



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO

**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA
PARAÍBA: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS**

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO

**NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA
PARAÍBA: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento as exigências para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Barros Correia Fontes
Co-orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

CAMPINA GRANDE – PB
2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

F825n Franco, Maria Soraya Pereira.
Notificação de AIDS no estado da Paraíba [manuscrito] : prevalência e fatores associados às manifestações orais local: Universidade Estadual da Paraíba+Campina Grande/Paraíba / Maria Soraya Pereira Franco. – 2012.
96 f. : il. color.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Luciana de Barros Correia Fontes, Departamento de Odontologia”.
“Co-Orientação: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS. 2. Sistema imunológico. 3. Sarcoma de Kaposi. 4. Candidíase Oral. 5. Herpes Zoster. I. Título.

21. ed. CDD 616.979

MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO

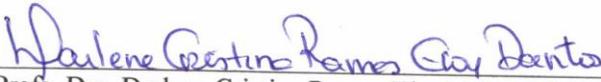
NOTIFICAÇÃO DE AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento as exigências para obtenção do título de Mestre, apreciada pela Banca composta pelos seguintes membros:

Data de Aprovação: 24 / 07 / 2012.


Prof. Dra. Luciana de Barros Correia Fontes / UEPB
Membro titular (Orientadora)


Prof. Dra. Maria da Conceição de Barros Correia/UFPE
Membro titular (1ª Examinadora)


Prof. Dra. Darlene Cristina Ramos Eloy Dantas/UEPB
Membro titular (2ª Examinadora)

Dedico este trabalho

A Deus, que encerra toda a essência da vida... Àquele que renova dentro de mim um espírito inabalável, quando as minhas forças já se foram... Àquele que enche de rios os desertos do meu interior, lembrando-me que sempre comigo está... A Ti, oh Deus da minha vida... toda honra, toda glória e o louvor... **Muito obrigada!**

Aos meus pais, **Assis Franco e Socorro Pereira**, pelo grande amor e incentivo que sempre recebi. Com o exemplo de vocês aprendi a enfrentar as dificuldades, fazendo com que elas se tornassem mais suaves. O espírito de luta e vitória face às agruras da vida, por caminho abnegado e retilíneo, norteia a minha existência.

A **Célio**, parceiro de longas datas, por já fazer parte da minha vida ,pela compreensão nos momentos de ausência, pela convivência e pela paciência . Minha amizade e eterna gratidão!

A **Maryanne**, presente divino; linda demais, alguém igual a você não vi jamais. Filha, antes de nascesse, Deus sonhou com você e sua vinda me fez entender que somos vasos de barro e a excelência do poder vem dEle. É a razão da minha vida. Ensina-me uma ciência que não se aprende nos livros, a do amor incondicional.

A minha **irmã e sobrinha Adriana e Rayanne**. A nossa convivência contribuiu para moldar o ser que me faço hoje, agradeço pela atenção e carinho dispensados em todos os momentos. Obrigada por me proporcionarem felicidade de serem irmã e tia de vocês... Amo vocês!

A minha Tia/avó e Mãe **Maria Augusta** (*In memorian*). Os segundos que se substituem não se repetem e o instante que vem pode transformar toda uma história em pedaços de lágrimas... Certamente a bondade e a misericórdia de Deus te seguiram até o último dia da tua vida e hoje habitas a casa do Altíssimo por longos dias... Obrigada por ser meu referencial de ser humano. E onde quer que eu vá vou te levar pra sempre... Saudades...

Agradecimento especial

A Deus, pois sei que não preciso Te ver para saber da Tua existência, pois encerras toda a fonte de vida e a minha própria existência prova o Teu imensurável amor, no qual acredito, conhecedor de meus anseios, de minhas fragilidades, multiplicador de minhas esperança, mola propulsora de nossas vidas, sem Ti nada faz sentido; nada acontece e nada se edifica.

Ao Autor da Vida que sempre refrigera a minha alma e me faz repousar em pastos verdejantes enquanto o mar tenta me submergir... E nunca me abandona quando até mesmo os meus amigos já se foram... Obrigada pela excelência do Teu poder. Agradeço a cada dia...

Agradecimentos

A **profa. Dra. Luciana Fontes**, minha orientadora; um ser humano fantástico pelo qual tenho um imenso apreço. Agradeço pela amizade, pela sinceridade e também pela orientação construtiva. Essa colcha de retalho de aprendizado se molda no ser humano que me faço melhor hoje, na construção desse trabalho. As suas orientações foram essenciais. E é por essa razão que eu tenho um enorme agradecimento pela Senhora. . Muito obrigada por tudo!

. À **banca do exame de qualificação** desta dissertação, pelas críticas e contribuições que foram importantes, não só para o crescimento do trabalho, mas, sobretudo do pessoal.

Aos **professores do Curso do Mestrado**, vocês sempre trouxeram algo de novo a contribuir na minha formação. Certamente, os conhecimentos que detenho hoje têm muito de vocês.

Ao **prof. Kênio Lima Costa / UFRN**, pelas orientações e disposição em cooperar com meu aprendizado.

A todos os **colegas e amigos da turma do Mestrado**, em especial a **Ana Luzia**, pela grande amizade constituída desde o primeiro dia de aula, por todas as emoções durante todo o curso e por todo o carinho e respeito que sempre expressaram. A você amiga por ter abeto à porta da sua casa com seu **esposo George** e ter-me acolhido no momento que mais precisei. Obrigada pelo carinho, falas e, sobretudo pela sinceridade. Lembrarei de vocês sempre...

Aos **colegas professores da Escola de Saúde de Cajazeiras / UFCG**, José Ferreira Júnior, José Normando Cartaxo Lopes, Ezymar Gomes Cayana e Judite Moreira Fernandes, pelas substituições nas ausências necessárias.

À **Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba**, na pessoa de Ivoneide Pereira Lucena, Coordenadora de DST/AIDS, pela autorização da construção desse trabalho.

Aos amigos Wellington, Giovany, Antonia Dore, Maristela, Diana Coeli e Rossana,
pelo estímulo, força e, sobretudo a amizade sincera.

Aos funcionários da UEPB, em especial Márcia, pela presteza e atendimento quando nos
foi necessário.

À **UEPB,** que me proporcionou condições para desenvolver esta pesquisa.

Enfim... **a todos os parentes e amigos** que sempre me deram forças para seguir
adiante...

*Amigo olhe a poeira
olhe a estrada
Olhe os garranchos
que arranham pensamentos*

*Entre o cascalho
vá separando os espinhos
Não esqueça que os caminhos
são difíceis prá danar*

*Nem todo atalho
diminui uma distância
En toda ânsia
no final tem alegria
veja na flor
que o espinho lhe vigia
a noite adormece o dia
e a lua vem lhe ninar*

*devagarinho
vá pelo cheiro das flores
Siga os amores
nunca deixe prá depois*

*Nem tudo é certo
como quatro é dois e dois
Nem todo amor
merece todo coração*

*Se a poesia
ainda não lhe trouxe o fermento
e o sofrimento entre o amor
ganhou a vez
Nem tudo é eterno
quando a gente sonha*

*por isso amigo
não se entregue agora
talvez um dia o mundo
lhe peça perdão
por isso não, se perca não!
Os amores vão
e a gente fica*

(A poeira e a estrada, Flávio José)

ADRIANO, Maria Soraya Pereira Franco. **Notificação de AIDS no Estado da Paraíba: prevalência e fatores associados às manifestações orais.** Programa de Pós-graduação em Odontologia – UEPB (Mestrado). Campina Grande, 2012. Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Barros Correia Fontes.

RESUMO

As manifestações orais podem representar os primeiros sinais clínicos da infecção por HIV, sendo indicadoras de comprometimento imunológico e do tempo de evolução da doença. Assim, investigar essas expressões é fundamental para o entendimento da epidemiologia da AIDS. Neste trabalho verificou-se a prevalência de manifestações orais notificadas em portadores de Aids no Estado da Paraíba e seus fatores associados, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação / SINAN, durante o período de 2000 a 2010. Desenvolveu-se um estudo epidemiológico transversal e quantitativo, utilizando dados secundários coletados a partir da junção do SINAN W e Net do programa do DST/AIDS da Paraíba, em pacientes maiores de 13 anos, que apresentavam o registro completo da evolução do caso. A amostragem censitária considerou os critérios de inclusão anteriormente relatados. O tratamento estatístico abrangeu técnicas descritivas e analíticas, adotando-se um intervalo de confiança de 95% e os testes Qui-quadrado de Person e Razão de Prevalência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob CAAE 0404.0.133.000-10. Para um total de 2944 casos notificados de AIDS ocorreu o registro de 1009 manifestações orais para essa doença, sendo 76,3% de Candidose oral ou Leucoplasia Pilosa, 20% de Herpes Zoster e 3,7% de Sarcoma de Kaposi. Demonstrou-se associação significativa entre a Candidose oral ou Leucoplasia Pilosa e as variáveis ano de investigação, macrorregião, grau de escolaridade e evolução dos casos e para o Herpes Zoster encontrou-se associação entre as variáveis ano de investigação, faixa etária e evolução dos casos ($p < 0,05$). O maior número de manifestações orais identificadas para a Aids ficou estabelecido na capital do Estado, a cidade de João Pessoa. De acordo com os resultados obtidos a notificação de manifestações orais para a doença em questão ocorreu em menos da metade dos casos confirmados da doença.

Palavras-chaves: AIDS, Sarcoma de Kaposi, Candidíase Oral, Herpes Zoster.

ADRIANO, Maria Soraya Pereira Franco. **Notification of AIDS in the State of Paraíba:** prevalence and factors associated with oral manifestations. Postgraduate Program in Dentistry - UEPB (MA). Campina Grande, 2012. Advisor: Prof. Dr. Luciana de Barros Correia Fontes.

ABSTRACT

Oral manifestations may represent the first clinical signs of HIV infection, being indicators of immunological compromise and of the disease progression. Thus, to investigate these expressions is crucial for the understanding of the epidemiology of AIDS. In this study, it was examined the prevalence of oral manifestations reported in patients with AIDS in the State of Paraíba and its associated factors, according to the Information System for Notifiable Diseases / SINAN, from 2000 to 2010. A quantitative cross-sectional epidemiological study was developed, using secondary data collected from the junction of SINAN W and Net from DST/AIDS program of Paraíba, in patients over 13 years old, who had a complete record of their case evolution. The sample census considered the inclusion criteria previously reported. Statistical analysis covered descriptive and analytical techniques, adopting a confidence interval of 95% and Pearson's chi-squared and prevalence ratio tests. The project was approved by the Ethics Committee of the State University of Paraíba, under CAAE 0404.0.133.000-10. For a total of 2,944 reported AIDS cases, occurred the record of 1009 oral manifestations for this disease, being 76.3% of Oral Candidiasis or Hairy Leukoplakia, 20% of Herpes Zoster and 3.7% of Kaposi's sarcoma. It was demonstrated a significant association between Oral Candidiasis or Hairy Leukoplakia and the variables years of research, macro-regions, years of education and evolution of cases, and it was found in the Herpes Zoster association between the variables years of research, age group and cases development ($p < 0.05$). The largest number of oral manifestations identified for AIDS was established in the state capital, João Pessoa. According to the obtained results, the notification of oral manifestations of the disease under study has occurred in less than a half of the confirmed cases.

Keywords: AIDS, Kaposi's Sarcoma, Oral Candidiasis, Herpes Zoster.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa representativo da estratificação do estado da Paraíba em suas 12 gerências regionais de saúde _____ 39

Quadro 1 – Critérios de definição de casos de AIDS em indivíduos a partir de 13 anos de idade, de acordo com o Ministério de Saúde _____ 32

Quadro 2 – Distribuição dos Núcleos regionais de saúde, macrorregiões e quantitativo de municípios. _____ 40

Quadro 3a – Variável dependente do estudo. _____ 41

Quadro 3b – Variáveis independentes do estudo. _____ 42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxas de detecção bruta anual da AIDS por 100.000 habitantes no Estado da Paraíba no período de 2000 a 2010. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 46

Gráfico 2. Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período de 2000 a 2010. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 49

Gráfico 3. Taxa de detecção por ano e macrorregião de saúde, Campina Grande – PB/ Brasil, 2012. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 50

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Numero de casos e taxas de detecção bruta anual da AIDS por 100.000 habitantes, no Estado da Paraíba no período de 2000 a 2010. Campina Grande - PB / Brasil 2012. _____ 45
- Tabela 2.** Distribuição dos casos de AIDS no Estado da Paraíba, quanto à faixa etária, sexo, escolaridade, núcleo e macrorregião. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 48
- Tabela 3.** Municípios de residência com maior numero de casos de AIDS, de acordo com a ordem decrescente das frequências. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 50
- Tabela 4.** Evolução dos casos de AIDS no estado da Paraíba por ano e no período de investigado. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 51
- Tabela 5.** Avaliação da forma de transmissão dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período de 2000 a 2010. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 51
- Tabela 6.** Avaliação de ocorrência de Sarcoma de Kaposi, Candidose Oral ou Leocoplasia Pilosa e Herpes Zoster entre os dez casos de AIDS no estado no período entre 2000 a 2010. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 52
- Tabela 7.** Avaliação da ocorrência de candidose oral ou leucoplasia pilosa, segundo as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, macrorregião e evolução de casos. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 53
- Tabela 8.** Avaliação da ocorrência de Herpes Zoster segundo as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, macrorregião e evolução dos casos. Campina Grande – PB/ Brasil 2012_____ 54
- Tabela 9.** Avaliação da ocorrência de Sarcoma de Kaposi, Candidose Oral ou Leocoplasia Pilosa e Herpes Zoster por município com maior número de casos de AIDS. _____ 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARC	AIDS Related Complex
ARV	Antirretrovirais
CD4+	Cluster of differentiation antigen 4+
CDC	Center for Diseases Control and Precention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem de Aconselhamento
CRT	Centro de Referência e Treinamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DNA	Ácido desoxirribonucléico
DO	Declaração de Óbito
EIA	Enzyme Immunoassay
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ELFA	Enzyme-Linked Fluorescent Assay
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent
EF	Ensino Fundamental
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
ES	Ensino Superior
FAA	Ficha de Acompanhamento Ambulatorial
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HR	Hazard ratio
HSH	Homem que faz sexo com homem
IB	Immunoblot
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC	Intervalo de confiança
IFA	Anticorpo Fluorescente Indireto
IFI	Indirect Immunofluorescent Antibody Assay
IO	Infeccão Oportunista
IgG	Anticorpo G, da imunoglobulina G.
IgM	Anticorpo M, da imunoglobulina M.
IL28B	Interleucina 28B
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
ITRN	Inibidores de Transcriptase Reversa
LTR	Long Terminal Repeat
MACS	Multicenter Cohort AIDS
NAAT	Nucleic Acid Amplification Technology
NAT	Nucleic Acid Test
NET	Sinan NET
NRS	Núcleo /Regionais de Saúde
NS	Non Structural Protein
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds ratio
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEG	Polietileno Glicol
RIBA	Recombinant Immunoblot Assay
RIPASA	Rede Integrada de Informação para a Saúde
RNA	Ribonucleic Acid
RR	Risco Relativo
RVS	Resposta Virologica Sustentada
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SNP	Single Nucleotide Polymorphism
SUS	Sistema Único de Saúde

T CD4+	Linfócitos T Cluster of Differentiation Antigen 4 +
TMA	Transcription –Mediated Amplification
UDI	Usuários de Drogas injetáveis
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UTR	Untranslated Region
W	SINAN Windows
WB	Western Blot

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV.....	22
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO HIV/AIDS.....	26
2.3	DIAGNÓSTICO E CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA AIDS.....	29
2.4	MANIFESTAÇÕES ORAIS DA AIDS/SIDA.....	33
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL.....	37
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
3.3	HIPÓTESES.....	37
4	METODOLOGIA	38
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	39
4.2	CENÁRIO DE ESTUDOS.....	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	41
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
4.6	ELENCO DE VARIÁVEIS.....	41
4.7	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
4.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5	RESULTADO	44
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÃO	68
8	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE	81
	APÊNDICE A - Ficha para o compilação dos dados.....	82
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento /Autorização da pesquisa.....	85
	ANEXOS	88
	ANEXO A - Ficha de Notificação/Investigação de AIDS em paciente com 13 anos ou mais.....	89
	ANEXO B – – Formulário de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	92

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA), denominada pela comunidade internacional de AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), foi reconhecida oficialmente como entidade patológica em 1981, nos Estados Unidos. Esta representa uma doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), mais referido como HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), que debilita o sistema imunológico do indivíduo, ao afetar os linfócitos T, células diretamente envolvidas na defesa do organismo, levando a um quadro característico de perda de peso, astenia e suscetibilidade a infecções (WEISS, 2008).

