



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DENIS BEZERRA DE ARAÚJO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ.**

**FORTALEZA  
2010**

**DENIS BEZERRA DE ARAÚJO**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Nobre Rodrigues

**FORTALEZA  
2010**

A688c Araújo, Denis Bezerra de

Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará/ Denis Bezerra de Araújo. – Fortaleza, 2010.

110 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luis Nobre Rodrigues

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE.

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Saúde Bucal. 4. Serviços de Saúde Bucal. I. Rodrigues, Jorge Luis Nobre (orient.). II. Título.

CDD 362.1969792

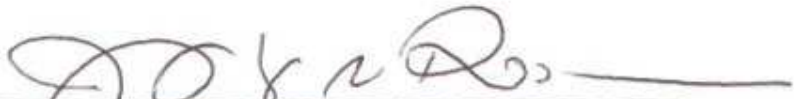
DENIS BEZERRA DE ARAÚJO


**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO  
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ.**

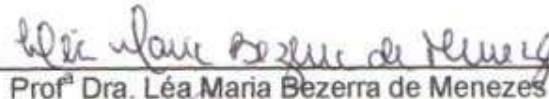
Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

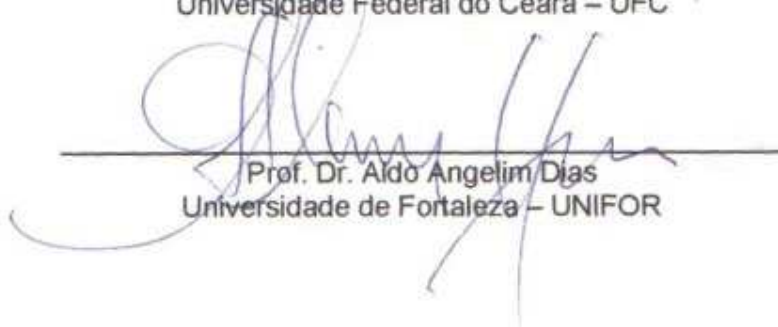
Aprovada em: 15, 06, 2010

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dr. Jorge Luis Nobre Rodrigues (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

  
Prof.ª Dra. Terezinha do Menino Jesus Silva Leitão  
Universidade Federal do Ceará – UFC

  
Prof.ª Dra. Léa Maria Bezerra de Menezes  
Universidade Federal do Ceará – UFC

  
Prof. Dr. Aldo Angelim Dias  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

*Ao meu querido avô Raimundo, que me ensinou a ser uma fortaleza diante das dificuldades e a ser um homem de caráter e honra em minhas atitudes, assim como ele foi em vida.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À Deus, por estar sempre ao meu lado, guiando e iluminando meus caminhos.

Aos meus pais, Afonso e Adélia, que me conduziram à vida com amor e dignidade, incentivando-me e não me deixando desanimar nas horas mais difíceis desta caminhada.

Aos meus irmãos, Flávio e David, pelo apoio em todos os momentos de minha vida e por estarem sempre ao meu lado, dividindo dúvidas, dificuldades, conhecimentos e alegrias.

À Rebeca, minha fonte de inspiração, pelo carinho, compreensão e incentivos que recebi do começo ao fim deste trabalho.

Aos colegas do mestrado Aglaê, Cid Carlos, Graça, Jorgiane, Luis Carlos, Raquel, Samara e Vanira, em nome dos quais agradeço a todos da turma do mestrado de 2008 pelos bons momentos vividos.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Jorge Luis Nobre Rodrigues, pela atenção, disponibilidade, dedicação e confiança em mim depositada, sempre com muita serenidade e sabedoria, soube me conduzir no decorrer desta pesquisa.

À Banca examinadora, pelo tempo despendido na avaliação criteriosa e qualificada deste trabalho. Agradeço, antecipadamente, pelas sugestões, comentários e críticas.

Aos pacientes do ambulatório de infectologia do CEMJA e do HUWC que gentilmente se dispuseram a participar deste estudo, tornando possível sua realização.

Aos amigos João e Orlando, pelo apoio e colaboração durante a coleta de dados, em nome dos quais agradeço a todos que compõem o SAE CEMJA.

Aos amigos Ronaldo, Luciana e Lúcia, pela valiosa contribuição durante a coleta dos dados desta dissertação, em nome dos quais agradeço a todos que trabalham no ambulatório de infectologia do HUWC.

Ao corpo docente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará pelos ensinamentos compartilhados.

À Prof<sup>a</sup> Rosa Maria Salani Mota, pela colaboração valiosa e inestimável na análise estatística dos dados obtidos na pesquisa.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Bucal Coletiva (NESBUC), pelas contribuições para o amadurecimento desta pesquisa.

À Zenaide Fernandes de Queiroz e Dominik Garcia de Araújo Fontes pela receptividade, simpatia e dedicação aos pós-graduandos em Saúde Pública.

À Rosane Maria Costa, bibliotecária do Centro de Ciências da Saúde da UFC pela receptividade e prestatividade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo apoio financeiro através do qual foi possível custear parte dos gastos necessários durante a realização do Curso de Mestrado.

A todos vocês, meu sincero e profundo agradecimento.

*“Não ajunteis para vós tesouros na terra, onde a ferrugem e as traças corroem, onde os ladrões furtam e roubam. Ajuntai para vós tesouros no céu, onde não os consomem nem as traças nem a ferrugem, e os ladrões não furtam nem roubam. Pois onde está o teu tesouro, lá também está teu coração.”*

**Mateus 6:19-21.**



## RESUMO

O conhecimento sobre as condições de saúde bucal e sobre a utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) constitui fator importante para planejar ações com o intuito de disponibilizar uma atenção odontológica de qualidade à essa população. O presente estudo teve como objetivo principal identificar os fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos e condições de saúde bucal das PVHA no município de Fortaleza – Ceará. Para tal, foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido de agosto a dezembro de 2009, com PVHA que faziam acompanhamento nos ambulatórios de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA). Foram coletados dados sobre o estado clínico-laboratorial dessas pessoas, sobre condições sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos e sobre as condições de saúde bucal desta população. Participaram deste estudo 173 pacientes, sendo 72,3% do sexo masculino e 27,7% do sexo feminino, tendo como idade média de 36,4 anos. Destes, 50,9% (88/173) afirmaram ainda não ter se consultado com um dentista após infecção pelo HIV e que 52,6% (91/173) dos participantes afirmaram não revelar ao dentista sua condição sorológica diante de um tratamento odontológico. O estudo evidenciou ainda que procurar por atendimento odontológico em serviços públicos (RP: 2,39; IC95%: 1,23 – 4,16;  $p < 0,001$ ) e revelar a condição sorológica para o dentista (RP: 2,11; IC95%: 1,03 – 4,31;  $p < 0,001$ ) apresentaram associação estatisticamente significativa com ter dificuldade de acesso a esses serviços. Observou-se alta prevalência de cárie (61,3%), de doença periodontal (87,3%) e de alterações em mucosa bucal (12,7%) na população estudada. Evidenciou-se que não existe associação estatisticamente significativa entre presença de cárie e condições imunológicas dos pacientes soropositivos ( $p > 0,05$ ). Entretanto, a presença de alterações em mucosa bucal apresentou associação estatisticamente significativa com baixa contagem de linfócitos T CD4 (RP: 4,20; IC95%: 1,74 – 10,13;  $p < 0,001$ ) e elevados níveis de carga viral plasmática (RP: 4,74; IC95%: 2,11 – 10,67;  $p < 0,001$ ). Este estudo permitiu concluir que existe na população investigada uma alta prevalência de doenças bucais, apresentando, conseqüentemente, grande necessidade de tratamento odontológico. Entretanto, observou-se também que existem limitações do acesso dessas pessoas aos serviços de saúde bucal.

Palavras-chave: HIV/Aids. Saúde Bucal. Serviços de Saúde Bucal.

## ABSTRACT

Knowledge about the oral health status and the use of dental services for people living with HIV/AIDS (PLWHA) are important factor to plan actions in order to provide a quality dental care to this population. This study aimed to identify factors related to utilization of dental services and oral health status of PLWHA in the city of Fortaleza – Ceará. For this, we performed a cross-sectional study with a quantitative approach, developed from August to December 2009, with PLWHA who were monitoring the infectious disease clinics of a Walter Cantídio University Hospital (HUWC) and the Centre of Medical Specialties Jose de Alencar (CEMJA). Data on the clinical and laboratory these people from the medical records, sociodemographic conditions and the use of dental services through interviews conducted by the researcher, and on the oral health status of this population through intra-oral examination performed by a calibrated examiner. Participated in this study 173 patients, 72.3% males and 27.7% females with a mean age of 36.4 years. Of these, 50.9% (88/173) said it had not yet consulted with a dentist after HIV infection and 52.6% (91/173) of participants said they would not reveal their HIV status to the dentist before a dental treatment. The study also showed that searching for dental care in public services (PR: 2.39, 95% CI: 1.23 to 4.16,  $p < 0.001$ ) and reveal the HIV status to the dentist (PR: 2.11; 95%CI: 1.03 to 4.31,  $p < 0.001$ ) were significantly associated with having difficulty to access these services. There was a high prevalence of dental caries (61.3%), periodontal disease (87.3%) and pathological changes in oral mucosa (12.7%) in this population. It was evident that there is no statistically significant association between dental caries and immunological conditions of seropositive patients ( $p > 0.05$ ). However, the presence of pathological changes in oral mucosa were significantly associated with low CD4 count (PR: 4.20, 95% CI: 1.74 to 10.13,  $p < 0.001$ ) and high levels of plasma viral load (PR: 4.74, 95% CI: 2.11 to 10.67,  $p < 0.001$ ). This study showed that the investigated population there is a high prevalence of oral diseases, presenting therefore a great need for dental treatment. However, it was observed that there are also limitations on access by such persons to oral health services.

Keywords: HIV/Aids. Oral health. Dental Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Ilustração esquemática do HIV.....	16
Gráfico 1	Estimativa do número de pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil entre 1990 a 2007.....	20
Gráfico 2	Casos de Aids e taxa de incidência, por ano de diagnóstico, no Estado do Ceará, de 1998 a 2008.....	21
Gráfico 3	Percentual e casos de Aids, por faixa etária, no Estado do Ceará, 2007.....	22
Mapa 1	Distribuição dos casos de HIV/Aids, segundo dados do SINAN, por bairros de Fortaleza, no período de 1983-2007.....	23
Quadro 1	Códigos e critérios adotados para o exame de cárie dentária.	41
Quadro 2	Códigos e critérios para necessidades de tratamento odontológico.....	41
Quadro 3	Códigos e critérios para a utilização de prótese dentária.....	42
Quadro 4	Códigos e critérios para a necessidade de prótese dentária.....	42
Figura 2	Sonda WHO 621, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.....	43
Figura 3	Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para IPC.....	44
Quadro 5	Códigos e critérios utilizados no IPC.....	44
Quadro 6	Códigos e critérios para alterações em mucosa bucal.....	45
Quadro 7	Distribuição dos Valores de Kappa e seus respectivos níveis de concordância. ....	46
Gráfico 4	Distribuição do local de residência das PVHA, segundo Secretaria Executiva Regional (SER) e gênero. Fortaleza, 2009.....	50
Gráfico 5	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Índice CPO-D) das PVHA por sexo e faixas etárias. Fortaleza, 2009.	52
Figura 4	Presença de cálculo dentário (escore 2 do IPC) na região de incisivos inferiores.....	54
Gráfico 6	Porcentagem de sextantes segundo condição periodontal (IPC) observada e faixas etárias. Fortaleza, 2009.....	55
Gráfico 7	Distribuição do número de PVHA segundo necessidade de tratamento odontológico. Fortaleza, 2009.....	56
Gráfico 8	Manifestações bucais em PVHA segundo contagem de linfócitos CD4 (cél\mm <sup>3</sup> ). Fortaleza, 2009.....	59
Gráfico 9	Principal motivo para procurar serviços odontológicos entre as PVHA, segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.....	61
Gráfico 10	Distribuição percentual segundo o tempo decorrido desde o último tratamento odontológico realizado pelas PVHA segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.....	62
Gráfico 11	Justificativas para a não divulgação pelas PVHA de sua condição sorológica para o dentista diante de um atendimento odontológico. Fortaleza, 2009.....	63

## LISTA DE TABELAS

1	Taxa de incidência de casos de Aids no Brasil, segundo região de residência e ano de diagnóstico, entre 2000 e 2009.....	18
2	Casos de Aids identificados no Brasil, segundo Região e Unidades da Federação, em 2010 e no período de 1980 a 2010.....	19
3	Distribuição em números absolutos e percentual das características demográficas e socioeconômicas das PVHA, segundo gênero. Fortaleza, 2009.....	49
4	Distribuição das características clínico-laboratoriais das PVHA, em relação ao gênero. Fortaleza, 2009.....	51
5	Média dos componentes do índice CPO-D das PVHA, segundo faixa etária e sexo. Fortaleza, 2009. ....	52
6	Presença de cárie em PVHA segundo sexo, faixa etária, contagem de linfócitos CD4, carga viral e uso de TARV. Fortaleza, 2009. ....	53
7	Número e porcentagem de PVHA, segundo maior grau de condição periodontal observado, segundo sexo. Fortaleza, 2009. ....	53
8	Número e porcentagem de PVHA, segundo maior grau de condição periodontal observado e faixa etária. Fortaleza, 2009. ....	54
9	Número médio de sextantes afetados e respectiva proporção em cada escore do IPC, segundo faixa etária. Fortaleza, 2009. ....	55
10	Número e porcentagem de PVHA que usam prótese dentária segundo faixa etária. Fortaleza, 2009. ....	57
11	Número e porcentagem de PVHA que necessitam de prótese dentária segundo faixa etária. Fortaleza, 2009. ....	57
12	Uso e necessidade de prótese dentária por PVHA segundo sexo, faixa etária e ocupação. Fortaleza, 2009. ....	58
13	Alterações de mucosa bucal em PVHA segundo sexo, faixa etária, contagem de linfócitos CD4, carga viral e uso de TARV. Fortaleza, 2009. ....	59
14	Utilização de serviços odontológicos por PVHA em relação ao gênero. Fortaleza, 2009.....	61
15	Utilização de serviços odontológicos por PVHA em relação à faixa etária. Fortaleza, 2009.....	62
16	Local onde as PVHA afirmaram ter recebido orientações sobre saúde bucal. Fortaleza, 2009.....	64
17	Principais dificuldades para conseguir atendimento odontológico relatadas por PVHA. Fortaleza (2009).....	64
18	Fatores associados com a dificuldade de acesso a serviços odontológicos por PVHA. Fortaleza, 2009.....	65
19	Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características demográficas e socioeconômicas. Fortaleza, 2009.....	66
20	Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características relacionadas ao estado clínico-laboratorial. Fortaleza, 2009..	67
21	Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características relacionadas à utilização desses serviços. Fortaleza, 2009...	67
22	Análise multivariada por Regressão Logística de fatores associados à procura por serviços odontológicos pelas PVHA no município de Fortaleza. Fortaleza, 2010....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEMJA	Centro de Especialidade Médicas José de Alencar
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS\WHO	Organização Mundial da Saúde\ World Health Organization
PVHA	Pessoas que vivem com HIV e aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SER	Secretaria Executiva Regional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia com antirretrovirais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1</b>	<b>Considerações iniciais</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2</b>	<b>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2.1</b>	<b>Fases clínicas da infecção pelo HIV</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Cenário epidemiológico e tendências</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2.3</b>	<b>A epidemia de AIDS em Fortaleza e no Estado do Ceará</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3</b>	<b>Ações de prevenção e assistência à saúde para pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil</b> .....	<b>23</b>
<b>1.3.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	<b>23</b>
<b>1.3.2</b>	<b>A Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde para PVHA</b> .....	<b>24</b>
<b>1.3.3</b>	<b>Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)</b> .....	<b>25</b>
<b>1.3.4</b>	<b>A Saúde Bucal para Pessoas que vivem com HIV/AIDS na Estratégia Saúde da Família</b> .....	<b>28</b>
<b>1.4</b>	<b>Acesso a serviços de saúde bucal por PVHA</b> .....	<b>31</b>
<b>1.5</b>	<b>O problema a ser estudado</b> .....	<b>33</b>
<b>1.6</b>	<b>Justificativa e relevância do estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>35</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>3.3</b>	<b>População e amostra do estudo</b> .....	<b>37</b>
<b>3.4</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	<b>38</b>
<b>3.5</b>	<b>Variáveis do estudo</b> .....	<b>38</b>
<b>3.6</b>	<b>Coleta dos dados</b> .....	<b>39</b>
<b>3.6.1</b>	<b>Cárie Dentária e necessidade de tratamento</b> .....	<b>40</b>
<b>3.6.2</b>	<b>Uso e necessidade de próteses</b> .....	<b>42</b>
<b>3.6.3</b>	<b>Índice Periodontal Comunitário (IPC)</b> .....	<b>43</b>
<b>3.6.4</b>	<b>Alterações de mucosa bucal</b> .....	<b>45</b>
<b>3.7</b>	<b>Calibração do examinador</b> .....	<b>45</b>
<b>3.8</b>	<b>Análise e tratamento estatístico</b> .....	<b>46</b>
<b>3.9</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>84</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>87</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>96</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>102</b>

# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Considerações iniciais

A Aids pode ser definida como uma doença retroviral, caracterizada por imunossupressão profunda, principalmente dos Linfócitos T CD4, o que torna os indivíduos suscetíveis a doenças oportunistas, neoplasias secundárias e alterações neurológicas. Seu agente etiológico é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua transmissão se dá através do contato com sangue e fluidos corporais contaminados (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

É considerada uma pandemia e um grave problema de Saúde Pública da atualidade por continuar se expandindo em todos os países, independente do desenvolvimento econômico-social (UNAIDS, 2008a).

