde do paciente. Isto se torna ainda mais relevante em pacientes pediátricos e com doenças crônicas, como a Aids. Tais pacientes convivem com os problemas sistêmicos bem como com manifestações bucais da infecção, que determinam um impacto significativo em sua qualidade de vida.

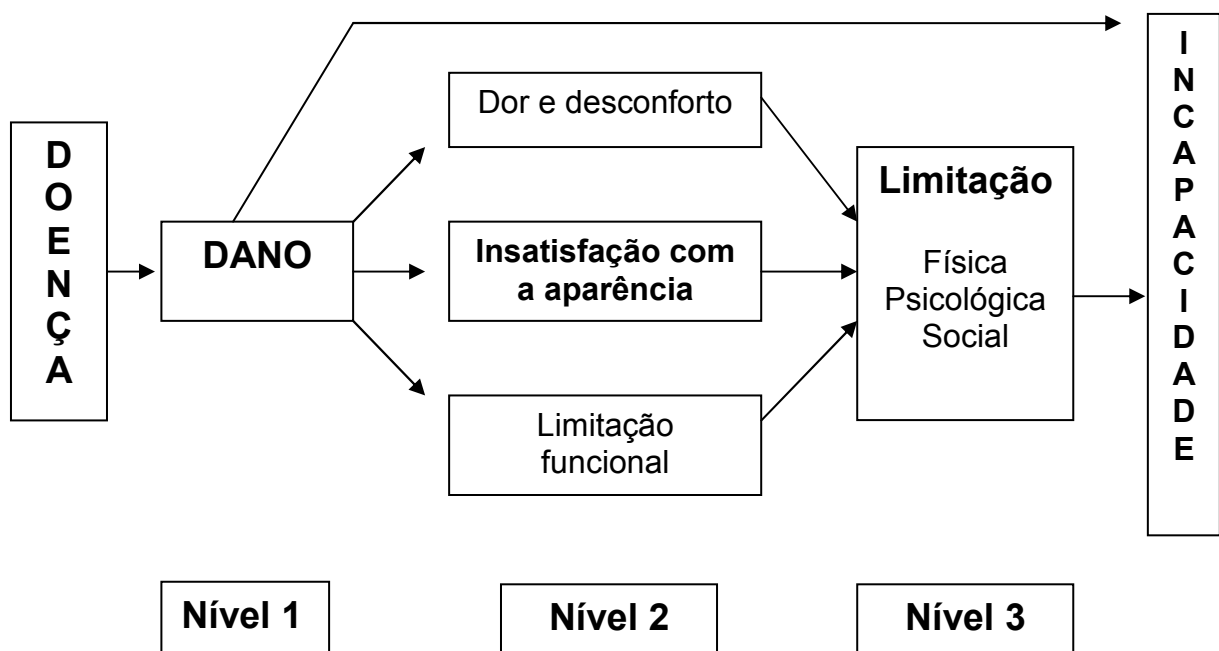
Dentre as condições de saúde com potencial efeito negativo na qualidade de vida de pacientes portadores de doença crônica, encontram-se os problemas de saúde bucal. Em indivíduos infectados pelo HIV, cerca de 40% dos sinais e sintomas aparecem na região de cabeça e pescoço, sendo que a maioria dos pacientes desenvolve manifestações estomatológicas em algum momento da infecção (GRANDO et al., 2002; CAMPOS; LOFFREDO, 2010).

Muitos instrumentos já foram propostos para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas. A maioria dos indicadores mede o impacto

da saúde bucal na capacidade de realizar as atividades diárias pessoais nos domínios da estética, dor ou desconforto e função social. Mostram a extensão em que distúrbios dentários e bucais condicionam e alteram os desempenhos diários físico, psicológico e social baseados na Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS (1980). Locker (1988) adaptou essa classificação para uso na Odontologia, como mostra a figura 1.

O primeiro nível de tais indicadores refere-se ao estado de saúde bucal e corresponde em última análise ao que é medido por índices tradicionais como o CPO-D (número de dentes cariados, perdidos ou obturados) ou IPC (índice periodontal comunitário). O segundo nível abrange os chamados impactos intermediários negativos, incluindo alterações nos tecidos bucais como dor, desconforto ou limitação funcional. Nesse nível, está incluída a insatisfação com a aparência porque esta tem se mostrado como importante dimensão a ser avaliada dentro da saúde bucal. Qualquer uma das dimensões do segundo nível pode causar impacto no desempenho diário. O terceiro nível diz respeito aos impactos definitivos sobre a capacidade de realizar atividades diárias, envolvendo desempenho físico, psicológico e social (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Figura 1 – Modelo teórico de avaliação da saúde bucal proposto por Locker (1988).



Massarente et al. (2011) avaliaram a qualidade de vida relacionada a saúde bucal e outros fatores em 88 crianças com Aids na cidade de São Paulo/SP. Utilizaram o *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ₁₁₋₁₄) que é pautado em 37 questões específicas nos seguintes domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. Concluíram que sintomas orais foi o domínio da qualidade de vida mais afetado, com escores significativamente maiores se comparados aos outros domínios. As crianças que possuíam manifestações mais graves de Aids apresentaram piores escores nas dimensões de sintomas orais, limitações funcionais, limitações emocionais e bem-estar social.

1.5 CONDIÇÃO BUCAL DA CRIANÇA QUE VIVE COM HIV

Em crianças que vivem com HIV a prevalência de cárie e problemas gengivais pode ser aumentada (RIBEIRO; PORTELA; SOUZA, 2002). Este fato é decorrente do consumo de medicamentos contendo açúcar, dieta rica em carboidratos, hábitos inadequados de higiene, diminuição do fluxo salivar e consequente diminuição da capacidade tampão da saliva e de eletrólitos e proteínas que inibem o crescimento de micro-organismos cariogênicos (COSTA et al., 2003; GRANDO et al., 2002).

Um estudo realizado por Ribeiro, Portela e Souza (2002) em 56 crianças de 0 a 14 anos que viviam com HIV, demonstrou que somente 12,5% não apresentavam biofilme visível clinicamente e 58,9% apresentavam gengivite. Quanto à cárie, 73,2% das crianças apresentavam lesões cariosas ativas. Concluiu-se que nas crianças que viviam com HIV, a qualidade e quantidade de biofilme sobre a superfície dental representavam um importante fator na etiologia da atividade das doenças cárie e gengivite.

Kelly et al. (2009), avaliaram os fatores de risco e a prevalência de cárie em um grupo de 133 portadores de HIV (Grupo I - GI) e em um outro grupo de 85 indivíduos que não vivem com HIV (Grupo II - GII). Os resultados apontaram que entre os dois grupos não havia diferença estatisticamente significativa no ceo-d (números de dentes cariados, extraídos por cárie e obturados na dentição decídua) e no CPO-D (números de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente), ceo-d: 6,4 e 8,0; CPO-D:1,0 e 1,4 para GI e GII respectivamente. O GII apresentou mais elementos restaurados, assim como maior frequência de

escovação. Nos dois grupos verificou-se que a maioria das crianças realizava escovação sem a supervisão de um adulto. Observou-se associação significativa entre o ceo-d e o hábito de ingestão de sacarose entre as refeições no GII, embora no GI o hábito de ingestão de sacarose entre as refeições tenha sido maior. Foi constatado que 78,9% das crianças do GI faziam uso da terapia antirretroviral combinada, e que a forma de administração da medicação apresentou alto potencial cariogênico (45,1%). Os dois grupos apresentaram exposição a fatores de risco e alta prevalência de cárie.

O estudo da relação entre as lesões estomatológicas, contagem de linfócitos T CD4+ e a carga viral é de suma importância para o reconhecimento de risco de progressão da infecção pelo HIV. Há uma correlação altamente positiva entre a depleção da contagem de linfócitos T CD4+, aumento de carga viral plasmática e o aumento da frequência de manifestações estomatológicas. Portanto, a presença dessas alterações pode sugerir: diagnóstico de um estado de imunodepressão, representando a possibilidade de infecção pelo HIV; queda imunológica naqueles que já têm a doença; falha na adesão medicamentosa ou falha terapêutica do esquema antirretroviral (MEDEIROS et al., 2007).

Porém, a utilização da terapia antirretroviral contribuiu significativamente para a diminuição das manifestações bucais do HIV em tecidos moles em crianças (CAVASSANI et al., 2002).

Todavia, a depleção na função imunológica da mucosa bucal é ocasionada pelo comprometimento do sistema imune de maneira sistêmica, o que a torna suscetível a diversas alterações, classificadas por Shiboski et al. (2009):

1- Infecções fúngicas: candidíase pseudomembranosa, eritematosa e queilite angular, com sintomatologia variando de nenhuma a leve.

2- Infecções virais: leucoplasia pilosa (EBV) e verrugas bucais (HPV), sem sintomatologia; herpes labial ou intra-oral, com sintomatologia de leve a moderada.

3- Condições idiopáticas: ulcerações aftosas recorrentes, com sintomatologia de moderada a severa; e ulcerações não específicas, com sintomatologia severa.

4- Infecções bacterianas: gengivite e periodontite ulcerativa necrotizante, com sintomatologia severa.

5- Neoplasias: sarcoma de Kaposi oral, linfoma não-Hodgkin, variando de nenhuma sintomatologia a sintomatologia moderada, e carcinoma epidermóide, variando de nenhuma sintomatologia à sintomatologia severa.

A candidíase é uma infecção causada pelo fungo do gênero *Candida*. A espécie *albicans* é a mais prevalente, porém a *C. dubliniensis* está sendo descrita como responsável pela recorrência da candidíase oral em imunocomprometidos (ALVES et al., 2009). É a doença oportunista que mais frequentemente acomete indivíduos imunocomprometidos, como os que vivem com HIV. A maioria desses indivíduos, cerca de 90%, apresenta pelo menos um episódio de candidíase orofaríngea durante o curso da Aids (FAVALESSA; MARTINS; HAHN, 2010). A forma eritematosa se manifesta como uma lesão vermelha, geralmente no dorso da língua e palato, podendo estar acompanhada por sintomatologia de queimação local. A pseudomembranosa caracteriza-se por placas esbranquiçadas na mucosa jugal, língua ou palato, facilmente removida pela raspagem com espátula de madeira ou gaze, deixando um leito avermelhado no local (EC-CLEARINGHOUSE, 1993). Nos indivíduos que vivem com HIV, as lesões por *Cândida* apresentam maior gravidade e maior resistência ao tratamento convencional. As lesões bucais são muito mais extensas e podem disseminar-se pelo esôfago. A presença de candidíase disseminada pelo esôfago é uma das condições definidoras de Aids em pacientes HIV positivos, e é considerada como um sinal da evolução da enfermidade (CHIMENOS; LOPEZ, 1998).

O aumento das glândulas salivares, principalmente as parótidas, pode estar associado a mudanças no estágio imunológico do paciente, ou relacionado à infecções como as por citomegalovírus ou *Epstein-Barr* vírus, porém isto não está bem esclarecido (ALVES et al., 2009). Juntamente com a xerostomia, é classificado no grupo de alterações denominado “doenças das glândulas salivares” associados ao HIV e são consideradas manifestações comuns em crianças (PINTO; ROSSI, 2004; SILVEIRA, 2008).

A xerostomia é uma das principais queixas dos pacientes com HIV. Guggenheimer e Moore (2003) afirmam que a hipossalivação é uma condição bastante incômoda, levando a sérias repercussões bucais, como cáries dentárias cervicais e maior incidência de candidíase oral.

