

ASPECTOS ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV EM PACIENTES PEDIÁTRICOS – UMA ABORDAGEM ATUAL

ORAL ASPECTS THE HIV INFECTION IN PEDIATRIC CHILDREN – AN ACTUAL APPROACH

*Dennis C Ferreira¹, Ana PV Dias², Philippe Godefroy³, Daniela D Gardioli⁴,
Paula BM Mello⁵, Rosiângela S Knupp⁶*

RESUMO

Introdução: atualmente o controle da infecção pelo HIV tem sido abordado em todas as fases da vida, a fim de proporcionar a estes pacientes uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** apresentar um enfoque atual da infecção pelo HIV em pacientes pediátricos, demonstrando os diversos aspectos das manifestações orais. **Métodos:** foi realizado um levantamento bibliográfico que utilizou periódicos científicos, livros técnicos e publicações de organismos internacionais (Medline e Lilacs – dos últimos 10 anos). **Resultados:** pacientes pediátricos apresentam características próprias que os diferem das manifestações da infecção em adultos. Este percurso transcorre desde a privação do aleitamento materno, na busca de um aleitamento artificial o mais próximo possível do natural, tanto nos fatores nutricionais como afetivos, até que ocorra o correto desenvolvimento do sistema estomatognático, de modo que o padrão de encaixe dentário seja compatível com a normalidade. Por outro lado, quanto à incidência da doença cárie, ela é influenciada pelos anti-retrovirais ricos em sacarose, de forma que sinalizam a necessidade de um trabalho de promoção de saúde bucal, embora estes favoreçam a redução das diversas manifestações estomatológicas. **Conclusão:** o conhecimento de aspectos específicos da infecção pelo HIV em crianças concede aos diversos profissionais que militam neste campo apoio fundamental na escolha dos meios de fornecer a estes pacientes um melhor prognóstico com uma maior sobrevida e aos seus responsáveis mais tranquilidade durante o acompanhamento clínico.

Palavras-chave: aids, HIV, criança

ABSTRACT

Introduction: nowadays HIV infection control have been realized in every life status, that's to promotion for this patients the better quality of life. **Objective:** to present an up-to-date focus in children infected with human immunodeficiency virus (HIV), to report several aspects of oral clinical manifestations. **Methods:** Was reviewed bibliographic material from scientific periodics, technical books, publications of international and national organizations (Medline and Lilacs – in the last ten years). **Results:** pediatric patients with HIV infection present individual characteristics that are different from the one observed in adult patients. It begins on the privation of breast-feeding, to need a similar feeding as this entity to looking for simulate this act, giving nutrition components and emotional care to improve on the balance development of the masticatory system, that to stay on the normal pattern. In contrast, the experience of caries is constant mostly because of the chronic influence for the utilization of sweetened liquid medicines, that to signalize the necessity to work of oral health promotion. Although, this medications has been promoting a decrease in the prevalence of soft-tissue oral lesions. **Conclusion:** the Knowledge of the specific aspects of children HIV infection, allow a multidisciplinary professional group to choose and to promote the best way in the promotion of health during the ambulatory clinic.

Keywords: aids, HIV, child

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):53-57, 2004

INTRODUÇÃO

Há uma grande atenção a nível mundial quanto à via de contaminação de crianças pelo HIV, pois o número de crianças infectadas continua crescendo progressivamente, tornando-se uma das cinco principais causas de morte em crianças no mundo¹ sendo

que, de um outro lado, o tempo de sobrevida dos portadores do vírus também tem aumentado. Dentro desta realidade, torna-se necessário estudar outros aspectos desta doença, procurando promover um melhor prognóstico e com isto uma melhor qualidade de vida para estas crianças infectadas.

Vários estudos^{2,3} atualmente se voltam para lesões bucais e sua ligação com a microbiologia, como também para experiência das doenças cárie e periodontal, buscando sempre descrever fatores próprios da infecção pelo HIV. Unidas a estes, encontram-se as mal-oclusões ainda não estudadas em trabalhos anteriores nesta população, no entanto, entidade de bastante significância devido à sua etiologia multifatorial⁴.