Essa síndrome foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, sendo notificada retrospectivamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como ocorrência de 1980. A partir de então, tem demonstrado uma incidência crescente, caracterizando-se como um processo epidêmico.

No Brasil, a Aids vem sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. Atualmente, a transmissão heterossexual constitui a subcategoria com maior notificação, apresentando, como uma das consequências, um número cada vez maior de mulheres infectadas (DOURADO *et al.*, 2006). Observa-se, também, o aumento do número de casos em cidades com menos de 50 mil habitantes, em indivíduos acima de 50 anos de idade e entre os segmentos da população com menores rendas e baixo nível de escolaridade (BRASIL, 2007b; RODRIGUES JÚNIOR; CASTILHO, 2004; FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002; FONSECA *et al.*, 2000).

Outro fenômeno que, também, vem modificando o perfil dessa doença é a utilização da terapia com múltiplos antirretrovirais (TARV), que tem possibilitado maior sobrevivência e melhor qualidade de vida às pessoas soropositivas, admitindo-se encará-la como patologia crônica que pode ser controlada por meio do diagnóstico e tratamento precoce de doenças e agravos oportunistas (BRASIL, 2007b; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; GEBO; MOORE, 2004).

Atualmente, no Brasil, a Aids representa um problema de grandes proporções para a sociedade em geral e um inevitável campo de atuação para os

profissionais de saúde, visto que o aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com HIV e Aids (PVHA) impõe uma maior demanda para os serviços ambulatoriais de saúde (BRASIL, 2005a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelo atendimento público e gratuito das pessoas que necessitam de cuidados ambulatoriais e hospitalares no Brasil, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a principal estratégia de atenção primária à saúde desse sistema (BRASIL, 2006a). Para PVHA, existe ainda o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), estruturado a partir da Política de Assistência aos Portadores de HIV/Aids (BRASIL, 2004a).

Entretanto, o processo de trabalho no âmbito da epidemia de HIV/Aids é amplo e complexo, exigindo formas diferenciadas de atuação e articulação dos serviços de saúde, que devem estar preparados para esse atendimento (SILVA *et al.*, 2005).

Apesar dos problemas odontológicos serem o terceiro principal motivo de procura por serviços de saúde no Brasil, cerca de 16% da população não tem acesso a serviços de saúde bucal (IBGE, 2003; BRASIL, 2004b).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) abriu um novo espaço de atuação para o cirurgião-dentista, desafiando-o a trabalhar pautado nos princípios do SUS com universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2000a).

A Odontologia relaciona-se com a Aids através do diagnóstico precoce da doença, a partir das manifestações bucais e sistêmicas, da prevenção de contaminação cruzada no consultório odontológico e dos aspectos éticos e legais envolvidos no atendimento de soropositivos (RIBEIRO, 2006).

Muitos problemas de saúde bucal estão relacionados a PVHA, podendo aparecer, algumas vezes, como primeira manifestação da doença, o que justifica a importância da assistência odontológica a essas pessoas (MONIACI *et al.*, 1990; NAZANIN; EPSTEIN, 2001).

As lesões bucais constituem parte importante do complexo de doenças associadas à Aids, principalmente a candidíase, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi, o linfoma não-Hodgkin e a doença periodontal (EC – CLEARINGHOUSE, 1993).

Para a manutenção da saúde geral do indivíduo, a atenção à saúde bucal é de enorme importância, em especial para pessoas que apresentam



comprometimento do sistema imunológico, sujeitas a doenças oportunistas na cavidade bucal. Dessa maneira, essas pessoas necessitam de um acompanhamento odontológico adequado para evitar complicações preveníveis (BRASIL, 2005b).

## 1.2 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi reconhecida oficialmente como uma nova doença infecciosa de elevado potencial de letalidade em 1981 pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), tendo como agente etiológico o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Figura 1) (ROUQUAYROL; FAÇANHA; VERAS, 2003).

A infecção, por esse vírus, é caracterizada por imunossupressão, destacando-se a disfunção nos linfócitos T CD4, o que torna os indivíduos suscetíveis às doenças oportunistas, neoplasias e alterações neurológicas. Sua transmissão dá-se através do contato com sangue e fluidos corporais contaminados durante relação sexual, de transfusão de sangue, do uso de seringas ou agulhas contaminadas, de mãe para o filho durante a gravidez, do parto ou da amamentação ou acidentalmente, através do contato de sangue com mucosas ou ferimentos na pele, ou por perfurações com instrumentos perfurocortantes (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; LEÃO *et al.*, 2009).

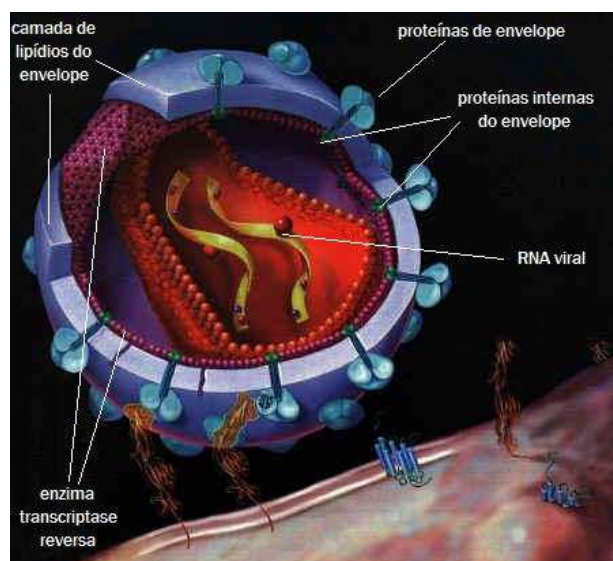


Figura 1 – Ilustração esquemática do HIV.  
Fonte: COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000.

### 1.2.1 Fases clínicas da infecção pelo HIV

Após a infecção pelo HIV, a doença manifesta-se em diferentes estágios evolutivos, desde a ausência de sinais e sintomas até a ocorrência das doenças/agravos oportunistas clássicos, que podem levar à morte. Entretanto, o período de ausência de sintomas pode variar de meses a anos, podendo a pessoa permanecer sem sintomas por muitos anos, principalmente com a utilização precoce da terapia antirretroviral (TARV) (VALENTIM, 2003; SMELTZER *et al.*, 2002).

Segundo Cotran *et al.* (2000), a infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: fase aguda, também chamada síndrome de soroconversão; fase assintomática e fase sintomática. Do ponto de vista virológico e imunológico, há intensa replicação viral e destruição de linfócitos T CD4 em todas as fases da infecção pelo HIV.

A fase de infecção aguda inicial, ou síndrome de soroconversão, desenvolve-se de três a seis semanas após a infecção primária, onde o início dos sintomas está associado a um aumento da viremia plasmática, podendo apresentar-se como uma síndrome gripal ou até um quadro clínico semelhante à mononucleose infecciosa com febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbicular e linfadenopatia. Os sinais e sintomas sofrem remissão gradativa de maneira espontânea à medida que a resposta imune do indivíduo ao HIV se desenvolve (RACHID; SCHECHTER, 2003).

Após esse quadro, os pacientes, geralmente, passam por um período de latência clínica, a chamada fase assintomática. Nesse período, o vírus permanece em replicação ativa, especialmente nos tecidos linfóides, causando depleção progressiva dos linfócitos T. Essa fase pode durar até 10 anos, e os pacientes devem ser monitorados, regularmente, através da quantificação do RNA viral (carga viral) e pela contagem de linfócitos T CD4 (RACHID; SCHECHTER, 2003).

A fase sintomática caracteriza-se pela desintegração da defesa do hospedeiro, iniciando-se com sinais e sintomas constitucionais (fadiga, perda de peso, diarreia), seguidos de infecções oportunistas, alterações neurológicas, podendo ocorrer, inclusive, neoplasias. Nessa fase, diz-se que o indivíduo desenvolveu a Aids (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

A Aids representa o terceiro e último estágio da infecção, ocorrendo o estabelecimento e o desenvolvimento concreto do vírus no organismo humano,

caracterizado pelo aparecimento de doenças ou agravos oportunistas e por intensa imunossupressão (BATISTA; GOMES, 2000). Seu diagnóstico é baseado nos critérios definidos pelo CDC (Critério CDC Adaptado), onde preconiza a existência de imunodeficiência, evidenciando a presença de, pelo menos, uma doença indicativa da Aids e/ou contagem de linfócitos T CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2003b).

### 1.2.2 Cenário epidemiológico e tendências

Por sua gravidade e por seu caráter pandêmico, a Aids é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. De acordo com o relatório do United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS), estima-se que existiam, aproximadamente, 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 2007, distribuídos em praticamente todos os países. Nesse mesmo ano, ocorreram 2,5 milhões de novas infecções e 2,1 milhões de pessoas morreram em decorrência da Aids (UNAIDS, 2008a).

Foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982 e, até dezembro de 2009, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), aproximadamente, 592.914 casos de Aids. Em 2009, a taxa de incidência de casos de Aids no Brasil foi igual a 20,1 casos por 100.000 habitantes e a taxa de mortalidade encontra-se estabilizada em cerca de 11 mil óbitos anuais (desde 1998) com coeficiente de mortalidade de 6,1 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2010a).

Tabela 1 - Taxa de incidência de casos de Aids<sup>(1)</sup> no Brasil, segundo região de residência e ano de diagnóstico, entre 2000 e 2009.

Região	Taxa de Incidência <sup>(2)</sup> /Ano									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	6,9	9,0	10,7	10,9	14,1	13,2	13,6	15,5	19,2	20,1
Região Nordeste	7,0	7,5	9,1	9,6	10,2	10,7	10,4	11,7	12,8	13,9
Região Sudeste	25,9	24,6	28,6	27,4	25,9	24,1	21,9	20,0	20,7	20,4
Região Sul	26,9	27,5	33,1	31,7	28,92	27,3	27,7	30,4	32,0	32,4
Região Centro-Oeste	14,9	14,6	18,6	20,0	19,3	17,7	16,6	17,4	17,4	18,0
<b>Brasil</b>	<b>18,5</b>	<b>18,4</b>	<b>21,7</b>	<b>21,3</b>	<b>20,6</b>	<b>19,6</b>	<b>18,5</b>	<b>18,7</b>	<b>19,8</b>	<b>20,1</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

(1) Casos de aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM.

(2) Taxa de incidência: casos por 100.000 habitantes.

Tabela 2 - Casos de Aids<sup>(1)</sup> identificados no Brasil, segundo Região e Unidades da Federação, em 2010 e no período de 1980 a 2010.

UF de residência	Período	
	2010	1980 a 2010
<b>Brasil</b>	<b>13.520</b>	<b>592.914</b>
<b>Região Norte</b>	<b>1.252</b>	<b>24.745</b>
Rondônia	92	2.734
Acre	24	570
Amazonas	443	7.342
Roraima	77	1.054
Pará	510	10.763
Amapá	44	979
Tocantins	62	1.303
<b>Região Nordeste</b>	<b>2.724</b>	<b>74.364</b>
Maranhão	358	7.867
Piauí	134	3.660
Ceará	394	12.062
Rio Grande do Norte	161	3.599
Paraíba	178	4.773
Pernambuco	615	18.019
Alagoas	154	3.842
Sergipe	133	2.656
Bahia	597	17.886
<b>Região Sudeste</b>	<b>5.599</b>	<b>344.150</b>
Minas Gerais	838	41.791
Espírito Santo	267	8.682
Rio de Janeiro	1.625	81.606
São Paulo	2.869	212.071
<b>Região Sul</b>	<b>3.077</b>	<b>115.598</b>
Paraná	630	28.376
Santa Catarina	786	28.727
Rio Grande do Sul	1.661	58.495
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>868</b>	<b>34.057</b>
Mato Grosso do Sul	187	6.700
Mato Grosso	166	7.615
Goiás	335	11.918
Distrito Federal	180	7.824

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

(1) Casos de aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM.

Segundo Brito, Castilho e Szwarcwald (2000), em estudo sobre o panorama do HIV/Aids no Brasil, detectava-se esse vírus na fase inicial da epidemia, principalmente em adultos jovens do sexo masculino, homossexuais, com condições socioculturais mais favorecidas. Atualmente, observam-se mudanças no perfil demográfico das PVHA no Brasil e no mundo, graças aos seguintes fenômenos apontados pelos autores: “Feminização” com a relação entre homens e mulheres próxima de 1:1 (UNAIDS, 2008b); “Pauperização” com o acometimento de pessoas

de classes sociais mais baixas e de nível sociocultural menor (FONSECA *et al.*, 2000); “Heterossexualização” dada à crescente proporção de infecção transmitida via heterossexual (RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2004); “Interiorização” onde o HIV passou a não ser mais exclusivo dos grandes centros urbanos, expandindo-se em municípios menores (BRASIL, 2005a; RODRIGUES JUNIOR; CASTILLO, 2004).

Além dessas mudanças, outras ocorreram no que diz respeito ao prognóstico, à sobrevida e à qualidade de vida das PVHA. Após o advento da terapia com antirretrovirais (TARV) e a prática da distribuição universal e gratuita desses medicamentos pelo Ministério da Saúde, percebe-se o crescente aumento do tempo de sobrevida dessas pessoas, observando-se, atualmente, um número crescente de pessoas acima de 50 anos infectadas pelo HIV (BRASIL, 2007b; GEBU; MOORE, 2004).

Dessa maneira, admite-se encará-la como uma condição crônica<sup>1</sup> que pode ser controlada por meio do diagnóstico, tratamento precoce e acompanhamento periódico pelos serviços de saúde (BRASIL, 2007b; WHO, 2009).

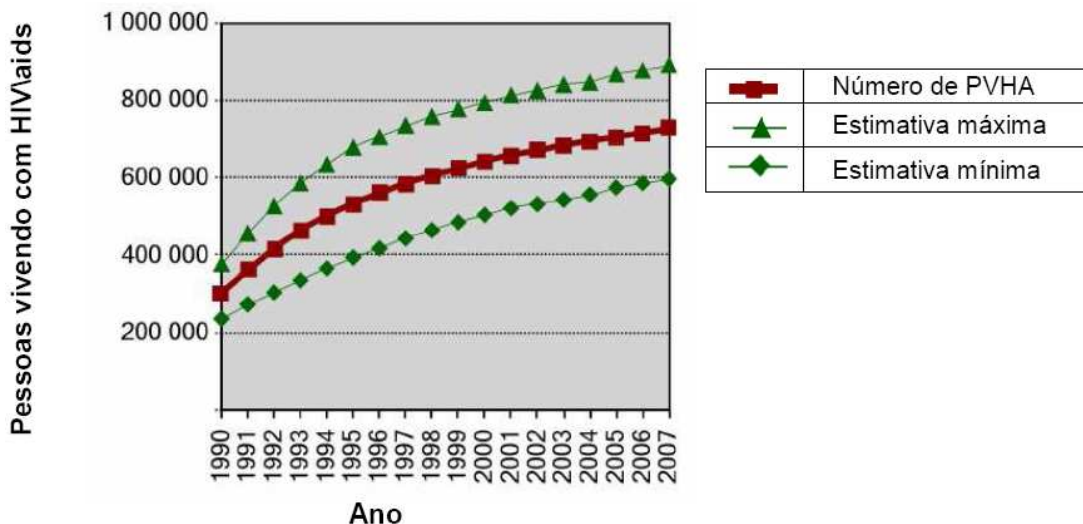


Gráfico 1 – Estimativa do número de pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil entre 1990 a 2007.

Fonte: United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS, 2008

<sup>1</sup> A OMS define como condições crônicas os problemas de saúde que requerem uma administração e um acompanhamento permanente durante longo período de tempo. Inclui, nessas condições, doenças crônicas não transmissíveis, tais como as cardiovasculares, o câncer e diabetes; doenças crônicas transmissíveis como a Aids.

### 1.2.3 A epidemia de Aids em Fortaleza e no Estado do Ceará

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde 1983, ano de registro do primeiro caso de Aids no Ceará, até dezembro de 2008, foram registrados cerca de 8.521 casos com uma taxa de incidência em torno de sete casos por 100.000 habitantes. Nos últimos sete anos, de 2001 a 2007, foram notificados, em média, 629 casos novos de Aids por ano (CEARÁ, 2009).