A gengivoestomatite herpética aguda, infecção causada pelo vírus *Human Simplex Virus 1*, aparece na forma de úlceras irregulares, rasas e dolorosas que

destroem o epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, principalmente nos lábios e na região peribucal. O herpes labial apresenta-se na forma de múltiplas vesículas de bordas vermelhas que coalescem formando regiões ulceradas. A principal característica da infecção herpética em crianças imunocomprometidas é a recidiva das lesões, tornando-se crônica e formando lesões maiores, espalhadas e de maior duração (ALVES et al., 2009).

A leucoplasia pilosa é caracterizada por placas brancas, preferencialmente na borda lateral da língua, geralmente bilaterais, não removível à raspagem, podendo exibir pregas verticais. Provocada pelo *Epstein-Barr* vírus, a leucoplasia pilosa tem o diagnóstico definitivo estabelecido pela detecção do vírus nas lesões biopsiadas. Raramente se manifesta em crianças infectadas pelo HIV (ALVES et al., 2009). A leucoplasia pilosa é assintomática, sendo necessário tratamento em casos de preocupação estética. Com o advento da terapia antirretroviral, houve uma diminuição desse tipo de lesão, mas continua sendo um importante marcador da deterioração imunológica do paciente (EC-CLEARINGHOUSE, 1993).

Como um tumor maligno proveniente do crescimento de células das paredes dos vasos sanguíneos, o Sarcoma de Kaposi é a neoplasia mais comum associada à Aids, porém sua ocorrência em crianças é muito rara (ALVES et al., 2009). Já o linfoma não-Hodgkin é a segunda neoplasia mais comum em infectados pelo HIV, acometendo 3 a 10% dos pacientes. São raros em crianças e raros na cavidade oral, apenas o linfoma plasmoblástico possui uma grande predileção por acometer a cavidade oral (WATANUKI, 2010).

A pigmentação intra-oral é um achado frequente nos pacientes portadores de HIV estando fortemente associada ao uso de antirretrovirais. Várias justificativas vêm sendo apontadas para o aparecimento desta alteração bucal, como drogas antirretrovirais, infecções oportunistas como a toxoplasmose e supressão da adrenal, mas não há consenso a respeito (GROVER et al., 2004).

Alterações gengivais podem estar presentes em indivíduos que vivem com HIV em qualquer idade. A gengivite e o eritema gengival linear, que é caracterizado por uma faixa vermelho-fogo ao longo da gengiva marginal estendendo-se de 2 a 4 mm em direção apical, são as condições clínicas orais mais comuns em crianças que vivem com HIV (ALVES et al., 2009). O surgimento de doença periodontal é inversamente proporcional ao estado do sistema imune do

paciente infectado pelo HIV, ou seja, a medida que o sistema imune se torna mais comprometido, o indivíduo se torna mais suscetível às doenças periodontais (VIEIRA; PÉRET; PÉRET FILHO, 2010).

Para Grandó et al. (2002) a linfadenopatia cérvico-facial é a manifestação orofacial mais frequentemente presente em crianças infectadas pelo HIV. Caracteriza-se pelo aumento de volume flutuante dos linfonodos, e é diagnosticada pela palpação das cadeias linfáticas. Geralmente faz parte de uma linfadenopatia generalizada.

Diante do impacto que a epidemia da Aids causa na sociedade desde seu início, muitas pesquisas se desenvolveram com o intuito de explorar o conhecimento sobre sua manifestação fisiológica, psicológica e social, conhecendo assim a interferência desta doença na vida do portador. O diagnóstico precoce é muito importante para realização de um tratamento que garanta a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. É importante que o cirurgião-dentista conheça o perfil do paciente HIV positivo, as condições bucais e as doenças associadas ao HIV mais frequentes, para assim traçar corretamente as estratégias para um tratamento adequado e seguro para cada paciente.

Partindo do pressuposto de que as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes que vivem com HIV é pouco conhecida e que tais condições podem interferir na qualidade de vida desses indivíduos, este estudo se justifica pela necessidade de buscar conhecimento sobre o perfil dessa população específica com a finalidade de subsidiar ações e políticas coerentes com a situação epidemiológica atual.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer as condições de saúde bucal e seus reflexos na qualidade de vida de indivíduos de 1 a 18 anos de idade que vivem com HIV em acompanhamento em instituições de referência da região da Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL).

2.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária.
- Estimar a necessidade de tratamento odontológico.
- Estimar a prevalência de alterações gengivais.
- Estimar a prevalência de manifestações orofaciais do HIV.
- Conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
- Estudar eventuais associações entre as condições de saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho fez parte de um projeto de pesquisa intitulado “Comorbidades e perfil de utilização de medicamentos em pacientes portadores de HIV da região da Associação dos Municípios da Região de Laguna – AMUREL”. O objetivo geral desta pesquisa foi estimar a prevalência de determinadas comorbidades e analisar o perfil de utilização de medicamentos em pacientes que vivem com HIV da região. Os objetivos específicos do estudo foram: estimar a prevalência de atopia e relato de doenças alérgicas e sua relação com alterações imunológicas em crianças; estimar a prevalência de comorbidades e manifestações orofaciais em crianças; identificar os fatores de risco associados à coinfeção pelo vírus da hepatite C; e determinar o perfil de utilização de medicamentos, destacando os níveis de adesão à terapia antirretroviral e a prática de automedicação.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na área de abrangência da AMUREL. Esta região localiza-se ao sul do Estado de Santa Catarina e compreende 16 municípios: Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão. A população da região é estimada em 298.797 habitantes, com uma renda *per capita* média de R\$ 10.570,00 (AMUREL, 2012).

O acompanhamento dos indivíduos que vivem com HIV é realizado nas Unidades Básicas de Referência em Saúde nos municípios de Capivari de Baixo e Laguna, na Policlínica Central de Imbituba e no Centro de Atendimento Especializado em Saúde – CAES de Tubarão. Este centro é vinculado à Prefeitura Municipal de Tubarão e é referência para a AMUREL.

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população de estudo foi composta por todos os indivíduos de 1 a 18 anos de idade que vivem com HIV em acompanhamento nos centros de saúde citados, constituindo um censo. No período de estudo, 32 indivíduos dessa faixa etária estavam cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), porém foram encontrados 36 que estavam em acompanhamento nas quatro instituições.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indivíduos com diagnóstico de HIV confirmado, de 1 a 18 anos de idade, de ambos os sexos, com ou sem o desenvolvimento da Aids e que estavam em acompanhamento ambulatorial há pelo menos quatro meses. Este período corresponde ao primeiro atendimento, seguido da realização do teste sorológico que faz conhecer o diagnóstico.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos com estado clínico que impediram a realização de exames e entrevistas e aqueles cujos responsáveis não permitiram participar do estudo ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

3.6 DINÂMICA PARA COLETA DE DADOS

Os pais ou responsáveis dos menores que compareceram nas instituições de saúde para a consulta ou para busca de sua medicação foram convidados a participar da pesquisa (demanda espontânea). A pesquisa foi apresentada, bem como foi feito o convite para participar do estudo e a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por muitas vezes, as crianças não compareciam à consulta, ou somente os pais/responsáveis buscavam a medicação. Nesse contexto, houve também a realização de busca ativa com consentimento do responsável.

Os dados do prontuário clínico foram coletados utilizando-se um formulário estruturado (item II do APÊNDICE B) referente à: perfil sócio-demográfico, resultados de exames laboratoriais, data do diagnóstico, medicações administradas, evolução da doença e dados adicionais presentes.

Posteriormente, realizou-se a entrevista individual com o menor, acompanhado dos pais ou responsável, com foco nos reflexos das condições bucais sobre a qualidade de vida dos indivíduos por intermédio de instrumentos validados (ANEXO B) e específicos para cada faixa etária (Quadro 5).

Quadro 5 - Resumo das versões validadas para o português dos instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde bucal para crianças e adolescentes.

Instrumen- to	Faixa- etária	Respondente	Domínios	Número de perguntas	Referência da versão em português
ECOHIS*	Pré- escolares	Pais/responsá- veis	Subscala criança; Subscala família.	13	Tesch, Oliveira, Leão (2008)
CPQ ₈₋₁₀ **	8-10 anos	Criança	Sintomas orais; Limitações funcionais; Bem-estar emocional; Bem-estar social.	29	Barbosa, Tureli, Gavião (2009)
CPQ ₁₁₋₁₄ **	11-14 anos	Criança		16	Torres et al.(2009)
OHIP***	15-18 anos	Adolescente	Limitação funcional; Dor física; Desconforto psicológico; Incapacidade física; Incapacidade psicológica; Incapacidade social; Deficiência.	14	Almeida, Loureiro, Araújo (2001)

* ECOHIS – *Early Childhood Oral Health Impact Scale*.

** CPQ – *Child Perceptions Questionnaire*.

*** OHIP – *Oral Health Impact Profile*.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Após a coleta dos dados, os pacientes passaram por um exame clínico bucal, realizado por uma cirurgiã-dentista previamente capacitada e calibrada de acordo com a metodologia descrita por Peres, Traebert e Marcenes (2001).

Os exames clínicos foram realizados em locais amplos com luz natural suficiente, com os indivíduos deitados. Todos os procedimentos de biossegurança foram rigorosamente respeitados. A reprodutibilidade diagnóstica foi testada por intermédio de exames em duplicata em 10% da amostra. Foram procedidos exames físicos incluindo cabeça, pescoço e clínico da cavidade bucal para detecção de

anormalidades ganglionares, nas glândulas salivares maiores, alterações de mucosa, dentes e periodonto.

As condições bucais relacionadas ao HIV avaliadas foram: candidíases (pseudomembranosa, eritematosa, queilite angular), leucoplasia pilosa, pigmentação intra-oral, aumento de glândula salivar, herpes simples, úlcera aftosa recorrente, verrugas bucais, sarcoma de Kaposi oral, linfoma não-Hodgkin e alterações gengivais (FAVALESSA; MARTINS; HAHN, 2010; GRANDO et al., 2002; GROVER et al., 2004; PINTO; DE ROSSI, 2004; SHIBOSKI et al., 2009). Também foi investigada a história clínica da presença de tais lesões no prontuário do indivíduo.

As condições bucais não relacionadas ao HIV incluíram: cárie dentária e necessidade de tratamento, utilizando-se os critérios da *World Health Organization* – WHO (WHO, 1997)(APÊNDICE C). Os indicadores de cárie foram o CPO-D e o ceo-d, que avaliam a atividade presente e passada de cárie dentária na dentição permanente e decídua, respectivamente.

3.7 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi conduzido com o objetivo de testar a metodologia proposta. Envolveu 10% do tamanho da população estudada. Não foram detectados problemas e os dados dos indivíduos do estudo piloto foram incluídos no estudo principal.

3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo, sua caracterização e natureza são apresentadas no quadro 6 .

Quadro 6 – Variáveis do estudo.

(continua)

Variáveis	Dependente/ Independente	Natureza	Proposta de Utilização
Qualidade de vida	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Presença de um ou mais impactos adversos frequentes ou muito frequentes.
Sexo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino e feminino.
Idade	Independente	Quantitativa contínua	Ponto de corte: 1 a 12 anos e 12 ou mais.
Cárie dentária total: indicadores CPO-D e ceo-d (WHO, 1997)	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte: CPO-D e ceo-d= zero e \neq zero.
Necessidade de tratamento odontológico (WHO, 1997)	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Presente e ausente.
Renda familiar <i>per capita</i>	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte na mediana da distribuição: até R\$ 333,33 e acima de R\$ 333,33.
Pessoas residentes no domicílio	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte: até 4 e acima de 4
Escolaridade (anos completados)	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte: ensino fundamental e ensino médio.
Linfócitos T CD4+	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte: até 500 (cél/mm ³) e acima de 500 (cel/mm ³).
Carga viral	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte: até 10.000 (cópias/ml) e acima de 10.000 (cópias/ml).