Tanto o pediatra quanto o odontopediatra possuem um papel importante no acompanhamento do desenvolvimento craniofacial, bem como no estabelecimento da dentição decídua considerada de padrão normal, principalmente na fase de transição entre

¹Especialista em Odontopediatria – UFRJ e Setor de DST - UFF.

²Especialista em Ginecologia e Obstetrícia – UERJ e Setor de DST - UFF.

³Interno SCMRJ e Setor de DST – UFF.

⁴Graduanda em Enfermagem – UFF e Monitora Setor de DST - UFF

⁵Mestre em Odontologia Social – UFF e Prof.^a de Odontologia Coletiva – UNESA/Saúde Coletiva e Clínica Integrada – Faculdade São José.

⁶Mestre em Odontologia Social – UFF, Prof.^a do Departamento de Odontologia Social e Preventiva – UFRJ.

Realização: Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFRJ e Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF.

as dentições, buscando fornecer também orientações próprias para cada etapa do desenvolvimento estomatognático sujeitos à influência de diversos fatores, que irão desde a presença de hábitos de sucção não nutritivos até fatores genéticos, procurando sempre direcionar para uma oclusão harmoniosa e funcional⁵.

Sendo assim, este trabalho procurou demonstrar um enfoque atual da infecção pelo HIV, apontando estudos relacionados com aspectos orais e a forma como se deve abordar estes pacientes e seus responsáveis a fim de conceder a estes uma melhor qualidade de vida.

INFEÇÃO PELO HIV

No período de 1980 a 2001, foram notificados 227.523 casos de aids no Brasil, pelo do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis^{6,7,8}, em que os menores de 13 anos de idade infectados totalizaram de 7.846 casos.

Sendo uma infecção considerada quase 100% fatal, o percurso de sua progressão é altamente variável. Nos indivíduos infectados, o vírus pode ser encontrado na maioria dos fluidos corporais, tendo sido observado no soro, sangue, sêmen, saliva, lágrima, urina, leite materno, otossecções e secreções vaginais⁹.

No Brasil, as crianças e mulheres infectadas geram uma grande preocupação, pois a via perinatal ou vertical de transmissão do vírus é a principal^{10,11,12,13}. A mãe portadora do vírus é a fonte de contágio da criança. Este contágio vai ocorrer no período pré-natal, no momento do parto (com exposição ao sangue e secreções vaginais) ou no período pós-natal, por meio da amamentação natural. Durante a gestação, a terapia anti-retroviral tem ajudado a prevenir e controlar a infecção via vertical^{1,14,15,16}. Sabendo que os lactentes de mães infectadas possuem anticorpos maternos anti-HIV circulantes, o teste ELISA não é confiável antes da idade de 18 meses, sendo este estado do HIV nestas crianças considerado indeterminado, a menos que sejam utilizados outros exames laboratoriais¹⁷.

Contudo, outras vias de transmissão do HIV também foram descritas, sendo elas: o contato sexual, a exposição parenteral ao sangue, a inseminação artificial e o transplante de órgãos⁹.

Vários fatores podem influenciar no prognóstico da infecção pelo HIV, podendo ser a idade em que a infecção foi adquirida, sua via de transmissão e seus sintomas¹⁸. A saúde destas crianças será favorecida pelo uso de medicamentos anti-retrovirais, buscando impedir a replicação do vírus.

A terapia anti-retroviral sofreu muitas modificações decorrentes de novos estudos. A partir de 1995-1996 novas recomendações surgiram, pois durante o período de 1987 até 1994, havia somente uma classe drogas com eficácia reconhecida: os análogos de nucleosídeos, ficando assim a monoterapia pelo AZT ultrapassada¹⁰.

Dentro destas mudanças, a alta velocidade da replicação do vírus, levando a conseqüentes mutações, traz consigo o estabelecimento de formas de resistência, que é, a princípio, uma conseqüência inevitável do uso prolongado da medicação e que gera grandes preocupações, uma vez que pode levar à resistência de toda a classe do medicamento. Por outro lado, conduziu a comunidade científica ao entusiasmo de novas possibilidades terapêuticas, com indicação de tratamento precoce e agressivo. O efeito

dos antivirais é temporário, embora algumas combinações tenham efeito prolongado¹⁰.