Essa enfermidade representa a manifestação clínica mais avançada da infecção pelo HIV, sendo transmitida por meio de relações sexuais (vaginais, orais ou anais), sangue, agulhas e seringas contaminadas e através da mãe infectada para seu filho (gravidez, parto e amamentação). Após a contaminação primária pelo vírus segue-se o período de latência longo, onde o indivíduo pode passar meses ou anos de forma assintomática. Desse modo nem todos os portadores do vírus têm manifestações da doença (MAIA; MEIRELES; CORDEIRO, 2004).

Na medida em que esse vírus ataca o sistema imunológico, começam a aparecer os primeiros sinais e sintomas da Aids. A imunossupressão progressiva, devido à manifestação clínica avançada da infecção, resulta em maior suscetibilidade a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações neurológicas (COTRAN; CUMMAR; COLLINS, 2000).

A Aids constitui uma grave ameaça à saúde pública mundial, tanto por sua gravidade, velocidade de crescimento e potencial de letalidade, quanto pelos determinantes sociais vinculados e iniquidades quanto à sua prevenção, tratamento (apoio) ou controle, onde o estigma e a marginalização ainda aparecem como elementos do grande impacto na qualidade de vida dos acometidos (McMAHON et al. 2011).

O ano de 2011 marcou 30 anos dessa doença, relacionada à morte de mais de 25 milhões de indivíduos e à infecção pelo HIV de um número superior a 60 milhões de pessoas. Obteve-se o registro de 7.100 infecções novas por esse vírus, das quais 1.000 envolvem crianças. Nenhum país escapou da devastação dessa epidemia global. Estima-se que no Brasil existam cerca de 630 mil portadores do vírus HIV (ELIAS e BASTOS, 2011).

Segundo Cardoso et al. (2011), um terço das pessoas infectadas pelo HIV-1 na América Latina vivem no Brasil, com 67,8% dos casos notificados na região Sudeste do país. A região Sul lidera o número de mortes ou óbitos (8.7/100.000 habitantes). Em contrapartida, há uma tendência crescente de casos, nas regiões no Norte (16.103) e Nordeste (53.089), e de estabilização no Sul (89.250), Sudeste (289.074), e Centro-Oeste (26.757) do Brasil.

Monitorar essa enfermidade e as infecções ou doenças associadas representa um desafio internacional da área de saúde, com vistas a um controle mais abrangente e efetivo do problema e de suas sérias repercussões (ONI et al., 2011; ZIRPOLI et al., 2012). No Brasil a vigilância epidemiológica da Aids vem sendo realizada, tomando-se como referência a notificação universal dos casos confirmados (fase mais avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana), e através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. A síndrome da imunodeficiência adquirida foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A notificação dos casos de Aids possui grande valor no direcionamento da resposta nacional à epidemia, particularmente para os profissionais de saúde. Os dados que alimentam esse sistema possibilitam a redução da morbimortalidade associada, com aumento e melhoria da expectativa de vida desses indivíduos, além do acompanhamento das mudanças no comportamento dessa enfermidade (GONÇALVES et al., 2008).

A subnotificação de agravo de notificação compulsória ocorre quanto um caso não é notificado ao sistema de informação ou ocorre fora do período estabelecido. Estimativas equivocadas da magnitude das doenças podem decorrer disso, o que prejudica o planejamento de estratégias de prevenção, tratamento e controle e pode levar à subalocação de ações e recursos (CARVALHO, DOURADO e BIERRENBACH, 2011). No Brasil essas falhas são mais constatadas nas regiões Norte e Nordeste (OLIVEIRA et al., 2004).

As manifestações orais ou bucais podem representar os primeiros sinais clínicos da infecção por HIV, sendo indicadoras de comprometimento imunológico e do tempo de evolução da doença. Constituem marcadores de infecção e atuam como critérios da adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos e na indicação de falência terapêutica. Assim, o estudo dessas expressões é fundamental para o entendimento da epidemiologia da Aids. Nesse sentido, o diagnóstico precoce através da anamnese bem conduzida e do correto e sistemático exame físico

extra e intrabucal, como também o preenchimento da ficha de notificação compulsória por parte do Cirurgião-Dentista (CD) não somente viabiliza o aprimoramento de ações assistenciais e preventivas como também aponta caminhos para ampliação das atividades de vigilância epidemiológica no monitoramento da infecção pelo HIV (AMORIM et al., 2009).

Na área odontológica, o desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos causa sérias limitações no tratamento desses pacientes, além do preconceito gerado em torno da Aids. A maioria dos profissionais ainda não se sente suficientemente preparada para atender portadores do HIV, principalmente quando esses apresentam complicações clínicas (BRASIL, 2009; MARQUES, 2007); fato possivelmente associado à baixa notificação dos casos de Aids por especialistas na área ou, pelo menos, da hipótese de diagnóstico que suscite o seu encaminhamento para um tratamento adequado.

De acordo com o que foi relatado anteriormente e considerando-se as lacunas e fragilidades de informação sobre a doença em questão, no Estado da Paraíba (de forma mais particular), justifica-se o desenvolvimento do estudo presente, o qual procura responder a pergunta condutora ou problema seguinte: Qual a prevalência das manifestações orais e fatores provavelmente associados a essas, nos casos notificados de Aids desse Estado?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV

Relatos da síndrome da imunodeficiência adquirida (ainda sem essa denominação), quanto enfermidade, surgiram na África há mais de 40 anos, ganhando notoriedade no final da década de 70 e início dos anos 80, ao atingir pessoas do primeiro mundo. Inicialmente o problema acometia mais pessoas entre a faixa etária de 20 a 45 anos, considerados pertencentes aos grupos de risco (homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, principalmente a heroína), fato que contribuiu para o preconceito e a intolerância em relação a esses doentes (DUESBERG et al., 2011).

A Aids surgiu no cenário mundial em 1981, quando um grupo incomum de doenças (Pneumonia *Pneumocystis Carinii* e Sarcoma de Kaposi) foi relatada em homossexuais nas cidades norte-americanas de San Francisco, Los Angeles e New York. O caráter infeccioso foi confirmado pelo isolamento do agente etiológico, classificado no gênero retrovírus e que recebeu a denominação de vírus da imunodeficiência humana (GALLO e MONTAGNIER, 2006).

Nesse mesmo ano a epidemia foi oficialmente assinalada pelo CDC (*Centers for Disease Control*), órgão público situado nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, levando à conclusão de que se tratava de uma nova doença. (RACHID e SCHECHTER, 2001).

Também em 1981 noticiou-se a primeira matéria sobre a Aids no Brasil com o título “Câncer em homossexuais é pesquisado nos Estados Unidos”. Esta relatou a formação de um grupo de pesquisa, que iria investigar casos de câncer que estava ocorrendo em gays nos Estados Unidos, onde despertou interesse, pois o tipo de câncer denominado Síndrome de Kaposi era característico de pessoas acima dos 50 anos e estava incidindo em homens jovens (VITIELLO, 2009).

Com relação ao vírus, o HIV foi isolado na França por Barre Sinoussi et al. em 1983. O mesmo constituía um retrovírus da família *Lentiviridae*, pertencente ao grupo dos retrovírus *citopáticose* não oncogênicos. Há época descreveram-se dois tipos o HIV-1 e HIV-2 (DALE et al., 2011). De acordo com Soto-Rifo et al. (2012), existem importantes diferenças estruturais e

funcionais entre esses dois patógenos humanos. A região não traduzida 5'-(5'-UTR) do genômico RNA de vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) e tipo 2 (HIV-2) é composta por estruturas essenciais para a replicação viral, sendo o HIV-2 muito pobre nesse contexto, quando comparado ao HIV-1; razão de um maior detalhamento do último na sequência deste relato.

Classifica-se o HIV-1 em três grupos: o M (*Main* ou principal) - responsável pela maioria das infecções, O (*Outlier* ou atípico) e N (*New* ou novo). Nove subtipos puros e 43 formas recombinantes do grupo M são reconhecidos, incluindo subtipos. O subtipo C, mais prevalente, representa aproximadamente 56% das infecções no mundo. Não se determinou ainda as consequências exatas desses subtipos. Evidências indicam que alguns subtipos podem ter vantagem na transmissão viral, enquanto outros na replicação, além de influenciar nas vias de mutação, aparecimento de resistência mais rapidamente e fracasso do tratamento. No Brasil os subtipos B e C são os mais frequentes e acima de 50% dos indivíduos recentemente infectados pertencem aos subtipos não-B. O Rio Grande do Sul (RS) exibe a prevalência mais alta do subtipo C e há uma forma recombinante específica C e B – CRF-31 (PEREIRA, 2010).

Quanto ao genoma viral do HIV-1, este possui 9,8 Kb de extensão e, além dos genes estruturais gag, pol e env, comuns a todos os retrovírus, possui os genes regulatórios tat e rev, essenciais para a replicação do vírus. Apresenta ainda os genes acessórios, vif, vpr e nef, com suas sequências intercaladas dentro de outros genes do HIV. Esse vírus desafia a capacidade dos cientistas, em estimar, com precisão, a sua evolução molecular, devido à taxa de heterogeneidade entre as linhagens apresentada (WERTHEIN; FOURMENT; KOSAKOVSKY POND, 2012).

O ciclo de vida do HIV consiste em diversas etapas. Inicialmente as glicoproteínas ou GP GP120 e a GP41 desse vírus se prendem à superfície da célula CD4 não infectada e fundem-se com as membranas celulares. Em seguida o conteúdo do núcleo viral esvazia-se na célula hospedeira. Posteriormente a transcriptase reversa copia o material genético viral a partir do RNA em um DNA de filamento duplo; este junta-se ao DNA celular pela ação da enzima integrase, usando o DNA integrado como uma fotocópia, as células produzem novas proteínas virais e RNA viral, a protease do HIV cliva as novas proteínas juntam-se ao RNA viral e formam novas partículas virais, por fim, as novas partículas virais brotam da célula e iniciam o processo em outras células (NISOLE e SAIB, 2004).

Estar infectado pelo vírus HIV não significa dizer que a pessoa esteja com Aids, tendo em vista de que esta é a síndrome provocada pelo vírus. O vírus pode ficar no organismo da pessoa até 10 anos sem que ela sinta qualquer sintoma. Porém, quem é portador do vírus pode, involuntariamente, contaminar outras pessoas, mesmo que não esteja doente (BRASIL, 2008).

A história natural da infecção humana pelo HIV se inicia pela transmissão do vírus através das vias principais: a sexual (principal forma no Brasil e no Mundo), onde a transmissão heterossexual é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a mais frequente do ponto de vista global; a transmissão sanguínea por meio de transfusão de sangue e de hemoderivados (importância decrescente nos países que adotaram medidas de controle de qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil) ou pelo uso de drogas injetáveis (associado ao compartilhamento de seringas e agulhas) e a transmissão vertical (durante a gestação, no parto ou durante a amamentação). Além dessas três formas mais frequente, pode ocorrer também à transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Depois do contágio ocorre a transposição das barreiras formadas pelas mucosas do hospedeiro e de seus mecanismos de defesa, que combatem a propagação viral após breve período de tempo, ainda não bem estabelecido (DORNELAS et al. 2008). A seguir ocorre a interação entre estruturas do HIV e diversos receptores dos linfócitos T CD4+, podendo resultar em invasão de órgãos linfóides e de outros órgãos do indivíduo infectado. Essa representa a fase aguda da infecção e nela se observa alta carga viral circulante plasmática e súbita redução nos níveis dos linfócitos T CD4+ (BARTLETT, 2002).

Aproximadamente um mês após a infecção, passa a ocorrer produção de anticorpos anti-HIV. De acordo com Cohen et al. (2011), a partir desse momento seu diagnóstico torna-se possível por meio do isolamento do vírus ou de ensaios biológicos como o ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), testes rápidos ou pela técnica de *Western-Blot* e por meio do diagnóstico de uma das infecções oportunistas, sendo essas formas ferramenta padrão para prevenção e na vigilância da infecção pelo HIV.

O tempo decorrido entre a infecção pelo vírus e o aparecimento de sinais e sintomas, na fase aguda, é de 5 a 30 dias. Contudo, o período de latência clínica, após a infecção aguda, até o desenvolvimento da imunodeficiência é longo. Embora as taxas de progressão para a Aids apresentem ampla variação entre os indivíduos infectados pelo HIV, o tempo médio entre a

infecção e o desenvolvimento da doença é de aproximadamente 10 anos (MANDELL; BENETT; DOLIN, 2005).

Quando há a infecção pelo vírus, o sistema imunológico começa a ser atacado, iniciando assim a primeira fase da doença denominada de infecção aguda. Nessa fase, que dura semanas, ocorre uma queda inicial nos níveis de linfócitos T CD4+ e aumento da viremia. A seguir, há recuperação dos níveis de linfócitos T CD4+, que posteriormente voltam a diminuir gradualmente ao longo de vários anos. Na fase aguda os anticorpos ainda estão ausentes, limitando a realização de testes sorológicos e permitindo confirmação de infecção apenas por pesquisa direta através da quantificação do RNA viral (Melchior et al. ,2007).

Logo após a infecção, a população viral é mais homogênea, mas rapidamente surgem vírus mutantes não vulneráveis à ação dos anticorpos neutralizantes e demais mecanismos celulares de defesa, como as células T citotóxicas. A carga viral e os níveis de células T CD4+ refletem, respectivamente, danos ao sistema imunológico e o grau de imunodeficiência. Em conjunto com as manifestações clínicas, as determinações desses indicadores permitem identificar o estágio da infecção. Nesse contexto, os primeiros sinais e sintomas relatados abrangem febre e mal-estar.

A próxima fase fica marcada pela forte interação entre as células de defesa com as constantes e rápidas mutações do vírus. Caracteriza-se pela alta redução dos linfócitos T CD4+ e pelo ataque frequente ao número de células T CD4+, diminuindo-as. Esse período inclui sintomas como febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimentos, muito característicos da Aids (SIMON et al., 2010).

Devido à deficiência do sistema imunológico, o portador de Aids está exposto a uma variedade de outras infecções e doenças, reconhecidas como doenças/infecções oportunistas, que recebem esse nome por se desenvolverem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro. Como as principais infecções oportunistas associadas à Aids, tem-se: herpes simples, tuberculose, toxoplasmose, pneumonias salmonelose, isosporidiose intestinal crônica criptococose extrapulmonar e criptosporidiose intestinal crônica, entre outras (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Considerando-se a evolução da infecção pelo HIV, ao longo dos anos observa-se uma sobrevida maior entre os pacientes acometidos pela Aids e alguns fatores vêm sendo apontados nesse sentido: idade ao diagnóstico, sexo, condição socioeconômica, categoria de exposição,

níveis de linfócitos T CD4+ e carga viral à época do diagnóstico, ano do diagnóstico, esquema terapêutico, acesso a serviços, à terapêutica e adesão ao tratamento (STERNE, 2007).

Entre as estratégias para combater a epidemia de Aids no Brasil, destaca-se a política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos Antirretrovirais (ARV) a pessoas que necessitam do tratamento. Indicadores evidenciam os efeitos positivos dessa política, como diminuição das internações hospitalares e redução da incidência de infecções oportunistas, da transmissão vertical do HIV e da mortalidade.

Desde meados dos anos 80 têm sido utilizados medicamentos antirretrovirais (ARV) no tratamento AIDS. Em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica os primeiros antirretrovirais permitiram benefícios temporários e baixo efeito sobre a redução da carga viral. A partir de 1996, com o advento de novas classes de ARV, foi possível alcançar, mediante a terapia antirretroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), êxitos significativos no tratamento aumentando a expectativa de vida das pessoas que vivem com o HIV uma vez que está suprimida de forma sustentada a replicação viral (POLEJACK e SEIDL, 2010).

O Multicenter Cohort AIDS (MACS), iniciado em 1983, na Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, na Escola de Saúde Pública da Universidade de Pittsburg, na Escola de Medicina da Universidade Northwestern e na Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia (UCLA), continua a realizar estudos e publicar trabalhos sobre a história natural de infecções pelo HIV tratadas ou não, em 6.972 homens que tiveram relacionamento sexual com outros homens, obtendo um total de 1.490.995 espécimes acumuladas, até maio do ano de 2011 (DETELS et al., 2012).

2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS HIV/AIDS

A epidemia da infecção pelo HIV/AIDS representa um fenômeno dinâmico que envolve progressivamente mais segmentos da população e sua forma de ocorrência, nas diferentes regiões do mundo, depende do comportamento humano individual e coletivo (WOOD, 2002).

Desde que foi reconhecido pela primeira vez, o HIV se espalhou globalmente. Estima-se que 25 milhões de pessoas no mundo morreram dessa doença e 22,1 milhões de enfermidades

relacionadas. Cerca de 33,2 milhões de pessoas vivem atualmente com HIV/AIDS; aparecendo essa enfermidade como a quarta principal causa de óbito no planeta (CARDOSO et al., 2011; UNAIDS, 2009).