Quadro 6. Variáveis do estudo.

(continuação)

Tempo de diagnóstico	Independente	Quantitativa discreta	Ponto de corte na mediana da distribuição: até 72 meses e acima de 72 meses.
Uso de antirretroviral	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim e não.
Presença de doença oportunista	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim e não.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram inseridos no *software* SPSS 18.0 (Chicago, IL, EUA). As variáveis contínuas foram descritas com medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e proporções. Estudos de associação entre as variáveis dependente e independentes foram realizados por intermédio do teste qui-quadrado ou prova exata de Fisher, com valores de $p < 0,05$ considerados estatisticamente significativos.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado em conformidade com a resolução 196/96 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os responsáveis pelas crianças. Os dados de identificação das crianças foram mantidos em sigilo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL sob-registro número 11.060.4.01.111 (ANEXO A).

4 RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2012 nas três unidades de saúde que permitiram a realização da pesquisa.

Participaram do estudo 29 indivíduos, proporcionando uma taxa de resposta de 80,6%. A distribuição dos sujeitos pesquisados deu-se da seguinte forma: 20 de um total de 21 em acompanhamento no CAES de Tubarão; três em acompanhamento na Unidade Básica de Referência em Saúde de Capivari de Baixo; e seis de um total de oito em acompanhamento na Policlínica de Imbituba. O município de Laguna não consentiu a realização do estudo, ocorrendo a perda de quatro crianças.

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

A média de idade dos indivíduos participantes da pesquisa foi de 10 anos (DP=4,4 anos) e a mediana de 12 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (58,6%). A frequência escolar foi alta, visto que 93,1% dos menores frequentavam a escola. A renda *per capita* média foi de R\$ 517,08 (DP=R\$ 386,09) e a mediana de R\$ 333,33. Os dados sócio-demográficos encontram-se na Tabela 1.

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV

Com relação à via de contaminação do HIV, cerca de 96,6% dos menores teve contato com o vírus pela via vertical, ou seja, de mãe para o filho. As outras formas de contato com o vírus foi ignorado. Neste estudo, 82,8% dos indivíduos faziam uso da terapia antirretroviral. O tempo médio de diagnóstico do HIV (data do exame confirmatório da infecção pelo HIV até a data da coleta de dados) foi de 71,5 meses (DP=51,9 meses) e a mediana de 72 meses (Tabela 2).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n=29).

	n	%
Sexo		
Masculino	12	41,4
Feminino	17	58,6
Grupo etário		
≤ 7 anos	9	31,0
8 a 10 anos	4	13,8
11 a 14 anos	13	44,8
15 a 18 anos	3	10,3
Etnia		
Branca	21	72,4
Mista/Mulata	6	20,7
Negra	2	6,9
Escolaridade		
Ensino fundamental	13	44,8
Ensino médio	12	41,4
APAE	2	6,9
Não estudavam	2	6,9
Renda em SM*		
≤ 1	8	27,6
De 2 a 5	16	55,2
≥ 6	5	17,2
Pessoas residentes no domicílio		
Até 4	18	62,0
Acima de 4	11	38,0
Total	29	100,0

*SM= Salário mínimo no mês de agosto/2012 (R\$ 622,00).

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Tabela 2 – Uso de antirretroviral, forma medicamentosa e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV. Amurel, 2012.

	n	%
Uso de antirretroviral		
Sim	24	82,8
Não	5	17,2
Forma medicamentosa		
Líquido	4	16,7
Comprimido	18	75,0
Ambos	2	8,3
Tempo de diagnóstico (meses)		
≤ 36	10	34,5
37 – 96	9	31,0
≥ 97	10	34,5

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Cerca de 82,0% dos indivíduos que viviam com HIV apresentaram contagem de linfócitos T CD4+ acima de 500 cels/mm³. Este dado e a carga viral estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Linfócitos T CD4+ e carga viral de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n=29).

Exames laboratoriais relacionados ao HIV	n	%
Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³)*		
< 200	0	0,0
200-499	5	17,2
A partir de 500	24	82,8
Carga viral (cópias/mL)**		
Indetectável	12	41,4
Até 10 mil	12	41,4
Acima de 10 mil	5	17,2

* cél/mm³ – células por milímetro cúbico de sangue.

** cópias/mL – cópias de RNA viral por mililitro de sangue.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

As doenças associadas à infecção pelo HIV estavam presentes em 55,2% (IC_{95%} 37,1-73,3) dos indivíduos que viviam com HIV. As mais frequentes foram o herpes simples (50,0%), seguido da pneumonia (43,7%), conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Doenças associadas à infecção pelo HIV. Amurel, 2012 (n=16).

Doenças	n	%
Herpes simples	8	50,0
Pneumonia	7	43,7
Herpes zoster	2	12,5
Tuberculose	2	12,5
Anemia	1	6,2
Candidíase oral	1	6,2
Citomegalovírus	1	6,2
Diarreia crônica	1	6,2
Esplenomegalia	1	6,2
Linfopenia	1	6,2
Nerotoxoplasmose	1	6,2
Tétano	1	6,2
Trombocitopenia	1	6,2

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

4.3 CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇA PERIODONTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

A prevalência geral de cárie dentária na população estudada foi de 75,9% (IC_{95%} 60,3-91,5). A prevalência de cárie dentária na dentição decídua foi de 63,2% (IC_{95%} 41,5-84,9). O ceo-d médio foi de 3,70 (DP=4,0). O componente cariado (c) médio foi de 2,63 (DP=2,92); o componente extraído por cárie (e) médio foi de 0,36 (DP=1,38); e o componente restaurado (o) médio foi de 0,78 (DP=1,78) (Tabela 5).

Tabela 5 – Índice ceo-d e seus componentes. Amurel, 2012 (n= 19).

Índice		n	%
ceo-d*			
Zero		7	36,8
1-4		4	21,1
5-9		7	36,8
10-13		1	5,3
Cariado			
Zero		7	36,8
1-4		7	36,8
5-9		5	26,4
Extraído por cárie			
Zero		17	89,4
1-4		1	5,3
5-9		1	5,3
Restaurado			
Zero		15	79,0
1-4		2	10,5
5-9		2	10,5
Total		19	100,0

*ceo-d – dentes cariados, extraídos e restaurados por cárie.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Na dentição permanente a prevalência de cárie foi de 58,3% (IC_{95%} 38,6-78,0). O CPO-D médio foi de 2,83 (DP=3,43) sendo o componente cariado (C) médio de 2,04 (DP=2,74); o perdido por cárie (P) médio de 0,40 (DP=0,20); e o restaurado (O) médio de 0,75 (DP=2,13) conforme descrito na Tabela 6.

Tabela 6 – Índice CPO-D e seus componentes. Amurel, 2012 (n= 24).

Índice	n	%
CPO-D*		
Zero	10	41,7
1-4	9	37,5
5-9	3	12,5
10-13	2	8,3
Cariado		
Zero	11	45,8
1-4	10	41,7
5-9	2	8,3
10-13	1	4,2
Perdido por cárie		
Zero	23	95,8
1-3	1	4,2
Restaurado		
Zero	19	79,1
1-3	4	16,7
8-10	1	4,2
Total	24	100,0

* CPO-D – dentes cariados, perdidos e restaurados por cárie.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

As alterações gengivais foram encontradas em 20,7% dos indivíduos, a lesão gengival presente em todos os casos foi o eritema gengival linear.

Em relação à necessidade de tratamento, 72,4% (IC_{95%} 56,1-88,7) dos participantes necessitavam de algum tipo tratamento odontológico. Destes, 44,8% precisavam de tratamento restaurador (Tabela 7).

Tabela 7 – Necessidade de tratamento odontológico de pessoas que vivem com HIV. Amurel, 2012 (n= 29).

Tipo de tratamento odontológico	n	%
Restauração de 1 face		
Nenhum	16	55,2
Até 3 dentes	7	24,1
Acima de 3 dentes	6	20,7
Restauração de 2 ou mais faces		
Nenhum	16	55,2
Até 3 dentes	8	27,6
Acima de 3 dentes	5	17,2
Tratamento endodôntico		
Nenhum	23	79,3
1 dente	6	20,7
Exodontia		
Nenhum	22	75,9
Até 3 dentes	6	20,7
Acima de 3 dentes	1	3,4
Total	29	100,0

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

A prevalência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi de 69,0% (IC_{95%} 55,2-85,2). Em cada instrumento utilizado de acordo com a idade do participante, o impacto variou de 44,4% em crianças com idade pré-escolar a 91,7% em crianças com idade de 11 a 14 anos (Tabela 8).

Tabela 8 – Impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, segundo o instrumento utilizado.

Instrumento	Idade	Impacto frequente/muito frequente n (%)	Ausência de impacto n (%)
ECOHIS	Pré-escolares	4 (44,4)	5 (55,6)
CPQ ₈₋₁₀	8-10 anos	3 (75,0)	1 (25,0)
CPQ ₁₁₋₁₄	11-14 anos	11 (91,7)	1 (8,3)
OHIP	15-18 anos	2 (50,0)	2 (50,0)
Total		20 (69,0)	9 (31,0)

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

A Tabela 9 traz os resultados referentes às crianças em idade pré-escolar de acordo com respostas a cada questão do ECOHIS. Na questão “*Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?*” no contexto da seção “*Sintomas*” apontou para alta frequência (44,6%) de respostas “*com frequência*” e “*com muita frequência*”.

Tabela 9 – Respostas dos pais/responsáveis de crianças em idade pré-escolar (n=9).

(continua)

Seções, dimensões e questões do ECOHIS	Nunca/ quase nunca/ às vezes n (%)	Com frequência/ com muita frequência n (%)
SEÇÃO DE IMPACTO NA CRIANÇA		
Sintomas		
Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?	5 (55,6)	4 (44,6)
Limitações		
Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	7 (77,8)	2 (22,2)
Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	7 (77,8)	2 (22,2)
Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Aspectos psicológicos		
Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Autoimagem e interação social		
Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	8 (88,9)	1 (11,1)
Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	9 (100,0)	-
SEÇÃO DE IMPACTO NA FAMÍLIA		
Angústia dos pais		
Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	6 (66,7)	3 (33,3)
Você ou outra pessoa da família já se sentiu	8 (88,9)	1 (11,1)

culpada devido a problemas com os dentes ou
 Tabela 9 – Respostas dos pais/responsáveis de crianças em idade pré-escolar
 (n=9).

	(continuação)	
tratamentos dentários de sua criança?		
Função familiar		
Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	8 (88,9)	1 (11,1)
Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?	8 (88,9)	1 (11,1)

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

O CPQ₈₋₁₀ traz na sessão “*Sintomas orais*” duas questões que tiveram 50,0% de respostas “*Várias vezes*” ou “*Todos os dias ou quase todos os dias*” (Tabela 10).

Tabela 10 – Respostas das crianças em cada questão do CPQ₈₋₁₀ (n=4).

(continua)

Dimensões e questões do CPQ₈₋₁₀	Nunca/ uma ou duas vezes/ algumas vezes n (%)	Várias vezes/ todos os dias ou quase todos os dias n (%)
Sintomas orais		
Você teve dor em seus dentes ou em sua boca?	3 (75,0)	1 (25,0)
Você teve locais doloridos em sua boca?	3 (75,0)	1 (25,0)
Você teve dor em seus dentes quando tomou bebidas geladas ou comeu alimentos quentes?	3 (75,0)	1 (25,0)
Você sentiu alimento grudado em seus dentes?	2 (50,0)	2 (50,0)
Você teve mau hálito?	2 (50,0)	2 (50,0)
Limitação funcional		
Você precisou de mais tempo que os outros para comer seus alimentos devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros, como maçã, milho verde na espiga ou bife devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para comer o que gostaria devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para dizer algumas palavras devido a problemas aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve problemas enquanto dormia devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Bem-estar emocional		
Você ficou triste devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você se sentiu aborrecido devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você ficou tímido devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você ficou preocupado porque Você não é tão bonito quanto os outros por causa de seus dentes ou sua boca nas últimas 4 semanas?	4 (100,0)	-
Bem-estar social		

Tabela 10 - Respostas das crianças em cada questão do CPQ₈₋₁₀ (n=4).