A decisão do momento exato de utilizar a terapia antiretroviral, dá-se por meio de três fatores determinantes, que somam a carga viral destes pacientes, a contagem de linfócitos T CD4+, além do estado clínico destes pacientes¹⁹.

Os medicamentos antivirais trazem efeitos colaterais que podem variar de paciente para paciente e dependendo do tipo de combinação terapêutica utilizada, conduzirão à presença de alterações sistêmicas locais e orais. Como exemplo, caso seja utilizado o AZT (zidovudina), os pacientes podem apresentar mal-estar, dores de cabeça, intolerância gastrointestinal até supressão da medula óssea com anemia e neutropenia¹⁰.

Procurando reduzir a morbidade e mortalidade, a terapia anti-retroviral ainda não alcançou a eliminação da infecção pelo HIV, porém tem buscado alcançar a máxima redução da carga viral e fazer com que esta seja constante, conduzindo a uma melhor função imunológica destes pacientes, melhorando assim a qualidade de vida¹⁹.

As crianças infectadas pelo HIV podem permanecer assintomáticas por meses ou anos antes de progredir para aids e dependendo do grau de imunossupressão a apresentação clínica pode variar¹⁷.

São muitas as manifestações clínicas da infecção pelo HIV, o que fez o Centro de Controle de Doenças (CDC), em 1994, dividi-las por categorias¹⁷:

N Não-sintomática

- A Leve** – que pode exibir linfadenopatia, parotidite entre outras;
- B Moderada** – apresentam infecções bacterianas recorrentes, candidíase, diarreia crônica e pneumonia intersticial linfóide, além de outros sinais e sintomas;
- C Severa** – na qual está estabelecida a aids.

MANIFESTAÇÕES ORAIS

As manifestações orais em pacientes pediátricos soropositivos para o HIV, não apresentam a mesma frequência que no adulto, o que está diretamente relacionado com o rápido progresso da infecção nestas crianças. Estas lesões sinalizam com indicadores da progressão da doença, ausência de eficácia do tratamento anti-retroviral, como também podem preceder as manifestações sistêmicas da aids, ressaltando assim a importância de um completo exame estomatológico².

Da mesma forma que nos adultos as manifestações orais em pacientes pediátricos foram divididos em três grupos², sendo estes:

- **1.º grupo:** lesões comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV: candidíase, herpes simples, eritema linear gengival, aumento da parótida e úlceras aftosas recorrentes;
- **2.º grupo:** lesões menos comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV: papiloma, xerostomia e doença periodontal;

- **3.º grupo:** lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV em adultos, mas que são raramente observadas em pacientes pediátricos: sarcoma de Kaposi, linfoma e leucoplasia pilosa.

Um estudo sobre a incidência de lesões bucais observadas durante um ano em 15 crianças de faixa etária entre 2 a 12 anos de idade, que adquiriram o vírus HIV através de transmissão vertical perinatal, foi realizado³. Sendo assim, candidíase foi à lesão mais comum, diagnosticada em 9 crianças e estava associada com o mais severo estágio de imunodeficiência. Foi observado também que apenas uma criança apresentava leucoplasia pilosa no bordo esquerdo da língua associada a candidíase, respondendo positivamente à terapia com Aciclovir.

A leucoplasia pilosa, um caso raro de manifestação bucal em crianças infectadas pelo HIV, é, nos adultos uma lesão comumente encontrada. Além de ser um dos primeiros sinais clínicos, foi um confiável indicador de infecção pelo HIV ao realizarem o relato de um caso em um menino de 9 anos de idade²⁰.

A terapia com coquetel anti-retroviral têm promovido uma diminuição na prevalência de manifestações bucais em tecidos moles. No entanto, apresentam elevado teor de sacarose^{2,18,21}, que aliado a outros fatores favorecem a estas crianças infectadas terem uma maior experiência de cárie dental do que crianças que não apresentam quadro de imunossupressão²².