Nos países considerados “ricos”, a maioria da América Latina, Ásia e do Oriente Médio, as infecções estão concentradas em determinadas regiões e entre grupos populacionais específicos. Estes são muitas vezes populações socialmente e politicamente marginalizadas (CARDOSO et al., 2011).

Para o Ocidente, o grupo inicialmente mais atingido foi o dos homens, homo ou bissexuais, na faixa etária de 20 a 49 anos. No entanto, a partir dos anos 90, houve aumento expressivo de casos entre mulheres. Na Europa Ocidental, ao final de 2006, 35% de casos novos atingiam mulheres e no Leste Europeu, esse percentual foi de 41% (EURO HIV, 2009).

Nas Américas, os países mais atingidos pela epidemia são os Estados Unidos e o Brasil. Nos Estados Unidos, entre 1981 e 2007, foram estimados mais de um milhão de casos de AIDS e 583.298 óbitos por AIDS. De 1993 a 1997 houve expressiva queda na incidência e de 1995 a 1998 verificou-se rápido declínio da mortalidade, provavelmente em decorrência da introdução de novos esquemas terapêuticos antirretrovirais. Após 1996, o grande aumento na sobrevivência elevou o número estimado de pessoas vivendo com HIV/AIDS para 1,0 – 1,2 milhão, dos quais a quarta parte desconhece seu *status* sorológico (CDC, 2006).

Desde o início da epidemia houve o registro 506.499 casos de AIDS e 205.409 óbitos no Brasil, até junho de 2008. A taxa de incidência teve crescimento acelerado até 1998, alcançando a taxa máxima de incidência de 20,7/100.000 habitantes em 2003, com posterior redução. Do total de casos notificados, até junho de 2008, 66% foram do sexo masculino e, em 2003, 84% dos casos concentravam-se na faixa etária de 20 a 49 anos; a razão homens/mulheres reduziu-se de 15,0/1 em 1986 para 1,5/1 em 2006. A taxa de mortalidade declinou de 9,7 em 1995 para 6,0/100.000 habitantes em 2006. Estimou-se que, em 2004, a prevalência da infecção pelo HIV/AIDS fosse de 0,6% entre a população de 15 a 49 anos e que entre 300 e 400 mil pessoas não saberiam de sua condição de infectadas pelo HIV. Existem significativas diferenças no perfil da epidemia nas diversas regiões do país (RISTIC et al., 2011).

Segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS, a epidemia de Aids nesse país é concentrada, apresentando taxa de prevalência da infecção pelo HIV menos que 1% em

parturientes residentes em áreas urbanas e mais que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco de infecção pelo HIV (BARBOSA JÚNIOR et al., (2009).

Com relação aos subgrupos populacionais de risco acrescido, estudos estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas, de 12,6% entre homens que fazem sexo com homens e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. A alta prevalência de HIV nesses grupos mostra a importância das categorias de exposição na dinâmica da epidemia (BRASIL, 2005).

Os primeiros casos notificados de Aids no Brasil foram de homens adultos residentes nas regiões norte e central da cidade de São Paulo/SP, no início da década de 1980. A partir de então se disseminou nas várias regiões do país, com marcadas diferenças socioeconômicas, sofrendo também grandes mudanças no seu perfil epidemiológico (CASOTTI et al,2011).

Guibu et al. (2011), avaliaram o tempo de sobrevida para pacientes diagnosticados com Aids nos anos de 1998 e 1999, a partir dos treze anos de idade, nas regiões sul e sudeste do Brasil, segundo as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. Os seus resultados demonstraram um aumento da sobrevida nos pacientes em terapia antirretroviral, particularmente abaixo dos 40 anos, pertencentes ao sexo feminino, com maior escolaridade, cor da pele branca, sem história de tuberculose desde o diagnóstico, hepatite B negativo na sorologia e com acesso a uma equipe multidisciplinar de saúde. Reforçaram ainda a importância do entendimento sobre as particularidades dessa epidemia.

Sabe-se que a vigilância epidemiológica reúne informações para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações nos seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente e sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes, que levem à prevenção e controle dessas. Nesse sentido, a dinâmica do perfil epidemiológico da Aids constitui um desafio, particularmente pela qualidade do preenchimento dos dados e subnotificação dos casos; fato que sinaliza para a necessidade de novos modelos baseados no conhecimento maior das características dos grupos de risco ou mais vulneráveis à doença. No Brasil, a vigilância epidemiológica da Aids possui o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) que, a partir da notificação dos casos confirmados gera informações para a análise do perfil de morbimortalidade vigente (BRASIL, 2009).

2.3 DIAGNÓSTICO E CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA AIDS/SIDA

Diagnosticar precocemente a infecção pelo HIV, segundo a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), aparece como prioridade para o controle da epidemia no mundo inteiro. De acordo com ambas apenas 0,2% dos adultos, em países de baixa e média renda são testados para o HIV e 90% dos indivíduos que apresentam necessidade de realização do teste, por conta do risco a exposição ao vírus, não têm acesso a serviços especializados para um diagnóstico efetivo (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

O teste de HIV teve início no Brasil em 1985, mesmo ano em que foram realizados os registros dos primeiros kits de diagnóstico. A partir de então, 28,1% da população brasileira adulta 15-54 anos de idade obteve o acesso ao teste. Entre as pessoas que representam a maior proporção testada para a infecção pelo HIV no país encontram-se os indivíduos com baixa escolaridade (38,5%), as mulheres (35%), e os moradores com acesso a melhores indicadores socioeconômicos e serviços de saúde (34,9%); enquanto é baixa (9,2%) a proporção de indivíduos que se submetem ao teste, para esclarecer uma situação de risco.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza os testes para diagnóstico da infecção pelo HIV, nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), através de exames laboratoriais e dos testes rápidos, ambos feitos a partir da coleta de sangue que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos. Esses centros foram criados como forma de expandir a oferta de diagnóstico para as populações e regiões com maior incidência do vírus e são organizados para promover a acessibilidade, gratuidade, voluntariedade, confidencialidade, anonimato, e agilidade no fornecimento de testes de HIV (BRASIL, 2008).

O teste de HIV identifica a presença de anticorpos, moléculas produzidas pelo corpo uma vez detectado a presença do vírus. Após a exposição ao vírus o sistema imune responde produzindo anticorpos contra o HIV geralmente dentro de 3 a 12 semanas após a infecção. O período de tempo compreendido entre a infecção e o início da produção de anticorpos é denominado “período de janela”. Durante este período o teste de HIV pode dar negativo apesar da presença do HIV no corpo (MIRANDA et al., 2009).

Realiza-se a detecção laboratorial da infecção por meio de exames de sorologia. Estes pesquisam a presença de anticorpos anti-HIV. O teste sorológico mais comumente utilizado é o EIA (Imunoensaio Enzimático), referido originalmente como teste ELISA, altamente sensível e

específico para identificar anticorpos contra o HIV. Quando reativo, deve ser complementado pelo exame adicional ensaio Western blot ou teste de anticorpo fluorescente indireto (IFA) usado para confirmar a soropositividade (SCHWARCZ et al., 2011).

Ainda como exemplo de teste para detectar o HIV, encontram-se os testes rápidos capazes de fornecer resultados em poucos minutos. Estes não requerem coleta de sangue via endovenosa são portáteis e fácil de utilizar, possibilitando sua condução em locais alternativos de testagem e aconselhamento. A testagem rápida elimina o tempo de espera, sendo essencial para determinar a conduta terapêutica após acidentes ocupacionais e para mulheres em trabalho de parto cujos status sorológico é desconhecido. Adicionalmente, ela pode aumentar a eficácia de estratégias de testagem e reduzir seus custos (TELLES-DIAS et al., 2007).

O estadiamento da infecção pelo HIV e os sistemas de classificação representam ferramentas críticas para o rastreamento e o monitoramento da epidemia de Aids e para fornecer informações relevantes ao manejo clínico. Os dois sistemas de classificação mais importantes empregados são os do CDC (*Center for Diseases Control and Prevention*) e o da OMS (*WHO Clinical Staging of HIV/AIDS for adults and adolescents*). O CDC constituiu a primeira publicação, revisado nos anos de 1987 e 1993. Este avalia a gravidade da doença pela contagem de células CD4 e pela presença de condições orgânicas específicas, relacionadas a esse tipo de infecção. A definição de Aids inclui todos os indivíduos infectados com HIV que apresentem contagens de CD4 de menos de 200 células/ μL (ou percentagem de CD4 < 14%), bem como aqueles portadores de certas condições relacionadas com o HIV e os seus sintomas. Embora pontos refinados dessa classificação poucas vezes sejam utilizados na gestão clínica de rotina dos pacientes infectados, um conhecimento desses faz-se útil no tratamento do paciente. Em acréscimo, esse sistema possui uma abrangência significativa, quando se propõe uma investigação epidemiológica sobre essa doença (vigilância em saúde pública). O sistema da Organização Mundial de Saúde classifica a infecção pelo HIV, com base nas manifestações clínicas que podem ser reconhecidas e tratadas em ambientes diversos, incluindo com recursos limitados quanto a acesso laboratorial (AETC, 2012).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o diagnóstico da Aids está baseado em evidências laboratoriais e na presença de sinais de doenças indicativas. No caso de indivíduos a partir de dois anos de idade utilizam-se mais os testes de sorologia e para as crianças abaixo dessa idade, recomenda-se a quantificação do RNA viral plasmático. Outros exames laboratoriais (a partir da

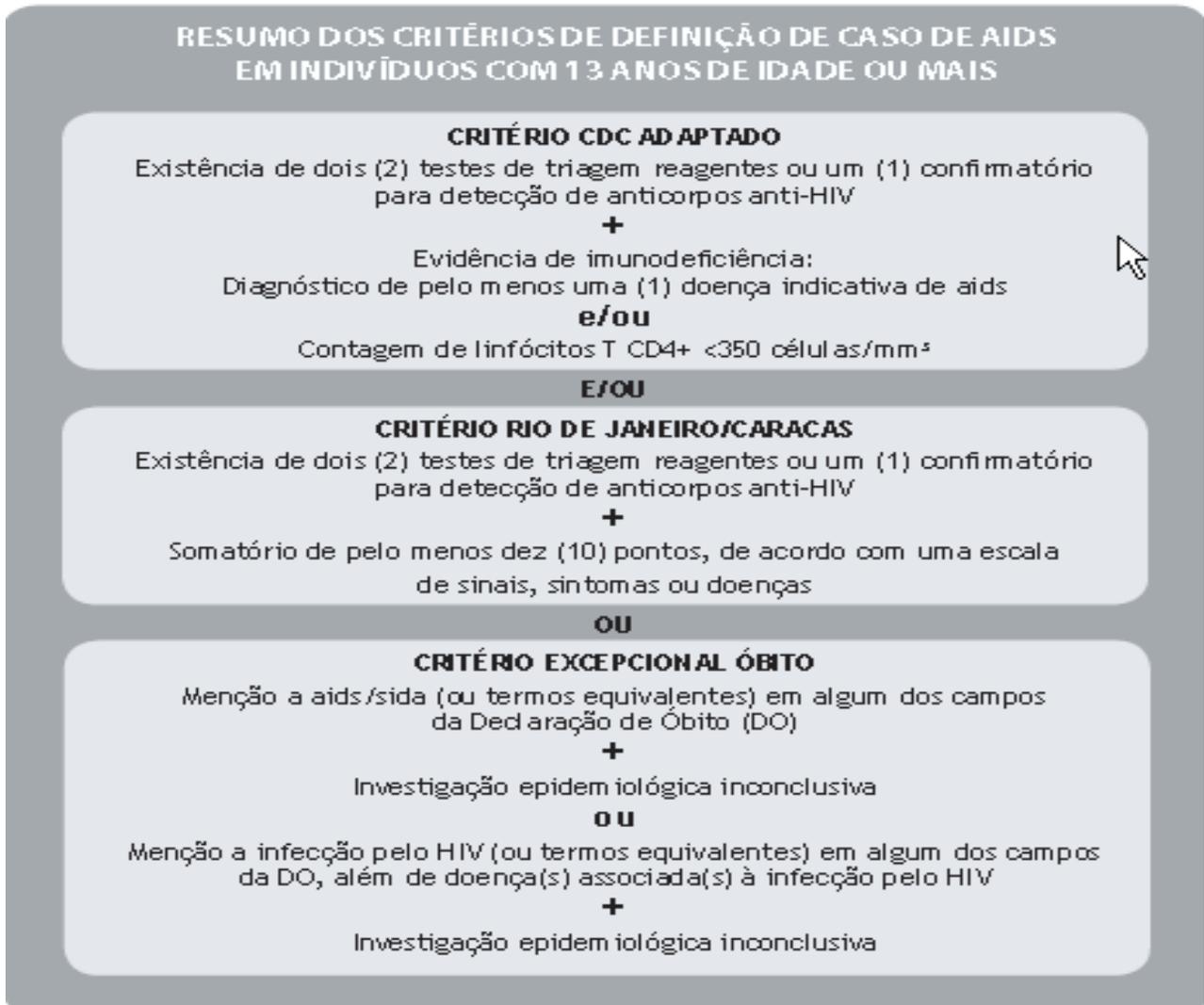
confirmação da infecção) complementam a avaliação diagnóstica, como contagem de linfócitos CD4 e CD8 e carga viral. Essa classificação própria combina uma avaliação do quadro clínico, presença ou não de doenças definidoras da doença e condições imunológicas (MEDEIROS et al., 2007).

Em 1987 esse país adotou a primeira definição de caso de Aids, restrita aos indivíduos com quinze anos de idade ou mais. Denominada de Critério CDC Modificado, baseia-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Desde então, a definição de caso de Aids em adultos no Brasil passou por sucessivas revisões tendo como objetivo principal a adequação dos critérios às condições diagnósticas laboratoriais e ao perfil de morbidade do país. Entre as adequações houve a divisão em duas fases de referência: para crianças ou pacientes menores de 13 anos de idade e para adultos, abrangendo os portadores com idade igual ou superior aos treze anos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008).

A ficha de notificação dos casos de Aids do SINAN, para indivíduos estabelecidos como adultos (13 anos de idade ou mais), compreende três critérios: **o CDC adaptado**, no qual existem dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais evidência de imunodeficiência com diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos T CD⁴⁺<350 células/mm³, **o Rio de Janeiro/Caracas**, com dois testes de triagem reagentes e um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais o somatório de pelo menos dez pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças. Este último critério, que não depende de exames complementares sofisticados, foi introduzido em 1992 e se baseia na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde nos locais que embasam a sua denominação. Finalizando, o critério excepcional **Óbito**, no qual existe a menção à infecção pelo HIV na Declaração de Óbito (DO) ou se apresenta de forma inconclusiva (BRASIL, 2009).

No quadro abaixo são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de AIDS em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais, com a finalidade de vigilância epidemiológica.

Quadro 1. Critérios de definição de caso de AIDS em indivíduos a partir de 13 anos de idade de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/ Programa Nacional de DST e AIDS (2008).

2.4 MANIFESTAÇÕES ORAIS DA AIDS

Poucas pessoas infectadas pelo HIV deixam de apresentar manifestações orais, durante o curso da doença. Algumas manifestações na mucosa oral e nas glândulas salivares foram registradas após a epidemia de Aids e outras agravadas, na sua severidade. Lesões orais associam-se ao *status* do HIV e ao estado de imunossupressão, constituindo elementos de

relevância nos esquemas de classificação dessa enfermidade, reforçando-se a importância de um exame oral minucioso, quando do diagnóstico e do tratamento da Aids, particularmente investigando a candidose oral, a leucoplasia oral pilosa, lesões causadas pelo vírus da herpes, doença periodontal, úlceras aftosas, doenças das glândulas salivares e o sarcoma de Kaposi (GREENSPAN e GREENSPAN, 1993).

Manifestações orais e periorais são comuns em pacientes infectados pelo HIV, ocorrendo em 30 a 80% desses. A grande maioria dos indivíduos acometidos apresenta pelo menos uma manifestação na região da cabeça e pescoço em qualquer estado da doença, representando as lesões orais os primeiros sinais passíveis de identificação. Além disso, essas lesões indicam uma grande susceptibilidade para infecções oportunistas e de progressão rápida da doença. Lesões na região de boca e faringe frequentemente podem ser bem visíveis aos profissionais da saúde, algumas vezes apenas requerendo o exame clínico. Um número crescente de trabalhos tenta elucidar o lugar ocupado por essas lesões na história natural da infecção pelo HIV (DÁVILA e GIL, 2011).