	(continuação)	
Você faltou à escola devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para fazer sua lição de casa devido a problemas com seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para prestar atenção na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	3 (75,0)	1 (25,0)
Você não quis falar ou ler em voz alta na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	4 (100,0)	-
Você não quis sorrir ou rir quando estava com outras crianças devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	4 (100,0)	-
Você não quis conversar com outras crianças devido aos problemas com seus dentes ou boca?	4 (100,0)	-
Você não quis ficar perto de outras crianças devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Você não quis participar de esportes e ir ao parque devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Outras crianças tiraram sarro de você ou lhe apelidaram devido aos seus dentes ou sua boca?	4 (100,0)	-
Outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes ou boca?	4 (100,0)	-

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

A Tabela 11 traz as questões e dimensões do CPQ₁₁₋₁₄. Das 12 pessoas que responderam a este questionário, 11 (91,7%) afirmaram que a saúde bucal causava impacto na qualidade de vida.

Tabela 11 – Respostas dos indivíduos em cada questão do CPQ₁₁₋₁₄ (n=12).

Dimensões e questões do CPQ₁₁₋₁₄	Nunca/ uma ou duas vezes/ algumas vezes n (%)	Frequentemente/ todos os dias ou quase todos os dias n (%)
Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência você teve:		
Sintomas orais		
Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	10 (83,3)	2 (16,7)
Feridas na boca?	7 (58,3)	5 (41,7)
Mau hálito?	11 (91,7)	1 (8,3)
Restos de alimentos presos dentre ou entre os seus dentes?	10 (83,3)	2 (16,7)
Limitação funcional		
Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?	12 (100,0)	-
Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?	12 (100,0)	-
Dificuldades para dizer algumas palavras?	12 (100,0)	-
Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?	8 (66,7)	4 (33,3)
Bem-estar emocional		
Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?	11 (91,7)	1 (8,3)
Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?	12 (100,0)	-
Ficou chateado?	12 (100,0)	-
Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	12 (100,0)	-
Bem-estar social		
Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?	10 (83,3)	2 (16,7)
Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família?	11 (91,7)	1 (8,3)
Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?	9 (75,0)	3 (25,0)
Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?	12 (100,0)	-

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

No instrumento OHIP, das quatro pessoas que vivem com HIV que responderam a este questionário, duas afirmaram “*Repetidamente*” ou “*Sempre*”, uma para “problemas para falar alguma palavra” e outra em “sentir-se envergonhado” (Tabela 12).

Tabela 12 – Respostas dos indivíduos de 15 a 18 anos de idade em cada questão do OHIP (n=4).

Dimensões e questões do OHIP	Nunca/ raramente/ as vezes n (%)	Repetidamente/ sempre n (%)
Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:		
Limitação funcional		
Você teve problemas para falar alguma palavra?	3 (75,0)	1 (25,0)
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	4 (100,0)	-
Dor física		
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	4 (100,0)	-
Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?	4 (100,0)	-
Desconforto psicológico		
Você ficou preocupado(a)?	4 (100,0)	-
Você se sentiu estressado(a)?	4 (100,0)	-
Incapacidade física		
Sua alimentação ficou prejudicada?	4 (100,0)	-
Você teve que parar suas refeições?	4 (100,0)	-
Incapacidade psicológica		
Você encontrou dificuldade para relaxar?	4 (100,0)	-
Você se sentiu envergonhado(a)?	3 (75,0)	1 (25,0)
Incapacidade social		
Você ficou irritado(a) com outras pessoas?	4 (100,0)	-
Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	4 (100,0)	-
Deficiência		
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	4 (100,0)	-
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	4 (100,0)	-

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Os resultados do estudo de associação entre impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e diversas variáveis independentes são apresentadas na Tabela 13. As variáveis que se mostraram associadas foram idade ($p=0,041$) e necessidade de tratamento odontológico ($p=0,037$).

Tabela 13 – Associação entre ocorrência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e variáveis independentes. Amurel, 2012. (n=29).

(continua)

Variáveis	Impactos frequentes/muito frequentes				Total		Valor de p*
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							0,568
Masculino	8	66,7	4	33,3	12	41,4	
Feminino	12	70,6	5	29,4	17	58,6	
Idade							0,041
> 12 anos	13	86,7	2	13,3	15	51,7	
≤ 12 anos	7	50,0	7	50,0	14	48,3	
Renda <i>per capita</i> (mediana)							0,550
≤ R\$ 333,33	10	66,7	5	33,3	15	51,7	
> R\$ 333,33	10	71,4	4	28,6	14	48,3	
Pessoas residentes no domicílio							0,228
> 4	9	81,8	2	18,2	11	37,9	
≤ 4	11	61,1	7	38,9	18	62,1	
Escolaridade							0,185
Ensino Médio	10	83,3	2	16,7	12	50,0	
Ensino Fundamental	7	58,3	5	41,7	12	50,0	
Linfócitos T CD4+							0,498
≤ 500 (cél/mm ³)	4	80,0	1	20,0	5	17,2	
> 500 (cél/mm ³)	16	66,7	8	33,3	24	82,8	
Carga viral**							0,448
> 10.000 (cópias/mL)	3	60,0	2	40,0	5	17,9	
≤ 10.000 (cópias/mL)	17	73,9	6	26,1	23	82,1	

Tabela 13 - Associação entre ocorrência de impactos frequentes/muito frequentes na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Amurel, 2012.

(continuação)

Variáveis	Impactos frequentes/muito frequentes				Total		Valor de p*
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Tempo de diagnóstico (mediana)							0,107
≤ 72 meses	9	56,3	7	43,8	16	55,2	
> 72 meses	11	84,6	2	15,4	13	44,8	
Uso de antirretroviral							0,498
Sim	16	66,7	8	33,3	24	82,8	
Não	4	80,0	1	20,0	5	17,2	
Presença de doença associada ao HIV							0,647
Sim	11	68,8	5	31,3	16	55,2	
Não	9	69,2	4	30,8	13	44,8	
Prevalência de cárie							0,108
Sim	17	77,3	5	22,7	22	75,9	
Não	3	42,9	4	57,1	7	24,1	
Necessidade de tratamento odontológico							0,037
Sim	17	81,0	4	19,0	21	72,4	
Não	3	37,5	5	62,5	8	27,6	
Alterações gengivais							0,082
Sim	6	100,0	-	-	6	20,7	
Não	14	60,9	9	39,1	23	79,3	

*Teste do qui-quadrado ou prova exata de Fisher.

**Dado indisponível para uma criança.

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as condições de saúde bucal e seus reflexos sobre a qualidade de vida de todos os indivíduos de 1 a 18 anos de idade que vivem com HIV na região da AMUREL no período de fevereiro a setembro de 2012. Para estudar estes pacientes, esperava-se pelas consultas de rotina para acompanhamento nas unidades de saúde. Os indivíduos que fossem à consulta médica, coletar sangue para os exames de rotina ou ainda buscar medicamentos para seu tratamento eram convidados a participar da pesquisa. Nenhum responsável pelos menores se negou a participar da pesquisa. Praticamente 90% dos pacientes eram assíduos em seu processo de acompanhamento pelo serviço de saúde.

Para alcançar algumas crianças em que havia incompatibilidade de horários, foi necessária a realização da busca ativa, sempre com o consentimento do responsável. Isto ocorreu em três situações. Aqui se confirma que poucos pacientes tiveram baixa adesão na rotina de seu tratamento. Contudo, aconteceram alguns casos em que, após diversas tentativas para marcar e remarcar consultas ou coletas de sangue, o menor não comparecia. Mesmo quando se tentou a realização da busca ativa, não se obteve sucesso. Muitas vezes, os responsáveis confirmavam consultas ou coletas de sangue para exames laboratoriais, porém na data confirmada não compareciam. Quando este paciente somava a terceira falta, o Conselho Tutelar do município era acionado pela unidade de saúde. Estes casos totalizaram três: um em Tubarão e dois em Imbituba.

No município de Laguna, a pesquisa foi consentida pelo secretário de saúde, contudo a responsável pelo serviço não permitiu a realização do estudo, totalizando uma perda de quatro crianças.

Assim, constituiu a população desta pesquisa 29 indivíduos. Este número de participantes, embora constitua um censo dos indivíduos que vivem com HIV na faixa-etária de interesse na região, inviabilizou a execução de determinados cálculos estatísticos, como análises múltiplas para ajustar eventuais papéis de variáveis confundidoras sobre as associações detectadas. Dessa forma, os resultados do presente trabalho devem ser observados com cautela. Todavia, outros estudos que envolveram esse tipo de população também apresentaram amostras relativamente pequenas, tais como Thoni et al. (2006) com 23 crianças, Buczinski et al. (2011) com 31 crianças e Portela et al. (2001) com 35 crianças.

Dados sócio-demográficos referentes à população estudada apontaram uma razão entre homens e mulheres de 0,7:1. Este resultado é divergente da razão entre homens e mulheres que vivem com HIV na região da Amurel, que é de 1,7:1 (AMUREL, 2012).

A maioria dos participantes desta pesquisa encontrava-se na fase de pré-adolescência (11 a 14 anos) com média de idade de 10 anos (DP=4,4 anos). Para Marques et al. (2006) é crescente o número de crianças em idade escolar e adolescentes que vivem com HIV em acompanhamento nos serviços de saúde. Este fato vem ao encontro à evolução da terapia antirretroviral que permite o aumento do tempo de sobrevivência das crianças que convivem com HIV desde o início da vida. Corroborando com este dado, 96,6% dos participantes deste estudo conviviam com o HIV desde o nascimento e 82,8% faziam uso de medicamentos antirretrovirais, o que poderia explicar o crescente número de adolescentes que vivem com HIV. Ainda para Balbo, Rodrigues-Júnior e Cervi (2007), o aumento da sobrevivência dos pacientes pode estar associado também ao desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Grando et al. (2002) apontaram que além do aumento da sobrevivência dos indivíduos que vivem com HIV, a utilização da terapia antirretroviral contribuiu significativamente para a diminuição das manifestações bucais do HIV em tecidos moles em crianças. Gradativamente as pesquisas vêm sugerindo uma pequena diminuição. Um estudo realizado com 105 crianças que viviam com HIV mostrou que 65,7% apresentavam algum tipo de doença oportunista (FABRO et al., 2002). Outro estudo, de 2009, mostrou que 61% apresentou algum tipo de lesão de tecido mole associada ao HIV (SOWOLE, ORENUGA e NAIDOO, 2009). O presente estudo (2012) contribuiu para evidenciar a tendência de queda nos indicadores: 55,2% apresentaram lesões estomatológicas.

Em contrapartida, o uso crônico de medicação em veículo açucarado pode ser considerado como fator relevante ao desenvolvimento de cárie dentária em crianças que vivem com HIV, em adição aos demais fatores etiológicos clássicos da doença (KELLY et al., 2009). Neste estudo, das crianças que utilizavam medicamento antirretroviral (82,8%), 25% ainda o utilizavam na forma líquida, que contém a maior quantidade de veículo açucarado. Este fato associado ao consumo de doces após a ingestão dos medicamentos antirretrovirais, em que os pais e responsáveis o utilizam como mecanismo de compensação para minimizar o sabor

ruim dos medicamentos podem ser fatores contribuintes para a alta prevalência de cárie nestes menores.