Realizando uma correlação¹⁸ entre manifestações bucais e a classificação clínica e imunológica da doença, foram examinadas 92 crianças, nas quais se verificou uma prevalência de 29% para manifestações bucais, com um total de 9,8% para candidíase como a mais freqüente e 1,1% para leucoplasia pilosa e periodontite. Quanto à prevalência de cárie dental na dentição decídua destas crianças até 5 anos de idade foi a mais expressiva 3,36% nas mais comprometidas, clínica e imunologicamente. No entanto, as crianças com mais de 5 anos de idade tiveram ceo-d (somatório em total de dentes cariados, com extração indicada e obturados na dentição decídua) igual a 8,42% e CPO-D (total de dentes cariados, perdidos, extraídos e com extração indicada, e obturados na dentição permanente) igual 2,06%.

Sendo assim, a experiência de cárie nas crianças infectadas pelo HIV em comparação com as crianças sem evidências de imunossupressão demonstra-se estatisticamente significativa²³. Contudo, estas médias de ceo-d e CPO-D são bastante elevadas^{24,25}, de forma que alguns fatores podem corroborar de forma direta, tais como a falta de informação dos pais sobre a higiene bucal dos seus filhos, higiene bucal de baixa qualidade, consumo elevado de sacarose presente nos medicamentos, menor imunidade a bactérias cariogênicas e diminuição do fluxo salivar^{26,27,28}.

Quanto à doença cárie, esta possui sua patogenia através do acúmulo de microrganismos sobre a superfície dentária²⁹, ressaltando que nas crianças infectadas pelo HIV a deficiência na imunidade do paciente não é o fator etiológico da doença cárie³⁰, devendo ser trabalhado o controle da doença da mesma maneira que qualquer outro grupo. Deste modo, os profissionais de Odontologia³¹ devem adotar uma postura preventiva e educativa para melhorar a saúde da população, sendo uma contribuição efetiva o ensinamento da técnica de escovação aos seus pacientes. Este controle rigoroso da placa bacteriana por parte do paciente (com técnica dirigida às superfícies dentárias de maior risco de suscetibilidade à cárie dental) está inserido em um grupo de

medidas, nas quais destacamos o aconselhamento e uso racional de dieta não cariogênica, orientação para higiene e saúde oral (qualidade da escovação, uso do fio dental e supervisão dos responsáveis durante as escovações, principalmente em crianças menores de 10 anos de idade), uso racional de fluoretos (que devem estar presentes na cavidade bucal em alta frequência e baixa concentração), uso racional de selantes e controle de placa bacteriana pelo profissional³².

Porém, avaliando o conhecimento e as atitudes de 12 médicos pediatras, que atendem crianças infectadas pelo HIV, com relação à cárie de estabelecimento precoce e práticas de saúde bucal, um grupo de pesquisadores³⁰ recolheu informações por meio de um questionário sob a forma de entrevista, em um ambulatório de aids pediátrica do Rio de Janeiro. Verificaram que 100% da amostra tinham conhecimento sobre cárie de estabelecimento precoce, porém apenas 50% consideram que uma criança infectada pelo HIV pode apresentar maior risco de desenvolvê-la. Como também 83,3% consideram em que o risco dos pacientes seja devido à deficiência imunológica. Já 75% dos médicos consideram que o uso de medicamentos açucarados aumenta o risco de carie precoce em crianças HIV positivas. No entanto, todos indicam a ingestão de medicamento associado a líquido açucarado, e ainda apenas 25% orientam a higienizar após o uso do medicamento.

Desta forma, em outro estudo⁵, avaliando os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras com relação à saúde bucal em Goiânia – GO, um outro grupo de pesquisadores observou que a grande maioria destes afirmou possuir informação sobre os fatores etiológicos (94,8%) e os métodos de prevenção da doença cárie (96,9%), bem como repassou estas informações aos pais (89,6%), além de examinar os dentes das crianças durante as consultas pediátricas (88,5%) e conceder orientações aos pais sobre higiene bucal (89,6%).