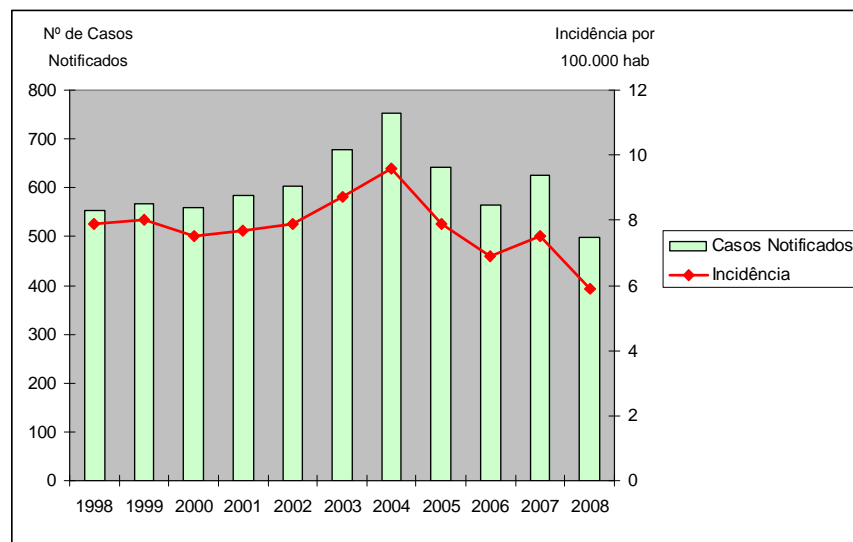


Gráfico 2 - Casos de Aids e taxa de incidência, por ano de diagnóstico, no Estado do Ceará, de 1998 a 2008\*.

Fonte: SESA / COPROM / NUVEP / SINAN

\*Dados parciais, sujeitos à revisão.

A razão de sexo entre indivíduos com Aids passou de 11 homens para 1 mulher em 1987 e para 2:1 em 2007, confirmando o crescimento da epidemia entre as mulheres. A faixa etária mais acometida pela doença, nesse ano, foi a dos adultos de 20 a 39 anos, mas se evidencia, também, a elevação do número de casos entre idosos (Gráfico 3) (CEARÁ, 2009).

Quanto a “interiorização” da doença, vem crescendo o número de municípios do interior do Estado com casos notificados de Aids. Apenas 11 (6%) dos 184 municípios ainda não notificaram casos.

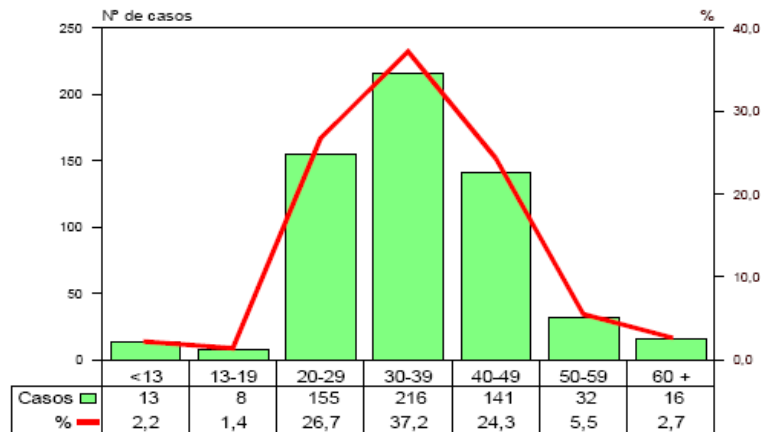


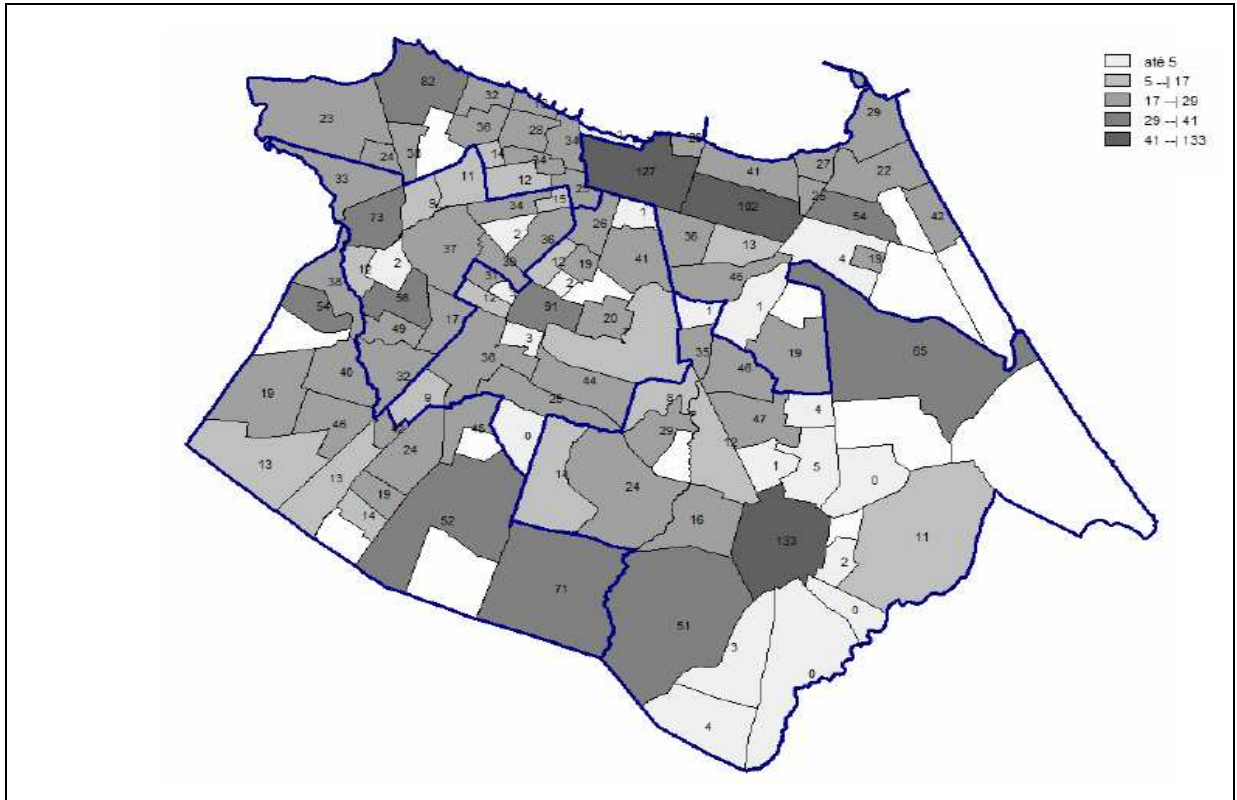
Gráfico 3 - Percentual e casos de Aids, por faixa etária, no Estado do Ceará, 2007.

Fonte: Ceará, 2009.

No município de Fortaleza, encontra-se o maior número de casos notificados de Aids; foram 5.907, entre 1983 e 2008, segundo dados do SINAN. Segundo estudo de Camurça (2008), estima-se que existam cerca de 3.242 adultos e 69 crianças com Aids residentes neste município. Deve-se ressaltar o fato de que aproximadamente dois terços das pessoas não sabem seu status sorológico, o que pode significar a existência de um número, significativamente, maior de infectados que os casos notificados (BRASIL, 2004a).

Segundo a Coordenação Nacional de DST/Aids, a taxa de incidência de Aids em Fortaleza, em 2006, foi de 19,57 casos por 100.000 habitantes. Este município notificou no SINAN, em 2008, 364 novos casos de Aids; destes, cerca de 69,5% eram do sexo masculino.

De acordo com o mapa apresentado a seguir, observa-se a distribuição espacial de casos de Aids notificados em praticamente todos os bairros de Fortaleza, destacando-se os seguintes com uma maior concentração de pessoas que vivem com Aids: Messejana (133), Centro (127), Aldeota (102), Barra do Ceará (82), Antônio Bezerra (73), José Walter (71) e Edson Queiroz (65).



Mapa 1 - Distribuição dos casos de HIV/Aids, segundo dados do SINAN, por bairros de Fortaleza, no período de 1983-2007. Fortaleza, 2008.  
Fonte: Adaptado de SMS/CEVEPI/SINAN

### 1.3 Ações de prevenção e assistência à saúde para pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil

#### 1.3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pelo texto constitucional de 1988 para regular, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (artigo 196) e da publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), a saúde torna-se um direito fundamental dos cidadãos brasileiros, devendo o Estado prover as condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988).



Fruto das conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, o SUS pode ser definido da seguinte maneira:

“[...] conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público, procurando unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema.” (BRASIL, 1990, p. 01)

As ações e serviços de saúde, que compõem o SUS, devem se basear nos seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade e gratuidade. O SUS é organizado, ainda, segundo as diretrizes de descentralização, hierarquização e participação popular (VALENTIM *et al.*, 2007). A criação do SUS representou um avanço, especialmente, pelos seus princípios de organização, que se traduzem em garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde e a participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde e controle da execução das mesmas (TRAVERSO-YEPES; MORAIS, 2004).

### **1.3.2 A Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde para PVHA**

Nesse contexto, como modelo de assistência local à saúde, foi adotada, na década de 90, a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os cuidados com a saúde seriam prestados em conjunto com a comunidade, privilegiando, na sua organização, o trabalho da equipe e a compreensão das particularidades da comunidade atendida (CREVELIM, 2005; MERHY; FRANCO, 2002).

A ESF vem se consolidando, enquanto alternativa, para integração das perspectivas de pacientes, famílias e profissionais da saúde, enfatizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população de forma integral e contínua, compondo-se de uma equipe multiprofissional, tendo como princípios estratégicos: adscrição da clientela (definição precisa do território de atuação); territorialização (responsável por determinada área), diagnóstico da situação de saúde da população (cadastramento das famílias e indivíduos para possibilitar a análise de situação de saúde do território) e planejamento baseado na realidade local (programação das atividades, segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução de problemas) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007a).

A ESF é uma estratégia para organização da Atenção Primária à Saúde (APS), pretendendo contemplar uma assistência integral ao indivíduo, unificando as

ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas à assistência de HIV/Aids, tendo como finalidade tornar-se a porta de entrada do usuário no SUS e ampliar o acesso da população a esses serviços (BOTAZZO, 2004; SANTOS, 2002). As equipes de saúde da família foram instaladas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma regionalizada para facilitar o acesso da população e possibilitar um menor deslocamento do usuário ao acessar os serviços disponibilizados por essas equipes (BRASIL, 2004b).

Entretanto, em relação ao atendimento a PVHA pela ESF, autores como Silva *et al.* (2005) afirmam que esses atendimentos estão restritos às atividades preventivas, como planejamento familiar e assistência ao pré-natal, e que os profissionais dessas UBS desconhecem os usuários com HIV/Aids residentes em sua área de abrangência.

Com o advento da TARV, houve um aumento da sobrevivência das PVHA, redimensionando o convívio com a infecção, exigindo mudanças na forma de enfrentamento da epidemia, garantindo o acesso e a manutenção da adesão ao tratamento e a mobilização social contra a exclusão social.

No contexto do cuidado às PVHA, os profissionais da saúde, que inicialmente lidavam com as condições impostas por uma doença incurável, passaram a redirecionar a prática, enquadrando a infecção pelo HIV/Aids nas características de outras doenças crônicas e re-estruturando os modelos e protocolos de atendimento (FIGUEIREDO; MOYA; SOUZA, 2007).

Atualmente, a infecção pelo HIV e a ocorrência da Aids são consideradas como desafios maiores à Saúde Pública, principalmente no que se refere à universalidade do acesso, à integralidade e à equidade.

### **1.3.3 Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE)**

A política de assistência especializada aos pacientes portadores do HIV/Aids foi estruturada no Brasil a partir do início da década de 90 em resposta à demanda assistencial crescente. Em nível ambulatorial, desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE), cujo atendimento seria realizado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e sua família (BRASIL, 1998).

A implementação dos Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids (SAE) no município de Fortaleza, Estado do Ceará, e em vários outros Estados brasileiros, foi incentivada pelo Ministério da Saúde e sua Coordenação Nacional de DST e Aids, objetivando oferecer ao paciente e portador do HIV/Aids uma assistência diferenciada, realizada por equipe multidisciplinar, capacitada para atender esses casos (BRASIL, 1998).

Os SAE são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos pacientes HIV positivos através da realização periódica de consultas e exames laboratoriais como contagem de linfócitos T CD4 e do número de cópias de RNA viral no sangue periférico (COSTA *et al.*, 2006).

Sendo os linfócitos T CD4 os principais alvos da infecção pelo HIV, é frequente a realização de contagem dessas células no paciente HIV positivo para o monitoramento do seu grau de imunossupressão e avaliação do seu prognóstico (GRABAR, 2005).

A mensuração do número de cópias de RNA viral no sangue periférico, também, conhecido como carga viral, relaciona-se com o total de células produtivamente infectadas e a uma taxa média de aumento do número de células infectadas. Dessa forma, a carga viral mostra-se associada à velocidade com que o paciente evolui para Aids (GRABAR, 2005).

Em Fortaleza, existem, atualmente, quatro SAE vinculados à Secretaria Municipal de Saúde onde se disponibilizam consultas em infectologia para retrovíroses, consulta de enfermagem, atendimento em serviço social, aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, atendimento farmacológico e orientações aos usuários. Esses SAE são os seguintes:

1. SAE Messejana – localizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota, de Messejana (SER VI), voltado para o atendimento materno-infantil.
2. SAE CEMJA – localizado no Centro de Especialidade Médicas José de Alencar (SER II), voltado ao atendimento de jovens e adultos.
3. SAE José Walter – localizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota, do José Walter (SER V).
4. SAE Nossa Senhora da Conceição – localizado no hospital de mesmo nome (SER V), voltado ao atendimento materno-infantil.

Desses quatro serviços, destaca-se o SAE CEMJA por possuir maior capacidade instalada, sendo o responsável pelo maior número de atendimentos a PVHA no município de Fortaleza, atendendo casos de HIV/Aids notificados de todos os bairros.

Os SAE devem oferecer atenção conjunta e integrada aos vários serviços do SUS que atendem esse contingente, principalmente as UBS. Segundo Botazzo (2004), o PSF, como porta de entrada do sistema, deveria levar a resolubilidade 80% das intercorrências, encaminhar para serviços especializados os casos de maior complexidade e acompanhar, programaticamente, grupos etários ou pacientes crônicos.

É mister, portanto, que ao ESF realize uma ação integrada com os serviços de referência em HIV/Aids de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde podem favorecer uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento. Os profissionais das equipes de saúde da família devem ser capacitados, permanentemente, quanto ao diagnóstico precoce das doenças associadas ao HIV, ao seu tratamento e à competência para decidir sobre quando encaminhar os pacientes aos serviços especializados.

Quanto aos serviços de saúde bucal, os SAE deveriam, em sua concepção inicial, oferecer atendimento odontológico em nível local ou referenciar de maneira formal as PVHA que necessitassem de avaliação ou procedimento desta especialidade para outros serviços. Entretanto, apenas 25% dos SAE existentes no Brasil relatam possuir serviço odontológico próprio, os demais precisam articular-se com as equipes de saúde da família para referenciar seus pacientes (BRASIL, 1998).

Em Fortaleza, nenhum SAE dispõe de serviço odontológico próprio, dessa forma, os pacientes que necessitam desse tipo de atendimento são referenciados às equipes de saúde bucal nas UBS.

Além desses SAE, existem, no município de Fortaleza, dois hospitais que possuem serviços de infectologia direcionados ao atendimento ambulatorial e hospitalar de PVHA. São eles o Hospital São José (HSJ) e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), ambos vinculados à Secretaria Estadual de Saúde.

O Hospital São José de Doenças Infecciosas é referência para Aids em todo o Estado do Ceará. Possui uma capacidade instalada de 111 leitos, distribuídos em cinco Unidades de Internamento, sendo 32 deles destinados aos pacientes com Aids. Dispõe, ainda, de um hospital-dia, que atende pacientes que precisam de internação hospitalar abaixo de 12 horas de permanência e possui um centro de testagem anti-HIV e um posto para distribuição de medicamentos antirretrovirais.

O Hospital Geral de Fortaleza realiza atendimento ambulatorial de PVHA proveniente de Fortaleza e dos demais municípios do interior do Estado, no Suporte de Vida para Imunossuprimidos (SVI), priorizando o atendimento para gestantes. Não possui enfermagem exclusiva para esses pacientes, encaminhando os que precisam de internação hospitalar para o HSJ.

Ao contrário dos SAE existentes no município de Fortaleza, esses dois hospitais disponibilizam atendimento odontológico para seus pacientes através dos ambulatórios de odontologia existentes nesses serviços.

#### **1.3.4 A Saúde Bucal para Pessoas que vivem com HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família**

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, incorpora as ações de Saúde Bucal e insere os profissionais da Odontologia na Estratégia Saúde da Família através do estabelecimento de incentivos financeiros com o intuito de reorganizar a atenção à saúde bucal prestada à população brasileira (BRASIL, 2000a). Dessa maneira, procedimentos odontológicos básicos como dentística, exodontias, procedimentos periodontais simples e prevenção da cárie foram incorporados e financiados pelo SUS, sendo prestados pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da ESF.