No ano de 2002, um estudo conduzido por Ribeiro, Portela e Souza (2002) já dizia que a prevalência de cárie e problemas gengivais em crianças portadoras de HIV era alta. A prevalência de cárie encontrada em 56 crianças que viviam com HIV foi de 73,2%; e ainda 72,2% apresentava lesões de cárie ativa. Passados 10 anos, o presente trabalho traz um resultado semelhante com 75,9%. Este fato mostra que nesta população a prevalência de cárie continua alta. Entretanto, tais proporções são relatadas para as crianças que vivem com HIV, indicando que não se sabe ao certo se há diferença significativa do comportamento da cárie dentária comparado às crianças que não possuem imunossupressão. Isto se constitui um ponto de limitação deste estudo e uma importante questão a ser levantada para estudos futuros: a necessidade de desenhos metodológicos que incluam grupos-controle envolvendo crianças sem HIV para poder comparar o comportamento das doenças bucais nos dois grupos.

Na literatura há poucos estudos que utilizam esse tipo de metodologia. Um trabalho realizado por Kelly et al. (2009) concluíram que os dois grupos apresentaram exposição a variados fatores de risco para a cárie, além de apresentarem alta prevalência da doença. O uso de medicação pôde ser considerado como fator relevante para as crianças infectadas pelo HIV, em adição aos demais fatores etiológicos comuns à cárie dentária. No grupo de crianças sem evidência de imunossupressão, o hábito de ingestão de sacarose entre as refeições demonstrou ser um importante fator associado à alta prevalência de cárie na dentição decídua.

Um estudo conduzido por Sales-Peres et al. (2012) com 90 pacientes que viviam com HIV, em acompanhamento em um hospital pediátrico de Moçambique, encontrou um ceo-d médio de 2,6 (DP=3,6) consideravelmente maior em relação ao CPO-D médio de 0,6 (DP=1,6). Já neste estudo, não houve grande diferença entre estes dados, onde se encontrou um ceo-d médio de 3,7 (DP=4,0) e o CPO-D médio de 2,83 (DP=3,43). A semelhança entre as médias pode ser esclarecida pela presença da dentição mista na maioria das crianças, com média de idade de 10 anos. Assim, as diferentes faixas-etárias estudadas podem ser a razão dos diferentes resultados apontados pelo estudo africano.

A alta prevalência de cárie nas crianças que vivem com HIV também pode ser atribuída, em parte, à má higiene bucal (SILVA et al., 2006). Há de se observar, contudo, que a má higiene bucal em crianças que vivem com HIV pode ser também, em parte, explicada pela presença de lesões oportunistas na mucosa bucal. Neste estudo, 27,6% dos menores apresentaram herpes simples e 3,4 apresentaram candidíase oral, embora dados de higiene bucal não estejam disponíveis na população estudada.

A necessidade de tratamento odontológico foi alta na população deste estudo (72,4%). O tratamento restaurador era necessário em 44,8% dos indivíduos. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Sowole, Orenuga e Naidoo (2009), em um estudo realizado em Lagos – Nigéria, em que 38,2% das 55 crianças estudadas necessitavam, também, de tratamento restaurador.

O surgimento de doença periodontal em indivíduos que vivem com HIV é inversamente proporcional ao estado do sistema imune, ou seja, a medida que o sistema imune se torna mais comprometido, o indivíduo se torna mais suscetível às doenças gengivais e periodontais. De fato, Portela et al. (2001) demonstraram que os pacientes com alguma alteração gengival apresentaram leucopenia e imunossupressão grave. A gengivite e o eritema linear, também denominada gengivite associada ao HIV, são as doenças gengivais mais frequentes. Corroborando o fato, das crianças que apresentaram doenças gengivais neste estudo (20,7%) a lesão periodontal presente em todos os casos foi o eritema gengival linear.

As manifestações estomatológicas da Aids são antecedentes às suas manifestações sistêmicas. Além disso, a principal causa de morbidade da Aids é devido às infecções oportunistas (FABRO et al., 2002). A prevalência de lesões orais associadas ao HIV desta pesquisa apresentou algumas semelhanças e divergências em relação a outros trabalhos. A lesão oral mais frequente foi o herpes simples (50,0%) que, diferente da candidíase, não têm relação direta com a progressão da Aids. Sua principal característica é a recidiva das lesões, que se tornam crônicas e formam lesões maiores, mais espalhadas e de maior duração (ALVES et al., 2009).

Conforme a maioria dos estudos, a candidíase é a doença oportunista que mais frequentemente acomete indivíduos que vivem com HIV (FABRO et al., 2002; GRANDO et al., 2002; SOWOLE; ORENUGA; NAIDOO, 2009). De fato, cerca de 90% de indivíduos que vivem com HIV apresenta pelo menos um episódio de

candidíase orofaríngea durante o curso da Aids. Um estudo realizado por Sales-Peres et al. (2012) também relatou a candidíase como a lesão oral mais frequente (5,5%). Com prevalência semelhante, o presente trabalho observou candidíase em 6,2% dos participantes. Todavia esta doença não foi a que mais acometeu os menores aqui estudados. Este evento pode estar associado ao fato de que os prontuários não estavam preenchidos com todos os dados clínicos do paciente no curso da infecção pelo HIV. Além disso, deve-se ressaltar que o exame clínico bucal foi realizado em apenas um momento, data em que o participante não apresentava nenhuma lesão por *Cândida sp.* Novamente aqui se apresenta uma limitação do estudo. Desenhos metodológicos longitudinais poderiam esclarecer esta questão.

No que se refere aos aspectos relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, observa-se nos últimos anos um aumento do reconhecimento que os problemas de saúde bucal têm um impacto significativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos (FERNANDES; RUTA; OGDEN, 2006). Para se avaliar os possíveis impactos dos problemas da cavidade bucal na qualidade de vida das crianças, vários questionários foram desenvolvidos e validados para a cultura brasileira. Para Traebert et al. (2012) ao se avaliar qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças é conveniente utilizar instrumentos desenvolvidos especificamente para esta fase do ciclo vital. Outro aspecto importante ressaltado pelos autores é a definição da presença ou não de impacto na qualidade de vida, representada pela presença de pelo menos um impacto frequente ou muito frequente, pois o impacto esporádico - visto que não se repete - pode resultar de outros fatores. Baseado nestes conceitos, este estudo utilizou instrumentos validados para a cultura brasileira, de acordo com a faixa etária do participante, e os interpretou conforme a presença de impactos frequentes ou muito frequentes.

Apesar de serem utilizados quatro instrumentos diferentes, todos têm a mesma finalidade de avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. Os modelos teóricos nos quais tais instrumentam se sustentam baseiam-se em grandes dimensões similares, como aquela desenvolvida por Locker (1988). A literatura científica ainda é bastante escassa quando se trata do estudo do impacto das condições bucais na qualidade de vida de crianças. As crianças não são seres independentes e familiares e amigos desempenham papéis importantes nas

relações das crianças, afetando significativamente sua percepção de qualidade de vida (TRAEBERT et al., 2012).

Neste estudo, a prevalência de impacto na qualidade de vida em crianças com idade pré-escolar foi de 44,4%. Este resultado está em acordo com o estudo realizado por Buczinski et al. (2011). Tal estudo envolveu 31 crianças de 3 a 6 anos de idade e analisou o impacto utilizando o ECOHIS como instrumento de aferição. Os autores concluíram que quase metade das crianças que viviam com HIV tiveram a qualidade de vida afetada por manifestações orais, principalmente devido a lesões de cárie. Massarente et al. (2011) avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em 88 crianças com idade de 11 a 15 anos. Utilizaram como instrumento de aferição o CPQ₁₁₋₁₄. A dimensão dos “sintomas orais” foi identificada como a mais afetada e teve como resposta direta de impacto em 47,7% das crianças. Os autores concluíram que crianças com manifestações mais graves da Aids apresentavam uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal gerando mais sintomas orais e mais limitações funcionais, emocionais e sociais.

Diferentes variáveis podem se mostrar associadas ao impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. No presente estudo apenas duas variáveis mostraram-se estatisticamente associadas: a idade mais avançada e a presença de necessidade de tratamento odontológico. Para explicar a associação estatisticamente significativa com uma idade mais avançada, Marques et al. (2009) advogam que na adolescência intensificam-se os relacionamentos sociais, sendo o auto conceito moldado e regulado, dentre outros determinantes, pela percepção dos outros a respeito de si mesmo. Apontam que nesta fase da vida, a aparência física, incluindo a aparência facial tem grande influência na auto-satisfação e na aceitação social. Este fato confirma o encontrado neste estudo, em que o impacto esteve presente em 53,8% dos menores com idade até 10 anos e 81,2% nos indivíduos com idade de 11 a 18 anos ($p=0,041$).

A associação entre necessidade de tratamento odontológico e impacto na qualidade de vida mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,037$). Aqueles que necessitavam de tratamento odontológico relataram um maior impacto quando comparados àqueles que não necessitavam de tratamento odontológico. Este fato pode ser explicado através do modelo teórico proposto por Locker (1988). O autor demonstrou em seu modelo de análise que os agravos e eventos orais causam danos ou prejuízos que podem levar diretamente à incapacidade. Podem ainda levar

o indivíduo a expressar sintomas como dor e desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência. Tais situações podem desencadear limitações físicas, psicológicas ou sociais e conseqüente incapacidade. Deve-se considerar ainda, que a dor e o desconforto podem levar diretamente à incapacidade (LACERDA, 2005).

A alta necessidade de tratamento odontológico encontrada neste estudo (72,4%) poderia hipoteticamente, ser explicada pela procura por assistência odontológica somente quando da presença de algum sintoma da doença. Um estudo que envolveu 58 crianças mostrou que o principal motivo relatado para a primeira visita ao dentista foi presença de cárie e dor e os principais procedimentos odontológicos realizados nas crianças foram exodontias e restaurações. Ainda no mesmo estudo, as crianças que nunca foram ao dentista, vincularam o fato a não sentir a necessidade de ir ao dentista (60%) ou dificuldade financeira (15%) (MACHADO et al., 2008). Estes autores alertam para uma questão mais complexa. A discrepância entre a oferta de serviços de atenção odontológica e a necessidade da população. Esta situação é agravada no caso das crianças que vivem com HIV, pois em todos os serviços de acompanhamento estudados na região da Amurel não foram encontrados serviços de odontologia, que poderiam pelo menos em parte, caracterizar uma atenção mais integral à saúde das crianças. Um simples cálculo para estimar o recurso em termos de tempo profissional para tratar as 22 crianças que necessitavam tratamento recuperador na região estudada, apontaria para o trabalho de somente um cirurgião-dentista por 22 dias de trabalho, com 8 horas diárias (PINTO, 2000). Sem dúvida, haveria ainda de se considerar o essencial trabalho de promoção de saúde e prevenção a ser desenvolvido pelo profissional. Evidencia-se assim a necessidade da presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para acompanhamento e tratamento das crianças que vivem com HIV.

Por outro lado, a grande maioria dos cirurgiões-dentistas ainda não se sente suficientemente preparada para atender portadores do HIV, principalmente quando estes já apresentam complicações clínicas. A insegurança sentida pelo profissional faz com que ele prefira evitar o seu atendimento (CORREA; ANDRADE, 2005). Um estudo realizado por Ragon, Tura e Arruda (2009) com 290 alunos de pós-graduação em Odontologia, mostrou que, ao serem questionados sobre seu comportamento, se fossem procurados por portadores do HIV somente 42,5% dos profissionais realizariam o atendimento. Entre estes, 29,0% atenderiam com

cuidados redobrados de biossegurança. Os motivos mais citados para justificar o não atendimento ou encaminhamento dos pacientes foram medo (66,7%) e preconceito (44,4%), respectivamente. Vale ressaltar quando há a inversão de situações, em que o profissional é quem vive com HIV, ele também não representa um risco para a saúde de seu paciente (COOGAN; CHALLACOMBE, 2011).

