

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS EM CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV ATENDIDAS EM UM POSTO DE ASSISTÊNCIA MUNICIPAL DE MACEIÓ-AL. ESTUDO LONGITUDINAL.

*Icaro Antunes Rosendo
Sônia Maria Soares Ferreira
Daniela Maria Pugliesi
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde*

RESUMO: *O HIV é um retrovírus humano que causa a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS). Podendo ser transmitido através da relação sexual, contato sanguíneo e pela via vertical. Considera-se AIDS pediátrica quando a infecção pelo HIV ocorre em crianças de 0 a 13 anos de idade. O objetivo desta pesquisa foi avaliar as condições bucais em crianças infectadas pelo HIV atendidas em um Posto de Assistência Municipal de Maceió - AL, nos semestres 2010.2 e 2011.1. Foram examinadas 47 crianças. A frequência de lesões bucais foi de 61,6%. A doença cárie foi encontrada em 57,4%, a gengivite estava presente em 57,5%.*

PALAVRAS-CHAVE: *SIDA; HIV; Lesões Bucais.*

ABSTRACT: *HIV is a human retrovirus that causes acquired human immunodeficiency syndrome (AIDS). It is transmitted through sexual intercourse, blood contact and by vertical transmission. It is considered pediatric AIDS when HIV infection occurs in children aged 0 to 13 years old. Thus, the aim of this study was to evaluate the oral conditions in HIV-infected children attending a Municipal Health Center in Maceió - AL, in semesters 2010.2 and 2011.1. We examined 47 children. The frequency of oral lesions was 61.6%. The caries disease was found in 57.4% of patients, while gingivitis was present in 27 children (57.5%).*

KEYWORDS: *AIDS; HIV; Oral Lesions.*

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a ocorrência da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS) foram, sem dúvida, grandes desafios enfrentados pela ciência na virada do século XXI. Atingiram países industrializados e em desenvolvimento, constituindo uma epidemia com sérias conseqüências tanto do ponto de vista da saúde quanto das sociedades em geral (SOUZA; CASTRO, 2008).

Os primeiros casos de AIDS foram relatados em adultos no início dos anos 80. Em 1982, foram descritos os primeiros casos de AIDS em crianças nos EUA e, desde então, tem sido observado um aumento significativo do número de casos em todo o mundo, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública. Considera-se AIDS pediátrica quando a infecção pelo HIV ocorre em crianças de 0 a 13 anos de idade (Aids Institute, 1998; CDC, 1981; LEGGOTT, 1992).

No Brasil, tem sido observado um crescimento marcante da transmissão heterossexual, com grande número de mulheres infectadas. Cerca de 60% das mulheres infectadas pelo HIV estão em idade fértil, capazes, portanto, de transmitir o vírus HIV para seu filho. Dados do Ministério da Saúde revelam que cerca de 90% dos casos de AIDS pediátrica notificados ocorrem pela Transmissão Vertical (TV) do HIV, ou seja, da mãe para o filho. As crianças têm seu sistema imunológico afetado na plenitude do seu desenvolvimento e crescimento, podendo desenvolver anormalidades neuropsicológicas e falhas no desenvolvimento normal (LEGGOTT, 1992). A transmissão vertical pode ocorrer no útero, em qualquer período da gestação, durante o parto normal ou cesariana ou ainda através do aleitamento materno (LIMA et al., 1994; OMS/UNICEF, 1996).

As significativas anormalidades funcionais decorrentes da infecção pelo HIV tornam as crianças mais suscetíveis às infecções oportunistas, inclusive na cavidade bucal (LEGGOTT, 1992). Em 1994, o Centro para Controle e Prevenção das Doenças (CDC) nos Estados Unidos incluiu algumas manifestações estomatológicas nos critérios de classificação da AIDS pediátrica (LIMA et al., 1994).

Existem várias diferenças entre adultos e crianças quanto à infecção pelo HIV, incluindo a frequência de algumas manifestações estomatológicas (SOARES et al., 2004; SOUZA; CASTRO, 2008). As manifestações estomatológicas mais comumente relatadas em crianças infectadas pelo HIV foram agrupadas por Ramos-Gomes et al. (1999) e classificadas em: lesões comumente associadas à infecção pelo HIV em crianças (grupo 1); lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV em crianças (grupo 2); lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV, mas raramente encontradas em crianças (grupo 3).