Medeiros et al. (2007), ao avaliarem a relação entre as manifestações estomatológicas, o status imunológico e intensidade da viremia em 76 pacientes HIV positivos atendidos em serviço de referência da cidade de Aracaju, em Sergipe, constataram que 57,89% dos pacientes investigados exibiam repercussões orais, sendo a candidose pseudomembranosa (26,3%) e a leucoplasia pilosa (21,05%), as lesões mais frequentes. Os autores ainda demonstraram uma tendência ao aparecimento de manifestações estomatológicas, à medida em que aumentava a depleção de células T e a viremia dos pacientes, mas nenhum padrão específico de manifestação pôde ser identificado nas diferentes faixas de contagem de células CD4+ e carga viral estudadas. De acordo com os dados obtidos sugeriram a viabilidade da avaliação estomatológica do paciente oferecer informações importantes, que venham a subsidiar a estimativa de progressão da doença.

Leão et al. (2009) descreveram três grupos de manifestações orais para a Aids, de acordo com a intensidade e características dessas: grupo 1 composto por sete lesões principais que se associam fortemente com a infecção (candidose oral, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante e linfoma não-Hodgkin); grupo 2 que abrange úlceras atípicas, doenças de glândulas salivares e

infecções virais (cytomegalovírus/CMV, herpes simples/HSV, papilomavírus/HPV e vírus do herpes Zoster/HZV) e grupo 3, onde se agrupam as lesões mais raras (osteomielite difusa e carcinoma de célula escamosa). De acordo com os autores, a presença de lesões orais pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, sobretudo pela implicação dessas nas condições de saúde geral.

Kuteyi e Okwundu (2012) destacaram as úlceras orais, na associação com a Aids. Em adultos infectados pelo HIV essas ocorreriam com uma frequência maior, durariam mais e produziriam sintomas mais dolorosos do que em pessoas imunocompetentes. Úlceras aftosas orais observadas durante o curso da infecção por HIV podem ser graves resultar em significativa morbidade nestes pacientes, pela interferência no desempenho das funções orais e do desconforto.

Sales-Peres et al. (2012), analisando a prevalência das manifestações orofaciais em 90 pacientes HIV+/AIDS de um hospital pediátrico de Moçambique constataram ser a candidíase, a lesão oral mais comum, com o registro de alargamento da parótida e aumento no ceo-d. A ocorrência de lesões na mucosa bucal foi maior em crianças que não faziam uso da terapia antirretroviral (TRA). O uso da TRA esteve associado com a redução da prevalência de lesões bucais em pacientes HIV+, contudo cáries rampantes foram maiores neste grupo. Pacientes HIV+ mostraram maior risco de cáries na dentadura decídua.

A maior organização de ensaios clínicos sobre o HIV a nível mundial (Aids Clinical Trials Group) possui uma parte vinculada aos estudos das complicações orais (*Oral HIV/AIDS Research Alliance*), associadas ao HIV/AIDS, com ênfase aos efeitos de antirretrovirais potentes sobre o desenvolvimento de lesões na mucosa bucal, em associação com os patógenos fúngicos e virais. Nesse sentido os fluidos orais estão sendo explorados, por seu potencial de monitoramento e diagnóstico com relação à infecção pelo HIV e coinfeções possíveis (KRISHNAN et al., 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Verificar a prevalência de manifestações orais notificadas em portadores de Aids no Estado da Paraíba e os seus fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estabelecer o número de casos de Aids notificados e as suas taxas de detecção bruta anual, no período da investigação;
- Apresentar a distribuição dos casos da doença, de acordo com as variáveis faixa etária, sexo, anos de escolaridade, município, núcleo e macrorregião de saúde;
- Caracterizar a evolução dos casos dessa enfermidade, por cada ano, no período avaliado;
- Avaliar as formas de transmissão de Aids, nos casos notificados;
- Confirmar a possibilidade de associação entre as manifestações orais de Aids e as variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, núcleo, macrorregião e evolução dos casos;
- Identificar os municípios paraibanos de residência, com as maiores frequências de manifestações orais para a essa doença.

3.3 HIPÓTESES

H1 – Existe associação entre as manifestações orais notificadas para a Aids e as variáveis: faixa etária, sexo, anos de escolaridade, núcleo e macrorregião de saúde, no Estado da Paraíba.

H0 – Não existe associação entre as manifestações orais notificadas para a Aids e as variáveis: faixa etária, sexo, anos de escolaridade, município de residência, núcleo e macrorregião de saúde, no Estado da Paraíba.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa constituiu um estudo epidemiológico transversal e quantitativo, com a análise estatística descritiva e inferencial, a partir de dados secundários.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo abrangeu informações dos bancos de dados, com acesso disponibilizado pela Secretária Estadual de Saúde (SES) da Paraíba, localizada na cidade de João Pessoa, capital do Estado. Nesses, existe a divisão da Paraíba, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização ou PDR, em quatro Macrorregiões de saúde, como parte da estratégia para a descentralização das ações e com vistas à elaboração de um sistema regionalizado de saúde, que conforma a base territorial de planejamento da atenção a partir das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, além da oferta de serviços e relações intermunicipais.

Cada macrorregião é composta por três Gerências Regionais de Saúde, totalizando 12 Gerências (Núcleos ou Regionais), a saber: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Piancó, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Sousa, Princesa Isabel e Itabaiana (GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, 2011). A figura 1 e o quadro 2 permitem a visualização dessas 12 Gerências Regionais de Saúde e de seus respectivos municípios sede.



Figura 1 – Mapa representativo da estratificação do Estado da Paraíba em suas 12 Gerências de Saúde.

Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html>

Quadro 2 - Distribuição dos Núcleos Regionais de Saúde, Macrorregiões e quantitativo de Municípios.

Núcleos Regionais de Saúde	Macrorregião de Saúde	Total de Municípios
1º João Pessoa	1ª	25
2º Guarabira	1ª	26
3º Campina Grande	2ª	42
4º Cuité	2ª	12
5º Monteiro	2ª	16
6º Patos	3ª	24
7º Piancó	3ª	18
8º Catolé do Rocha	3ª	10
9º Cajazeiras	4ª	15
10º Sousa	4ª	15
11º Princesa Isabel	4ª	7
12º Itabaiana	1ª	13

Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/municipios/ppi.html>

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo abrangeu todos os pacientes considerados adultos (acima de treze anos de acordo com o Critério do Ministério da Saúde) notificados através das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-AIDS) do Programa Estadual da Paraíba (PE DST/AIDS), Brasil, referente aos indivíduos portadores de AIDS/SIDA, no período de 1 janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para a amostra ficaram determinados: idade mínima de 13 anos na definição dos casos de Aids (critérios de caso de AIDS adulto, pela ficha de Vigilância Epidemiológica do SINAN – ANEXO A), no período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010 e município de residência pertencente ao Estado da Paraíba (também no período supracitado). Excluíram-se as fichas onde o óbito ocorreu sem a definição por Aids.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados secundários foram obtidos a partir do SINAN-AIDS, disponibilizados através do Programa Estadual de DST/AIDS, base de dados criada pelo Programa Nacional de AIDS por meio do Ministério da Saúde do Brasil. A coleta ocorreu a partir da junção da plataforma do SINAN Windows ou W(notificações realizadas até o ano de 2006) e a Net (a partir do ano de 2006 e vigente até os dias atuais).

Utilizou-se um instrumento para compilação das variáveis de interesse no estudo (APÊNDICE A).

4.6 ELENCO DE VARIÁVEIS

As variáveis contempladas no estudo estão caracterizadas no quadro 3, de acordo com a terminologia, conceito e categorização dos dicionários de dados do SINAN W e Net.

Quadro 3a. Variável dependente do estudo

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
DEPENDENTE	Sarcoma de Kaposi	Quando o indivíduo apresenta sinais e/ou sintomas da doença no momento do diagnóstico	Sim / Não
Manifestações orais notificadas nos casos de Aids	Candidose ou Leucoplasia Pilosa		Sim / Não
	Herpes Zoster		Sim / Não

Quadro 3b. Variáveis independentes do estudo

EVENTO/CLASSIFICAÇÃO	VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
INDEPENDENTES	Local de Residência	Município de residência (Gerências Regionais de Saúde/ Macrorregional do Estado da Paraíba)	Local de residência entre os 223 municípios do estado da PB; de acordo com as 12 Gerências Regionais de Saúde (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII) e para as quatro macrorregiões.
Aspectos Sociodemográficos	Sexo	Condição ou característica biológica do indivíduo	Feminino/Masculino
	Faixa etária	Idade em anos, de acordo com o agrupamento do MS do Brasil.	Grupos etários: (>13 a 19), (20-29), (30-39), (40-49), (50-59) e (≥60).
	Escolaridade* (em anos de estudo)	Anos de estudo concluídos (correspondência pela última série concluída)	1- Nenhum 2- De 1 a 3 3- De 4 a 7 4- De 8 a 11 5- De 12 e mais 9- Ignorado
Diagnóstico	Ano	Ano calendário do diagnóstico de Aids.	2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 ou 2010
	Critério de diagnóstico de AIDS	Características clínicas e laboratoriais apresentadas no momento da notificação do caso	- Rio de Janeiro/Caracas - CDC adaptado - Óbito
Modo de transmissão	Categoria de transmissão do HIV (provável modo de transmissão do HIV)	Contato sexual desprotegido, contato direto com sangue (compartilhamento de agulhas para drogas, transfusão de sangue e/ou hemoderivados, acidentes com material biológicos e transmissão vertical (mãe/filho)	- Transmissão vertical, sexual ou sanguínea.
Evolução do caso	Evolução	Acompanhamento do caso (sua evolução para o óbito)	1 – Vivo, 2 – Óbito por Aids, 3 – Óbito por outras causas, 9 – Ignorado

*RIPSA: Rede Integrada de Informação para Saúde.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por um único pesquisador. Existiu um pré-teste do instrumento de compilação das variáveis, considerando-se como período de referência o ano de 2011, ainda com dados incompletos, à data da coleta. Esse procedimento teve como objetivo identificar possíveis falhas, a adequação dos termos e estimar o tempo necessário para o levantamento de dados desta pesquisa.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Efetuiu-se a partir de análise descritivas (com apresentação de frequências absolutas e percentuais) e técnicas analíticas. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos de confiança foram obtidos com confiabilidade de 95,0%. Foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson, no estudo de associação de duas variáveis categóricas, e a razão de prevalência (Risco Relativo). Para a obtenção dos cálculos estatísticos empregou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na sua versão 17.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo presente respeitou os princípios que regem a bioética em pesquisas com seres humanos, com ênfase à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Esta, fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2005).

A coleta de dados iniciou-se após assinatura por parte da Gerência Executiva em Saúde do Estado, que responde pelo Programa DST/AIDS/PB o termo de consentimento pós-informado com anuência e autorização da pesquisa (APÊNDICE B), bem como mediante a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, de onde obteve parecer favorável, sob protocolo de número CAAE 0404.0.133.000-10 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Na análise dos dados foram obtidos a taxa de ocorrência de AIDS por 100.000 habitantes no Estado da Paraíba (por ano), a taxa (não acumulada) do período e distribuições absolutas e percentuais.

Na Tabela 1 apresenta-se o número de casos de AIDS notificados, número de habitantes e taxa de ocorrência por 100.000 habitantes por ano e a taxa (média) no período analisado. Da tabela 1 é possível calcular que variação absoluta do ano de 2000 para 2010 foi de 2,05 (de 7,43 para 9,48 casos por 100.000 habitantes).

Tabela 1 - Número de casos e taxas de detecção bruta anual da AIDS por 100.000 habitantes, no estado da Paraíba no período 2000 a 2010. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Ano	Casos	População	Taxa por ano
2000	256	3.443.825	7,43
2001	208	3.468.534	6,00
2002	142	3.494.965	4,06
2003	146	3.518.607	4,15
2004	356	3.542.167	10,05
2005	263	3.595.849	7,31
2006	279	3.623.198	7,70
2007	273	3.650.180	7,48
2008	269	3.742.606	7,19
2009	395	3.769.954	10,48
2010	357	3.766.528	9,48
Total período	2944	39.616.413	7,43

Fonte: SINAN- AIDS /PB

No gráfico 1 verifica-se oscilação da taxa com redução do ano de 2000 para 2003, sendo que os valores mais elevados ocorreram nos anos de 2009 (10,48), 2004 (10,05) e 2010 (9,48).

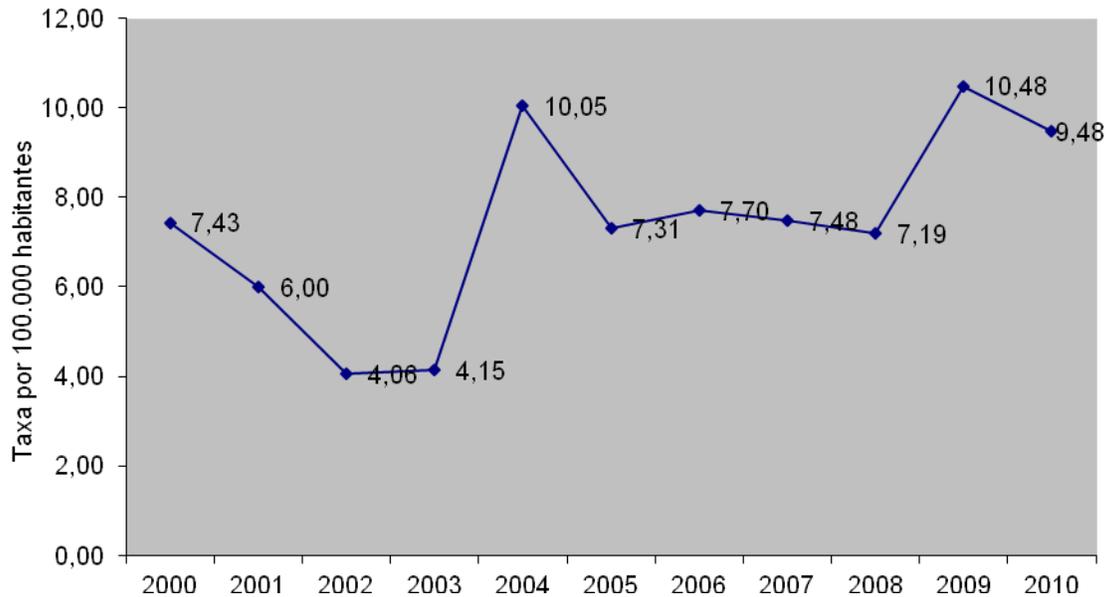


Gráfico 1 - Taxas de detecção bruta da AIDS por 100.000 habitantes por ano, no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 - Campina Grande, PB/Brasil 2012

A tabela 2 mostra a proporção, quanto à distribuição dos casos de AIDS de acordo com as variáveis sociodemográficas: faixa etária, sexo, anos de escolaridade, núcleo e macrorregião de saúde.

No que concerne à faixa etária, os intervalos adotados seguiram a padronização do Ministério da Saúde do Brasil, para a análise em anos, com o agrupamento das duas primeiras faixas, em virtude da amostra deste estudo abranger indivíduos apenas a partir dos 13 anos de idade.

Para o sexo, de forma mais particular, verificou-se que o maior número de casos notificados da doença esteve associado ao sexo masculino. Todavia, quando se acompanha ao longo da série histórica, no período avaliado (gráfico 2), evidencia-se a feminização do estado da Paraíba.

Em relação à escolaridade, esta ficou registrada de acordo com a medida em anos de estudo concluídos, com suas equivalências a seguir: nenhuma (analfabeto ou com zero para anos de estudo); de um a três anos (primeira à quarta série incompleta do Ensino Fundamental ou EF); de quatro a sete anos (da quarta série completa à oitava série incompleta); 8 a 11 anos (do Ensino

Médio ou EM incompleto ao EM completo); 12 anos ou mais (do Ensino Superior ou ES incompleto ao ES completo). A categoria ignorada foi mantida, quando da ausência da informação.

Quanto à distribuição dos casos notificados por municípios que compõem a Unidade Federativa do Estado, os dados foram apresentados de acordo com a organização através do Plano Diretor de regionalização (PDR). Nele existem quatro macrorregiões de Saúde, cada uma composta por três gerências regionais sendo formada por um determinado número de Municípios que constituem a base territorial de planejamento da atenção à saúde (agrupamento de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, epidemiológicas, além da oferta de serviços e relações intermunicipais).

No tocante à distribuição dos casos pelos Núcleos Regionais de Saúde, obtiveram-se os seguintes resultados pela ordem decrescente de notificações: 1° NRS representado por João Pessoa (25 municípios) 1907; 3° NRS, representado por Campina Grande (42 municípios) 440; 2° NRS representado por Guarabira (26 municípios) 149 casos; 12° NRS representado por Itabaiana (13 municípios) 116; 6° NRS representado por Patos (24 municípios) 97 ; 9° NRS representado por Cajazeiras (15 municípios) 64; 10° NRS representado por Sousa, (15 municípios) 57; 5° NRS representado por Monteiro (16 municípios), 29; 4° NRS representado por Cuité (12 municípios), 27; 8° NRS representado por Catolé do Rocha (10 municípios), 23; 7° NRS representado por Piancó (18 municípios), 20 e 11° NRS representado por Princesa Isabel (sete municípios), 15.