A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família foi fundamental para a organização desta área no SUS, ampliando de forma considerável o acesso da população brasileira a serviços odontológicos básicos, visto que, segundo resultados obtidos no levantamento, realizado em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 19,5% da população jamais havia ido ao dentista e, na população que ganhava até um salário mínimo, 36,5% nunca receberam atendimento odontológico (BRASIL, 2000a; DITTERICH, 2005; EMMI; BARROSO, 2008).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, preocupado com essa realidade e com o objetivo de ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, e após forte pressão e luta das entidades odontológicas, de teóricos da reforma sanitária e das universidades, introduziu a Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2000a; ANGELIM, 2006; BRASIL, 2006b).

Com base na Política Nacional de Saúde Bucal, através do Programa Brasil Sorridente, a saúde bucal foi entendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação e fundamental para qualidade de vida da população (BRASIL, 2004b). É necessário, entretanto, articular a saúde bucal a outras políticas de saúde e demais políticas públicas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Além de suas funções específicas, a ESB deve interagir com profissionais de outras áreas de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto socioeconômico e cultural no qual se insere, atuando além dos limites do campo biológico ou do trabalho técnico-odontológico (BRASIL, 2004b).

A prestação dos serviços odontológicos, realizada pelas equipes de saúde bucal da ESF, fundamenta-se em linhas estratégicas de ação contidas nas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) e no Pacto pela saúde, que definem um conjunto de atividades prioritárias, devendo abranger todas as fases de vida da população, necessidades de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, e transmissíveis, como tuberculose e as DSTs, incluindo a Aids (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2004b).

Para enfrentar o desafio que a epidemia da Aids imprime à saúde coletiva, evidencia-se a garantia dos direitos de cidadania e de qualidade de vida para as PVHA, permitindo, assim, implementar planos e ações voltadas para a promoção e proteção da saúde de forma efetiva, respondendo as reais necessidades dessa população (BRASIL, 2003a).

Os cuidados de saúde bucal para PVHA, no transcorrer da doença, proporcionam melhora na saúde geral e na qualidade de vida dessas pessoas, visto que as lesões orofaciais relacionadas à Aids aumentam em quantidade e gravidade

ao longo do tempo e necessitam de cuidados constantemente (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

Muitos problemas de saúde bucal estão relacionados a pessoas que vivem com Aids, podendo aparecer, algumas vezes, como primeira manifestação da doença (MONIACI *et al.*, 1990; COULTER *et al.*, 2000; NAZANIN; EPSTEIN, 2001).

Segundo EC – Clearinghouse (1993), as lesões orais relacionadas à Aids podem ser divididas em três grandes grupos: no grupo 1, estão presentes as lesões fortemente associadas à HIV/Aids, como candidíase, leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi; no grupo 2, estão aquelas lesões menos comumente presentes em PVHA; merecem destaque o aumento das glândulas salivares, xerostomia, herpes simples e verrugas bucais pelo HPV; e no grupo 3, estão as lesões, possivelmente, associadas à PVHA como as causadas por *Histoplasma capsulatum* e as estomatites aftosas recorrentes (ANEXO A).

Desde o advento da TARV, houve declínio das doenças bucais oportunistas, devido à inibição e à redução da carga viral dos pacientes a níveis indetectáveis, permitindo a recuperação do sistema imune (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

Entretanto, algumas lesões bucais continuam tendo papel fundamental no acompanhamento das PVHA por estarem relacionadas à deterioração do sistema imune, podendo ser um evidenciador da falha terapêutica entre usuários da TARV (REZNIK, 2006).

Uma grande parte dos procedimentos odontológicos preventivos e restauradores pode ser executada nesses pacientes por cirurgiões-dentistas generalistas e, havendo necessidade de encaminhamento para especialistas, os critérios devem ser os mesmos utilizados para quaisquer outros pacientes (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

A manutenção da saúde bucal deve ser considerada como componente importante, capaz de influenciar o comportamento da doença, visto que a velocidade de replicação do HIV vai depender do estado de saúde do hospedeiro e que a reprodução do vírus pode ser acelerada na presença de infecção ou quando o sistema imunológico está ativado (SMELTZER *et al.*, 2002).

Dessa maneira, em decorrência da grande prevalência de doenças oportunistas na cavidade bucal, como candidose, gengivites e periodontites, além

das lesões orofaciais relacionadas à Aids, fica evidente a necessidade de acompanhamento odontológico no decorrer da vida das PVHA (BRASIL, 2005a).

#### **1.4 Acesso a serviços de saúde bucal por PVHA**

No que se refere a serviços odontológicos, o desconhecimento inicial da doença e de seus aspectos clínicos, além do preconceito gerado em torno da Aids, causou sérias limitações no tratamento desses pacientes.

A grande maioria dos cirurgiões-dentistas, ainda, não se sente suficientemente preparada para atender portadores do vírus HIV, principalmente quando estes já apresentam complicações clínicas. A insegurança sentida pelo profissional faz com que ele prefira evitar o atendimento. Porém, o tratamento dos indivíduos HIV/Aids não é mais complexo que o de outros pacientes com comprometimento clínico (CORRÊA; ANDRADE, 2005). Além disso, os primeiros sinais clínicos da imunodeficiência associados ao HIV aparecem com frequência na cavidade oral, o que dá ao cirurgião-dentista um papel importante no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento desse grupo de pacientes (BRASIL, 2000b).

Dessa forma, o cirurgião-dentista deve assumir o papel de líder da Equipe de Saúde Bucal (ESB), articulando-se com outros profissionais e dando assistência a essa clientela, visto que a infecção pelo HIV e pela Aids está associada a uma alta incidência de doenças bucais que podem ser graves, progredir rapidamente e serem recorrentes, podendo afetar, significativamente, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2000b).

No Brasil, historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal caracterizava-se por acessibilidade limitada. De acordo com estimativas do IBGE, em 1998, cerca de 18,7% da população brasileira nunca teve acesso ao dentista. Entretanto, nos últimos anos, com a inserção da saúde bucal no PSF, essa proporção vem diminuindo, passando a ser de 15,9% em 2003, ainda, considerada muito alta (IBGE, 2003).

Percebe-se, assim, que o acesso da população brasileira a serviços de saúde bucal sempre foi considerada um desafio e para pessoas vivendo com HIV/Aids esse desafio é ainda maior, visto que, seguramente, apresentam maiores restrições, principalmente nas ESB da atenção primária em saúde (SENNA *et al.*, 2005).



Como o município de Fortaleza não possui nenhum SAE que disponibilize atendimento odontológico em nível local, toda demanda por esse tipo de atendimento deveria ser referenciada para as ESB da ESF de uma maneira organizada e articulada, através de um processo de referência e contra-referência entre esses distintos níveis de complexidade, garantido, dessa maneira, a integralidade da assistência a PVHA.

Entretanto, segundo estudo realizado por Silva *et al* (2005), que propôs avaliar a articulação entre as equipes de saúde da família e um serviço de assistência especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Fortaleza, verificou que não existia conhecimento dos profissionais do ESF acerca dos usuários com HIV/Aids, de sua área de abrangência e que esses profissionais desconheciam as formas de acesso, bem como a rotina do SAE. Observou-se, também, que esses profissionais do SAE desconheciam a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/Aids da ESF.

Camurça (2008), em sua investigação sobre a existência de assistência odontológica a pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) na rede de atenção primária à saúde do município de Fortaleza, avaliou o conhecimento da presença de pessoas com HIV/Aids na área de abrangência dos profissionais das equipes de saúde bucal da ESF e observou que cerca de 58,06% dos cirurgiões-dentistas tinham conhecimento sobre a presença de pessoas portadoras de HIV/Aids na área de abrangência de sua ESB, 10,22% disseram não haver pacientes infectados com HIV na sua área de atuação e 31,72% relataram que não sabiam responder.

Ainda, segundo Camurça (2008), dos 58,06% dos cirurgiões-dentistas que sabiam da existência de pessoas com HIV/Aids, em suas áreas de abrangência, observou-se que somente 29,57% deles afirmaram que atenderam pacientes com HIV/Aids na UBS onde trabalham, sabendo que estavam atendendo paciente infectado por HIV. Esse número é considerado pequeno, visto que essas pessoas estão sob responsabilidade sanitária da equipe da ESF.

Outras investigações sobre o atendimento odontológico à PVHA evidenciam as limitações do acesso dessa população aos serviços odontológicos, como o estudo de Garbin *et al.* (2003), que avaliou as medidas de controle de infecção e o conhecimento quanto ao atendimento do portador do HIV por parte de 160 cirurgiões-dentistas de Araçatuba (SP), concluindo que 47,5% desses

profissionais negavam-se a atender pacientes soropositivos e que necessitavam de maior orientação sobre as doenças infecto-contagiosas e controle de infecção.

Ainda, neste contexto, Ribeiro *et al.* (2006), ao entrevistar cirurgiões-dentistas, que trabalhavam nas ESB da ESF de Aracaju, Sergipe, observou que 41% dos 56 entrevistados disseram já ter atendido paciente soropositivo, mas quase todos (95%) fizeram isso uma única vez, sendo que apenas 62% dos profissionais sabiam disso antes de realizar o atendimento. Entre os cirurgiões-dentistas da ESF de Aracaju, 13,7% não atenderiam pacientes, sabidamente, soropositivos para HIV na UBS em que trabalhavam, os motivos citados foram: falta de preparo técnico ou psicológico; falta de condições de biossegurança na sua UBS, e por existirem clínicas especializadas no serviço público. Esses, também, foram alguns dos principais motivos descritos por outros pesquisadores, como Serra *et al.* (2001) e Rodrigues *et al.* (2005).

### **1.5 O problema a ser estudado**

Em Fortaleza, a partir de 2006, a Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família foi reorganizada, implantando-se 300 equipes de saúde da família, o que corresponde a uma cobertura de 43,44% da população deste município. As equipes de saúde bucal (ESB), também, foram ampliadas, existindo 233 equipes em 2007 (FORTALEZA, 2007).

Com o intuito de expandir o atendimento odontológico para PVHA, em 2008 e 2009, foram realizados cursos de capacitação sobre atendimento odontológico para essa população, onde participaram cerca de 200 cirurgiões-dentistas que desempenham suas atividades profissionais nessas ESB.

Dessa maneira, esses cirurgiões-dentistas têm tido a oportunidade ou a possibilidade de atender pessoas portadoras da infecção pelo HIV, assintomáticas ou não, que residem no território de abrangência de sua equipe.

Entretanto, apesar da ampliação das ESB no município de Fortaleza e da capacitação realizada para os profissionais dessas equipes, a assistência odontológica a PVHA, neste município, permanece reduzida, visto que o número de atendimentos odontológicos realizados nessa população é pequeno se comparado ao número de pessoas com HIV/Aids (CAMURÇA, 2008).

Diante do que foi exposto, podem ser feitos alguns questionamentos sobre a assistência odontológica para PVHA em Fortaleza:

1. Como se dá a assistência em saúde bucal a PVHA no município de Fortaleza?
2. As PVHA receberam orientações sobre as manifestações bucais da Aids e sobre a prevenção de doenças bucais?
3. Que necessidades de tratamento odontológico são mais comuns entre as PVHA residentes em Fortaleza?
4. Existe dificuldade de acesso a serviços de saúde bucal pelas PVHA no município de Fortaleza?

### **1.6 Justificativa e relevância do estudo**

Poucos estudos mostram os fatores relacionados à utilização dos serviços odontológicos e às condições de saúde bucal das PVHA, descrevendo a distribuição dos agravos à saúde bucal e das necessidades de tratamento odontológico nessa população.

Conhecer os fatores relacionados às condições de saúde bucal e à utilização de serviços odontológicos por PVHA é importante para planejar ações com o intuito de disponibilizar uma atenção odontológica de qualidade à essa população.

Nesse contexto, considerando a importância e abrangência do assunto e a precariedade de informações sobre esse tema, neste município, a presente pesquisa torna-se relevante quando pretende averiguar os fatores relacionados ao uso de serviços odontológicos por PVHA no município de Fortaleza, assim como caracterizar as condições de saúde bucal dessa população.

## **2 OBJETIVOS**

---

### **2.1 Geral**

Identificar os fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos e as condições de saúde bucal das PVHA no município de Fortaleza – Ceará.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar as condições de saúde bucal das PVHA no município de Fortaleza quanto à presença de cárie, problemas periodontais, alterações de mucosa bucal, uso e necessidade de prótese.
- Verificar se as PVHA receberam orientações sobre saúde bucal no ambulatório de infectologia onde realizam acompanhamento.
- Verificar se as PVHA revelam para o dentista seu estado sorológico diante de um atendimento odontológico.
- Identificar fatores relacionados à procura e acesso a serviços odontológicos pelas PVHA no município de Fortaleza – Ceará.

## 3 METODOLOGIA

---

### 3.1 Tipo de estudo

O estudo foi caracterizado por um delineamento do tipo transversal, exploratório e descritivo, baseado em dados primários e secundários com abordagem quantitativa.

### 3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que apresenta uma população estimada em 2.473.614 habitantes (IBGE, 2009). O município está dividido em 114 bairros, agrupados administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). As SER são regiões formadas por bairros circunvizinhos que apresentam semelhanças em termos de necessidades e problemas.

A cidade de Fortaleza foi escolhida para a realização da presente investigação por representar, aproximadamente, um terço da população do Estado do Ceará e, também, por ter incluído 62,5% do número total de casos de Aids registrados no SINAN (Ceará) entre 1983 e 2008.

O cenário do estudo compreendeu o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA) e o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC-UFC) por serem serviços importantes que disponibilizam assistência médica ambulatorial para PVHA residentes no município de Fortaleza.

O Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA) é a unidade de referência da rede municipal de Fortaleza para a realização de exames e consultas especializadas para onde são encaminhados pacientes que necessitam de cuidados específicos. O ambulatório de HIV/Aids realiza o acompanhamento de aproximadamente 1.100 pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids neste município.

O Hospital Universitário Walter Cantídio, hospital-escola da Universidade Federal do Ceará (UFC), iniciou o atendimento ambulatorial a pessoas que vivem

com HIV/Aids em julho de 2002, ocorrendo, em média, 60 atendimentos ambulatoriais por semana. Possui cinco leitos específicos para portadores do HIV e uma farmácia para o fornecimento de antirretrovirais e medicamentos para infecções oportunistas. Ao todo, estão cadastrados cerca de 400 pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids nesse serviço.

Não participaram deste estudo os serviços de referência estadual em infectologia como o Hospital São José e o Hospital Geral de Fortaleza, ambos localizados no município de Fortaleza, visto que esses serviços disponibilizam assistência médica prioritariamente para PVHA residentes em municípios do interior do estado, especialmente em nível hospitalar.

### 3.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída por 1.500 pessoas, vivendo com HIV/Aids, que são acompanhadas pelos ambulatórios de infectologia do HUWC e do CEMJA.

Foi utilizado na presente investigação o Critério CDC, adaptado para classificação como caso de Aids:

“Apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos T CD4 abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência” (BRASIL, 2003b, p.17).

O tamanho da amostra (n), capaz de identificar os fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos e condições de saúde bucal das PVHA no município de Fortaleza – Ceará foi calculado com base em uma Amostra Aleatória Simples, conforme Bolfarine e Bussab (2005), definido por:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot (1 - P) N}{z^2 \cdot P \cdot (1 - P) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n: tamanho da amostra;  
N: tamanho da população;  
e: erro de estimação permitido;

z: nível de confiança;  
P: proporção populacional.

Dessa maneira, o tamanho da amostra investigada foi de 173 pacientes com margem de erro de 7% e nível de confiança de 95%. Salienta-se que, para se atingir esse nível de confiança, foi adotado um valor de 1,96, conforme propõe Morettin (2000).

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos, nessa investigação, pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes no município de Fortaleza, que realizam acompanhamento ambulatorial no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA) ou no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e que aceitaram participar, voluntariamente, da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos da amostra, deste estudo, aqueles pacientes com idade inferior a 18 anos ou que não residiam no município de Fortaleza.

### **3.5 Variáveis do estudo**

Foram investigadas variáveis demográficas como sexo, idade e bairro de procedência, as variáveis relacionadas ao estado clínico-laboratorial como tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV, utilização de TARV, última dosagem de linfócitos T CD4 e carga viral se esses valores foram registrados no prontuário do paciente no prazo máximo de até seis meses antes do momento da realização da pesquisa.

As variáveis socioeconômicas foram renda mensal individual e familiar, ocupação e nível de escolaridade. As variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde bucal foram: última consulta com um dentista e o motivo desse atendimento; local onde costuma procurar serviços odontológicos; se sempre conseguiu atendimento odontológico quando precisou; se costuma revelar seu estado sorológico ao dentista quando procura atendimento odontológico.

As variáveis relacionadas às condições de saúde bucal da população em estudo foram as seguintes: presença de cárie e necessidade de tratamento, uso e necessidade de próteses, doença periodontal e alterações de tecidos moles.

### 3.6 Coleta dos dados

A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC e foi realizada de agosto a dezembro de 2009 nos turnos de atendimento de cada ambulatório até a obtenção da amostra calculada anteriormente.

A seleção dos participantes foi aleatória. Foram convidados a participar do estudo os cinco primeiros pacientes de cada dia da pesquisa que preencheram os critérios de inclusão e que estavam aguardando atendimento no ambulatório.