As manifestações bucais estão geralmente entre os primeiros sintomas da infecção pelo HIV em crianças. Estas lesões estão diretamente relacionadas com o grau de imunossupressão do paciente, podendo ser consideradas indicadoras da progressão da doença. Dentre elas, pode-se citar a candidíase, infecções herpéticas e hipertrofia das parótidas (AGBELUSI; WRIGHT, 2005). As crianças infectadas pelo HIV apresentam algumas lesões bucais em comum com adultos infectados, porém com padrão diferente de desenvolvimento. Este fato, em parte, pode estar relacionado com o sistema de imunidade imaturo apresentado pelas crianças (KLINE, 1996).

A prevalência das lesões pode variar de 22 a 76% (CASTRO et al., 1999). As crianças infectadas pelo HIV estão propícias a desenvolverem lesões bucais na ordem de 15 a 25 vezes a mais em relação às crianças sem evidência de imunossupressão (SOUZA; CASTRO, 2008).

A experiência de cárie e gengivite em crianças infectadas pelo HIV é elevada, valor justificado pelo alto consumo de medicamentos contendo açúcar, dieta rica em carboidratos para reposição calórico-protéica, menor imunidade contra bactérias cariogênicas, diminuição do fluxo salivar, hábitos inadequados de higiene bucal e falta de informação quanto às práticas de promoção de saúde bucal. Assim, estas crianças representam um grupo especial, em que muitos fatores moduladores da doença cárie e da gengivite fazem parte do cotidiano de suas vidas (HICKS *et al.*, 2000; SOUZA; CASTRO, 2008).

Como a cavidade bucal é facilmente acessível, as manifestações bucais devem ser utilizadas para auxiliar no diagnóstico e intervir na progressão da infecção pelo HIV até o estágio de AIDS, sendo parte do tratamento integral da infecção. Através do exame clínico minucioso periódico, as manifestações bucais mais graves podem ser prevenidas, evitando problemas que eventualmente surgem relacionados à alimentação,

como dificuldade de mastigação e deglutição, acarretando má-nutrição e até mesmo a estigmatização da criança (FREZZINI et al., 2005; SOUZA; CASTRO, 2008).

É imprescindível que o cirurgião-dentista esteja familiarizado com os sinais e sintomas das lesões bucais, pela sua utilidade na avaliação do prognóstico das crianças soropositivas, destacando o aumento da sobrevivência desses pacientes com a introdução da terapia anti-retroviral, e com isso um cuidado maior deve ser dado à saúde bucal, com orientações preventivas, o que contribuirá diretamente para melhorar a qualidade de vida dessas crianças (SOUZA; CASTRO, 2008).

O Brasil apesar de ser considerado um país em desenvolvimento, apresenta um reconhecido programa de controle do HIV/AIDS, considerado um exemplo internacional. Aqui em Maceió, o PAM-Salgadinho desponta como um local de referência, no Estado de Alagoas, no atendimento odontológico aos pacientes soropositivos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consistiu em um estudo observacional transversal no qual foi avaliada a condição bucal (presença de cárie, doença periodontal e lesões estomatológicas) de crianças infectadas pelo vírus HIV. A pesquisa foi realizada em um Posto de Assistência Municipal de Maceió-AL (PAM-Salgadinho), mais especificamente no Bloco I (Assistência em DST/HIV/AIDS), local de referência em nosso Estado na abordagem odontológica a pacientes soropositivos.

Para a realização do estudo, foram selecionadas 47 crianças, de ambos os gêneros, na faixa etária de 0 a 12 anos e que já recebem acompanhamento médico no PAM-Salgadinho, ou seja, que realizam exames periódicos de contagem de células CD4 e de carga viral e são acompanhadas pela pediatra-infeccionista.

O exame clínico bucal foi realizado de acordo com o preconizado pelas Disciplinas de Odontologia Infantil e Clínica Integrada Infantil do Centro Universitário CESMAC/FCBS. Foi utilizada uma ficha clínica específica para avaliar os parâmetros clínicos da doença cárie e da doença periodontal e também da presença de lesões estomatológicas comumente associadas à presença do vírus HIV, a fim de estabelecer o diagnóstico das condições bucais nas crianças soropositivas.