Contudo, o tratamento dos indivíduos que vivem com HIV não é mais complexo que o de outros pacientes com comprometimento clínico. Para Corrêa e Andrade (2005) o principal objetivo do tratamento odontológico em pacientes que vivem com HIV é melhorar a sua qualidade de vida. Para isso é fundamental revisar a história médica e avaliar a expectativa do paciente com relação ao tratamento. O desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos, além do preconceito e estigma em torno da Aids, podem causar sérias limitações no tratamento dos pacientes.

Apesar da região da AMUREL não apresentar um médico infectologista pediátrico, tampouco um cirurgião-dentista integrado a equipe multidisciplinar nos centros de referências especializados em saúde, os dados deste estudo em relação à contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral são positivos e sugerem a qualidade do tratamento ofertado aos pacientes. Visto que no Brasil, o tratamento para pessoas que vivem com HIV é ofertado pelo Sistema Único de Saúde – SUS e gratuito a todos.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem concluir que os indivíduos de 1 a 18 anos de idade que vivem com HIV apresentaram alta prevalência de cárie com alta necessidade de tratamento odontológico.

As lesões bucais estiveram presentes nesses indivíduos e apontaram para uma maior valorização do exame bucal, em função de sua grande importância clínica.

A associação significativa da necessidade de tratamento odontológico e da idade com o impacto na qualidade de vida evidencia que, apesar do avanço das medicações antirretrovirais, os desafios ainda persistem no âmbito da prevenção, assistência e a importante carga social vinculada a esta doença, visto que se trata de uma doença estigmatizada, transmissível e incurável até o momento.

Portanto, o direcionamento de ações e intervenções multidisciplinares em saúde para crianças que vivem com HIV, deve ser focado na necessidade de melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. Incorporar no planejamento terapêutico desses pacientes, cuidados odontológicos que visem prevenir e controlar alterações associadas à saúde bucal pode contribuir para a manutenção da saúde geral e melhoria na qualidade de vida, além de contribuir para proporcionar uma atenção mais integral e, portanto, mais aceitável do ponto de vista técnico, social e ético.

REFERÊNCIAS

- Almeida A, Loureiro CA, Araújo VE. Tradução transcultural do indicador de necessidade percebida perfil do impacto de saúde bucal (OHIP). Rev CROMG. 2001 [no prelo].
- Alves FBT, Czulniak GD1, Dal'Maso AMS, Shimizu KH, Verri MA. Lesões estomatológicas em crianças HIV positivas e suas implicações clínicas. Arq Odontol. 2009;45(4):191-8.
- Amurel - Associação dos Municípios da Região de Laguna. Governo de Santa Catarina. [Acesso em 24 jun 2012]. Disponível em: <http://www.amurel.org.br/municipios/index.php?show=detalhes&municipio=111>.
- Balbo PL, Rodrigues-Júnior AL, Cervi MC. Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/Aids abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(5):1301-7.
- Bastos JM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de SB e classes sociais. Rev Paul Odonto. 1996; 38(4):38-41.
- Barbosa TS, Tureli MCM, Gavião MBD. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. BMC Oral Health. 2009;9(13). doi: 10.1186/1472-6831-9-13. Available: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/9/13>. Accessed 25 out 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.18. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF. 2012. História da AIDS. Disponível em: < <http://www.Aids.gov.br/pagina/historia-da-Aids>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia Antirretroviral em crianças e Adolescentes infectados pelo HIV. Série Manuais. n.85. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Buczynski AK, Castro GF, Leão AT, Souza IPR. Impact of oral health on the quality of life of 3-6-years old HIV-infected children. Quality of life in HIV+ children. *Eur J Paediatr Dent*. 2011;12(2):81-6.

Buczynski AK, Castro GF, Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1797-805.

Burckhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): reliability, validity and utilization. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:60.

Campos JADB, Loffredo LCM. Reprodutibilidade de uma escala odontológica proposta como indicador de saúde bucal em crianças e adolescentes HIV+/SIDA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2181-7.

Cavassani VGS, Andrade Sobrinho J, Homem MGN, Rapoport A. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68(5):630-4.

Chimenos E, Lopez PD. Fármacos antifúngicos utilizados em el tratamiento de la micosis. *Med Oral*. 1998;3:78-90.

Clavel F, Guetard D, Brun-Vezinet F, Chamaret S, Rey MA, Santos-Ferreira MO, et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science*. 1986; 233:343-6.

Colebunders RL, Latif AS. Natural history and clinical presentation of HIV-1 infection in adults. *Aids*. 1991;5 (Suppl 1):S103-112.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type-1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*. 1994;331(18):1173-80.

Coogan M, Challacombe S. The mouth and AIDS: the global challenge. *J Dent Res*. 2011;90(4):397-8.

Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/Aids. *Rev Odonto Ciênc*. 2005; 20(49):281-9.

Costa CC, Cardoso L, Resende GB, Bosco VL. Manifestações periodontais em crianças e adolescentes HIV positivos e HIV negativos institucionalizados. *Arq Odontol*. 2003;39(1):5-11.

Cunha MS. O impacto da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde: Um estudo de caso no hospital Nereu Ramos (SC) [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

DIVE - Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Santa Catarina. 2011. [Acesso em 14 nov 2011]. Disponível

em:

http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=429&Itemid=126.

EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV infections and WHO Collaboration Centre on Oral Manifestations of Immunodeficiency Virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in IHV infection. *J Oral Pathol Med.* 1993;22(7):289-91.

Fabro SML, Ody E, Grando LJ, Peres KGA, Rath IBS. Alterações estomatológicas e condições dentais em crianças infectadas pelo HIV. *Arq Odontol.* 2002;38(3):163-252.

Favalessa OC, Martins MA, Hahn RC. Aspectos micológicos e suscetibilidade *in vitro* de leveduras do gênero *Candida* em pacientes HIV-positivos provenientes do Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(6):673-7.

Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden G. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14. *Community, Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(1):53-62.

Grando LJ, Yurgel LS, Machado DC, Silva CL, Menezes M, Picolli C. Manifestações estomatológicas, contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral de crianças brasileiras e norte americanas infectadas pelo HIV. *Pesqui Odontol Bras.* 2002;16(1):18-25.

Grover C, Kubba S, Bansal S, Nanda S, Reddy BS. Pigmentation: a potential cutaneous marker for AIDS? *J Dermatol* 2004;31(9):756-60.

Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J AM Dent Assoc.* 2003;134(1):61-9.

Janssen PAJ, Lewi PJ, Arnold E, Daeyaert F, de Jonge M, Heeres J, et al. In Search of a Novel Anti-HIV Drug: Multidisciplinary Coordination in the Discovery of 4-[[4-[[4-[(1E)-2-Cyanoethenyl]-2,6-dimethylphenyl] amino]-2-pyrimidinyl]amino]benzotrile (R278474, Rilpivirine). *J Med Chem.* 2005; 48:1901-9.

Kelly A, Soares LF, Pomarico L, Souza IPR. Risco e atividade de cárie em crianças com e sem infecção pelo HIV. *RGO.* 2009;57(2):217-22.

Lacerda, J.T. Impacto de Saúde Bucal na Qualidade de Vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

Locker, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988;5(1):3-18.

Macedo CR, Frauches DO, Macedo LR, Moreira-Silva SF, Nader PRA, Lima APNB, et al. Preditores de mudanças nos regimes terapêuticos para o tratamento de Aids em crianças. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009; 42(6): 666-71.

- Machado FC, Souza IPR, Tura LFR, Castro GF. Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1851-7.
- Marques HH de S, Silva NG, Gutierrez PL, Laceda R, Ayres JRCM, DellaNegra M et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):619-29.
- Massarente DB, Domaneschi C, Marques HH, Andrade SB, Goursand D, Antunes JL. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. *BMC Oral Health*. 2011;11:2.
- Medeiros CF, Santos TB, Albuquerque RLC, Moura SAB. Relação entre as manifestações estomatológicas, contagem de células CD4+ e carga viral entre pacientes HIV positivos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007;7(3):271-6.
- Mellors JW, Munoz A, Giorgi JV, Margolick JB, Tassoni CJ, Gupta P, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med*. Jun 15 1997;126(12):946-54.
- Metroka CE, Cunningham-Rundles S, Pollack MS, Sonnabend JA, Davis JM, Gordon B, et al. Generalized lymphadenopathy in homosexual men. *Ann Intern Med*. Nov 1983;99(5):585-91.
- Ndour M, Sow PS, Coll-Seck AM, Badiane S, Ndour CT, Diakhaté N, et al. AIDS caused by HIV1 and HIV2 infection: are there clinical differences? Results of AIDS surveillance 1986–97 at Fann Hospital in Dakar, Senegal. *Trop Med Int Health*. 2000;5(10):687-91.
- Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*. Dec 1993;168(6):1490-1501.
- Ntemgwa ML, D'Aquin TT, Brenner BG, Camacho RJ, Wainberg MA. Antiretroviral drug resistance in human immunodeficiency virus type 2. *Antimicrob Agents Chemother*. 2009; 53(9):3611-9.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. (1980). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Genebra: Autor.
- Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):153-9.
- Pinto A, De Rossi SS. Salivary gland disease in pediatric HIV patients: an update. *J Dent Child*. 2004;71(1):33-7.
- Pinto, Vitor Gomes. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Polk BF, Fox R, Brookmeyer R, Kanchanaraksa S, Kaslow R, Visscher B, et al. Predictors of the acquired immunodeficiency syndrome developing in a cohort of seropositive homosexual men. *N Engl J Med*. Jan 8 1987;316(2):61-6.

Portela MB, Castro GF, Souza IPR, Silva RHO. Relação entre saúde gengival e condição sistêmica em crianças infectadas pelo HIV. *Rev Bras Odontol*. 2001;58(2):88-91.

Ragon CST, Tura LFR, Arruda A. Os sentidos da Aids e o atendimento odontológico. *Cad Saúde Colet*. 2009;17(4):1047-58.

Ribeiro AA, Portela M, Souza IP. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. *Pesqui Odontol Bras*. 2002;16(2):44-50.

Sales-Peres SHC, Mapengo MAA, Moura-Grec PG, Marsicano JA, Sales-Peres AC, Sales-Peres A. Manifestações bucais em crianças HIV + em Moçambique. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):55-60.

Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):284-90.

Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, Greenspan D, Traboulsi RS, Ghannoum M, et al. The oral HIV/AIDS research alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med*. 2009;38:481-8.

Silva CM, Rath IBS, Grando LJ, Fabro SML, Almeida ICS, Carvalho AP. Cuidados e condutas no atendimento odontológico de crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV. *Rev Int Estomatol*. 2006;3(11):122-7.

Silveira CB. Prevalência de comorbidades de interesse odontológico e de manifestações orofaciais em pacientes HIV positivos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2008.

Soriano V, Garcia-Samaniego J, Rodriguez-Rosado R, Gonzalez J, Pedreira J. Hepatitis C and HIV infection: biological, clinical, and therapeutic implications. *J Hepatol*. 1999;31(Suppl 1):119-23.

Sowole CA, Orenuga OO, Naidoo S. Access to oral health care and treatment needs of HIV positive paediatric patients. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009;9(2):141-6.

Tesch, FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1897-909.

Thoni GJ, Lalande M, Bachelard G, Vidal P, Manificat S, Fedou C, Rodiere M, Nicolas J. Quality of life in HIV-infected children and adolescents under highly active antiretroviral therapy: change over time, effects of age and familial context. *Arch Pediatr*. 2006; 13, 130-9.

- Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) – short forms. *Health Qual Life Outcomes* 2009;17(7):43.
- Traebert J, Lacerda JT, Page LAF, Thomson WM, Bortoluzzi MC. Impact of traumatic dental injuries on the quality of life of schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2012 Jan 26. doi: 10.1111/j.1600-9657.2012.01114. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-9657.2012.01114.x/full>. Accessed 10 nov 2012.
- UNAIDS Global Summary of the HIV/AIDS Epidemic. AIDS Epidemic Update. World Health Organization. Geneva, 2009. [Acesso em 5 nov. 2012]. Available from: <http://data.unAids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf >
- UNAIDS. Aidsinfo. Epidemiological Status. [Acesso em 5 mar 2012]. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>.
- UNICEF. UNAIDS. World Health Organization. Children and Aids: A stocktaking report. Geneva: UNICEF; 2007.
- Vieira TR, Péret ACA, Péret Filho LA. Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(2):237-43.
- Watanuki F. Manifestações orais associadas ao HIV após 30 anos de epidemia no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP; 2010.
- WHO, World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
- Yen T, Keeffe EB, Ahmed A. The epidemiology of hepatitis C virus infection. *J Clin Gastroenterol.* Jan 2003;36(1):47-53.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA -UNISUL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A criança está sendo convidada a participar de um estudo da “ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES E MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS HIV/AIDS.”

Este estudo avaliará a presença de lesões bucais, como cáries e candidíase, para conhecer as condições de saúde bucal de crianças portadoras de HIV/AIDS assistidas no Centro de Atendimento Especializado em Saúde – CAES de Tubarão/SC.

Quando o exame bucal é realizado rotineiramente, ele poderá revelar informações importantes relacionadas à doença, como uma redução da imunidade da criança advertindo para demais manifestações oportunistas, podendo ser realizado um tratamento precoce.

As crianças serão examinadas no CAES de Tubarão no mesmo dia da consulta médica de rotina. Será realizado um exame bucal gratuito a fim de diagnosticar lesões bucais relacionadas ao HIV/AIDS e outros agravos bucais. Havendo a necessidade de um tratamento para qualquer alteração bucal, será emitido um encaminhamento para o profissional responsável para tratá-la. Os responsáveis pelas crianças, responderão a um questionário sobre dados sócio-demográficos, evolução da doença e hábitos da criança.

Não haverá despesas para o paciente e não haverá nenhum risco para a criança. Poderá haver um desconforto na hora da realização do exame bucal, devido ansiedade ou medo do dentista.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a respeito da criança serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos procedimentos de tratamento serão feitas na criança. Declaro que fui informado que a criança pode se retirar do estudo a qualquer momento.

Nome da criança: _____

Nome do responsável: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa: Natália Spillere Rovaris - Mestranda em Ciências da Saúde
nataspillere@hotmail.com - Telefone para contato: 48 99373463.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista**Roteiro de entrevista (< 18 anos)**

Número do entrevistado |__|__|__|__|__|__|

Número do prontuário |__|__|__|__|

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

I – ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS
Quantos anos seu filho (a) ou dependente tem? _____ anos
Qual a raça ou cor de pele de seu filho(a) ou dependente? (1) Branca (2) Mista/Mulata (3) Negra (4) Oriental (5) Índia (6) Negro+Índio (7) Mulata+Índio (10) Branco+Índio (99) Não respondeu
Qual a cidade de residência de seu filho (a) ou dependente? _____
Seu filho (a) ou dependente estuda? (1) Sim (2) Não
Até que série seu filho (a) ou dependente concluiu seus estudos? _____
Em relação à renda de sua família: Qual a renda familiar e qual o número de pessoas que moram na mesma casa? [Lembrar que inclui salários, aluguéis, pensões, auxílios, etc...] Renda familiar: _____ Número de pessoas: _____ (88) Não sabe (99) Não respondeu

II – ANÁLISE DOCUMENTAL
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
Data de diagnóstico do HIV Data: ____ / ____ / ____
Tempo de diagnóstico: _____ meses [Calcular]
Estágio Clínico da Doença (CDC): (1) N – Assintomático (2) A – Sinais e/ou sintomas leves (3) B – Sinais e/ou sintomas moderados (4) C – Sinais e/ou sintomas graves (5) Ignorado
Estágio Imunológico (CDC): (1) 1 – Ausente (2) 2 – Moderado (3) 3 – Severa (4) Ignorado
CD4 atual _____ mm ³ Data: ____ / ____ / ____ (última disponível)
CD8 atual _____ mm ³ Data: ____ / ____ / ____
Carga viral atual _____ cópias/ml Data: ____ / ____ / ____
Nadir (CD4 mais baixo) _____ /mm ³ Data: ____ / ____ / ____
CD4 pré-tratamento _____ /mm ³ Data: ____ / ____ / ____
Carga viral pré-tratamento _____ cópias/ml Data: ____ / ____ / ____
IgA _____ UI/mL Data: ____ / ____ / ____
IgE _____ UI/mL Data: ____ / ____ / ____
IgG _____ UI/mL Data: ____ / ____ / ____
IgM _____ UI/mL Data: ____ / ____ / ____
Datas das retiradas das medicações nos últimos três meses:

Data: ___/___/___
Data: ___/___/___
Data: ___/___/___
Por qual motivo utiliza medicamentos antirretrovirais: (1) Por prevenção (3) Tratamento (2) Imunológico(CD4<350) (77) Não disponível
Quais antirretrovirais em uso, (medicamento, horários e doses da última prescrição): (1) Zidovudina-AZT+Lamivudina+3TC(Biovir)_____
(2) Ritonavir_____ -
(3) Atazanavir_____
(4) Lamivudina-3TC_____
(5)Efavirenz(Stocrin)_____
(6) Tenofovir_____
(7)Lopinovir+Ritonavir(Kaletra)_____
(8) Didanosina-DDI_____
(9)Nevirapina_____
(10) Enfuvirtida_____
(11)Nelfinavir_____
(14) Outro.Qual:_____
Qual foi o motivo da mudança de tratamento antiretroviral: (1) Falência clínica (3) Reações adversas (2) Falência laboratorial (77) Não disponível
Há quanto tempo tratamento antirretroviral? _____ meses
Presença de doenças oportunistas: (1) Sim (2)Não
Presença de doenças oportunistas: (1) Pneumonia (2) Tuberculose (3) Sarcoma de kaposi (4) Nerotoxoplasmose (5) Candidíase (6) Citomegalovirose (7) Nerocriptococose
Outras:_____

APÊNDICE C – Códigos e critérios para cárie dentária

CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA A CÁRIE DENTÁRIA (OMS, 1999)

Utiliza-se números que incluem a dezena para dentes decíduos eventualmente presentes.

CÓDIGO	CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
0 (10)	Coroa hígida	<p>Uma coroa é considerada hígida caso ela não apresente evidências de cáries clínicas tratadas ou não. Os estágios de cáries que precedem a cavitação, bem como outras condições semelhantes aos estágios precoces da cárie, são excluídos, pois não podem ser confiavelmente diagnosticados. Assim, uma coroa com os seguintes defeitos, na ausência de outros critérios positivos, deveria ser codificada como hígida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Manchas brancas ou porosas; ❖ Manchas com alteração de coloração ou rugosidade que não sejam amolecidas ao toque por uma sonda IPC metálica; ❖ Fóssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte sem sinais visíveis de esmalte socavado, ou amolecido do assoalho ou paredes detectáveis com a sonda IPC; ❖ Áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte em um dente apresentando sinais de fluorose moderada à severa; ❖ Lesões que, baseando-se em uma distribuição ou histórica clínica, ou ao exame visual/tátil, parece ser devida à abrasão. <p>Raiz hígida: uma raiz é considerada hígida quando está exposta e não apresenta evidências de cáries clínicas tratadas ou não. (raízes não expostas são codificadas como 8).</p>
1 (11)	Coroa cariada	<p>A cárie é considerada presente quando uma lesão em uma fóssula ou fissura, ou em uma superfície dentária lisa, tem uma cavidade inconfundível, esmalte socavado, ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Um dente com uma restauração provisória, ou que está selado [código 6 (F)], mas também cariado, também deveria ser incluído nesta categoria. Nos casos em que a coroa tenha sido destruída por cáries, e somente a raiz tenha restado, a cárie é considerada como tendo originado-se na coroa, e, portanto somente classificaremos como cárie coronária. A sonda IPC deveria ser utilizada para confirmar as evidências visuais de cárie nas faces oclusal, vestibular e lingual. Quando houver qualquer dúvida, a cárie deveria ser registrada como presente.</p> <p>Raiz cariada: a cárie é considerada presente quando as lesões se apresentem amolecidas ou borrachóides à sondagem pela sonda IPC. Caso a cárie radicular seja discreta, oriunda da coroa e requerer um tratamento separado, deve ser considerada como cárie radicular. Para as lesões cariosas únicas, afetando tanto a coroa quanto à raiz, o local provável de origem da lesão deveria ser considerado como cariado. Quando não for possível julgar o local de origem, tanto a coroa quanto à raiz devem ser consideradas cariadas.</p>
2 (12)	Coroa restaurada com cárie	<p>Uma coroa é considerada restaurada, com cárie, quando tiver uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cáries. Não é feita qualquer distinção entre as cáries primárias e secundárias (ou seja, o mesmo código aplica-se caso as lesões por cárie sejam ou não associadas especialmente com as restaurações).</p> <p>Raiz restaurada com cárie: uma raiz é considerada restaurada, com cárie, quando apresentar uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cárie. Não é feita qualquer distinção entre cárie primária e secundária. No caso de restaurações</p>

		envolvendo tanto a coroa quanto à raiz, o julgamento quanto ao local de origem é mais difícil. Em caso de qualquer restauração envolvendo tanto a coroa quanto à raiz com cáries secundárias, o local mais provável da lesão cariosa primária é registrado como restaurado, com cárie. Quando não é possível julgar o local de origem da lesão cariosa primária, tanto a coroa quanto à raiz devem ser consideradas como restauradas, com cárie.
3 (13)	Coroa restaurada sem cárie	Uma coroa é considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanente estão presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa. Um dente que tenha recebido uma coroa protética devido à cárie prévia, é classificado nesta categoria. Raiz restaurada sem cárie: uma raiz é considerada sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existe cárie em nenhum ponto da raiz. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto à raiz, o julgamento quanto ao local de origem é mais difícil. Para quaisquer restaurações envolvendo tanto a coroa quanto à raiz, o local mais provável da lesão cariosa primária é considerada como restaurada. Quando não é possível julgar o local de origem, tanto a coroa quanto à raiz deveriam ser consideradas como restauradas.
4 (14)	Dente ausente como resultado de cárie	Este código é utilizado para os dentes permanentes ou decíduos que tenham sido extraídos devido à cárie e é registrado na condição coronária. Para os dentes decíduos ausentes, esta classificação somente deveria ser utilizada caso o indivíduo esteja em uma idade em que a esfoliação normal não pudesse ser uma explicação suficiente para a ausência do dente. Observação: a condição radicular de um dente que tenha sido classificado como ausente devido à cárie deve ser codificada como “7” ou “9”. Em alguns grupos etários, pode ser difícil distinguirmos entre os dentes não erupcionados (código 8) e os dentes ausentes (código 4 ou 5). O conhecimento básico dos padrões de erupção dentária, a aparência do rebordo alveolar na área do espaço dentário em questão e as condições de cárie dos outros dentes na boca fornecem informações úteis para a realização de um diagnóstico diferencial entre os dentes não erupcionados e aqueles extraídos. O código 4 não deve ser utilizado para os dentes considerados ausentes por outras razões que não a cárie.
5 (-)	Dente permanente ausente por outra razão	Este código é utilizado para os dentes permanentes considerados congenitamente ausentes, ou aqueles extraídos por razões ortodônticas, ou devido às doenças periodontais, traumatismo etc. Observação: a condição radicular para um dente classificado com 5 deveria ser codificada em “7” ou “9”.
6 (16)	Selante de cicatrículas e fissuras	Este código é utilizado para os dentes nos quais foi colocado um selante de fissuras na superfície oclusal; ou para os dentes nos quais a fissura oclusal foi amplamente aumentada por uma broca esférica ou “chama de vela”, com aplicação de resina composta. Caso um dente com selamento esteja cariado, ele deveria ser codificado como 1 ou B.
7 (17)	Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta	Este código é utilizado para a condição coronária, a fim de indicar que um dente faz parte de uma prótese parcial fixa, isto é, é um dente suporte de prótese. Este código também pode ser utilizado para coroas protéticas colocadas por outras razões que não a cárie e para recobrimentos facetados e laminados na face vestibular de um dente no qual não existam evidências de cáries ou de uma restauração. Observação: os dentes ausentes substituídos por pânticos de próteses são codificados como 4 ou 5 quanto à condição coronária, enquanto a condição radicular é codificada com 9.
18 (-)	Coroa não erupcionada	Esta classificação está restrita aos dentes permanentes e é utilizada somente para um espaço dentário com um dente permanente não