Ainda compondo esta avaliação, na opinião dos pesquisadores os profissionais responsáveis pela prevenção da cárie dental nos primeiros anos de vida são o cirurgião-dentista e o médico, atuando de forma integrada (67,7%). Estes dados vem ao encontro da descrição realizada por outros autores³⁰ de que especificamente os médicos generalistas e pediatras, com relação à saúde bucal, exercem um papel privilegiado enquanto educadores, por serem estes os primeiros profissionais a acompanharem a criança, quando hábitos nocivos ainda não estão instalados. Sugerindo assim que as relações entre os diversos profissionais das áreas de saúde sejam mais estreitadas, a fim de viabilizar a troca de conhecimentos, para que ocorra a educação do paciente quanto aos hábitos de saúde bucal.

Influência do aleitamento materno

A importância do aleitamento materno está diretamente ligada a seus benefícios nutricionais, imunológicos e no padrão de desenvolvimento da função e oclusão das crianças. Dentre suas vantagens podemos destacar a menor tendência a desenvolver alergias nutricionais, o fornecimento de defesas imunológicas, além da maior proximidade mãe-filho e suprimento das necessidades de sucção da criança^{14,33}.

Em alguns casos, a amamentação ocorre em condições especiais^{14,34}. Os bebês com fissuras palatinas e lábio leporino, os recém-nascidos de baixo peso e os acometidos por icterícia precoce e prolongada, a mastite, o abscesso mamário e a infecção pelo HIV são as alterações mais comuns. O leite materno também pode ser veículo de agentes infecciosos de origem bacteriana, fúngica, parasitária e viral³⁴.

A amamentação natural é uma forma de transmissão em mulheres infectadas pelo HIV, onde estas mães são orientadas a conduzir seus filhos ao aleitamento artificial¹⁴. Recomenda-se o uso de mamadeiras com bicos fisiológicos³³ buscando simular a amamentação natural, procurando tornar este ato o mais próximo possível ao real. Evita-se assim, a instalação de hábitos viciosos de sucção não fisiológica, que poderão influenciar negativamente no desenvolvimento normal da função e oclusão destas crianças.

Caso o bebê tenha de ser alimentado por mamadeira, assim se deve proceder, caso contrário, este poderá apresentar algumas dificuldades na fala, não ter um bom encaixe entre os dentes superiores e inferiores, ter os músculos da face flácidos e respirar pela boca³⁵.

Não se deve poupar o trabalho das estruturas orais, de forma que possibilite ao bebê repetir o mesmo esforço que faz ao sugar o peito da mãe. Por isso, a necessidade de escolher cuidadosamente o bico da mamadeira, que deve ser do tipo ortodôntico, de maneira que a sucção seja vigorosa. O bico deve possuir furo de tamanho adequado para a passagem do leite, não devendo ser aumentado³⁵.

Alguns antiretrovirais³⁶, têm sido utilizados de forma efetiva na redução do risco de transmissão intra-uterina e no canal do parto. Porém atualmente, não há trabalhos que confirmem com precisão a redução do risco de transmissão do HIV pelo leite materno.

As estratégias têm sido propostas e são estas: o aleitamento materno voluntário; o aconselhamento, para que as mães tenham informações necessárias para tomar uma decisão fundamentada de realizar ou não o aleitamento. Outras propostas descritas são as formulações e alimentos infantis fornecidos às mães soropositivas durante a gravidez³⁶.

Ao nascimento, o bebê tem o queixo retraído e pequeno, pois sua cavidade bucal é pequena, levando-se ao posicionamento da língua mais anterior, apoiando-se sobre a gengiva, podendo ficar entre os lábios. Dentro desta realidade, durante o aleitamento, o bebê elevará a língua, gerando uma pressão do mamilo contra o palato, porém a mandíbula se movimenta para frente e para trás, extraindo assim o leite materno. Então, estes movimentos irão gerar, um grande esforço dos músculos da face, estimulando o crescimento da mandíbula e ao mesmo tempo prevenindo problemas nos dentes e ossos da face³⁵.