Para o exame da atividade das lesões de cárie, todas as superfícies dos dentes presentes na boca foram examinadas após limpeza profissional com escova de Robison e pedra-pomes, após a limpeza e secagem das superfícies dentais, estas foram devidamente examinadas e a presença de cárie avaliada.

O exame da condição periodontal foi realizado utilizando-se uma sonda periodontal estéril, com o objetivo de verificar a presença de inflamação gengival e a eficiência no controle do biofilme caseiro.

Além disso ainda foi analisada a presença de lesões estomatológicas comumente associadas à presença de vírus HIV.

Com o plano de tratamento elaborado após a coleta dos parâmetros clínicos e baseado no consentimento da orientadora e dos co-orientadores da pesquisa, as crianças receberam os devidos tratamentos.

Todos os dados clínicos foram armazenados em fichas clínicas idealizadas especialmente para a pesquisa, contendo todos os parâmetros avaliados. Também foram anotados os dados referentes ao estado de saúde geral e odontológica relatados pelos pais ou responsáveis pela criança, bem como as informações contidas nos exames laboratoriais (contagem linfócitos CD4 e carga viral).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa foram examinadas 47 crianças, sendo 30 (63,8%) do gênero masculino e 17 (36,2%) do feminino. Segundo a faixa etária é possível observar a distribuição das crianças analisadas, sendo a maior prevalência observada nos pacientes maiores de 6 anos (34%), seguida pela idade abaixo de 2 anos (27,7%). 10 crianças (21,3%) apresentaram idade entre 2 e 4 anos e a menor ocorrência foi verificada na faixa etária compreendida entre 4 e 6 anos (17%).

A Tabela 1 abaixo é apresentada a distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária e o gênero, mostrando uma significativa porcentagem no número de pacientes de baixa faixa etária (0 a 4 anos) que foram abordadas em nosso atendimento, com 23 crianças (49%).

Faixa etária	Total	%
< 2	13	27,7
2 a 4	10	21,3
4 a 6	8	17,0
> 6	16	34,0
Gênero		
Masculino	30	63,8
Feminino	17	36,2
TOTAL	47	100,0

Tabela 1 – Distribuição das crianças analisadas segundo a faixa etária e gênero.

A presença de lesões bucais nas crianças examinadas demonstrou um índice de 61,6% de frequência. Dentre as lesões bucais encontradas, a Candidíase foi a mais prevalente com nove crianças acometidas (19,1%), seguida de oito casos (17%) de lesões do tipo Gengivo-Estomatite Herpética Aguda (GEHA). A prescrição de sulfato ferroso faz parte do protocolo de tratamento destes pacientes, gerando lesões de manchamento por ferro nas superfícies do esmalte dentário de cinco crianças (10,6%). A associação entre as lesões de GEHA e Candidíase foi diagnosticada em dois pacientes (4,3%), como ilustra a Tabela 2.

Lesões Bucais Encontradas	Total	%
Candidíase	9	19,1
Herpes (GEHA)	8	17
Fístulas Endodónticas	5	10,6
Manchamento por Ferro	5	10,6
GEHA + Candidíase	2	4,3

Tabela 2 – Distribuição das crianças analisadas segundo as lesões

A Tabela 3 mostra a distribuição das crianças examinadas quanto aos achados periodontais, evidenciando que 27 crianças (57,5%) apresentaram gengivite. A presença de cálculo supragengival foi verificada em quatro pacientes (8,5%).

Alterações Periodontais	Total	%
Gengivite	27	57,5
Periodontite	-	-
Cálculo supragengival	4	8,5
Cálculo subgengival	-	-

Tabela 3 – Distribuição das crianças analisadas segundo as alterações periodontais.

A Tabela 4 mostra que quanto à presença de doença cárie, 20 crianças (42,6%) estavam livres dessa lesão, enquanto 12 (25,5%) tinham de 1 a 3 dentes cariados, 5 crianças (10,6%) tiveram de 4 a 6 dentes com cárie e 10 (21,3%) possuíam 7 ou mais dentes acometidos.

Ainda na Tabela 4 verifica-se que 33 crianças (70,2%) foram expostos ao vírus HIV enquanto 14 (29,8%) estavam infectados e, com relação ao aleitamento desses pacientes, a maioria das mães (63,8%) relatou não ter amamentado seus filhos, enquanto 17 (36,2%) mães realizaram a amamentação.