Quanto às macrorregionais de saúde, houve o registro de 2 176 casos (73,9%) na macro I, 494 (16,8%) na macro II, 139 (4,7%) na macro III, 135 (4,6%) na macro IV. Destaca-se a primeira macrorregional, formada por 64 municípios, onde está situado o 1ª Núcleo Regional de Saúde João Pessoa, que apresenta o maior número de casos de AIDS (2173/100.000 habitantes).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000-2010 segundo faixa etária, sexo, escolaridade, núcleo regional de saúde e macrorregião de saúde, Campina Grande-PB/Brasil 2012.

	n	%
TOTAL	2944	100,0
• Faixa etária (anos)		
13 – 19	68	2,3
20 – 29	757	25,7
30 – 39	1160	39,4
40 – 49	649	22,0
50 – 59	227	7,7
60 ou mais	83	2,8
• Sexo		
Masculino	1936	65,8
Feminino	1008	34,2
• Anos de escolaridade		
Nenhuma	391	13,3
1 a 3	740	25,1
4 a 7	716	24,3
8 a 11	629	21,4
12 ou mais	190	6,5
Ignorada	278	9,4
• Núcleo Regional		
I	1907	64,8
II	149	5,1
III	440	14,9
IV	27	0,9
V	29	1,0
VI	97	3,3
VII	20	0,7
VIII	23	0,8
IX	64	2,2
X	57	1,9
XI	15	0,5
XII	116	3,9
• Macrorregião de Saúde		
I	2173	73,8
II	494	16,8
III	140	4,8
IV	137	4,6

Na análise do gráfico 2, o percentual de casos de AIDS notificados para o sexo feminino oscilou de 29,5% (2003) a 40,3% (2007); exceto para ano de 2000, com 21,5%. As frequências mais elevadas ocorreram a partir do ano de 2004, constatando-se o pico (no período investigado) no ano de 2009, como mostra o gráfico 3 abaixo.

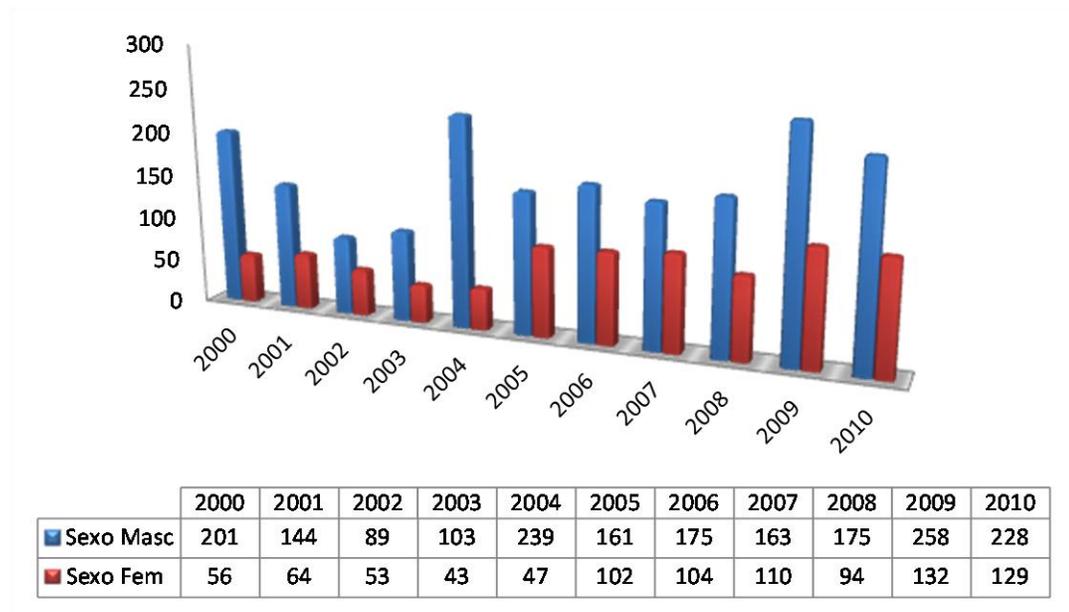


Gráfico 2 – Distribuição de todos os casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000 a 2010 segundo o sexo. Campina Grande-PB/Brasil, 2012

O gráfico 3, na próxima página, mostra a disposição da taxa de detecção por ano e macrorregional de saúde, quanto ao número de casos de AIDS registrados.

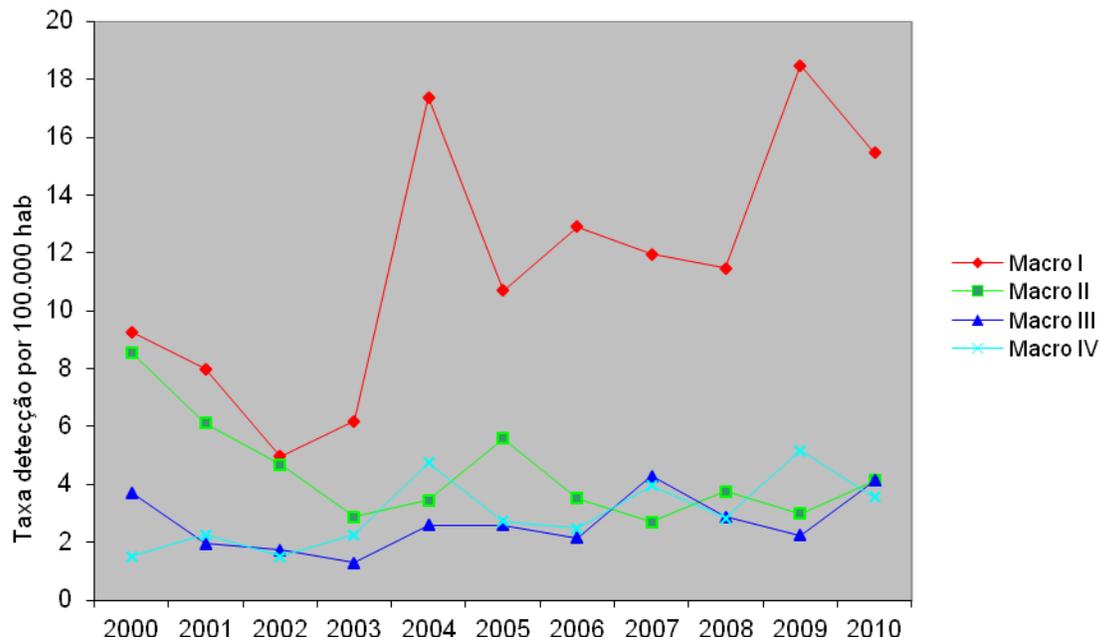


Gráfico 3 – Taxas de detecção por ano e macrorregional de saúde. Campina Grande – PB/Brasil, 2012.

A tabela 3 destaca os dez municípios paraibanos com maior número de casos notificados de AIDS, ao longo da série histórica pesquisada.

Tabela 3 – Municípios de residência com maior número de casos de AIDS, de acordo com a ordem decrescente das frequências. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Município de residência	N	%
João Pessoa	1019	34,6
Campina Grande	276	9,4
Santa Rita	169	5,7
Bayeux	146	5,0
Cabedelo	90	3,1
Patos	63	2,1
Rio Tinto	50	1,7
Mamanguape	49	1,7
Guarabira	46	1,6
Sapé	42	1,4

Fonte: SINAN- AIDS /PB

Na tabela 4 pode-se visualizar a evolução dos casos de AIDS no estado da Paraíba.

Tabela 4 – Evolução dos casos de AIDS no estado da Paraíba por ano e no período investigado. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Ano	Vivos		Mortos		Ignorados		Total por ano	
	N	%	n	%	n	%	n	%
2000	143	55,9	113	44,1	-	-	256	100,0
2001	138	66,3	67	32,2	3	1,4	208	100,0
2002	123	86,6	19	13,4	-	-	142	100,0
2003	104	71,2	42	28,8	-	-	146	100,0
2004	306	86,0	50	14,0	-	-	356	100,0
2005	207	78,7	56	21,3	-	-	263	100,0
2006	237	84,9	41	14,7	1	0,4	279	100,0
2007	209	76,6	64	23,4	-	-	273	100,0
2008	219	81,4	50	18,6	-	-	269	100,0
2009	347	87,8	45	11,4	3	0,8	395	100,0
2010	310	86,8	46	12,9	1	0,3	357	100,0
Total período	2343	79,6	593	20,1	8	0,3	2944	100,0

Fonte: SINAN- AIDS /PB

No que concerne à categoria de transmissão do HIV/AIDS, o estudo obteve como resultado uma maior registro no tocante a forma de transmissão sexual, seja homossexual, heterossexual ou bissexual; seguida da sanguínea ,existindo relatos dessa ocorrendo concomitantes com a transmissão sanguínea.

Tabela 5 – Avaliação da forma de transmissão dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000-2010. Campina Grande-PB/Brasil, 2012.

Forma de transmissão	N	%
• Vertical	7	0,2
• Sexual	2439	82,8
• Sanguínea	9	0,3
• Sexual e sanguínea	68	2,3
• Ignorada	421	14,3
TOTAL	2944	100,0

Neste trabalho, a ocorrência das manifestações orais, ao longo da série histórica estudada, pode ser observada na tabela 6, a seguir.

Tabela 6 – Avaliação da ocorrência de sarcoma de Kaposi, candidose oral ou leucoplasia pilosa e herpes zoster entre os dos casos de AIDS no estado da Paraíba no período 2000-2010. Campina Grande-PB/Brasil 2012 .

Variável	n	%
TOTAL	2944	100,0
• Sarcoma de Kaposi		
Sim	37	1,3
Não	2586	87,8
Ignorado	321	10,9
• Candidose oral ou Leucoplasia pilosa		
Sim	770	26,2
Não	1854	63,0
Ignorado	320	10,9
• Herpes Zoster		
Sim	202	6,9
Não	2425	82,4
Ignorado	317	10,8

Fonte: SINAN- AIDS /PB

Devido à baixa frequência do registro para o Sarcoma de Kaposi não se estabeleceu o cruzamento desta manifestação com as variáveis do estudo ano, macrorregião, sexo, faixa etária, anos de escolaridade e evolução dos casos, o que aconteceu para as outras manifestações reportadas. Na Tabela 7 foi analisada a ocorrência de candidose oral/leucoplasia pilosa. Com exceção das variáveis sexo e faixa etária se comprovou associação significativa entre a ocorrência de candidose/leucoplasia e as demais variáveis ($p < 0,05$ e intervalos para a razão de prevalência que excluem o valor 1,00). Acrescenta-se (para a melhor compreensão dos dados dessa tabela), que o item ignorado foi excluído, para as variáveis ano de escolaridade e evolução dos casos, a fim de que o percentual pudesse ser obtido de acordo com as informações definidas. Dessa forma, em 58 menções da candidose/leucoplasia a escolaridade não ficou esclarecida, assim como em seis menções para o herpes zoster, nas tabela 8.

Tabela 7 – Avaliação da ocorrência de candidose oral ou leucoplasia pilosa, segundo as variáveis: ano, macrorregião, sexo, faixa etária, escolaridade e evolução dos casos. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Variável	<i>Candidose oral / leucoplasia pilosa</i>				Grupo Total		Valor de p	RP (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	N	%		
• Ano								
2000	101	54,3	85	45,7	186	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	3,71 (2,79 a 4,92)
2001	84	57,1	63	42,9	147	100,0		3,91 (2,93 a 5,20)
2002	59	41,8	82	58,2	141	100,0		2,86 (2,08 a 3,92)
2003	35	24,3	109	75,7	144	100,0		1,66 (1,13 a 2,43)
2004	69	20,4	270	79,6	339	100,0		1,39 (1,00 a 1,93)
2005	66	28,2	168	71,8	234	100,0		1,93 (1,39 a 2,66)
2006	78	51,0	75	49,0	153	100,0		3,48 (2,59 a 4,68)
2007	78	29,0	191	71,0	269	100,0		1,98 (1,45 a 2,71)
2008	61	23,0	204	77,0	265	100,0		1,57 (1,12 a 2,19)
2009	87	22,3	304	77,7	391	100,0		1,52 (1,11 a 2,090)
2010	52	14,6	303	85,4	355	100,0	1,00	
TOTAL	770	29,3	1854	70,7	2624	100,0		
• Macrorregião								
Macro I	473	24,4	1464	75,6	1937	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,20 (0,84 a 1,72)
Macros II	217	49,9	218	50,1	435	100,0		2,45 (1,71 a 3,53)
Macro III	55	42,6	73	57,4	129	100,0		2,11 (1,41 a 3,16)
Macro IV	25	20,3	98	79,7	123	100,0		1,00
TOTAL	770	29,3	1854	70,7	2624	100,0		
• Sexo								
Masculino	492	28,9	1208	71,1	1700	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,538	1,00
Feminino	278	30,1	646	69,9	924	100,0		1,04 (0,92 a 1,18)
TOTAL	770	23,9	1854	70,7	2624	100,0		
• Faixa etária								
13 – 19	12	20,3	47	79,7	59	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,326	1,00
20 – 29	197	29,0	483	71,0	680	100,0		1,42 (0,85 a 2,39)
30 – 39	292	28,3	739	71,7	1031	100,0		1,39 (0,83 a 2,33)
40 – 49	181	31,7	390	68,3	571	100,0		1,56 (0,93 a 2,62)
50 – 59	61	29,5	146	70,5	207	100,0		1,45 (0,84 a 2,50)
60 ou mais	27	35,5	49	64,5	76	100,0		1,75 (0,97 a 3,15)
TOTAL	770	23,9	1854	70,7	2624	100,0		
• Anos de escolaridade								
Nenhuma	124	35,0	230	65,0	354	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,030*	1,27 (0,94 a 1,70)
1 a 3	212	31,6	458	68,4	670	100,0		1,15 (0,87 a 1,52)
4 a 7	185	28,2	471	71,8	656	100,0		1,02 (0,77 a 1,36)
8 a 11	149	26,0	423	74,0	572	100,0		0,94 (0,70 a 1,26)
12 ou mais	42	27,6	110	72,4	152	100,0		1,00
TOTAL	712	29,6	1692	70,4	2404	100,0		
• Evolução dos casos								
Vivo	606	27,6	1591	72,4	2197	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
Morto	158	37,7	261	62,3	419	100,0		1,37 (1,19 a 1,57)
TOTAL	764	29,2	1852	70,8	2616	100,0		

(*) : Associação significativa ao nível de 5,0% %. (1): Através do teste Qui-Quadrado de Pearson.

Na Tabela 8 observa-se que a prevalência de herpes Zoster foi 7,7%. Evidenciou-se uma associação significativa entre a ocorrência da lesão citada com: ano da ocorrência, faixa etária e evolução dos casos. A frequência de registro dessa lesão ocorreu de forma mais elevada no ano

de 2006 (23,6%), nas faixas 50 a 59 anos (11,0%) e 20 a 29 entre os pacientes que evoluíram para vivo, quando comparados aos que tiveram o óbito por Aids (8,5% x 3,6%).