Outro ponto, que vale a pena enfatizar é que, durante o aleitamento natural, a possibilidade de respiração é apenas nasal, o que é fundamental, pois o ar é filtrado, aquecido e umedecido, proporcionando assim um estímulo no desenvolvimento das estruturas orais³⁵.

Mal-oclusões

Os fatores etiológicos das mal-oclusões, já foram bastante descritos na literatura, pois a sua formação não pode ser estudada

de forma isolada, sendo estas a: doença cárie, a hereditariedade, as causas de desenvolvimento de origem desconhecida, os traumatismos, a presença de agentes físicos, os hábitos de sucção e a má-nutrição⁴.

Quanto à observação do encaixe dos dentes e possíveis mal-oclusões³⁷ realizou-se a avaliação de 52 crianças infectadas pelo HIV com idade entre 2 e 12 anos. Os autores observaram que o padrão facial simétrico, o perfil do tipo reto e os arcos do tipo I de Baume (com espaços entre os dentes) foram os de maior frequência. Para as mal-oclusões, a mordida aberta (30,8%) esteve presente de forma mais expressiva que a mordida cruzada (25%). Quanto a sobressaliência e a sobremordida, ambas mais encontradas foram do tipo leve. Para a relação de molar, a do tipo degrau mesial foi a mais observada para ambos os lados, da mesma forma para a relação canino do tipo Classe I de Angle. Já a relação de molar permanente de maior frequência foi a do tipo Classe I bilateral. Este grupo estudado apresentou características bastante significativas, próximas aos padrões considerados de normalidade.

Também foi estudado o retardo na erupção dentária quanto maior fosse a gravidade da infecção pelo HIV, que foi confirmado por um trabalho realizado com 70 crianças com diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV, entre 5 meses e 13 anos³⁸. Corroborando com este estudo anterior³⁹, observaram o padrão de retardo na erupção de dentes decíduos e permanentes, associando este atraso de erupção de primeiros molares e incisivos centrais permanentes com a gravidade da infecção pelo HIV. Onde examinaram 48 crianças infectadas pelo HIV, com média de idade de 88,9 meses, de ambos os sexos. Verificaram assim, que o padrão de atraso da erupção dos primeiros molares permanentes apresentou relação estatisticamente significativa com o CD4+%, o que não ocorreu com a classificação clínica e imunológica. Porém, 53,8% das crianças com atraso na erupção estavam classificadas na categoria (C) de sintomas graves e 76,9% na categoria 3 de imunossupressão grave. Já os incisivos centrais possuíam 31,3% de atraso na erupção, sem ser observada relação estatística com relação ao CD4+% e a classificação da infecção. A média de CD4+% das crianças com atraso na erupção foi de 16% com imunossupressão moderada, 73% na categoria C da infecção e 66% com imunossupressão grave. Afirmando assim que o atraso da erupção pode estar associado com a gravidade da infecção pelo HIV.

Porém, na literatura, são escassos os trabalhos que correlacionem mal-oclusões com hábitos de sucção não-nutritivos nesta população de crianças infectadas pelo HIV³⁷.

Desta forma, a visão do corpo como um todo, a identificação e o reconhecimento da existência de uma mal-oclusão dentária, que pode estar associada aos fatores respiração bucal e alteração postural e seu tratamento em idade precoce, representam uma esperança terapêutica e a mais importante e acessível prevenção das doenças que se manifestam nos sistemas respiratório, esquelético e digestivo⁴⁰.

CONCLUSÃO

O enfrentamento da infecção pelo HIV, como problema de saúde pública, perpassa pelo conhecimento profundo e atualizado

da doença pelos profissionais de saúde trabalhando numa perspectiva multiprofissional, com base não só nos princípios científicos, mas também nos princípios éticos.

O acolhimento do pequeno paciente e da sua família é fundamental na humanização das relações paciente/profissional, com foco não só na doença, mas também no ser humano.

O conhecimento de aspectos específicos da infecção pelo HIV em crianças concede, aos diversos profissionais que militam neste campo, apoio fundamental na escolha dos meios de fornecer a estes pacientes um melhor prognóstico com uma maior sobrevida e, aos seus responsáveis, mais tranquilidade e motivação durante o acompanhamento clínico.