Número de dentes cariados	Total	%
Nenhum	20	42,6
1 a 3	12	25,5
4 a 6	05	10,6
7 ou mais	10	21,3
Exposto/ Infectado		
Exposto	33	70,2
Infectado	14	29,8
Amamentação		
Sim	17	36,2
Não	30	63,8
TOTAL	47	100,0

Tabela 4 – Distribuição das crianças analisadas segundo o número de dentes cariados, exposição ao vírus e amamentação

Há uma diferença extrema entre o sistema imunológico de um adulto e de uma criança, principalmente quando se fala sobre a infecção pelo vírus HIV. Crianças infectadas verticalmente têm um sistema imune imaturo, diante de um período de incubação mais curto, resultando deste modo em um processo de doença mais agressivo (NAIDOO; CHIKTE, 2004). Observando os dados do estudo realizado, verificamos que houve uma porcentagem significativa de crianças menores de 2 anos de idade, sendo importante intervir no acompanhamento dos bebês o mais precocemente possível, de modo que se ocorrer algum tipo de alteração bucal, esta possa ser detectada e tratada rapidamente a fim de que não tome uma maior proporção, pois segundo Ramos-Gomez et al. (2000) as manifestações orais tem maior valor prognóstico do que a própria contagem das células CD4.

A transmissão vertical incontestavelmente é a principal fonte da infecção pediátrica pelo vírus HIV (NAIDOO; CHIKTE, 2004). A transmissão vertical pode ocorrer sob diversas maneiras, desde fluidos maternos durante o trabalho de parto, através da amamentação e cruzando a placenta (NAIDOO; CHIKTE; 2004). Em nosso estudo prevaleceu o tipo de parto cesariana com 66% dos casos, o Ministério da Saúde recomenda que as mães infectadas/expostas ao vírus HIV a não terem seus bebês por meio do parto normal por apresentar um maior risco de transmissão do vírus, ainda assim 34% das mães de nossos pacientes tiveram parto normal. Este fato foi justificado pelas mães devido ao desconhecimento de estarem infectadas antes do período do parto.

O desenvolvimento da candidíase em uma pessoa com infecção pelo HIV pode refletir na progressão da doença (JACOB et al., 1998). Em nosso trabalho a lesão bucal mais prevalente foi a candidíase com 19% das crianças atendidas e o tipo mais prevalente foi a pseudomembranosa. As lesões por herpes foram a segunda lesão mais frequente, acometendo 17% das crianças analisadas, resultados semelhantes também foram apontado por alguns trabalhos (JACOB et al., 1998; CERQUEIRA et al., 2004; NAIDOO; CHIKTE; 2004).

A candidíase oral é a infecção oportunista mais comum nas crianças soropositivas, e pode ocorrer em mais de 72% dos casos segundo Cerqueira et al. (2007). Este fato constitui um importante achado diagnóstico, pois pode auxiliar a detectar a doença de maneira precoce, intervindo cedo para melhorar a qualidade de vida do paciente, além de servir como marcador da progressão da doença e da imunossupressão (CHEN et al., 2003; PONGSIRIWET et al., 2003). Por isso o cirurgião-dentista deve ser capaz de

reconhecer tais lesões, um diagnóstico precoce possibilita uma intervenção mais rápida, reduzindo assim a morbidade desses pacientes (RAMOS-GOMES et al., 2000).

A conscientização desses pacientes sobre a importância de uma adequada higienização é muito difícil, pois a maioria dos pacientes envolvidos nesta pesquisa apresentavam nível sócio-econômico-cultural desfavorecido e/ou eram órfãos. Diante disso, verificamos um índice de gengivite de 57,5% nas crianças avaliadas. Este alto índice de gengivite estava quase sempre associado à presença de muito biofilme aderido à superfície dental. A gengivite em crianças saudáveis está relacionada basicamente a uma má higienização bucal, enquanto que nos imunossuprimidos ela pode ocorrer até mesmo na ausência de biofilme, podendo ainda persistir mesmo com uma boa higienização (LEGGOTT, 1992; GUERRA et al., 2007). Esta persistência foi notada em alguns desses pacientes analisados.