As variáveis relacionadas ao estado clínico-laboratorial foram coletadas a partir do prontuário dos pacientes; as variáveis demográficas, socioeconômicas e as relacionadas à utilização de serviços odontológicos foram obtidas através de entrevista realizada pelo próprio pesquisador no ambulatório onde são acompanhados ou em áreas próximas; e as variáveis relacionadas às condições de saúde bucal da população em estudo foram coletadas através de exame bucal realizado pelo pesquisador nos serviços onde a pesquisa foi realizada em condições adequadas de privacidade, iluminação, esterilização e assepsia.

O exame da cavidade bucal foi realizado sob iluminação natural e artificial (luminária), com o paciente sentado em cadeira ou poltrona, utilizando-se espelho bucal plano, espátula de madeira e sonda periodontal recomendada pela OMS (sonda WHO 621) (Figura 2).

No Hospital Universitário Walter Cantídio, a entrevista e o exame bucal foram realizados no hospital-dia de sua Unidade Ambulatorial, antes dos pacientes começarem a ser atendidos nos ambulatórios.

No Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), as entrevistas e os exames bucais foram realizados no laboratório de coleta de amostras de sangue para realização de exames de rotina como carga viral e contagem de linfócitos CD4.

Para a realização do exame da cavidade bucal dos pacientes, foi utilizada metodologia semelhante à preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, onde se evidenciam os seguintes problemas bucais: cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese e lesões de mucosa bucal (WHO, 1997). Essa mesma metodologia foi



adotada pelo Ministério da Saúde no último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil entre 2002 e 2003, conhecido como Projeto SB Brasil – Condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004c).

Em seguida, descreveremos os códigos e critérios para essa avaliação.

### **3.6.1 Cárie Dentária e necessidade de tratamento:**

Para avaliar a presença de cárie dentária e a necessidade de tratamento odontológico, os participantes da pesquisa tiveram cada dente examinado e classificado de acordo com as condições da coroa dentária em hígido, cariado, restaurado ou perdido (Quadro 1). A partir das condições da coroa dentária foi sugerido tratamento odontológico para aquele dente como restaurações, próteses, exodontias ou tratamento endodôntico (Quadro 2).

Após o exame de cada dente, o examinador registrou no instrumento de coleta de dados os respectivos códigos para presença de cárie e necessidade de tratamento odontológico.

Para cárie dentária, os códigos e critérios adotados foram os descritos no Quadro 1, correspondente ao Índice CPO-D, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (WHO, 1997).

O índice CPO-D mede a experiência de cárie na dentição permanente e vem sendo largamente utilizado nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal para estudos de prevalência de cárie dentária.

Em um grupo de indivíduos, esse índice resulta da divisão do número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos devido à cárie) e obturados (com restaurações) pelo número de indivíduos examinados.

Quadro 1 – Códigos e critérios adotados para o exame de cárie dentária.

<b>CÓDIGO</b>	<b>CONDIÇÃO</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
0	Coroa Hígida	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração.
1	Coroa Cariada	Superfície apresenta cavidade evidente ou tecido amolecido na base, ou descoloração do esmalte, ou de parede, ou há uma restauração temporária. A sonda IPC deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.
2	Coroa Restaurada	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria.
3	Dente Perdido	Um dente permanente extraído.
4	Dente Excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc.).

Fonte: BRASIL, 2001.

Imediatamente após registrar as condições da coroa dentária quanto à presença de cárie dentária, registrou-se o tratamento sugerido para aquele dente com os seguintes códigos e critérios:

Quadro 2 – Códigos e critérios para necessidades de tratamento odontológico.

<b>CÓDIGO</b>	<b>TRATAMENTO</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
0	Nenhum Tratamento	A coroa está hígida ou o dente não pode, ou não deve ser extraído, ou receber qualquer outro tratamento.
1	Restauração	Restauração de uma ou mais superfícies dentárias.
2	Prótese Fixa Unitária	O dente necessita de uma Coroa Unitária (Prótese Fixa).
3	Tratamento Endodôntico e Restauração	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria.
4	Extração	Um dente é indicado para extração quando não houver forma de tratamento para o mesmo.

Fonte: BRASIL, 2001.

### 3.6.2 Uso e necessidade de próteses

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e sua necessidade, tendo como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Deve ser assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

As observações ao exame levaram em conta os códigos e critérios ilustrados nos quadros a seguir.

Quadro 3 – Códigos e critérios para a utilização de prótese dentária.

<b>CÓDIGO</b>	<b>USO DE PRÓTESE</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
0	Não usa prótese dentária	Nenhum espaço protético; ou desdentado parcial, mas sem prótese presente; ou desdentado total e sem prótese presente.
1	Usa uma ou mais próteses fixas	Ponte fixa anterior ou posterior.
2	Usa prótese parcial removível	Prótese Parcial Removível (PPR).
3	Usa prótese dentária total	Prótese total.
4	Sem informação	

Fonte: BRASIL, 2001.

Quadro 4 – Códigos e critérios para a necessidade de prótese dentária.

<b>CÓDIGO</b>	<b>NECESSIDADE DE PRÓTESE</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
0	Não necessita de prótese dentária	Todos os dentes presentes; ou espaços protéticos presentes com prótese; ou desdentado total, mas com presença de prótese.
1	Necessita de uma prótese fixa ou removível para substituição de um ou mais elementos	Espaço protético anterior e/ou posterior.
2	Necessita prótese dentária total	Desdentado total sem estar usando prótese no momento.
3	Sem informação	

Fonte: BRASIL, 2001.

### 3.6.3 Índice Periodontal Comunitário (IPC)

O Índice Periodontal Comunitário (IPC), permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, ao sangramento e à presença de cálculo ou bolsa através da sondagem do sulco gengival, ou bolsa periodontal de seis pontos em cada um dos 10 dentes-índice representados na Figura 3.

Para a realização do exame, a boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14; 13-23; 24-28; 38- 34; 33-43 e 44-48 (Figura 3), sendo necessária a utilização de uma sonda específica, denominada sonda IPC ou sonda WHO 621 (Figura 2), que apresenta uma esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto, situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm na ponta do instrumento.

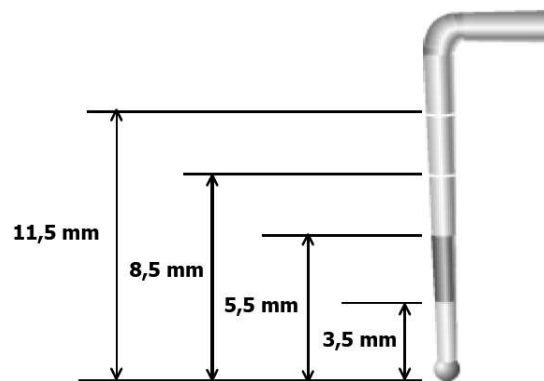


Figura 2 - Sonda WHO 621, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.

Fonte: BRASIL, 2001

A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é excluído do exame.

O IPC classifica cada sextante da boca como saudável (IPC=0); apresentação de sangramento gengival à sondagem (IPC=1); cálculo dentário (IPC=2); presença de bolsa periodontal superficial (IPC=3); ou bolsa periodontal profunda (IPC=4).

Devem ser examinados os seguintes dentes-índice para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares): 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

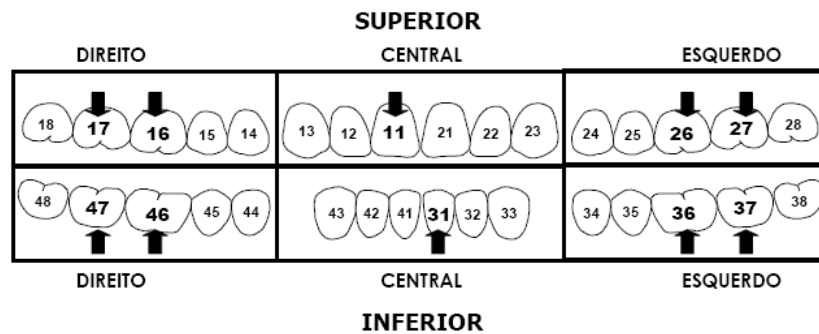


Figura 3 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índice para IPC.

Fonte: BRASIL, 2001

Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índice nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e, depois, para a área méso-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo da distal para mesial.

A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados.

As observações do exame levaram em conta os códigos e critérios ilustrados no quadro a seguir:

Quadro 5 – Códigos e critérios utilizados no IPC.

CÓDIGO	CRITÉRIOS
0	Sextante hígido;
1	Sextante com sangramento observado após sondagem;
2	Cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);
3	Bolsa periodontal de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);
4	Bolsa periodontal de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);
X	Sextante excluído (menos de 2 dentes presentes).

Fonte: BRASIL, 2001.

### 3.6.4 Alterações de mucosa bucal

Assinalou-se a presença de qualquer alteração em mucosa bucal como lábios, língua, bochechas, assoalho bucal, palato duro e mole. Todos os pacientes que apresentaram esse tipo de alteração foram encaminhados para o Serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará para avaliação e conduta.

Foram utilizados nesse exame os seguintes códigos:

Quadro 6 – Códigos e critérios para alterações em mucosa bucal.

CÓDIGO	CRITÉRIOS
0	Ausência
1	Presença
2	Sem Informação

Fonte: BRASIL, 2001.

### 3.7 Calibração do examinador

Para estabelecer consistência e obter confiança dos resultados nos exames da cavidade bucal, realizou-se um processo de calibração intraexaminador.

Para essa finalidade, alguns indivíduos (aproximadamente 10% da amostra do estudo) devem ser examinados duas vezes pelo mesmo examinador, com um intervalo de aproximadamente uma semana.

Os resultados dos dois exames são comparados e qualquer discordância anotada, sendo o cálculo feito a partir do percentual de concordância e do Coeficiente de Kappa.

Segundo Morettin (2000), o Coeficiente Kappa é um indicador de concordância ajustada, pois leva em consideração, descontando no resultado final, a concordância devida ao fator chance. Esse teste permite verificar se a concordância entre os examinadores foi pobre, ligeira, considerável, moderada, substancial ou excelente, de acordo com o valor de Kappa que varia de 0 a 1 (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição dos Valores de Kappa e seus respectivos níveis de concordância.

Valor de kappa	Concordância
0	Pobre
0 – 0,20	Ligeira
0,21 – 0,40	Considerável
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Substancial
0,81 – 1	Excelente

Fonte: Pereira (1995).

Desta forma, realizaram-se dois exames em 20 indivíduos com intervalo de uma semana. O exame foi realizado nos quatro hemiarcos onde se avaliou o Índice CPO-D, o IPC e a presença de alterações em mucosa bucal.

O processo de calibração intraexaminador realizado obteve um valor de Kappa igual a 0,9691, com uma porcentagem de concordância de 98,43%, o que corresponde a uma concordância satisfatória de acordo com a descrição mostrada no Quadro 7.

### 3.8 Análise e tratamento estatístico

Os dados obtidos foram inseridos no Microsoft Excel 2007 e transferidos para o software estatístico SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) onde foram processados e analisados.

Os dados colhidos da amostra foram distribuídos em tabelas e gráficos e submetidos à análise estatística para estudar a associação entre as variáveis. A análise consistiu na construção de tabelas de contingência, aplicando o teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ ), o Teste Exato de Fisher, quando, em pelo menos uma célula, havia valor esperado menor que cinco, e a medida de associação V de Cramer, quando variáveis nominais do tipo *nxr*.

Nas comparações, utilizaram-se testes bilaterais, onde o valor do nível de significância adotado no presente estudo foi de  $\alpha=0,05$ .

Quanto à análise multivariada, utilizou-se o Modelo de Regressão Logística ou Teste de Wald.

O valor de  $p$  foi considerado, estatisticamente, significativo quando iguais ou menores que 0,05 ( $p < 0,05$ ).

### **3.9 Considerações Éticas**

Para atender à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi realizada respeitando os princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. (BRASIL, 1996)

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo posteriormente aprovado sob protocolo nº 060.07.09 (ANEXO A).

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e autorização dos responsáveis por cada um desses serviços.

Aos participantes do estudo, foi garantido o sigilo das informações e o anonimato, sem qualquer risco ou prejuízo ao seu tratamento; a participação foi voluntária e não remunerada; cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em linguagem clara e de fácil entendimento, que forneceu informações aos participantes sobre os objetivos da presente investigação. Os participantes tiveram o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, mesmo após assinarem o TCLE.

Após a realização do exame bucal, os pacientes, que precisaram de algum tipo de atendimento, foram orientados sobre como conseguir atendimento odontológico na Rede de Atenção Primária à Saúde. Os pacientes, que fazem acompanhamento no HUWC, foram encaminhados às Unidades Básicas de Saúde da SER III através de referência programada pelo pesquisador e por esses serviços. Já os pacientes que são acompanhados no CEMJA foram encaminhados ao Setor de Referência Odontológica desse local.



## 4 RESULTADOS

---

Para fins didáticos, os resultados foram separados em quatro tópicos, descritos a seguir.

### 4.1 Análise das variáveis demográficas e socioeconômicas

Participaram deste estudo 173 pacientes HIV positivos, dos quais 86 deles são acompanhados pelo Ambulatório de Infectologia do HUWC e 87 pelo SAE CEMJA. Esta amostra estudada foi composta por 125 (72,3%) pacientes do sexo masculino e 48 (27,7%) do sexo feminino, tendo idade média de 36,4 anos (DP:  $\pm 9,535$ ; Mediana: 36 anos) e razão de sexo de 2,6 homens para 1 mulher.

Quanto ao local de residência, os participantes da pesquisa estavam distribuídos em todas as SER de Fortaleza, com predominância na SER 3 com 44 (25,4%) participantes (Gráfico 4). Em média, esses participantes apresentaram uma renda individual mensal de 1,34 salário mínimo (DP:  $\pm 1,594$ ; Mediana: 1 salário mínimo) e uma renda familiar mensal de 3 salários mínimos (DP:  $\pm 3,610$ ; Mediana: 2 salários mínimos). Quanto à composição familiar, esses participantes moram, em média, com 3 pessoas (DP:  $\pm 2,053$ ; Mediana: 3 pessoas).

Neste estudo observou-se que a escolaridade predominante foi o ensino médio completo com 38,7% (67) dos participantes, seguido pelo ensino superior, completo ou em andamento, que representou 19,1% (33) dessas pessoas.

No momento da realização do presente estudo, 54,9% (95) dos participantes estavam desempenhando alguma atividade profissional enquanto que 27,2% (47) destes relataram estar desempregados. Existiam ainda aqueles que afirmaram receber benefícios dos órgãos governamentais, como auxílio-doença, representando 9,2% (16) dessa população, e aposentadoria, correspondendo a 1,7% (3) dessas pessoas.

A análise das variáveis demográficas e socioeconômicas está descrita na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição em números absolutos e percentual das características demográficas e socioeconômicas das PVHA, segundo gênero. Fortaleza, 2009.

Variável	Masculino		Feminino		Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade</b>							
19 a 34 anos	56	44,8	21	43,8	77	44,5	0,971 <sup>1</sup>
35 a 44 anos	45	36,0	17	35,4	62	35,8	
45 a 67 anos	24	19,2	10	20,8	34	19,7	
<b>SER</b>							
SER 1	16	12,8	13	27,1	29	16,8	0,240 <sup>1</sup>
SER 2	19	15,2	03	6,3	22	12,7	
SER 3	33	26,4	11	22,9	44	25,4	
SER 4	18	14,4	06	12,5	24	13,9	
SER 5	19	15,2	08	16,7	27	15,6	
SER 6	20	16,0	07	14,6	27	15,6	
<b>Escolaridade</b>							
Analfabeto	-	-	01	2,1	01	0,6	0,008 <sup>2</sup>
Ens. Fund. Incompleto	18	14,4	13	27,1	31	17,9	
Ensino Fundamental	09	7,2	08	16,7	17	9,8	
Ens. Med. Incompleto	21	16,8	03	6,3	24	13,9	
Ensino Médio	48	38,4	19	39,6	67	38,7	
Ensino Superior	29	23,2	04	8,3	33	19,1	
<b>Ocupação</b>							
Estudante	06	4,8	02	4,2	08	4,6	<0,001 <sup>2</sup>
Empregado/Autônomo	82	65,6	13	27,1	95	54,9	
Desempregado	24	19,2	23	47,9	47	27,2	
Outra	13	10,4	10	20,8	23	13,3	
<b>Composição Familiar</b>							
Mora sozinho	20	16,0	03	6,4	23	13,4	0,256 <sup>1</sup>
Mora com 2 a 4 pessoas	74	59,2	31	66,6	105	61,0	
Mora com 5 ou mais pessoas	31	24,8	13	27,7	44	25,6	
<b>Renda Individual (em salários mínimos)</b>							
Menos de 1 salário	27	22,0	25	53,2	52	30,6	<0,001 <sup>2</sup>
Entre 1 e 2 salários	76	61,8	21	44,7	97	57,1	
Entre 3 e 5 salários	13	10,6	01	2,1	14	8,2	
Mais de 5 salários	07	5,7	-	-	07	4,1	
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>							
Menos de 1 salário	04	3,3	04	9,1	08	4,9	0,001 <sup>2</sup>
Entre 1 e 2 salários	61	50,8	34	77,3	95	57,9	
Entre 3 e 5 salários	36	30,0	06	13,6	42	25,6	
Mais de 5 salários	19	15,8	-	-	19	11,6	

(1) Teste Qui-quadrado; (2) V de Cramer.

( - ) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

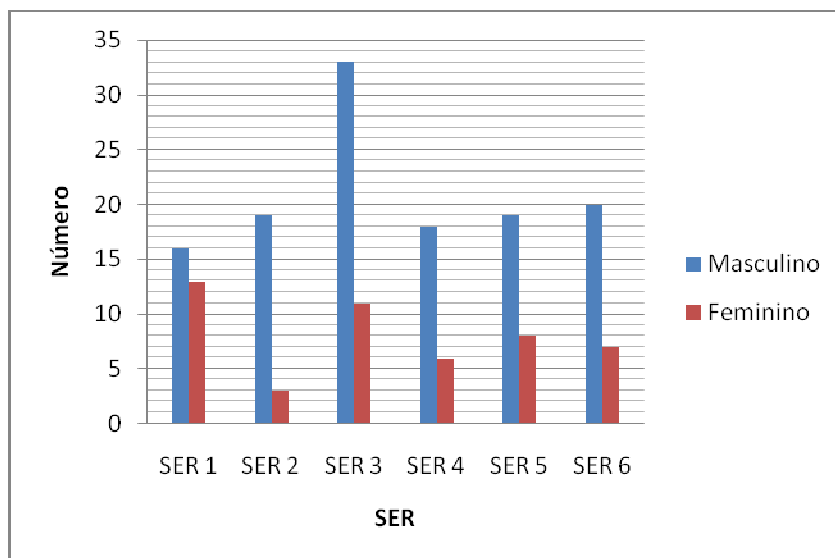


Gráfico 4 – Distribuição do local de residência das PVHA, segundo Secretaria Executiva Regional (SER) e gênero. Fortaleza, 2009.

#### 4.2 Análise das variáveis relacionadas ao estado clínico-laboratorial

Quanto ao tempo decorrido desde o diagnóstico de infecção pelo HIV, observou-se que esses pacientes apresentaram uma média de 2,65 anos (DP:  $\pm 1,935$ ; Mediana: 2 anos). No momento da pesquisa, 124 (74,7%) indivíduos estavam em tratamento com antirretrovirais.

Do total de 173 pacientes, 156 (90,2%) tinham valores da contagem de linfócitos CD4 disponíveis. Dentre eles, observou-se que 96 (61,5%) apresentaram contagem acima de 350 cels./mm<sup>3</sup>, enquanto que 21 (13,5%) apresentaram valores inferiores a 200 cels./mm<sup>3</sup>.

Em relação à carga viral, existiam dados de 129 pacientes, dos quais 76 (58,9%) apresentavam valores indetectáveis de carga viral, enquanto que 29 (22,5%) apresentaram valores acima de 10.000 cópias/ml.

Os dados relativos ao estado clínico-laboratorial dos entrevistados encontram-se resumidos na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das características clínico-laboratoriais das PVHA, em relação ao gênero. Fortaleza, 2009.

Variável	Masculino		Feminino		Total		Valor de p <sup>1</sup>
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tempo de diagnóstico</b>							
Menor que 1 ano	08	6,6	03	6,4	11	6,5	0,694
Entre 1 e 2 anos	66	54,1	23	48,9	89	52,6	
Entre 3 e 4 anos	36	29,5	18	38,3	54	32,0	
Maior que 5 anos	12	9,8	03	6,4	15	8,9	
<b>Carga Viral (cópias/ml)</b>							
Carga Viral Indetectável	53	58,2	23	60,5	76	58,9	0,964
Carga viral até 10.000	17	18,7	07	18,4	24	18,6	
Carga Viral > 10.000	21	23,1	08	21,1	29	22,5	
<b>Contagem de CD4 (cel/mm<sup>3</sup>)</b>							
CD4 < 200	15	13,5	06	13,3	21	13,5	0,637
CD4 entre 200 e 350	30	27,0	09	20,0	39	25,0	
CD4 >350	66	59,5	30	66,7	96	61,5	
<b>Terapia Antirretroviral</b>							
Sim	89	74,2	35	76,1	124	74,7	0,799
Não	31	25,8	11	23,9	42	25,3	

(1) Teste Qui-quadrado

### 4.3 Análise das variáveis relacionadas às condições de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Ao se realizar o exame da cavidade bucal dos pacientes para identificação da prevalência de cárie, encontrou-se um valor médio do Índice CPO-D de 15,3 (DP:  $\pm 7,0$ ), sendo de 14,6 entre os homens e de 17,3 entre as mulheres. Em média, cada uma dessas pessoas apresentava 2,0 dentes cariados, 7,1 dentes perdidos e 6,1 dentes restaurados (Tabela 5).

O principal componente do Índice CPO-D na faixa etária de 19 a 34 anos e de 35 a 44 anos foi de dentes restaurados, correspondendo a 54,7% e 44,2%, respectivamente. Para a faixa etária de 45 a 67 anos, o componente perdido foi responsável por 71,6% desse índice.

A prevalência de cárie na população estudada foi de 61,3%, onde 106 participantes apresentaram pelo menos um dente cariado no momento da realização do exame.

Tabela 5 – Média dos componentes do índice CPO-D das PVHA, segundo faixa etária e sexo. Fortaleza, 2009.

Faixa etária/Sexo		Hígidos	Cariados	Restaurados	Perdidos	Prótese	CPO-D
19 a 34 anos	Masculino	22,02	2,07	5,88	1,98	0,05	9,98
	Feminino	21,05	1,48	4,48	4,24	-	10,19
	<b>Total</b>	<b>21,75</b>	<b>1,91</b>	<b>5,49</b>	<b>2,60</b>	<b>0,04</b>	<b>10,04</b>
35 a 44 anos	Masculino	15,36	1,60	7,78	6,91	0,36	16,65
	Feminino	11,12	2,88	7,94	9,82	0,24	20,88
	<b>Total</b>	<b>14,19</b>	<b>1,95</b>	<b>7,82</b>	<b>7,71</b>	<b>0,32</b>	<b>17,81</b>
45 a 67 anos	Masculino	10,50	2,00	4,79	14,33	0,38	21,50
	Feminino	7,50	2,20	2,10	20,10	0,10	24,50
	<b>Total</b>	<b>9,62</b>	<b>2,06</b>	<b>4,00</b>	<b>16,03</b>	<b>0,29</b>	<b>22,38</b>

A faixa etária de 19 a 34 anos apresentou valores menores do Índice CPO-D quando comparado às faixas etárias de 35 a 44 anos e 45 a 67 anos como demonstrado no Gráfico 5. Observa-se que há uma tendência de crescimento na prevalência em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo deste índice.

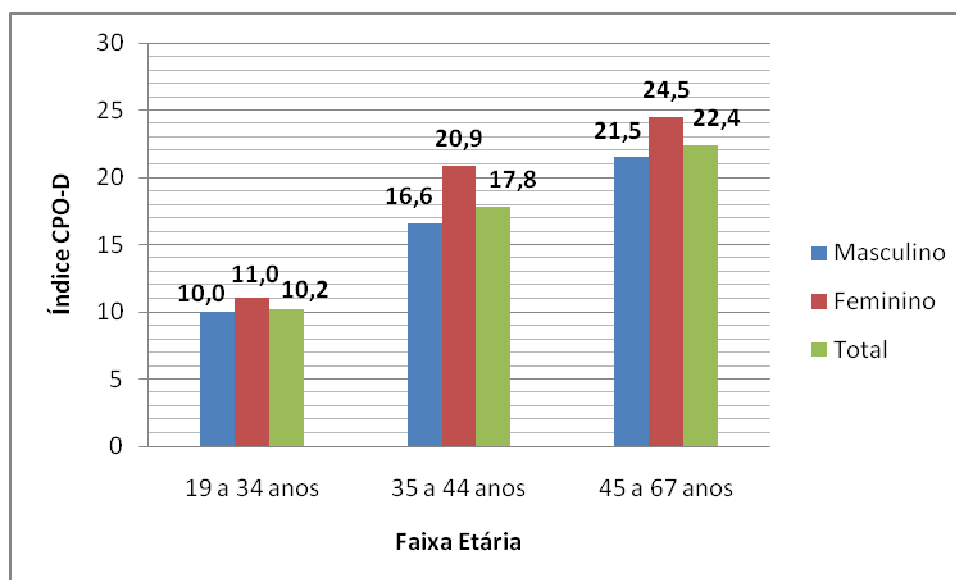


Gráfico 5 – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Índice CPO-D) das PVHA por sexo e faixas etárias. Fortaleza, 2009.

Observou-se que não houve associação estatisticamente significativa ao relacionar a presença de cárie com sexo, faixa etária, contagem de linfócitos CD4, carga viral e uso de antirretrovirais (Tabela 6).

Tabela 6 – Presença de cárie em PVHA segundo sexo, faixa etária, contagem de linfócitos CD4, carga viral e uso de TARV. Fortaleza, 2009.

Variável	Cárie				RP	IC95%	Valor de p <sup>1</sup>
	Presença		Ausência				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Feminino	34	32,1	14	20,9	1,23	0,97 – 1,56	0,109
Masculino	72	67,9	53	79,1	1,0		
<b>Faixa Etária</b>							
19 a 34 anos	45	42,4	32	47,8	1,0		
35 a 44 anos	39	36,8	23	34,3	1,51	1,09 – 2,10	0,012
45 a 67 anos	22	20,8	12	17,9	1,11	0,81 – 1,51	0,533
<b>Contagem CD4</b>							
CD4 < 350	44	44,9	17	28,8	1,28	1,01 – 1,62	0,067
CD4 > 350	54	55,1	42	71,2	1,0		
<b>Carga Viral</b>							
Carga Viral > 10.000	18	22,8	11	22,0	1,02	0,60 – 1,74	0,910
Carga viral até 10.000	61	77,2	39	78,0	1,0		
<b>Terapia Antirretroviral</b>							
Sim	79	77,5	45	70,3	1,24	0,83 – 1,87	0,303
Não	23	22,5	19	29,7	1,0		

RP: Razão de Prevalência

(1) Teste Qui-quadrado

Na Tabela 7, são mostrados os resultados da prevalência de doença periodontal na população estudada, considerando o maior escore do IPC (Índice Periodontal Comunitário) por indivíduo, segundo sexo. O escore 2 do IPC foi o mais prevalente, estando presente em 70,5% (122/173) dos participantes, evidenciando a elevada presença de cálculo dentário nesta população (Figura 4).

Tabela 7 – Número e porcentagem de PVHA, segundo maior grau de condição periodontal observado, segundo sexo. Fortaleza, 2009.

Condição Periodontal – IPC	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sadio	17	13,6	05	10,4	22	12,7
Sangramento	10	8,0	04	8,3	14	8,1
Cálculo	88	70,4	34	70,8	122	70,5
Bolsa 4-5 mm	09	7,2	04	8,3	13	7,5
Bolsa 6 mm ou +	01	0,8	01	2,1	02	1,2

( - ) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.



Figura 4 – Presença de cálculo dentário (escore 2 do IPC) na região de incisivos inferiores.

Chama atenção o grande número de sextantes excluídos (escore X do IPC), tanto quando se considera o percentual de pior escore (Tabela 8) quanto à média de sextantes afetados (Tabela 9). Se considerarmos o pior escore do IPC observaremos que 41,0% dessas pessoas apresentaram pelo menos um sextante examinado excluído, ou seja, que não apresentava nenhum dente presente ou apresentava apenas um dente funcional.

Tabela 8 – Número e porcentagem de PVHA, segundo maior grau de condição periodontal observado e faixa etária. Fortaleza, 2009.

Condição Periodontal – IPC	Faixa Etária							
	19 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 67 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sadio	07	9,1	-	-	02	5,9	09	5,2
Sangramento	-	-	05	8,1	03	8,8	08	4,6
Cálculo	36	46,8	21	33,9	19	55,9	76	43,9
Bolsa 4-5 mm	02	2,6	03	4,8	03	8,8	08	4,6
Bolsa 6 mm ou +	01	1,3	-	-	-	-	01	0,6
Sextante excluído	31	40,3	33	53,2	07	20,6	71	41,0

( - ) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Tabela 9 – Número médio de sextantes afetados e respectiva proporção em cada escore do IPC, segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.

Condição Periodontal - IPC	Faixa Etária						Total	
	19 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 67 anos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sadio	231	22,3	142	13,7	104	10,0	477	46,0
Sangramento	25	2,4	28	2,7	14	1,3	67	6,5
Cálculo	105	10,1	94	9,1	60	5,8	259	25,0
Bolsa 4-5 mm	05	0,5	07	0,7	03	0,3	15	1,4
Bolsa 6 mm ou +	01	0,1	01	0,1	-	-	02	0,2
Excluído	95	9,2	100	9,6	23	2,2	218	21,0
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>44,5</b>	<b>372</b>	<b>35,8</b>	<b>204</b>	<b>19,7</b>	<b>1.038</b>	<b>100,0</b>

( - ) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Observou-se que 49,1% dos sextantes sadios (escore 0 do IPC) estavam presentes nos mais jovens (faixa etária de 19 a 34 anos) e que 65,4% dos sextantes excluídos (escore X do IPC) foram registrados na faixa etária de 45 a 67 anos (Gráfico 6).

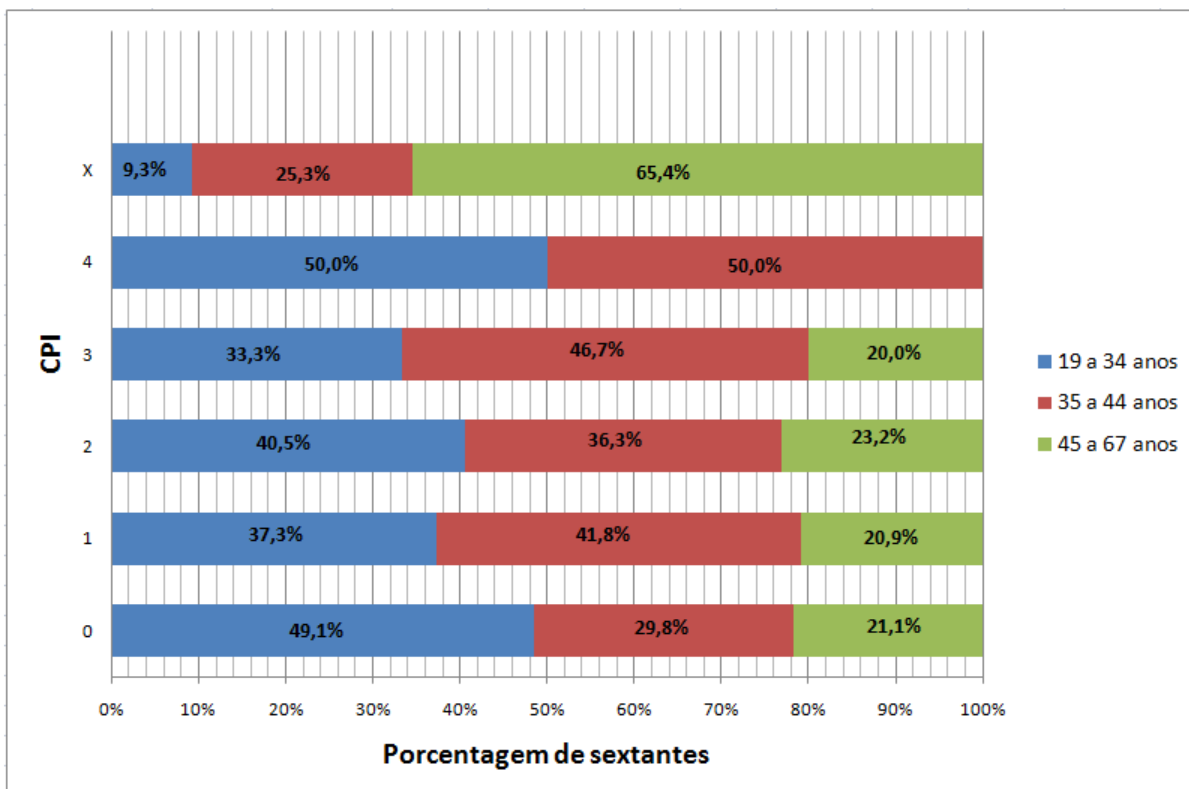


Gráfico 6 – Porcentagem de sextantes segundo condição periodontal (IPC) observada e faixas etárias. Fortaleza, 2009.



Quanto à necessidade de tratamento odontológico, 151 (87,3%) pacientes necessitavam realizar terapia periodontal e 82 (47,4%) necessitavam de tratamento restaurador em pelo menos um dente. Procedimentos cirúrgicos foram indicados para 45 (26,0%) pacientes e tratamento endodôntico foi sugerido para 24 (13,9%) desses indivíduos. Vale ressaltar que uma mesma pessoa pode apresentar necessidade por mais de um desses procedimentos.