		<p>erupcionado mas sem um dente decíduo. Os dentes classificados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relativos a carie dentária. Esta categoria não inclui os dentes com ausência congênita, nem os dentes perdidos por traumatismos etc. Para um diagnóstico diferencial entre os dentes ausentes e não erupcionados, ver o código 5.</p> <p>Raiz não exposta: este código indica que a superfície radicular não está exposta, isto é, não existe retração gengival além da JAC.</p>
99 (-)	Não registrado	<p>Este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão (por exemplo, devido à presença de bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc).</p> <p>Este código é utilizado para condição radicular a fim de indicar ou que o dente foi extraído, ou que está presente o cálculo em uma extensão tal que torne impossível o exame radicular.</p>

CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA AS NECESSIDADES DE TRATAMENTO (OMS, 1999)

Código - Descrição

0. Nenhum tratamento.

Este código é utilizado caso uma coroa e uma raiz estejam ambas híginas, ou caso decidamos por não realizar qualquer tratamento naquele dente.

1. Restauração de uma superfície dentária.

2. Restaurações em duas ou mais faces.

3. Coroa por qualquer razão

4. Faceta estética

5. Tratamento pulpar e restauração

O dente provavelmente necessita de tratamento pulpar antes da restauração simples ou protética, devido a uma cárie profunda ou extensa, ou devido à mutilação ou traumatismo dente.

Observação: A sonda nunca deve ser inserida na profundidade da cavidade a fim de confirmar a presença de uma exposição pulpar suspeita.

6. Exodontia

O dente é classificado como “indicado para exodontia” dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu tanto o dente que ele não pode ser restaurado;
- a doença periodontal evoluiu tanto que o dente tem mobilidade, dor ou problemas funcionais, e no critério clínico do profissional que realiza o exame seu estado funcional não pode ser resgatado;
- um dente necessita de exodontia para criação de espaço para uma prótese;
- a exodontia é necessária por motivos ortodônticos ou estéticos, ou devido a impacção.

7. Remineralização de mancha branca

8. Selante

Um selante é considerado insatisfatório caso sua perda parcial tenha se estendido expondo uma fissura, fósula, junção ou superfície de dentina a qual, na opinião do profissional que realiza o exame, necessite de um novo selamento.

9. Sem informação.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
Pedra Branca, 31 de março de 2011.

Registro no CEP (código): 11.060.4.01.III

Ao pesquisador(a): Prof(a). Rosemeri Maurici da Silva
Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Campus TB


Prezado(a) Senhor(a),

Vimos, através deste, informar que o projeto de pesquisa "Comorbidade e perfil de utilização de medicamentos em pacientes HIV positivos da Associação dos Municípios da Região de Laguna/SC- AMUREL", foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNISUL. Esta CEP-UNISUL segue a legislação federal brasileira. Trata-se de colegiado criado para contribuir ao desenvolvimento da pesquisa na UNISUL dentro de elevados padrões éticos. Avalia, eticamente, projetos de pesquisas em seres humanos (não somente os da área de saúde), projetos de pesquisas em animais, projetos envolvendo biossegurança, pesquisas com cooperação estrangeira, pesquisas de novos fármacos, novas vacinas ou novos testes diagnósticos, ou qualquer projeto de pesquisa que envolva um problema que exija avaliação ética.

Gostaríamos de salientar que, embora aprovado, qualquer alteração dos procedimentos e metodologias que houver durante a realização do projeto em questão, deverá ser informado imediatamente à Comissão de Ética em Pesquisa da UNISUL.

Cordialmente,


Prof. Pedro Santos
Coordenador do CEP-UNISUL

 Universidade do Sul de Santa Catarina
Pro-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNISUL



PARECER CONSUBSTANCIADO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISUL – CEP UNISUL

Título do Projeto: Comorbidades e perfil de utilização de medicamentos em pacientes HIV positivos da região da Associação dos Municípios da Região de Laguna/SC - AMUREL		
Pesquisador Responsável: Rosemeri Maurici da Silva		
Acadêmico:		
Data do Parecer: 23/03/2011	Código: 11.060.4.01.III	Data da Versão:
Áreas Temáticas Especiais: Classificação utilizada pela CONEP		

Objetivos do Projeto Estimar a prevalência de determinadas comorbidades e analisar o perfil de utilização de medicamentos em pacientes portadores de HIV da região da AMUREL.

Sumário do Projeto 1. Identificação da proposta 2. Objetivos 3. Fundamentação teórica 4. Justificativa 5. Definição de conceitos 6. Metodologia 7. Área e população de abrangência 8. Orçamento 9. Cronograma 10. Referências
--

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pacientes e Métodos	Situação
----------------------------	-----------------

Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 598 Local Tubarão/SC
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas "wash out"	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos	


Cronograma	Adequado
Data de início prevista	Fevereiro de 2011
Data de término prevista	Fevereiro de 2013
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	

Referências Bibliográficas	Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	

**Parecer
APROVADO**

Comentários Gerais sobre o Projeto


Prof. Pedro Santos
Coordenador do CEP- UNISUL

 Universidade do Sul de Santa Catarina
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNISUL

ANEXO B – Instrumentos de coleta de dados sobre qualidade de vida

ECOHIS – Crianças com idade pré-escolar.

<p>Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência 88(<input type="checkbox"/>) Não sabe</p>
<p>Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Quase Nunca 3 (<input type="checkbox"/>) As Vezes (de vez em quando) 4 (<input type="checkbox"/>) Com frequência 5 (<input type="checkbox"/>) Com muita frequência</p>

88() Não sabe
Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe
Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? 1 () Nunca 2 () Quase Nunca 3 () As Vezes (de vez em quando) 4 () Com frequência 5 () Com muita frequência 88() Não sabe

CPQ₈₋₁₀ – Crianças de 8 a 10 anos

<p>Quando você pensa em seus dentes ou boca, Você acha que eles são:</p> <p>1 () Muito Bons 2 () Bons 3 () Mais ou menos 4 () Ruins</p>
<p>Quanto seus dentes ou boca lhe incomodam no dia-a-dia?</p> <p>1 () Nem um pouco 2 () Só um pouquinho 3 () Mais ou menos 4 () Muito</p>
<p>Você teve dor em seus dentes ou em sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve locais doloridos em sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dor em seus dentes quando tomou bebidas geladas ou comeu alimentos quentes?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você sentiu alimento grudado em seus dentes?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve mau hálito?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você precisou de mais tempo que os outros para comer seus alimentos devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros, como maçã, milho verde na espiga ou bife devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dificuldade para comer o que gostaria devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?</p>

<p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dificuldade para dizer algumas palavras devido a problemas aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve problemas enquanto dormia devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você ficou triste devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você se sentiu aborrecido devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você ficou tímido devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você ficou preocupado porque Você não é tão bonito quanto os outros por causa de seus dentes ou sua boca nas últimas 4 semanas?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você faltou à escola devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Várias vezes 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dificuldade para fazer sua lição de casa devido a problemas com seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes</p>

<p>3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você teve dificuldade para prestar atenção na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você não quis falar ou ler em voz alta na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você não quis sorrir ou rir quando estava com outras crianças devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você não quis conversar com outras crianças devido aos problemas com seus dentes ou boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você não quis ficar perto de outras crianças devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você não quis participar de esportes e ir ao parque devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Outras crianças tiraram sarro de você ou lhe apelidaram devido aos seus dentes ou sua boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes ou boca?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Várias vezes 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>

CPQ₁₁₋₁₄ - Indivíduos de 11 a 14 anos

<p>Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:</p> <p>1 () Excelente 2 () Muito Boa 3 () Boa 4 () Regular 5 () Ruim</p>
<p>Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?</p> <p>1 () De jeito nenhum 2 () Um pouco 3 () Moderadamente 4 () Bastante 5 () MUITÍSSIMO</p>
<p>Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve?</p>
<p>Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Frequentemente 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Feridas na boca?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Frequentemente 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Mau hálito?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Frequentemente 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Restos de alimentos presos dentre ou entre os seus dentes?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Frequentemente 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Para as perguntas seguintes... Isso aconteceu por causa de seus dentes, lábios, maxilares e boca?</p> <p>Nos últimos 3 meses, com que frequência você:</p>
<p>Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?</p> <p>1 () Nunca 2 () Uma ou duas vezes 3 () Algumas vezes 4 () Frequentemente 5 () Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência você teve:</p>
<p>Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?</p> <p>1 () Nunca</p>

<p>2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Dificuldades para dizer algumas palavras? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você já experimentou esse sentimento por causa de seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se você se sentiu desta maneira por outro motivo, responda “nunca”.</p>
<p>Ficou irritado (a) ou frustrado (a)? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Ficou tímido, constrangido ou com vergonha? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Ficou chateado? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Você já teve estas experiências por causa dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda “nunca”.</p> <p>Nos últimos 3 meses, com que frequência você:</p>
<p>Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente 5 (<input type="checkbox"/>) Todos os dias ou quase todos os dias</p>
<p>Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Uma ou duas vezes 3 (<input type="checkbox"/>) Algumas vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Frequentemente</p>

5 () Todos os dias ou quase todos os dias

Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?

1 () Nunca

2 () Uma ou duas vezes

3 () Algumas vezes

4 () Frequentemente

5 () Todos os dias ou quase todos os dias

Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?

1 () Nunca

2 () Uma ou duas vezes

3 () Algumas vezes

4 () Frequentemente

5 () Todos os dias ou quase todos os dias

OHIP – Indivíduos de 14 a 18 anos

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:
Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você teve problemas para falar alguma palavra? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você ficou preocupado(a)? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você se sentiu estressado(a)? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Sua alimentação ficou prejudicada? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre
Você teve que parar suas refeições? 1 () Nunca 2 () Raramente 3 () As vezes 4 () Repetidamente 5 () Sempre

Você encontrou dificuldade para relaxar? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre
Você se sentiu envergonhado(a)? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre
Você ficou irritado(a) com outras pessoas? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre
Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? 1 (<input type="checkbox"/>) Nunca 2 (<input type="checkbox"/>) Raramente 3 (<input type="checkbox"/>) As vezes 4 (<input type="checkbox"/>) Repetidamente 5 (<input type="checkbox"/>) Sempre