A cárie dental constitui um problema de saúde pública no Brasil, seja ela em indivíduos saudáveis ou infectados pelo vírus HIV. 57,4% das crianças avaliadas apresentaram-se com lesões cáries, o que demonstra a necessidade de criação de programas de orientação, direcionados aos pais e/ou responsáveis, sobre higienização, controle da dieta e cuidados bucais.

Houve um índice considerável de crianças livres de cárie (42,6%) comparado a outros estudos (HICKS et al., 2000; TOFSKY et al., 2000; PONGSIRIWET et al., 2003,). Este dado pode ser explicado pelo número de pacientes menores de quatro anos de idade (49%). Nestes pequenos pacientes, ainda é possível a instalação de um programa educativo/preventivo, de conscientização dos responsáveis sobre os benefícios de uma boa higiene bucal. Além disso, as tentativas de mudanças na dieta ainda podem ser realizadas com sucesso nestes pacientes, pois, na maioria das vezes, essas crianças ainda não estão com os hábitos dietéticos totalmente instalados.

Um agente agravante é a correlação direta entre o baixo sistema imunológico e a alta experiência de cárie, como mostra o trabalho de Vieira et al. (1998), em que 42 crianças infectadas verticalmente foram examinadas a fim de se determinar o índice de cárie. Os autores observaram que quanto maior a deficiência imunológica, maior é a prevalência da cárie.

Souza e Castro (2008) citaram que a alta incidência de cárie nesses pacientes também pode ser explicada por outros agravantes presentes na rotina dessas crianças. Como o uso prolongado de medicamentos açucarados, alterações no fluxo salivar devido aos medicamentos ou por alterações nas glândulas salivares, além de uma dieta rica em carboidratos, internações constantes e déficit na higiene oral.

No Brasil, o Sistema Público Saúde é considerado muito bom, em nível de referência mundial em relação ao tratamento e suporte dado aos pacientes soropositivos. Desde os exames laboratoriais para diagnosticar a doença, até os tratamentos com medicamentos fornecidos pelo governo, comprovam tal eficácia. Vários países como a África do SUL (NAIDOO; CHIKTE, 2004) e Tailândia (PONGSIRIWET et al., 2003) não possuem tal assistência, isso pode ser constatado no estudo desses autores.

Os anti-retrovirais um papel fundamental na expectativa de vida dos pacientes HIV positivos segundo dados do Ministério da Saúde. Na criança, em particular, essa adesão depende mais da conscientização dos pais/responsáveis. Isto muitas vezes dificulta o real resultado dessa terapia por não haver um comprometimento efetivo por parte desses acompanhantes, relatando a resistência da criança em fazer uso de tal medicamento ou ainda que a rotina de horários nem sempre podem ser cumpridas.

Dos pacientes atendidos por nossa pesquisa, 70% eram expostas ao vírus HIV. Mas tem que se considerar ainda que anticorpos IgG transmitidos pela mãe ao filho, detectados pelos testes para diagnóstico, podem perdurar na criança até os 18 meses de

vida, fazendo com que até a idade de 1 ano e 6 meses os exames disponíveis no serviço público não sejam suficientes para confirmar a infecção nas crianças expostas à transmissão vertical (SOUZA; CASTRO, 2008).

Somente após esse período de 18 meses, se a carga viral destas crianças continuar nula, pode-se dizer que elas realmente não foram infectadas. Isto se deve a algumas precauções simples tomadas pelas mães, como o uso da terapia anti-retroviral ainda durante a gestação e a terapia imediata desses bebês que de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, deve ser realizada ainda na sala de parto, com no máximo 2 horas de vida, através da administração do AZT solução oral. Na maioria dos casos de crianças infectadas as mães relataram não saber que eram portadoras do vírus até o momento da gestação. Outras não fizeram sequer um exame pré-natal, apenas descobrindo ser soropositiva após uma internação hospitalar grave de seu filho(a).

No Estado de Alagoas o PAM-SALGADINHO é considerado um centro de referência no atendimento de pacientes HIV positivos. As crianças avaliadas na pesquisa foram submetidas ao teste de ELISA gratuitamente no próprio laboratório do centro (LACLIM). O ELISA é um processo imunoenzimático que detecta anticorpos circulantes contra o vírus (SOUZA; CASTRO, 2008). Ao nascer a criança deve repetir exames laboratoriais como hemograma, até completar 18 meses de vida, quando pode ser feito o teste diagnóstico. Até esse período, não pode afirmar se a criança foi somente exposta ou está realmente infectada (SOUZA; CASTRO, 2008; Ministério da Saúde, 2009).