Tabela 8 - Avaliação da ocorrência de herpes Zoster segundo as variáveis: ano, macrorregião, sexo, faixa etária, escolaridade e evolução dos casos. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Variável	<i>Herpes Zoster</i>				Grupo Total		Valor de p	RP (IC a 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
• Ano								
2000	12	6,5	173	93,5	185	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00 (0,51 a 1,97)
2001	20	13,4	129	86,6	149	100,0		2,08 (1,18 a 3,67)
2002	10	7,1	130	92,9	140	100,0		1,11 (0,54 a 2,26)
2003	8	5,6	136	94,4	144	100,0		0,86 (0,39 a 1,88)
2004	28	8,2	315	91,8	343	100,0		1,26 (0,74 a 2,150)
2005	17	6,9	231	93,1	248	100,0		1,06 (0,58 a 1,94)
2006	32	23,4	105	76,6	137	100,0		3,61 (2,20 a 5,95)
2007	15	5,6	253	94,4	268	100,0		0,87 (0,46 a 1,63)
2008	7	2,6	259	97,4	266	100,0		0,41 (1,18 a 0,93)
2009	30	7,7	361	92,3	391	100,0		1,19 (0,70 a 2,00)
2010	23	6,5	333	93,5	356	100,0		1,00
TOTAL	202	7,7	2425	92,3	2627	100,0		
• Macrorregião								
Macro I	153	7,9	1783	92,1	1936	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,279	2,45 (0,92 a 6,50)
Macros II	36	8,2	403	91,8	439	100,0		2,54 (0,92 a 7,00)
Macro III	9	7,0	119	93,0	128	100,0		2,18 (0,69 a 6,90)
Macro IV	4	3,2	120	96,8	123	100,0		1,00
TOTAL	202	7,7	2425	92,3	2627	100,0		
• Sexo								
Masculino	121	7,1	1577	92,9	1698	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,143	1,00
Feminino	81	8,7	848	91,3	929	100,0		1,22 (0,93 a 1,60)
TOTAL	202	7,7	2425	92,3	2627	100,0		
• Faixa etária								
13 – 19	5	8,3	55	91,7	60	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,023*	1,23 (0,37 a 4,06)
20 – 29	68	10,0	612	90,0	680	100,0		1,48 (0,62 a 3,55)
30 – 39	67	6,5	961	93,5	1028	100,0		0,96 (0,40 a 2,32)
40 – 49	34	5,9	542	94,1	576	100,0		0,87 (0,35 a 2,16)
50 – 59	23	11,0	186	89,0	209	100,0		1,63 (0,64 a 4,13)
60 ou mais	5	6,8	69	93,2	74	100,0		1,00
TOTAL	202	7,7	2425	92,3	2627	100,0		
• Anos de escolaridade								
Nenhuma	18	5,0	339	95,0	357	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,308	1,00
1 a 3	51	7,6	616	92,4	667	100,0		1,52 (0,90 a 2,56)
4 a 7	56	8,5	604	91,5	660	100,0		1,68 (1,00 a 2,82)
8 a 11	48	8,5	514	91,5	562	100,0		1,69 (1,00 a 2,86)
12 ou mais	11	7,0	146	93,0	157	100,0		1,39 (0,67 a 2,87)
TOTAL	184	7,7	2219	92,3	2403	100,0		
• Evolução dos casos								
Vivo	186	8,5	2013	91,5	2199	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,002*	2,37 (1,41 a 3,97)
Morto	15	3,6	405	96,4	420	100,0		1,00
TOTAL	201	7,7	2418	92,3	2619	100,0		

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-Quadrado de Pearson.

A tabela 9 destaca os dez municípios do Estado com o maior número de casos registrados das manifestações orais, ao longo da série histórica pesquisada.

Tabela 9 – Avaliação da ocorrência de Sarcoma, candidíase oral/leucoplasia pilosa ou herpes Zoster por município com maiores número de casos de AIDS. Campina Grande-PB/Brasil 2012.

Município	Casos de AIDS		Casos com lesão por município	
	N	%	n	%
João Pessoa (1ª NRS)	1019	34,6	293	49,6
Campina Grande (3ª NRS)	276	9,4	137	33,7
Santa Rita (1ª NRS)	169	5,7	57	28,8
Bayeux (1ª NRS)	146	5,0	35	24,0
Cabedelo (1ª NRS)	90	3,1	32	35,6
Patos (6ª NRS)	63	2,1	29	46,0
Rio Tinto (1ª NRS)	50	1,7	15	50,0
Mamanguape (1ª NRS)	49	1,7	14	28,6
Guarabira (2ª NRS)	46	1,6	11	23,9
Sapé (1ª NRS)	42	1,4	10	23,8

Fonte: SINAN- AIDS /PB.

6 DISCUSSÃO

6.1 ESCOLHA DO TEMA

Nesta parte estabeleceu-se uma sequência de abordagem iniciada com as implicações sobre o tema e a metodologia adotada no estudo presente, seguida pelo cotejar dos resultados obtidos com os outros trabalhos levantados na literatura e por fim, apontando para as limitações encontradas no desenvolvimento deste trabalho.

A escolha do objeto deste estudo considerou que embora exista na literatura um razoável número de pesquisas sobre Aids, até os dias de hoje ainda persistem muitos questionamentos sobre esse problema, não somente pela dinâmica da evolução da infecção pelo HIV, com suas mudanças constantes e repercussões possíveis na qualidade da população acometida, como também pelas variáveis ambientais, sociais e culturais vinculadas desde o diagnóstico, ao tratamento e controle desse grave problema da saúde pública mundial.

Nesse sentido, uma investigação maior sobre as manifestações orais nos pacientes com Aids merece destaque. Apesar das evidências sobre a relevância das mesmas como indicadores preciosos para a vigilância epidemiológica dessa enfermidade, lacunas e questionamentos sobre a magnitude das possíveis alterações relacionadas e à sua notificação precoce e adequada permanecem como um desafio, particularmente para o profissional da Odontologia. O desconhecimento, a resistência e o preconceito ainda são norteadores do assunto em questão (RAGON; TURA; ARRUDA, 2009).

Corroborar-se com Dornellas et al. (2008) e Ranganathan et al. (2010), que relataram poucos estudos sobre a prevalência de sinais e sintomas das manifestações orais em indivíduos portadores de HIV e, em acréscimo, com diversidades e limitações metodológicas marcantes, o que dificulta o extrapolar do resultados. Salientaram, em acréscimo, a importância de um estudo com metodologia adequada e no âmbito da saúde pública, para se conhecer a real situação do impacto da Aids nos grupos populacionais. Ranganathan et al. (2010), de forma mais particular direcionados ao Estado brasileiro da Paraíba, ressaltaram o aumento da incidência de Aids nessa área e a necessidade de um maior conhecimento sobre os fatores de risco associados ao

aparecimento das alterações na cavidade bucal, para a definição de intervenções (avaliação, prevenção e controle).

A epidemia da Aids no Brasil tem apresentado consecutivas mudanças em seu perfil, referindo-a assim como um mosaico de epidemias regionais, que refletem a extensão e a diversidade sociodemográfica do país e a heterogeneidade regional, em especial nas regiões com Índice de Desenvolvimento Humano/IDH mais baixos. Um número cada vez maior de municípios distantes das principais áreas metropolitanas vêm apresentando um crescente índice do problema, principalmente as comunidades menos assistidas (VERAS et al., 2011).

Desde 1985, ano do primeiro caso da doença notificado na Paraíba, até junho de 2010, o Estado notificou 3.661 casos no SINAN. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLOM, foram identificados 1.112 casos não notificados no SINAN, representando sub-registro de 23,3%. Pelos dados oficiais do governo, até o ano de 2011, 4.856 paraibanos foram infectados pelo HIV (BRASIL, 2011).

6.2 IMPLICAÇÕES METODOLÓGICAS

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo epidemiológico transversal e quantitativo, com a análise estatística descritiva e inferencial, a partir dos dados secundários oriundos das fichas de notificação do SINAN/AIDS/PB.

A pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informação sobre eventos ligados à saúde de uma população definida e na quantificação destes eventos. Estudo transversal, seccional e prevalência constituem termos usados como sinônimos. Fica caracterizado quando se efetuam as observações e mensurações das variáveis de interesse simultaneamente; radiografia estática do que ocorre em um dado momento, mas que pode se referir a este momento e ao passado, incluindo, portanto, informações retrospectivas (PEREIRA, 2000).

Esse desenho de estudo se propõe expor as características de determinada população ou determinado fenômeno, assim como verificar a frequência da doença em função das variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e a pessoa (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003), aqui abrangendo: os anos investigados para os casos notificados de Aids, na região geográfica do nordeste brasileiro, mais precisamente no Estado da Paraíba, com seus municípios, núcleos

regionais e macrorregiões de saúde e as características sociodemográficas e quanto ao diagnóstico, modo de transmissão e evolução dos casos notificados.

Adotando-se uma estratégia observacional, com o registro dos dados secundários a partir da base de dados, em que o investigador não controla nem a exposição nem a alocação dos indivíduos (MEDRONHO e BLOCH, 2008), obtiveram-se vantagens e limitações, sendo as últimas, mais marcantes no desenvolvimento do trabalho atual.

Os aspectos positivos estiveram relacionados à fonte oficial de dados e a informações pré-existentes, que, a rigor, facilitariam o processo da coleta. No entanto ocorreu a falta de padronização de alguns itens da ficha, a partir do ano de 2006, o que implicou na necessidade de se levantar todos os referenciais para a comparação, construindo, praticamente, um novo banco de dados. Somado a isso, a falha no preenchimento das fichas de notificação de Aids, com falta de informações (lacunas no preenchimento ou sobre outras variáveis como a terapia com retrovirais) ou dados de forma imprecisa (ignorados), além de campos com preenchimento não obrigatório (como o do profissional ou agente notificante), reduziram as possibilidades de ampliação dos objetivos desta pesquisa.

O SINAN representa o sistema de informação nacional utilizado para notificação de agravos de notificação compulsória, incluindo os casos confirmados de Aids no Brasil. Trata-se de um sistema contínuo, adequado à descentralização da vigilância epidemiológica, sendo a sua concepção norteadada pela padronização do conceito de definição de caso e pela transmissão de dados, a partir da organização hierárquica das esferas de governo. Observa-se neste estudo a necessidade de busca por melhor qualidade dos dados, pois se verifica a mesma, sobretudo, pela avaliação de completude e coerência das fichas de notificação. Urge uma revisão crítica das fichas, antes da digitação, para que os campos em branco, ignorados e as variáveis incompatíveis entre si, sejam identificados e retornem à unidade notificante, para correções.

Ressalta-se que as unidades notificantes são geralmente aquelas que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde. Outras unidades, como hospitais privados não conveniados, consultórios particulares ou instituições não vinculadas ao setor Saúde (creches e outras) deveriam ser cadastradas no SINAN como fontes de notificação. Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, têm a obrigação de comunicar aos gestores do SUS a ocorrência

de casos suspeito-confirmados das doenças previstas; o que usualmente não acontece, sobretudo no que se refere à notificação pelo cirurgião-dentista.

Concorda-se com Cruz, Toledo e Santos (2003) quando ressaltaram que mesmo não sendo o objetivo do estudo avaliar a qualidade e a completude das fichas de notificação, o monitoramento e avaliação do programa de Aids dependem não apenas da qualidade desses dados coletados como também do adequado processamento e consolidação dos mesmos. Esses registros permitem a construção de indicadores que devem ser os mais fidedignos possíveis para expressar a real situação da epidemia e dos acometidos tendo em vista que essas análises devem subsidiar ações da vigilância, o planejamento das ações de prevenção, o monitoramento e a avaliação de processos visando ao controle e ao combate da infecção pelo HIV.

O cunho descritivo empregado informa sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos e viabiliza a análise estatística para o tratamento dos dados, quando se exige um estudo exploratório ou com vistas ao diagnóstico de uma situação (PEREIRA, 2000).

Na questão do instrumento adotado, restrições são constatadas para a comparação com estudos internacionais, pois se trata de uma ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde no Brasil, que mesmo considerando Critério CDC (ainda a referência internacional), o faz de uma forma modificada, com as manifestações orais mencionadas no Critério Rio de Janeiro/Caracas.

Quanto às lesões bucais, no Critério estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (*WHO Clinical Staging of HIV/AIDS for adults and adolescents*) ocorre a maior ênfase para as manifestações clínicas, com os acréscimos de úlceras aftosas recorrentes e herpes simples; característica não enfatizada no Critério CDC (para as suas duas revisões estabelecidas). Também não se constatou espaço para outro tipo possível de manifestação existente, o que limita a compreensão sobre mudanças possíveis no perfil da Aids e das lesões bucais como fatores significantes ao diagnóstico precoce e controle do tratamento.

Ainda no contexto supracitado e de acordo com os dados da pesquisa atual, fica o questionamento sobre a qualidade dos dados sobre as manifestações orais possivelmente associadas a essa doença, porque qualquer profissional da saúde poderia fazer o registro, sem a obrigatoriedade de identificar a sua especialidade. Dessa maneira questiona-se a confiabilidade, precisão diagnóstica, reforçando a falta de critérios mais específicos do ponto de vista clínico e a dúvida sobre a subjetividade desse parâmetro.

Profissionais da Odontologia têm um papel importante não só no diagnóstico de uma manifestação oral de HIV, mas também no reconhecimento da importância potencial dessa. Eles devem tomar as medidas adequadas para gerir a lesão, no acompanhamento da evolução da Aids (RAGON; TURA; ARRUDA, 2009). Ranganathan (2010) chamou a atenção sobre o papel do cirurgião-dentista na detecção precoce dessas lesões e o auxílio importante que podem oferecer no início do tratamento profilático contra as infecções oportunistas sistêmicas, diminuindo a morbidade associada, particularmente em crianças, onde tendem a um curso fulminante.

6.3 COTEJAR DOS RESULTADOS OBTIDOS

O aumento dos casos notificados de Aids no Estado da Paraíba, ao longo dos anos analisados nesta pesquisa e representados na tabela 1 e no gráfico 1 tem sido estabelecido em outros estudos (RANGANATHAN et al., 2010; SOUZA et al., 2000).

A propagação do HIV/AIDS no Brasil evidencia uma epidemia de múltiplas dimensões que, tem apresentado profundas transformações na sua evolução e distribuição. Vista inicialmente como uma epidemia que atingia indivíduos jovens (de 13 a 19 anos) e considerados de “grupos de risco”, passou a atingir qualquer indivíduo da sociedade, independentemente da idade e do sexo (SOUZA et al., 2000).

Com relação à distribuição dessa doença no país, quanto à idade dos acometidos, a maior proporção de casos notificados encontra-se entre 40 e 49 anos. Para o ano de 2010 a faixa etária que exibiu o maior percentual de casos foi a de 35 a 39 anos. Ressalta-se, ainda, que entre 1998 e 2010 ocorreu um aumento de casos de Aids para os grupos etários de cinco a 12 anos, de 50 a anos, e a partir dos 60 anos (BRASIL, 2011)

No estudo presente, a faixa etária com o maior percentual de registros de Aids foi de 30 a 39 anos, seguida pelo intervalo de 20 a 29 anos de idade, com a predominância entre jovens e adultos jovens. Gabriel, Barbosa e Viana (2005) encontraram resultados semelhantes para o primeiro grupo etário supracitado, onde se constatavam 48,2% nos homens e 44,5% nas mulheres com Aids; característica também verificada no estudo de Silva et al. (2010), quando fixaram ser a população adulta jovem, a partir dos 20 (25) aos 49 anos a que possuía o maior risco para essa enfermidade, alcançando percentuais de até 80% dos acometidos.

Pelos resultados obtidos e em acordo com os trabalhos supracitados, a Aids atinge, basicamente, um população economicamente ativa e muitas vezes responsável pelo sustento da família, no Estado da Paraíba. Adicionalmente tratam-se de indivíduos sexualmente ativos, na sua grande maioria. Dessa forma, essa parcela da população necessitaria de melhores informações sobre as formas de prevenção, contaminação e tratamento, com o desenvolvimento de políticas públicas que pudessem traçar estratégias para combater e reduzir essa situação, reforçando-se que uma redução nesse número de casos estaria contribuindo para baixar a transmissão de Aids vertical/perinatal.

Segundo Oliveira et al (2004) na década de 1980 e 1990 a faixa etária predominante para os casos de Aids em todo o Brasil foi de 30 a 39 anos, seguida da faixa etária de jovens e adolescentes. Até junho de 2007 o SINAN notificou uma redução significativa de casos entre jovens e adolescentes, mas a faixa etária predominante continua sendo a de 30 a 39 anos.

De acordo com Amorim et al. (2009), a faixa etária predominante dos casos de Aids notificados na capital do Estado da Paraíba, João Pessoa, seria composta por indivíduos de 30 a 35 anos, seguida da faixa etária entre 36 e 41 anos e não sendo registrados pacientes com idades inferiores a 30 ou superiores a 59 anos; fato que discorda com os dados do estudo atual. Um ano após, Sousa et al. (2008) afirmaram existir um aumento nos casos da doença, para pessoas com 60 anos de idade ou mais. A prevalência do HIV/AIDS nas pessoas idosas está em torno de 2,9%. Esta, embora possa ser tomada ainda como pouco representativa, reflete a tendência de um grupo populacional que se infecta cada vez mais. Dessa forma, a disposição natural observada em todo o mundo é de acréscimo no número de idosos contaminados pelo HIV, principalmente pela vulnerabilidade física e psicológica e o pouco acesso a serviços de saúde de qualidade.

Quanto à variável sexo, estabeleceu-se, neste estudo, um aumento representativo dos casos para as mulheres, em especial quando se comparam os dados do ano 2000 com o ano de 2010 (Gráfico 2).

A Aids no Brasil vem passando por mudanças no seu perfil epidemiológico, no que se refere à participação de homens e mulheres na caracterização da epidemia. De 1980 a junho de 2009 foram notificados 356.427(65,4%) de casos no sexo masculino e 188.396 (34,6%) no sexo feminino. Em 1986, havia 15 casos masculinos para um feminino, com o passar do tempo observa-se que a partir de 2002 vem ocorrendo um processo de estabilização dessa razão de sexo de 1,5 casos em homens para um caso em mulheres (REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011).