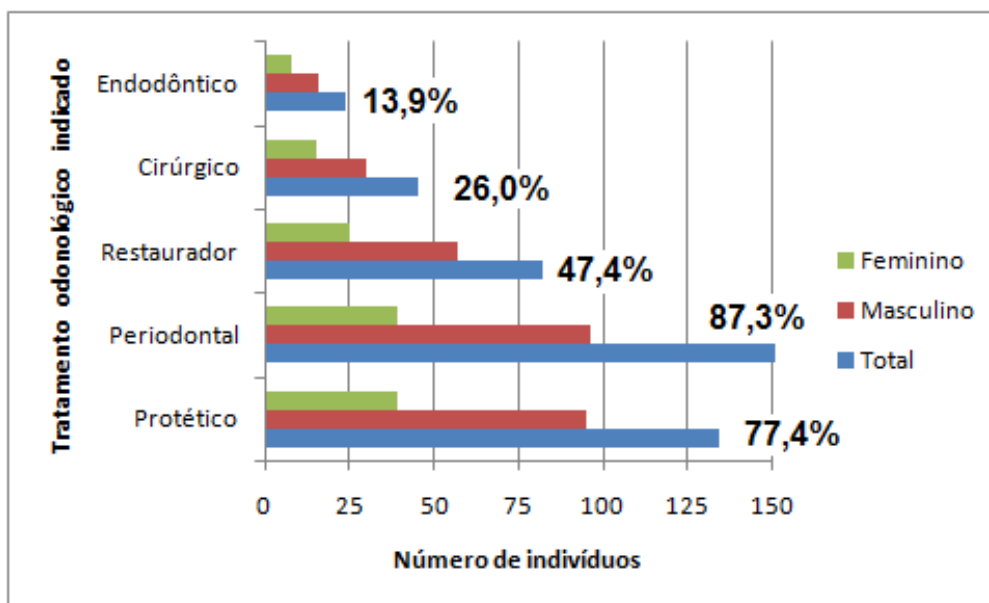


Gráfico 7 – Distribuição do número de PVHA segundo necessidade de tratamento odontológico. Fortaleza, 2009.

Observou-se que 27,7% (48) dessas pessoas usavam prótese dentária superior e apenas 7,5% (13) usam prótese inferior, enquanto que 50,0% (86) precisavam de substituição de pelo menos um elemento dentário por prótese na arcada superior e 73,3% (126) precisavam na arcada inferior. As Tabelas 10 e 11 mostram a distribuição do grau de edentulismo avaliado pelo uso e necessidade de prótese na população estudada.

Tabela 10 – Número e porcentagem de PVHA que usam prótese dentária segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.

Variável	Faixa Etária						Total		Valor de p
	19 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 67 anos				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Usa prótese dentária Superior</b>									
Sim	11	14,3	20	32,3	17	50,0	48	27,7	<0,001 <sup>1</sup>
Não	66	85,7	42	67,7	17	50,0	125	72,3	
<b>Usa prótese dentária Inferior</b>									
Sim	01	1,3	06	9,7	06	17,6	13	7,5	0,008 <sup>2</sup>
Não	76	98,7	56	90,3	28	82,4	160	92,5	

(1) Teste Qui-quadrado; (2) V de Cramer.

Tabela 11 - Número e porcentagem de PVHA que necessitam de prótese dentária segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.

Variável	Faixa Etária						Total		Valor de p <sup>1</sup>
	19 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 67 anos				
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Necessita de prótese dentária Superior</b>									
Sim	28	36,4	37	59,7	21	63,6	86	50,0	0,005
Não	49	63,6	25	40,3	12	36,4	86	50,0	
<b>Necessita de prótese dentária Inferior</b>									
Sim	44	57,1	53	85,5	29	87,9	126	73,3	<0,001
Não	33	42,9	09	14,5	04	12,1	46	26,7	

(1) Teste Qui-quadrado

O uso de prótese dentária está associado estatisticamente à ocupação dessas pessoas, à faixa etária e ao sexo, visto que as pessoas com alguma ocupação, empregadas ou não, com idade entre 45 e 67 anos e do sexo feminino demonstraram fazer mais uso de prótese dentária que os demais grupos observados. A necessidade de prótese dentária está associada estatisticamente à faixa etária, onde as pessoas de maior idade apresentam maior necessidade por próteses (Tabela 12).

Tabela 12 – Uso e necessidade de prótese dentária por PVHA segundo sexo, faixa etária e ocupação. Fortaleza, 2009.

Variável	Usa Prótese					Necessita Prótese				
	Sim		Não		Valor de p	Sim		Não		Valor de p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sexo</b>										
Masculino	28	22,4	97	77,6	0,011 <sup>1</sup>	95	76,0	30	24,0	0,459 <sup>1</sup>
Feminino	20	41,7	28	58,3		39	81,3	09	18,7	
<b>Faixa Etária</b>										
19 a 34 anos	11	14,3	66	85,7	<0,001 <sup>1</sup>	49	63,6	28	36,4	0,001 <sup>1</sup>
35 a 44 anos	20	32,3	42	67,7		55	88,7	07	11,3	
45 a 67 anos	17	50,0	17	50,0		30	88,2	04	11,8	
<b>Ocupação</b>										
Estudante	-	-	08	100,0	0,004 <sup>2</sup>	04	50,0	04	50,0	0,286 <sup>2</sup>
Empregado/Autônomo	23	24,2	72	75,8		74	77,9	21	22,1	
Desempregado	12	25,5	35	74,5		38	80,9	09	19,1	
Outra	13	56,5	10	43,5		18	78,3	05	21,7	
<b>Total:</b>	48	27,7	125	72,3		134	77,5	39	22,5	

(1) Teste Qui-quadrado; (2) V de Cramer

( - ) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

A prevalência de alterações de tecido mole na cavidade bucal na população estudada foi de 12,7%, onde 22 participantes apresentaram alguma alteração patológica na boca no momento da realização do exame. O aparecimento dessas alterações apresentou associação estatisticamente significativa com a contagem de linfócitos CD4 ( $p < 0,001$ ; IC 95%: 1,74 – 10,13; RP=4,20) e carga viral plasmática ( $p < 0,001$ ; IC 95%: 2,11 – 10,67; RP=4,74), desta maneira, quanto menor a contagem de linfócitos CD4 e quanto maior a quantificação plasmática do RNA viral maior a probabilidade do aparecimento dessas alterações (Tabela 13).

O diagnóstico clínico dessas alterações bucais sugeriu ser candidíase a mais prevalente com 36,4% (8/22) dos casos. Leucoplasia pilosa e alterações periodontais corresponderam, cada uma delas, a 18,2% (4/22), as fístulas intra-orais representaram 13,6% (3/22) dessas alterações, úlceras aftosas e herpes simples corresponderam, respectivamente, a 9,1% (2/22) e 4,5% (1/22) (Gráfico 8).

Tabela 13 – Alterações de mucosa bucal em PVHA segundo sexo, faixa etária, contagem de linfócitos CD4, carga viral e uso de TARV. Fortaleza, 2009.

Variável	Alteração em mucosa bucal				RP	IC95%	Valor de p
	Presença		Ausência				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Feminino	9	40,9	39	25,8	1,80	0,82 – 3,94	0,139 <sup>1</sup>
Masculino	13	59,1	112	74,2	1,0		
<b>Faixa Etária</b>							
19 a 34 anos	8	36,4	69	45,7	1,0		
35 a 44 anos	10	45,5	52	34,4	1,55	0,65 – 3,70	0,316 <sup>1</sup>
45 a 67 anos	4	18,2	30	19,9	1,13	0,37 – 3,51	0,532 <sup>2</sup>
<b>Contagem CD4</b>							
CD4 < 350	16	72,7	45	33,3	4,20	1,74 – 10,13	<0,001 <sup>1</sup>
CD4 > 350	6	27,3	90	66,7	1,0		
<b>Carga Viral</b>							
Carga Viral > 10.000	11	57,9	18	16,4	4,74	2,11 – 10,67	<0,001 <sup>2</sup>
Carga viral até 10.000	8	42,1	92	83,6	1,0		
<b>Terapia Antirretroviral</b>							
Sim	14	66,7	110	75,9	1,0		
Não	7	33,3	35	24,1	1,48	0,64 – 3,41	0,365 <sup>1</sup>

(1) Teste Qui-quadrado; (2) Teste Exato de Fisher

RP: Razão de Prevalência

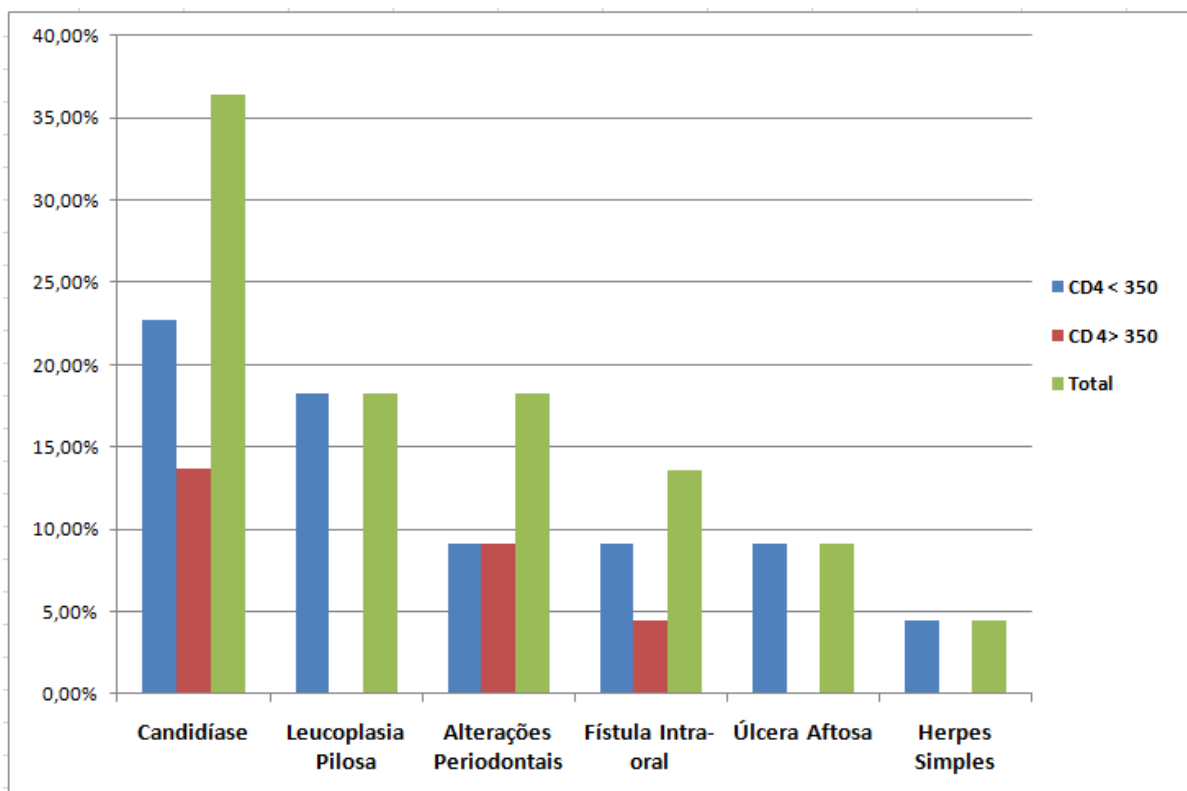


Gráfico 8 – Manifestações bucais em PVHA segundo contagem de linfócitos CD4 (cél/mm<sup>3</sup>). Fortaleza, 2009.

#### **4.4 Análise das variáveis relacionadas à utilização de serviços odontológicos**

O local onde as PVHA mais costumam procurar por serviços odontológicos são as instituições privadas, representando 44,5% (77/173) dessas pessoas, enquanto que 39,3% (68/173) costumam procurar por tratamento odontológico em serviços públicos (Tabela 14).

Dentre os participantes que costumavam frequentar instituições privadas, observou-se que 50,6% (39/77) dessas pessoas afirmaram ter procurado por tratamento odontológico em algum plano de saúde bucal, os demais, 49,4% (38/77), afirmaram frequentar consultórios particulares.

Dentre aqueles que costumavam procurar por tratamento odontológico em serviços públicos, 64,7% (44/68) procuravam em UBS próximas de sua residência, 16,2% (11/68) preferiam ir para UBS distantes de sua residência e 19,1% (13/68) frequentavam os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Alguns dos entrevistados (28/173) afirmaram procurar serviços odontológicos em outras instituições que disponibilizam este atendimento de forma gratuita, como na Associação Brasileira de Odontologia seção Ceará (ABO-CE), no Centro Odontológico da Polícia Militar (CEOP) e no Serviço Social do Comércio (SESC).

Em relação ao principal motivo para procurar por atendimento odontológico relatado pelos participantes deste estudo, 53,2% (92/173) afirmaram procurar esses serviços apenas quando necessitavam realizar algum procedimento, como ser submetido a uma restauração, exodontia, raspagem periodontal ou colocação de prótese. Odontalgia foi relatada por 16,2% (28/173) como principal motivo para procurar atendimento odontológico. Em contrapartida, 30,6% (53/173) dessas pessoas afirmaram procurar um dentista regularmente para realização de consulta de rotina (Tabela 14).

Tabela 14 - Utilização de serviços odontológicos por PVHA em relação ao gênero. Fortaleza, 2009.

Variável	Masculino		Feminino		Total		Valor de p <sup>1</sup>
	N	%	N	%	N	%	
<b>Onde costuma procurar serviços odontológicos?</b>							
Serviço privado	58	46,4	19	39,6	77	44,5	0,472
Serviço público	49	39,2	19	39,6	68	39,3	
Outros serviços gratuitos	18	14,4	10	20,8	28	16,2	
<b>Qual o principal motivo para você procurar atendimento odontológico?</b>							
Dor	22	17,6	06	12,5	28	16,2	0,562
Consulta de rotina	39	31,2	14	29,2	53	30,6	
Procedimento	64	51,2	28	58,3	92	53,2	
<b>Qual o tempo decorrido desde a última consulta odontológica?</b>							
Menos de 1 ano	58	46,8	20	41,7	78	45,3	0,343
Entre 1 e 2 anos	38	30,6	12	25,0	50	29,1	
3 ou mais anos	28	22,6	16	33,3	44	25,6	
<b>Você revelaria seu estado sorológico para o Dentista?</b>							
Não	65	52,0	26	54,2	91	52,6	0,698
Sim	60	48,0	22	45,8	82	47,4	
<b>Recebeu orientações sobre saúde bucal como prevenção e manifestações bucais da aids?</b>							
Não	81	64,8	38	79,2	119	68,8	0,068
Sim	44	35,2	10	20,8	54	31,2	

(1) Teste Qui-quadrado

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários e os motivos para procurar serviços de saúde bucal ( $p=0,012$ ), sugerindo que as PVHA mais jovens procuravam os serviços odontológicos periodicamente para realização de consultas de rotina, enquanto que aqueles com idade superior a 45 anos procuravam por esses serviços apenas quando percebiam a necessidade de realizar algum procedimento odontológico (Gráfico 9 e Tabela 15).

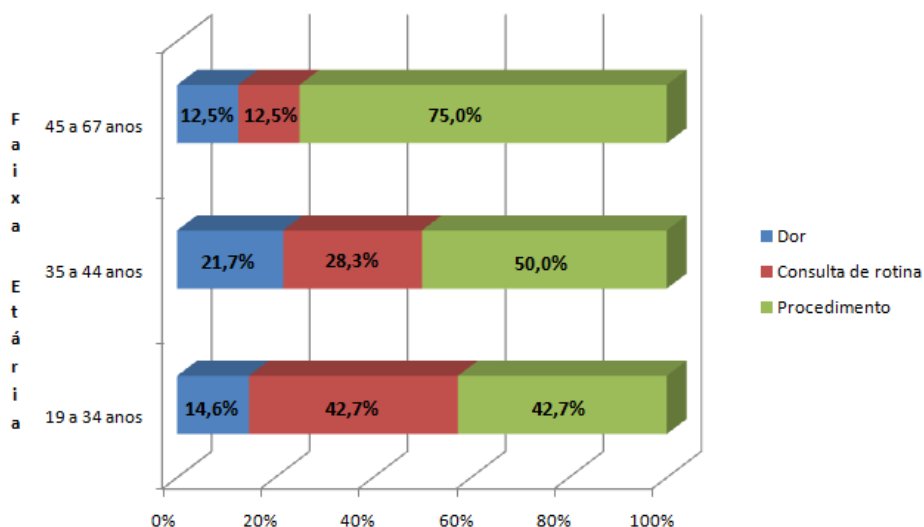


Gráfico 9 – Principal motivo para procurar serviços odontológicos entre as PVHA, segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.

Tabela 15 - Utilização de serviços odontológicos por PVHA em relação à faixa etária. Fortaleza, 2009.