O Ministério da Saúde não recomenda o aleitamento materno nesses casos, devendo este ser substituído por uma fórmula láctea, a mesma deve ser ofertada por meio do centro responsável pelo tratamento até a criança completar 1 ano de vida. Diversos autores (RAMOS-GOMES, 2000; PONGSIRIWET et al., 2003; NAIDOO; CHIKTE, 2004; GUERRA et al., 2007; SOUZA; CASTRO, 2008) têm citado em seus estudos a possibilidade da transmissão através da amamentação. Em nosso estudo, 36% das mães realizaram o aleitamento materno, algumas afirmavam não saber que estavam infectadas pelo vírus ou que não sabiam dessa orientação.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que 61,6% das crianças analisadas apresentaram algum tipo de lesão bucal, a Candidíase foi a mais prevalente, estando presente em 19,1% dos pacientes. Em virtude da alta prevalência de cárie e gengivite (57,4% e 57,5%, respectivamente), é de extrema importância a criação de programas educativos/preventivos que estimulem os pais e/ou responsáveis a realizar a higienização bucal dessas crianças. A participação do cirurgião-dentista é fundamental na detecção precoce das lesões bucais que acometem as crianças soropositivas, visando à melhora na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AGBELUSI, G. A.; WRIGHT, A. A. Oral lesions as indicators of HIV infection among routine dental patients in Lagos, Nigeria. **Oral Diseases**, v. 11, p. 370-373, 2005.

AIDS INSTITUTE. **Criteria for the medical care of children and adolescents with HIV infection**. New York: Department of health, 1998. 259 p.

CASTRO, G. F. et al. Frequency of oral manifestations in HIV-infected children. **J. Dent. Res.**, v. 78, n. 5, p. 1026, 1999.

CDC - Center for Disease Control and Prevention. Pneumocystis pneumonia – Los Angeles, v.30, p. 250-250, 1981.

CERQUEIRA, D. F. et al. Examining dentinal carious lesions as a predisposing factor for the oral prevalence of *Candida spp* in HIV-infected children. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, v. 74, n. 2, p. 98-103, 2007.

CHEN, J. W. et al. Association of dental health parameters with oral lesions prevalence in human immunodeficiency virus-infected romanian children. *Pediatric Dentistry*, v. 25, n. 5, p. 479-83, 2003.

HICKS, M. J. et al. Dental caries in HIV-infected children: a longitudinal study. **Pediatric Dentistry**, v. 22, n. 5, p. 359-64, 2000.

KLINE, M. W. Oral manifestations of pediatric human immunodeficiency virus infection: a review of the literature. **Pediatrics**, v. 97, n. 3, p. 380-388, 1996.

LIMA, O. C. C., SILVEIRA, F. R. X., BIRMAN, E. G. Manifestações bucais de origem infecciosa em pacientes HIV-positivos ou com AIDS – I. Doenças Fúngicas. **Rev. Assoc. Bras. Odontol.**, v. 2, n. 1, p. 28-32, 1994.

LEGGOTT, P. J. Oral manifestations of HIV infection in children. **Oral Surg. Oral medical. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 3, n. 2, p. 87-92, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações para terapia Anti-retroviral em crianças infectadas pelo HIV**. 1 ed. Brasília: MS Editora, p. 49-96, 2009.

NAIDOO, S.; CHIKTE, U. Oral-facial manifestations in paediatric HIV: a comparative study of institutionalized and hospital outpatients. **Oral Diseases**, v. 10, p. 13-18, 2004.

OMS - Organização Mundial das Nações Unidas/Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Ações em prol de crianças afetadas pela AIDS: perfis programáticos e lições aprendidas**. Brasília, 1996. 195 p.

RAMOS-GOMEZ, F. J. et al. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 10, p. 3-11, 2000.

SOARES, L. F. et al. Candidíase bucal em crianças infectadas pelo HIV – acompanhamento de quatro anos. **RBO**, v. 59, n. 5, p. 341-343, 2002.

SOUZA, I. P. R.; CASTRO, G. F. **Abordagem odontológica da criança infectada pelo HIV**. 1 ed. Rio de Janeiro: Santos Livraria Editora, p. 166, 2008.