No estudo presente verificou-se uma feminização dos indivíduos acometidos pelo HIV/AIDS, no período definido para a análise. Carvalho, Dourado e Bierrenbach (2011) comentou que, logo do surgimento dessa enfermidade, a sua trajetória se encontrava, em geral, afastada das mulheres; todavia chegaram a essas em curto período de tempo, tanto no exterior como no Brasil, constituindo um desafio ao planejamento de estratégias efetivas de prevenção. Desde a década de 1980 tanto a prevalência como a incidência da infecção por HIV em mulheres vêm aumentando gradativamente, passando de 10% para quase a metade das pessoas infectadas.

A progressão na incidência dessa enfermidade entre as mulheres jovens, nas últimas décadas, pode ser atribuída (em grande parte) ao comportamento sexual dessas, ou seja, à dificuldade de negociação de práticas sexuais com seu parceiro. Mulheres casadas formam o grupo epidemiológico com o maior aumento na infecção por HIV, devido ao não conhecimento da contaminação por HIV de seus maridos. Nesse contexto, a transmissão heterossexual tem desempenhado um papel importante na dinâmica de disseminação da epidemia de Aids no país, enquanto a epidemia vem evoluindo, de forma mais lenta, entre os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis. Existem ainda as particularidades específicas da mulher, que favorecem essa propensão: as diferenças anatômicas, a maior concentração do vírus no sêmen do que na mucosa vaginal, bem como a vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis (PAIVA; SEGURADO; FILIPE, 2011).

Considerando-se o Estado da Paraíba, a razão entre os sexos, no ano de 1992, era de 8,3 homens para cada mulher. Em 2009, de 1,5 homens para cada mulher, seguindo a tendência nacional. E essa crescente infecção entre as mulheres vem contribuindo para o aumento de casos em crianças alterando dessa forma mais uma vez o perfil da epidemia (BRASIL, 2009).

Tendo em vista a feminização da Aids, coordenadores da Secretaria Especial de Política para as Mulheres e do Programa Nacional de DST/AIDS formularam o “Plano Integrado de Enfrentamento de Feminização das DST e AIDS”, em 2007, com a finalidade buscar respostas locais para a promoção da saúde sexual, prevenção, tratamento e reabilitação das infecções relacionadas. A proposta do plano tem como elemento fundamental a redução dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres brasileiras mais susceptíveis a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2007).

Na sequência do estudo presente foi avaliada a variável escolaridade, ponderando-se os anos de estudo. O grau de instrução constitui um dos indicadores para avaliar o nível

socioeconômico de uma população; particularmente as diferenças em relação ao acesso do indivíduo às informações, recursos e serviços de saúde (RIQUE e SILVA, 2011).

A epidemia de Aids no Brasil teve início na população de maior condição socioeconômica, ou seja em indivíduos que possuíam mais de oito anos de escolaridade, existindo uma inversão desse perfil ao longo dos anos, onde o maior número de casos encontra-se em indivíduos com menor escolaridade, caracterizando assim o processo de pauperização associado à doença (BASTOS, 2000).

No trabalho presente houve um maior número de casos para os que possuíam de 1 a 3 anos de estudo, equivalentes ao ensino fundamental incompleto. De acordo com dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), através de levantamento abrangendo 35 mil jovens na faixa etária dos 17 aos 20 anos, a prevalência de Aids é maior para os que possuem ensino fundamental incompleto (0,17%), quando comparados aos com ensino fundamental completo (0,10%). Rodrigues-Júnior e Castilho (2010), analisando a transmissão do HIV e de outras doenças oportunistas, em municípios da fronteira brasileira, encontraram resultados diferentes, com um maior percentual dessas (30,2%), para as pessoas com 4-7 anos de escolaridade, ou ensino fundamental completo.

Abordagens sobre o grau de instrução da população acometida por Aids, no Estado da Paraíba existiram na investigação de Pereira et al. (2012), com o ensino fundamental aparecendo em destaque, em grande parte sequer completo. Esses valores evidenciam que a maioria dos pacientes possui um grau de escolaridade insuficiente para compreenderem as alterações e sintomas da doença, os quais estão vivenciando.

Além dessa associação de risco, o conhecimento sobre a escolaridade deve nortear a adaptação da linguagem nas ações de educação em saúde, nas orientações quanto aos autocuidados e tratamento, visando a um melhor entendimento do paciente e, conseqüentemente, a um menor abandono ao tratamento, particularmente dos infectados pelo HIV.

Ainda pela análise da tabela 2 e 3 percebe-se que a primeira macrorregional, onde se localiza o I Núcleo Regional de Saúde, na capital do Estado, João Pessoa, apresenta o maior número de casos de Aids notificados. Este fato pode ser justificado por essa cidade concentrar o maior conglomerado populacional do Estado, com 723.515 habitantes (IBGE CIDADES, 2012), bem como porque constitui sede de Unidade Hospitalar de referência para o tratamento de

doenças infectocontagiosas na Paraíba, o Complexo Hospitalar Clementino Fraga, à data da coleta dos dados do estudo presente.

Observa-se, ainda, que municípios mais próximos à capital ou de impacto econômico para a Paraíba, como Campina Grande também apresentam um número representativo de casos. Para os demais, avaliando-se a área geográfica, suporta-se a menção de uma interiorização dessa doença.

Quanto à categoria do modo de transmissão, para o estudo presente, a relação sexual aparece com destaque, assim como o número de transmissão ignorada. Em termos de exposição ao HIV, no Brasil, tem-se constatado a elevação dos casos em heterossexuais, caracterizando assim a heterossexualização da Aids no país. No ano de 1996 o percentual de casos heterossexuais em relação ao total de casos era de 22,5%, passando em 2005 para 44,2%, sendo a transmissão heterossexual responsável por 94,5% dos casos no sexo feminino (REBELLO et al, 2011). Outros estudos apontam resultados semelhantes (PEREIRA et al., 2012; SILVA et al., 2010), com o destaque como o mais importante fenômeno para o momento vivenciado da epidemia no país.

A pequena representatividade do modo de transmissão vertical (ou baixa notificação dos casos) identificada neste estudo vai em sentido contrário ao aumento de casos na população feminina. Para Traquette et al. (2011), com a feminização da Aids, principalmente em mulheres na idade reprodutiva, cresceria o número de casos pela transmissão perinatal, aumentando o número de crianças infectadas. De acordo com Silva et al. (2010), a transmissão perinatal é uma das principais formas de disseminação do vírus HIV na população infantil, podendo variar de 13 a 48%; tornando-se imprescindível uma melhor capacitação dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência às mulheres em geral e às grávidas em especial, com orientações precisas para as condutas a serem adotadas, com vistas a uma redução nesse quadro.

No Brasil a mortalidade por Aids ainda constitui um relevante desafio à Saúde Pública, porque que atinge diferentes segmentos da população mundial. Apesar dos esforços representativos para o enfrentamento da epidemia, esta se configura entre uma das principais causas de morte. Na última década, entretanto, observa-se uma desaceleração desse processo. (VERAS et al., 2011).

A mortalidade por Aids tem sido reduzida no país, passando de 9,7 por 100.000 habitantes, em 1995, para 6,0 por 100.000 habitantes em 2005; o que deve estar associado ao

sucesso da política de distribuição gratuita de medicamentos. Estão em tratamento, hoje, no país, 184.252 indivíduos, correspondendo a 94,8% daqueles com indicação para receber a terapia antirretroviral (BRASIL, 2011).

Apesar do acesso aos esquemas terapêuticos estar mais simplificados, em decorrência da disponibilidade de combinações de medicamentos e da sua distribuição facilitada, Polejack e Seidl (2010) sinalizaram para os outros fatores implicados no tratamento e controle dos portadores de Aids e que contemplam o paciente, os profissionais da saúde, a família e a sociedade. De acordo com os dados do estudo atual, a sobrevida associada a Aids mostrou uma evolução positiva, o que pode ser atribuído a boa qualidade de atuação das Políticas de Enfrentamento dessa doença na população paraibana.

Na continuidade desta discussão, passa-se às manifestações orais ou lesões bucais notificadas. Manifestações orais e periorais são achados comuns em pacientes infectados pelo HIV, com influência no estado geral dos acometidos e em um prognóstico pior para a Aids. Essas representam um fator ímpar de diagnóstico e monitorização desses indivíduos, pois aparecem como um dos primeiros indicadores clínicos da infecção por HIV são fortemente associada à supressão imune (RANGANATHAN, 2010).

Ainda considerando o trabalho de Bravo et al. (2006), esses autores, ao avaliarem 75 pacientes adultos HIV+ atendidos no Centro de Doenças Infecciosas da Faculdade de Odontologia da Universidade Central da Venezuela verificaram a presença das lesões orais seguintes: candidíase oral (61%), leucoplasia oral (34%), eritema gengival linear (8%), úlceras aftosas recorrentes (5%) e sarcoma de Kaposi (5%), com diferenças estatisticamente significantes entre as primeiras lesões e as demais.

No estudo presente houve um agrupamento da candidose oral com a leucoplasia pilosa, sendo essas as lesões mais notificadas; fato que também concorda com outros estudos levantados na literatura consultada como Leão et al. (2009), Medeiros et al. (2007) e Ranganathan (2010). Este último sugere que a candidíase oral tem o potencial para ser usado como um indicador substituto das infecções oportunistas sistêmicas, em pacientes pediátricos com HIV, pois reflete o grau de imunossupressão.

Uma característica muito pouco registrada foi o Sarcoma de Kaposi, dado que entra em conflito com os estudos supracitados que, mesmo demonstrando um percentual inferior à

candidose, à leucoplasia pilosa e ao herpes zoster, aparece em percentuais significativamente superiores a 1,2%.

Ye et al. (2011) afirmaram que o Sarcoma de Kaposi associado ao herpevírus estabelece uma infecção latente no hospedeiro, após a infecção aguda. A reativação desse período de latência estaria associada à indução de malignidade (Sarcoma de Kaposi, linfoma primário e doença de Castelman). Gaitán-Cepeda et al. (2010) mencionaram a influência da terapia antirretroviral, com a diminuição da ocorrência de lesões orais em pacientes soropositivos, em especial a candidíase/candidose.

Pelos critérios de diagnóstico possíveis, segundo a ficha do SINAN, apenas é possível constatar a presença de quatro lesões orais (uma agrupada), sem a necessidade de identificar o notificante. Assim, esses dados poderiam indicar uma falta de capacitação ou treinamento para tal fim e a pouca participação ou conhecimento do cirurgião-dentista nesse contexto.

Adicionalmente devem-se buscar critérios mais específicos para a identificação das manifestações orais possivelmente associadas à Aids, lembrando que pacientes infectados tendem a uma higiene oral comprometida por todo o contexto relacionado a essa enfermidade, com piores sintomas relacionados à área em questão. Possuem limitações funcionais, emocionais e vinculadas ao bem-estar social associada à qualidade de saúde bucal.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- O registro de manifestações orais ocorreu em menos da metade dos 2944 casos de Aids notificados no Estado da Paraíba, para um período compreendido a partir do ano 2000 até o ano de 2010, de acordo com a metodologia do estudo presente;
- Uma taxa média de detecção bruta anual de 7,43 casos de Aids por 100.000 habitantes foi constatada neste estudo, com um crescimento a partir do ano de 2004 e estabelecendo-se o pico no ano de 2010;
- A distribuição dessa doença ocorreu com predomínio nos indivíduos do sexo masculino, para a faixa etária dos 30 aos 39 anos, com um a três anos de escolaridade, residentes no Núcleo Regional I e na Macrorregião de Saúde I;
- A evolução dos casos ocorreu, na maioria dos casos, para a sobrevivência, em cada ano e no período total desta investigação;
- A transmissão sexual, entre a população heterossexual, representou a maior forma de contágio do vírus HIV entre os paraibanos;
- A candidose/leucoplasia oral pilosa, quanto manifestações orais da Aids, possuíram associação significativa com as variáveis ano de investigação, macrorregião, anos de escolaridade e evolução dos casos. O herpes Zoster o ano de investigação, a faixa etária e evolução dos casos. Não se estabeleceu a possibilidade de associação entre o Sarcoma de Kaposi e as variáveis analisadas, por sua baixa notificação, aparecendo às manifestações citadas, em ordem decrescente de frequência;
- Os dez municípios de residência paraibanos, como o maior número de manifestações orais notificadas foram, em ordem decrescente, João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita, Bayeux, Cabedelo, Patos, Rio Tinto, Mamanguape, Guarabira e Sapé.

8 REFERÊNCIAS*

AETC. The Aids Education and Training Centers. HIV Classification: CDC and WHO Staging Systems. 2012. Disponível em: < http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cg-205_hiv_classification>. Acesso em 02 de junho de 2012.

AMORIM, J. A.; SOUZA, F. M. B.; COSTA E. B.; CARNEIRO V. S. M.; LUCENA A. A. G. Prevalência das doenças estomatológicas em pacientes HIV positivos. **Odontol clínico-científica**. Recife, v.8, n.2, p: 127-131, abr/jun. 2009.

BARBOSA JÚNIOR, A.; SZWARCOWALD, C.L.; PASCOM, A.R.P.; SOUZA JÚNIOR, P.B. de. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 727-737, abr. 2009.

BARTLETT J. G. **Medical care of patient with HIV infection**. Philadelphia: LWW, 2002.

BASTOS, F.I.P. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl1, p. 65-76, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS**: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 118p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, mar., 2007.

* Este trabalho está de acordo com as normas técnicas de documentação elaboradas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que se seguem:

NBR 6023: Informação e documentação – Referências – Elaboração, 08/2002;

NBR 6024: Informação e documentação – Numeração progressiva das seções de um documento, 05/2003;

NBR 6027: Informação e documentação – Sumário – Apresentação, 05/2003;

NBR 6028: Informação e documentação – Resumo – Apresentação, 11/2003;

NBR 6034: Informação e documentação – Índice – Apresentação, 12/2004;

NBR 10520: Informação e documentação – citações em documentos – apresentação, 08/2002;

NBR 14724: Informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação, 03/2011.

_____. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005.

_____, Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____, **Boletim epidemiológico AIDS DST 2009.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 05 de janeiro 2011.

_____, **Boletim epidemiológico AIDS DST 2010.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 10 de maio 2012.

BRAVO, I.M.; CORRENTI M.; ESCALONA L.; PERRONE M.; BRITO A.; TOVAR V, RIVERA H. **Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in a Venezuelan population.** Medicina Oral Patol. Oral Cir. Bucal 2006.

CARDOSO, L.V.; GALISTEU, K.J.; SCHIESARI JÚNIOR, A.; CHAHLA, L.A.O.A.; CANILLE, R.M.S.; BELLOTO, M.V.T. et al. Enteric parasites in HIV-1/AIDS-infected patients from a Northwestern São Paulo reference unit in the highly active antiretroviral therapy era. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 44, n.6, p. 665-669, Nov.-Dec. 2011.

CARVALHO, C.N.; DOURADO, I; BIERRENBACH, A.N. Subnotificação da comorbidade tuberculose e AIDS: uma aplicação do método de linkage. Rev Saúde Pública (online), abril, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011005000021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 de maio de 2011.

CASOTTI, J.A.S.; PASSOS, L.N.; OLIVEIRA, F.J.P. de; CERUTTI JÚNIOR, C. Prevalence of discordant immunologic and virologic responses in patients with AIDS under antiretroviral therapy in a specialized care center in Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 53, n.6, p. 301-307, Nov.-Dec. 2011.

CDC.Center for Disease Control and Prevention (CDC). Pratical infections control in the dental office. 2006.Disponível em: < <http://www.cdc.gov/>>. Acesso em 02 de junho de 2011.

COHEN, M.S.; GAY, C.L.; BUSCH, M.P. HECHT, F.M. COHEN, M.S. et al. The detection of acute HIV infection. **J Infect Dis**, Chicago, v. 202, Suppl 2, p. S270-277, Oct. 2010.

COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS T. Doenças da imunidade. In: ROBBINS, S.L. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap. 7, p.168-232.

CRUZ, M.M. ; TOLEDO, L.M. ; SANTOS, E.M. Strenghts and limitations of the Rio de Janeiro Municipal AIDS information System as an instrument for epidemiological surveillance. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 81-9, 2003.

DALE, B.M.;McNERNEY, G.P.; HUBNER, W.; HUSER, T.R.; CHEN, B.K. Tracking and quantitation of fluorescent HIV during cell-to-cell transmission. **Methods**, San Diego, v.53, n.1, p.20-26, Jan.2011.

DÁVILA, M.; GIL, M. Manifestaciones orales y caries dental em niños expuestos al vírus de inmunodeficiencia humana. **Revista Salud Publica**, Bogota, v. 13, n.5, p. 833-843, oct. 2011,

DETELS, R.; JACOBSON, L.; MARGOLICK, J; MARTINEZ-MAZA, O; MUÑOZ, A.; PHAIR, J. et al. The multicenter AIDS cohort study, 1983 to. **Public Health**, London, v. 126, n.3, p. 196-8, Mar. 2010.