Sendo assim, é de suma importância o trabalho conjunto dos profissionais de saúde no acompanhamento e esclarecimento à família do pequeno paciente, para efetivamente se promover saúde e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- RAMOS-GOMEZ, F.J. *et al.* Risk factors for HIV-related orofacial soft-tissue manifestations in children. *Pediatric Dent.*, v.18, n.2, p.121-126, 1996.
- ISRAEL, M. S.; PIMENTEL, R.; MACIEL, V. A. *et al.* Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. *RBO*, v.59, n.5, p.335-337, Set./Out. 2002.
- NICOLATOU, O.; THEODORIDOU, M.; MOSTROU, G. *et al.* Oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *J. Oral Pathol. Med.*, v.28, n.2, p.49-53, Feb. 1999.
- MOYERS, R. E. *Ortodontia*. Guanabara Koogan, RJ. 1991. 483p. Cap.7: Etiologia da mal-oclusão.
- FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq. Odont. Bras.*, v.14, n.1, p.39-45, jan./mar. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico- AIDS*, Brasília, julho-set. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos Menores de 13 anos, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, DF, 1983-2001.
- _____. Ministério da Saúde, Guia de tratamento - Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. *Série Manuais* n.º 46. Brasília, 2001.83p.
- NEVILLE, B. W. *et al.* *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. SAUNDERS, 1998. 699 p. Cap. 12: Human virus infection, p. 220.
- BARTLETT, J. G. *The Johns Hopkins Hospital – Assistência clínica ao paciente com HIV/AIDS. Guia Prático*. Revinter, RJ. 1999. 172p. Cap.5: Terapia Anti-retroviral.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1994 Revised classification system for HIV infection in children less than 13 years of age. *MMWR, Atlanta*, v.43, n. RR.12, p. 1-10, Sep. 1994.
- O'BRIEN, H. T.; LACHAPPELLE, D.; GAGNON, P. F. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. *J. Dent. Child.*, v.63, n.5, p.321-327, sep./oct., 1996.
- ROSSI, P., MOSCHESE, V. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *FASEB J.*, v.5, p.2419-2426, 1991.
- CORR A, M. S. N. P. *Odontopediatria – Na Primeira infância*. Santos, São Paulo, 1999. 679 p. Cap.VI: Desenvolvimento das funções bucais no Bebê/Cap.VII: Aleitamento Artificial.
- PARKER, L. *et al.* Patterns of T-cell repopulation, virus load reduction, and restoration of T-cell function in HIV-infected persons during therapy with different anti-retroviral agents. *J Acquire Immune Defic Syndr*, Philadelphia, v.16, n.5, p. 318-326, 1997.
- SCULLY, C. *et al.* Oral manifestations of HIV infection and their management. I. More common lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis, v.71, n.2, p.158-166, Feb. 1991.
- LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. *Manual Ilustrado de Pediatria*. Guanabara Koogan, RJ. 1998. 330p. Cap.12: Infecção e Imunidade.
- CASTRO, G. F. B., PORTELA, M. B., SOUZA, I. P. R. *et al.* Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais – revisão de literatura. *JBF*. n.2, ano 1, p.16-22, Jan/Fev/Mar 2000.
- TEMAS DA ACTUALIDAD – CURRENT TOPICS. Directrices para el uso de antirretrovíricos en adolescentes y adultos infectados por VIH1. *Rev Panam Salud Publica*, v.10, n.3, p.202-216, September. 2001.
- LASKARIS, G.; LASKARIS, M.; THEODORIDOU, M. Oral hairy leukoplakia in a child with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol End.* v.79, n.5, p.570-571, 1995.
- CASTRO, G. F. B. Correlação entre manifestações bucais e classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV. 1998, 141 p. *Tese (Mestrado em Odontologia)* – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SOUZA, I. P. R.; TELES, G. S.; CASTRO, G. F. *et al.* Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. *Rev. Bras. Odontol.*, v.53, n.1, p.49-51, jan/fev. 1996.
- JADINSKI, J.; CATALONOTTO, F.; MURRAY, P. *et al.* Oral Pathology and pain in pediatric AIDS. *J Dent Res*, v.74 (IADR Abstracts), abs.1003, 1995.
- BUNZMANN, E. R. Estudo comparativo de fatores de risco para cárie entre crianças HIV+ e sem evidências de imunossupressão. 1998. *Dissertação (Mestrado em Odontologia)* – Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- VALDEZ, I. H.; PIZZO, P. A.; ATKINSON, J. C. Oral health of pediatric AIDS patients: A hospital-based study. *J Dent Child*, v.61, n.2, p.114-118, March/April, 1994.
- MADIGAN, A.; MURRAY, P. A.; HOUPPT, M. *et al.* Caries experience and cariogenic markers in HIV-positive children and their siblings. *Ped. Dent.*, v.18, n.2, p.129-136, March/April, 1996.
- NEVES, A. A.; TURA, L. F. Conhecimentos e atitudes de responsáveis por crianças HIV+. *Anais SBPqO. 12.a. Reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. SP, Set, 1995.
- RIBEIRO, A. A.; BUNZMANN, E. R.; NISHIO, C. *et al.* *J Dent Res*, v.77 (IADR Abstracts), abs.1676, 1998.
- THYLSTRUP, A. When caries is caries, and what should we do about it? *Quintessence Internacional*, v. 29, n.9, p.594-598, 1998.
- CASTRO, G. F.; RIBEIRO, A. A.; PORTELA, M. B. *et al.* Conhecimentos e atitudes de médicos em relação à cárie precoce em crianças HIV+. *RBO*, v.59, n.1, p.19-21, jan./fev. 2002.
- VIEIRA, A. L.; SANTOS, C. B.; SILVA, M. M. P. Avaliação da eficiência da técnica de Bass em crianças de 9 a 14 anos de uma escola estadual. *Rev. Fluminense de Odont.*, ano V, n.10, p.77-81, jan./abr. 1999.
- HAAS, N. A. T.; ALVES, M. U.; VALENÇA, A. M. G. Controle de cárie incipiente. *RBO*, v.58, n.6, p.411-412, nov./dez. 2001.
- ABREU, F. V. G.; SOVIERO, V. M.; BASTOS, E. P. S. *et al.* Amamentação e desenvolvimento: função e oclusão. *JBO*. n.11, ano 2, p.17-20, set/out 1997.
- REGO, J. D. *Aleitamento Materno*. Atheneu, São Paulo. 2001. 518 p. Cap.12: Doenças maternas e Aleitamento natural.
- JUNQUEIRA, P. *Amamentação, hábitos orais e mastigação – Orientações, cuidados e dicas*. Revinter, RJ. 1999. 26p.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev. Panam Salud Publica*. V.9, n.6, p.357-361, June 2001.
- FERREIRA, D. C.; GLEISER, R. Contribuição ao estudo das maloclusões em crianças infectadas pelo HIV. RJ, 2002, 62p. *Monografia (Odontopediatria)* – FO/ UFRJ.
- HAUK, M. J.; MOSS, M. E.; WEINBERG, G. A. *et al.* Delayed tooth eruption: association with severity of HIV infection. *Pediatric Dentistry*, v.23, n.3, p.260-262, Febr. 2001.
- LOPES, S.; PINHEIRO, M.; PORTELA, M. *et al.* Atraso da erupção dentária: associação com a gravidade da infecção pelo HIV. *Anais SBPqO*. v.16, p.99. 19.a. reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. SP, Set., 2002.
- SCHINESTSCK, P. A.; SCHINESTSCK, A. R. A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural. *JBO*, v.3, n.13, p.15-30, 1998

Endereço para correspondência:
DENNIS DE CARVALHO FERREIRA
 Rua Riodades, 132 – Fonseca
 Niterói – RJ – CEP:24130-240
 E-mail: carvalhoferr@hotmail.com

Recebido em: 03/04/04

Aprovado em: 02/07/04