DORNELAS, S. K. L.; BERTAZZOLI, R. C.B; MEDEIROS, M. B; BIASEI, R. C. B; ROSA, M. R. Manifestações Orofaciais e sua Correlação com a Classificação Clínica e Imunológica em Crianças Infectadas pelo HIV em João Pessoa, **Pesq. Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.8, n.2, p.179-183, maio/ago. 2008.

DUESBERG, P.H.; MANDRIOLI, D.; McCORMACH, A.; NICHOLSON, J.M.; RASNICK, D.; FIALA, C.et al. AIDS since 1984: no evidence for à new, viral epidemic – not even in Africa. **Italian Journal of Anatomy and Embryology**, Firenze, v. 116, n. 2, p. 73-92, 2011.

ELIAS, L.A.; BASTOS, F.I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4721-4730, dez. 2011.

EURO HIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009 Disponível em:
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=590 >>.
Acesso em 03 de maio de 2011.

GABRIEL, R.; BARBOSA, D.A.; VIANNA, L.A.C. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.4, p. 509-13, jul.-ago. 2005.

GAITÁN-CEPEDA, L.A.; PAVÍA-RUZ, N.; MUÑOZ-HERNÁNDEZ, R.; DOMÍNGUES-SÁNCHEZ, A.; VERDUGO-DÍAZ, R.; MERÁZ-ACOSTA H. et al. Oral lesions in HIV+AIDS adolescents perinatally infected undergoing HAART. **Medicina Oral, Patologia Oral e Cirurgia Bucal**, Internet, v. 15, n.4, p. 545-550, jul. 2010.

GALLO, R.C.; MONTAGNIER, L. The discovery of HIV as the cause of AIDS. **New England Journal of Medicine**, London, v. 349, n. 24, p. 2283-2285, 2006.

GONÇALVES, V. F.; KERR, L. R. F. S.; MOTA, R. M.. S; MOTA, J.M.A. Estimativa de subnotificação de casos em uma capital do nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.3, p. 356-64, 2008.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil e desigualdades regionais de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, dez. 2010.

GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S. Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 37, n.1, p. 21-32, 1993.

GUIBU, I.A.; BARROS, M.B.A.; DONALÍSIO, M.R.; TAYRA, A.; ALVES, M.C.G.P. Survival of AIDS patients in the Southeast and South of Brazil: analysis of the 1998-1999 cohort. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 (supl. 1), p. 79-92, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Secretaria de Saúde da Paraíba. Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado da Paraíba. Secretaria da Saúde da Paraíba realiza 4 macrorregionais sobre notificação de DST nos 223 municípios do Estado. 20 de julho de 2005.

Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/secretaria-da-saude-da-paraiba-realiza-4-macro-regionais-sobre-notificacao-de-dst-nos-223-mu>>. Acesso em 01 de maio de 2011.

IBGE CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. João Pessoa – PB. Dados básicos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250750>>. Acesso em 03 de julho de 2012.

KRISHNAN, S.; WU, K.; SMURZYNSKI, M.; BOSCH, R.J.; BENSON, C.A.; COLLIER, A.C. et al. Incidence rate of and factors associated with loss to following-up in a longitudinal cohort of antiretroviral-treated HIV-infected persons: an AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Longitudinal Linked Randomized Trials (ALLRT) analysis. **HIV Clinical Trials**, St. Louis, v. 12, n.4, p. 190-200, Jul.-Aug. 2011.

KUTEYI, T.; OKWUNDU, C.I. Topical treatments for HIV-related oral ulcers. **Cochrane Database Systematic Review**, v. 1: CD007975, 2012.

LEÃO, J.C.; RIBEIRO, C.M.B.; CARVALHO, A.T.; FREZZINI, C.; PORTER, S. Oral complications of HIV disease: review. **Clinics**, São Paulo, v. 64, n.5, p. 459-470, May. 2009.

MAIA, M. J; MEIRELES, N.L.; CORDEIRO, R. C. **Assistência odontológica para pessoas vivendo com HIV/AIDS na rede pública do estado de Minas Gerais**. 2004.57f. Monografia (Curso de Especialização em odontologia-Saúde Coletiva) - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MANDELL, G. L.; BENETT, J. E.; DOLIN, R. **Principles and practice of infectious diseases**. 6th Ed, v.I. New York: Churchill Livingstone, 2005. p. 1532.

MARQUES, K.M.G. **Perfil do atendimento odontológico ao paciente HIV positivo na cidade do Recife**. 2007. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade de Pernambuco, Camaragibe.

McMAHON, J.; WANKE, C.; TERRIN, N.; SKINNER, S.; KNOX, T. Poverty, hunger, education, and residential status impact survival in HIV. **AIDS Behaviour**, New York, v. 15, n.7, p. 1503-1511, Oct. 2011.

MEDEIROS, M.S.; ARRUDA, E.A.G.; GUERRANT, R.L.; BROWN, C.H.M.; REKOSH, D.; LIMA, A.A.M. Genotype testing and antiretroviral resistance profiles from HIV-1 patients experiencing therapeutic failure in northeast Brazil. **Brazil Journal Infectious Diseases**, Salvador, v. 11, n.4, p. 390-4, Aug. 2007.

MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V. **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MELCHIOR, R.; NEMES, M.I.B.; ALENCAR, T.M.D.; BUCHALLA, C.M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41 (supl 2), p. 87-93, dez. 2007.

MIRANDA, A.E.; ROSETTI FILHO, E.; TRINDADE, C.R.; GOUVÊA, G.M.; COSTA, D.M.; OLIVEIRA, T.G. et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 42, n.4, p. 386-391, jul.-ago. 2009.

NISOLE, S.; SAIB, A. Early steps of retrovirus replicative cycle. **Retrovirology**, London, v. 14, n.1, p.9, May. 2004.

OLIVEIRA, M.T.D.C.; BARREIRA, D.; SANTOS, L.C.O.; LATORRE, M.R.D.O. A subnotificação de casos de Aids em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. **Boletim Epidemiológico/AIDST**, Brasília, v.18, n.1, p. 7-11, 2004.

ONI, T.; BURKE, R.; TSEKELA, R.; BANGANI, N.; SELDON, R.; GIDEON, H.P. et al. High prevalence of subclinical tuberculosis in HIV-1-infected persons without advanced immunodeficiency: implications for TB screening. **Thorax**, London, v. 66, n.8, p. 669-673, Aug. 2011.

PAIVA, V.; SEGURADO, A.C.; FILIPE, E.M.V. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/AIDS care and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.9, p. 1699-1710, Sep. 2011.

PEREIRA, L.B.; ALBUQUERQUE, J.R. de; SANTOS, J.M.dos; LIMA, F.L.A.; SALDANHA, A.A.W. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem T-CD4. **Revista brasileira de ciências da saúde**, João Pessoa, v. 16, n.2, maio. 2012.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4. Reimp. 2000.

PEREIRA, P.R. **Subtipos do HIV-1 e associação com características demográfico-epidemiológicas em pacientes atendidos em Hospital de referência em Porto Alegre, Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl1), p. 1201-8, jun. 2010.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/Aids**. 6.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RAGON, C.S.T.; TURA, L.F.R.; ARRUDA, A. Os sentidos da Aids e o atendimento odontológico. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 1047-1058, 2009.

RANGANATHAN, K.; GEETHALAKSHMI, E.; KRISHNA, M.R.U.; VIDYA, K.M.;

KUMARASAMY, N.; SOLOMON, S. Orofacial and systemic manifestations in 212 paediatric HIV patients from Chennai, South India. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 20, n.4, p. 276-82, Jul. 2010.

REBELLO, L.E.F.S.; GOMES, R.; SOUZA, A.C.B. Ade. Homens e a prevenção da Aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 15, n.36, p. 67-78, jan.-mar. 2011.

RIQUE, J.; SILVA, M.D.P. da. Estudo da subnotificação dos casos de Aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2., p. 599-603, fev.2011.

RISTIC, N.; ZUKUROV, J.; ALDMIM W.; DIAZ, RS.; CHIN, M.P. Analysis of the origin and evolutionary history of HIV-1 CRF28_BF and CRF29_BF reveals a decreasing prevalence in the AIDS epidemic of Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 6, n.3: e17485, 2011.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; CASTILHO, E.A.de. AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 43, n.5, p. 542-7, set.-out., 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SALES-PERES, S.H.C.; MAPENGO, M.A.A.; MOURA-GREC, P.G. de; MARSICANO, J.A.; SALES-PERES, A.C.; SALES-PERES, P.G. de. et.al. Oral manifestations in HIV+ children in Mozambique. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 55-60, Jan. 2012.

SCHWARCZ, S.; RICHARDS, T.A.; FRANK, H.; WENZEL, C.; HSU, L.C.; CHIN, C.S. et al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. **AIDS Care**, Oxford, v. 23, n.7, p. 892-900, Jul. 2011.

SILVA, S.F.R.da; PEREIRA, M.R.P.; MOTTA NETO, R.; PONTE, M.F.; RIBEIRO, I.F.; COSTA, P.F.T.F. da.; SILVA, S.L.S. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Revista brasileira de análises clínicas**, Rio de Janeiro, v. 42, n.3, p. 209-12, 2010.

SIMON, D.; BÉRIA, J.U.; TIETZMANN, D.C.; CARLI, R. de.; STEIN, A.T.; LUNGE, V.R. Prevalência de subtipos do HIV-1 em pacientes de um centro urbano no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p. 1094-1101, dez.2010.

SOTO-RIFO, R.; LIMOUSIN, T.; RUBILAR, P.S.; RICCI, E.P.; DÉCIMO, D.; MONCORGÉ, O. et al. Different effects of the TAR structure on HIV-1 and HIV-2 genomic RNA translation. **Nucleic Acids Research**, London, v. 40, n.6, p. 2653-67, Mar. 2012.

SOUZA, J.L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para a disfunção erétil. **DST Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 59-64, 2008.

SOUSA L.B. ; PEREIRA PINTO, L. ; MEDEIROS, A.M.C. de; ARAÚJO JÚNIOR, R.F. de ; MESQUITA, O.J.X. de. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 9-85, jan./mar. 2000.

STERNE, J.AC.; MAY, M.; SABIN, C.; PHILLIPS, A.; COSTAGLIOLA, D.; Chene G. et al. Importance of baseline prognostic factors with increasing time since initiation of highly active

antiretroviral therapy, **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. Hagerstown, v. 46, n.5, p. 60715, 2007.

TELLES-DIAS, P.R.; WESTMAN, S.; FERNANDEZ, A.; SANCHEZ, M. Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41 (supl 2), p. 94-100, dez. 2007.

TRAQUETTE, S.R.; MATOS, H.J.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R.; AMORIM, E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 44, n.4, p. 467-70, jul.-ago. 2011.

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2009.

VERAS, M.A.S.M.; RIBEIRO, M.C.A.; JAMAL, L.F.; McFARLAND, W.; BASTOS, F.I.; RIBEIRO, K.B. et al. The “AMA-Brazil” cooperative project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the antiretroviral treatment era. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl.1, p. 104-113, 2011.

VIEIRA, V.C.; BARRAL, M.F.; MENDOZA-SASSI, R.A.; SILVEIRA, J.M.; SOARES, M.A.; MARTÍNEZ, A.M. The effect of combined polymorphisms in chemokines and chemokine receptors on the clinical course of HIV-1 infection in a Brazilian population. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.106, n.4, p. 408-15, 2011.

VITIELLO, G.N.B. A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro.

WEISS, R.A. On viruses, discovery, and recognition. **Cell**, Cambridge, v. 135, n.6, p. 983-986, Dec. 2008.

WERTHEIM, J.O.; FOURMENT, M.; KOSAKOVSKY POND, S.L. Inconsistencies in estimating the age of HIV-1 subtypes due to heterotachy. **Molecular, biology and evolution**, Chicago, v. 29, n.2, p. 451-6, Feb. 2012.

WOOD, E.; MONTANER, J.S.; CHAN, K.; TYNDALL, M.W.; SCHECHTER, M.T.; SBANGSBERG, D.; O'SHAUGHNESSY, M.V.; HOGGS, R.S. Socioeconomic status, Access to

triple therapy, and survival from HIV – disease since 1996. **AIDS**, San Francisco, v.16, n.15, p. 2065-72, Oct. 2002.

YE, F.; ZHOU, F.; BEDOLLA, R.G.; JONES, T.; LEI, X.; KANG, T. et al. Reactive oxygen species hydrogen peroxide mediates Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus reactivation from latency. **PLoS Pathog**, San Francisco, v. 7, n.5, e1002054, May. 2011.

ZIRPOLI, J.C.; LACERDA, H.R.; ALBUQUERQUE, V.M.G. de; ALBUQUERQUE, M.F.P.M. de; MIRANDA FILHO, D.B. et al. Angina pectoris in patients with HIV/AIDS: prevalence and risk factors. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 16. n.1, p. 1-8, Jan.-Feb. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICES A

Instrumento/Ficha para Compilação dos Dados

APÊNDICE B

Termo de Consentimento/Autorização da Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS
NOTIFICADAS EM PORTADORES DO HIV/AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA

Eu, JULHA EMÍLIA VAZ SETTE CÂMARA, RG nº: 489-816, li a descrição do estudo "*PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MANIFESTAÇÕES ORAIS NOTIFICADAS EM PORTADORES DO HIV/AIDS NO ESTADO DA PARAÍBA*" e, concordo com a realização da pesquisa e utilização das ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/AIDS/PB) do Programa Estadual da Paraíba. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que a participação é voluntária e que posso desistir da continuação do estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que não comprometa ou identifique qualquer participante.

João Pessoa, 29 de julho de 2011

Júlia Emília Vaz Sette Câmara
Gerente Executiva de Vigilância em Saúde
Mat. 89.761-2

JULHA EMÍLIA VAZ SETTE CÂMARA
Gerente Executiva da Vigilância em Saúde /PB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

A Gerente Executiva da Vigilância em Saúde /PB

Dra.: Julha Emilia Vaz Sette Câmara

Assunto:

Autorização para realização da pesquisa Prevalência e Fatores Associados às Manifestações Oraís Notificadas em Portadores do HIV/AIDS no Estado da Paraíba

Senhora Gerente,

Ao cumprimentá-la, vimos por meio deste solicitar de Vossa Senhoria a autorização para realização da pesquisa intitulada Prevalência e Fatores Associados às Manifestações Oraís Notificadas em Portadores do HIV/AIDS no Estado da Paraíba.

O cerne tem como objetivo verificar a prevalência de manifestações orais notificadas em portadores de HIV/AIDS no Estado da Paraíba, durante o período de 2000 a 2010. A pesquisa irá contribuir para a construção do conhecimento sobre as manifestações orais ocorridas no estado, fornecendo subsídios para futuros programas de intervenção, bem como acompanhar a tendência espacial da doença e comportamentos de risco, visando orientar as ações de prevenção e controle do HIV/Aids e conseqüentemente, reduzir a morbi-mortalidade associada a AIDS no Estado.

Prof^ª. Dra. Luciana de Barros Correia Fontes
Programa de Pós-graduação em Odontologia da UEPB
Orientador/responsável pelo Projeto

Dr^ª Sofaya P. F. Adriano

Maria Sofaya Pereira Franco Adriano

Aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UEPB
Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de Notificação/Investigação de AIDS-MS

Critérios de definição de caso de Aids	41 Critério (R0 de Janeiro/Cariacas) 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidíase oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 50 anos (5) <input type="checkbox"/> Distúrbio do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarreia igual ou maior a 1 mês (5) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (5)*	4 - Ignorado <input type="checkbox"/> Doença ou perda de peso maior que 10% (5)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (5)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (5)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (5) *Excluída a tuberculose como causa
	42 Critério CIDO adaptado 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidíase de esôfago <input type="checkbox"/> Candidíase de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	4 - Ignorado <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e Hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por Pneumocystis carinii <input type="checkbox"/> Restrição de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (seja recente não-CIDO) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 células/mm ³
	43 Critério Óbito - Declaração de óbito com menção de Aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação. 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Trat.	44 UIC: <input type="checkbox"/> Município onde se realizou o tratamento Código (IBGE)	45 Unidade de saúde onde se realizou o tratamento Código
Evolução	46 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Investigação	48 Data do Óbito	
Nome _____ Função _____ Assinatura _____		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais. Sim/N 878 SVS 0006/006

ANEXO B

Formulário de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE 0404.0.133.000-10
PARECER

- APROVADO
- NÃO APROVADO
- PENDENTE

Envier P. Gomes

TÍTULO: Prevalência e fatores associados às manifestações orais notificadas em portadores do HIV/AIDS no estado da Paraíba

PESQUISADOR: Luciana de Barros Correia Fontes

DESCRIÇÃO: O PROJETO APRESENTA RELEVÂNCIA CIENTÍFICA. Atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. Mediante a RES 196/96. Portanto dou parecer favorável.