Variável	Faixa Etária								Valor de p
	19 a 34 anos		35 a 44 anos		45 a 67 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Qual o tempo decorrido desde a última consulta odontológica?</b>									
Menos de 1 ano	38	50,0	28	45,2	12	34,3	78	45,1	0,118 <sup>1</sup>
Entre 1 e 2 anos	25	32,9	17	27,4	09	25,7	51	29,5	
3 ou mais anos	13	17,1	17	27,4	14	40,0	44	25,4	
<b>Onde costuma procurar serviços odontológicos?</b>									
Serviço público	31	40,3	20	32,3	17	50,0	68	39,3	0,062 <sup>2</sup>
Serviço privado	35	45,5	34	54,8	08	23,5	77	44,5	
Outros serviços gratuitos	11	3,9	08	12,9	09	26,4	28	16,1	
<b>Qual o principal motivo para você procurar atendimento odontológico?</b>									
Dor	11	14,3	13	21,0	04	11,8	28	16,2	0,012 <sup>1</sup>
Consulta de rotina	32	41,6	17	27,4	04	11,8	53	30,6	
Procedimento	32	41,6	30	48,4	24	70,6	86	49,7	
Outro	02	2,6	02	3,2	02	5,9	06	3,5	

(1) Teste Qui-quadrado; (2) V de Cramer.

Quanto ao tempo decorrido desde a última consulta odontológica, 45,1% (78/173) dessas pessoas afirmaram ter consultado um dentista há menos de um ano, enquanto que 25,4% (44/173) afirmaram ter consultado este profissional há 3 anos ou mais (Tabela 15 e Gráfico 10).

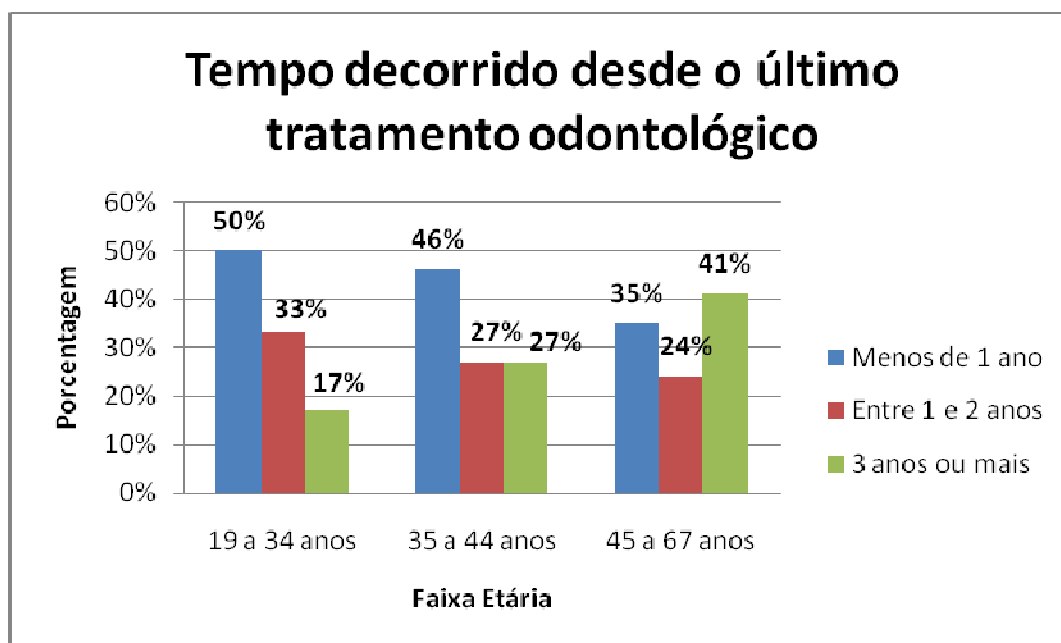


Gráfico 10 – Distribuição percentual segundo o tempo decorrido desde o último tratamento odontológico realizado pelas PVHA segundo faixa etária. Fortaleza, 2009.

O estudo evidenciou ainda que 52,6% (91/173) dos participantes afirmaram não revelar ao dentista sua condição sorológica diante de um tratamento odontológico. Dentre as justificativas relatadas por essas pessoas para a não divulgação do seu estado sorológico a esse profissional está o medo de que outras pessoas tomassem conhecimento da sua condição, relatado por 40,6% (37/91), medo de ser recusado o seu atendimento foi relatado por 23,1% (21/91) e medo de serem tratados de forma diferente pelo profissional, com discriminação e preconceito por 16,5% (15/91) (Gráfico 11).

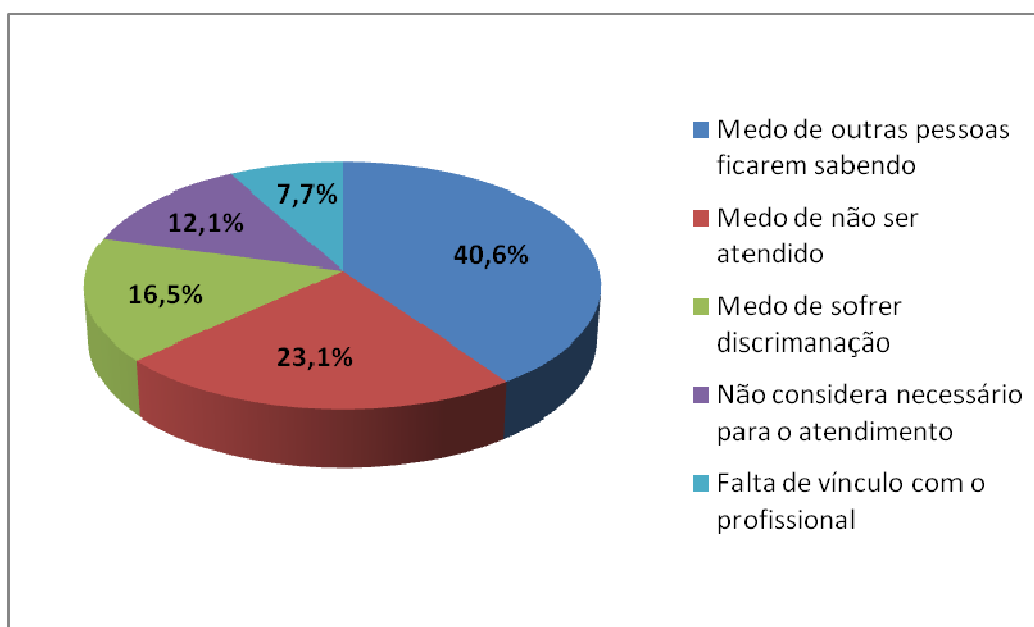


Gráfico 11 – Justificativas para a não divulgação pelas PVHA de sua condição sorológica para o dentista diante de um atendimento odontológico. Fortaleza, 2009.

Dos participantes da pesquisa, 68,8% (119/173) afirmaram ainda não ter recebido orientação alguma sobre saúde bucal, como prevenção de problemas odontológicos ou sobre manifestações bucais características da aids. Daqueles que afirmaram já ter recebido essas informações, 20,4% (11/54) admitiram ter recebido-as no serviço médico onde faz acompanhamento, 22,2% (12/54) afirmaram que receberam essas informações nos serviços odontológicos privados onde costuma frequentar. As UBS foram citadas por 18,5% (10/54) dessas pessoas como local onde receberam orientações sobre saúde bucal (Tabela 16).



Tabela 16 – Local onde as PVHA afirmaram ter recebido orientações sobre saúde bucal. Fortaleza, 2009.

Variável	Sexo				Total		Valor de p <sup>1</sup>
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Onde recebeu orientações sobre saúde bucal</b>							
No hospital/SAE onde faz acompanhamento	10	22,7	01	10,0	11	20,4	0,051
No serviço odontológico privado onde foi atendido	10	22,7	02	20,0	12	22,2	
No local de trabalho	09	20,5	-	-	09	16,7	
Nas UBS	08	18,2	02	20,0	10	18,5	
Em instituições de ensino (escola/universidade)	05	11,4	01	10,0	06	11,1	
Outros	02	4,5	04	40,0	06	11,1	

(1) V de Cramer

(-) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Quando questionados sobre a procura por serviços odontológicos, 35,8% (62/173) da população estudada afirmaram ainda não ter procurado um dentista após o diagnóstico de infecção pelo HIV. Dentre aquelas pessoas que afirmaram ter procurado um dentista após diagnóstico de infecção pelo HIV, 23,4% (26/111) delas relataram não ter conseguido atendimento odontológico. Desta maneira, a proporção de PVHA que não tiveram acesso a serviços odontológicos representa 50,9% (88/173) da amostra estudada.

Dentre as principais dificuldades relatadas pelos participantes para conseguir acesso a serviços odontológicos estão a falta de vagas nos serviços gratuitos (46,2%), profissionais que recusam o atendimento (19,3%) e equipamentos com defeito (11,5%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Principais dificuldades para conseguir atendimento odontológico relatadas por PVHA. Fortaleza (2009).

Dificuldade para receber atendimento odontológico	Serviços gratuitos		Serviços privados		Total	
	N	%	N	%	N	%
Falta de vaga/senha	12	46,2	-	-	12	46,2
Profissional recusou o atendimento	04	15,5	01	3,8	05	19,3
Equipamentos com defeito	03	11,5	-	-	03	11,5
Exigências de exames	01	3,8	01	3,8	02	7,6
Desconhecia o local para onde foi encaminhado	02	7,8	-	-	02	7,8
Outros	01	3,8	01	3,8	02	7,6
<b>Total:</b>	<b>23</b>	<b>88,5</b>	<b>03</b>	<b>11,5</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Observou-se que 88,5% (23/26) das pessoas que relataram dificuldade para receber atendimento odontológico procuraram por esses serviços em instituições públicas e que 65,4% (17/26) delas admitiram revelar seu estado sorológico para o dentista diante de um tratamento odontológico. Desta forma, procurar por atendimento odontológico em serviços públicos ( $p < 0,001$ ; IC95%: 1,23 – 4,16) e revelar a condição sorológica para o dentista ( $p < 0,001$ ; IC95%: 1,03 – 4,31) apresentaram associação estatisticamente significativa com ter dificuldade de acesso a esses serviços (Tabela 18).

Foi questionado junto aos participantes desta investigação se eles foram alguma vez encaminhados para receber atendimento odontológico pelo serviço médico onde fazem acompanhamento, 79,8% (138/173) afirmaram nunca ter sido encaminhado para receber tratamento odontológico ou para realizar uma avaliação com este profissional.

Paradoxalmente, 50,0% (13/26) das pessoas que tiveram dificuldade de acesso a serviços odontológicos foram encaminhados pelo ambulatório de infectologia onde realizavam acompanhamento médico (Tabela 18).

Tabela 18 – Fatores associados com a dificuldade de acesso a serviços odontológicos por PVHA. Fortaleza, 2009.

Variável	Teve dificuldade de acesso				RP	IC95%	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Serviços odontológicos</b>							
Públicos	23	88,5	18	26,1	2,39	1,23 – 4,16	<0,001 <sup>1</sup>
Privados	3	11,5	51	73,9	1,0		
<b>Revelaria seu estado sorológico para o Dentista</b>							
Sim	17	65,4	34	41,5	2,11	1,03 – 4,31	0,03 <sup>2</sup>
Não	9	34,6	48	58,5	1,0		
<b>Foi encaminhado para receber atendimento odontológico?</b>							
Sim	13	50,0	22	25,6	2,20	1,14 – 4,24	0,018 <sup>2</sup>
Não	13	50,0	64	74,4	1,0		

(1) Teste Exato de Fisher; (2) Teste Qui-quadrado.

RP: Razão de Prevalência

Quanto aos locais para onde as PVHA mais foram encaminhadas para receber atendimento odontológico destacam-se as UBS, representando 37,1% (13/35) dos encaminhamentos, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) representando 22,9% (8/35) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com 20,0% (7/35).

Para identificar possíveis fatores associados significativamente à procura por serviços odontológicos pelas PVHA no município de Fortaleza, procedeu-se a análise bivariada entre esta variável e aquelas relacionadas às características demográficas e socioeconômicas (Tabela 19), ao estado clínico-laboratorial (Tabela 20) e à utilização desses serviços por essas pessoas (Tabela 21).

Tabela 19 – Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características demográficas e socioeconômicas. Fortaleza, 2009.

Variável	Procurou dentista após infecção pelo HIV/Aids				RP	IC95%	Valor de p <sup>1</sup>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	84	75,7	41	66,1	1,19	0,90 – 1,58	0,179
Feminino	27	24,3	21	33,9	1,0		
<b>Idade</b>							
19 a 34 anos	53	47,7	24	38,7	1,38	0,95 – 1,99	0,058
35 a 44 anos	41	36,9	21	33,9	1,32	0,90 – 1,93	0,122
45 a 67 anos	17	15,3	17	27,4	1,0		
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>							
Até 8 anos	31	27,9	18	29,0	1,0		
Mais de 8 anos	80	72,1	44	71,0	1,03	0,66 – 1,60	0,877
<b>Ocupação Profissional</b>							
Empregado/Aposentado	78	70,3	36	58,1	1,22	0,94 – 1,58	0,104
Desempregado	33	29,7	26	41,9	1,0		
<b>Composição Familiar</b>							
Mora com até 3 pessoas	70	63,1	34	55,7	1,21	0,81 – 1,81	0,347
Mora com 4 ou mais	41	36,9	27	44,3	1,0		
<b>Renda Individual (em salários mínimos)</b>							
Até 1 salário	79	72,5	48	78,7	1,0		
2 ou mais salários	30	27,5	13	21,3	1,12	0,88 – 1,42	0,371
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>							
Até 1 salário	43	41,0	27	45,8	1,0		
2 ou mais salários	62	59,0	32	54,2	1,07	0,85 – 1,36	0,550

(1) Teste Qui-quadrado

RP: Razão de Prevalência

Tabela 20 - Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características relacionadas ao estado clínico-laboratorial. Fortaleza, 2009.

Variável	Procurou um dentista após infecção HIV/Aids				RP	IC95%	Valor de p <sup>1</sup>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Tempo de diagnóstico</b>							
Até 2 anos	54	49,1	46	78,0	1,0		
3 anos ou mais	56	50,9	13	22,0	1,50	1,21 – 1,86	<0,001
<b>Contagem CD4</b>							
CD4 < 350	36	34,6	25	47,2	1,0		
CD4 > 350	68	65,4	28	52,9	1,20	0,94 – 1,53	0,120
<b>Carga Viral</b>							
Carga viral até 10.000	70	81,4	30	69,8	1,27	0,89 – 1,80	0,135
Carga Viral > 10.000	16	18,6	13	30,2	1,0		
<b>Terapia Antirretroviral (TARV)</b>							
Não	19	17,6	23	39,7	1,0		
Sim	89	82,4	35	60,3	1,94	1,31 – 2,87	0,001

(1) Teste Qui-quadrado

RP: Razão de Prevalência

Tabela 21 - Análise bivariada entre a procura por serviços de saúde bucal após infecção pelo HIV e características relacionadas à utilização desses serviços. Fortaleza, 2009.

Variável	Procurou um dentista após infecção HIV/Aids				RP	IC95%	Valor de p
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Onde costuma procurar serviços odontológicos?</b>							
Serviço público	26	40,6	42	38,5	1,0		
Serviço privado	23	35,9	54	49,5	0,78	0,49 – 1,23	0,287 <sup>1</sup>
Outros serviços gratuitos	15	23,5	13	12,0	1,40	0,89 – 2,22	0,167 <sup>1</sup>
<b>Qual o principal motivo para você procurar atendimento odontológico?</b>							
Consulta de rotina	40	36,0	47	78,3	1,0		
Procedimento	71	64,0	13	21,7	1,84	1,44 – 2,35	<0,001 <sup>1</sup>
<b>Você revelaria seu estado sorológico para o Dentista?</b>							
Não	58	52,3	33	54,1	1,0		
Sim	53	47,7	28	45,9	1,04	0,69 – 1,57	0,816 <sup>1</sup>
<b>Você recebeu orientações sobre saúde bucal?</b>							
Não	75	67,6	44	71,0	1,0		
Sim	36	32,4	18	29,0	1,6	0,84 – 1,34	0,643 <sup>1</sup>
<b>Você já foi encaminhado para receber atendimento odontológico?</b>							
Não	78	70,3	60	96,8	1,0		
Sim	33	29,7	2	3,2	7,60	1,95 – 29,61	<0,001 <sup>2</sup>

(1) Teste Qui-quadrado; (2) Teste Exato de Fisher;

RP: Razão de Prevalência

Para determinar se as variáveis independentes (variáveis demográficas e socioeconômicas, relacionadas ao estado clínico-laboratorial e utilização de serviços odontológicos) estão associadas estatisticamente à variável dependente (procura por serviços odontológicos) procedeu-se a análise multivariada através do Modelo de Regressão Logística, onde foram consideradas possíveis variáveis explicativas em relação à variável dependente aquelas que apresentaram o valor de p nas análises bivariadas igual ou inferior a 20% ( $p \leq 0,20$ ).

Nas análises bivariadas, os resultados dos testes estatísticos revelaram que nove variáveis independentes tiveram o valor de p igual ou inferior a 20% ( $p \leq 0,20$ ). Desta forma, as seguintes variáveis foram selecionadas para participar da análise multivariada: sexo, idade, ocupação profissional, tempo de diagnóstico de infecção por HIV/Aids, contagem de linfócitos CD4, carga viral plasmática, uso de antirretrovirais, motivo para procurar atendimento odontológico e ser encaminhado pelo ambulatório de infectologia para receber atendimento odontológico.

Permaneceram no modelo da análise multivariada as seguintes variáveis: idade, tempo de diagnóstico de infecção por HIV/Aids, ocupação profissional e ser encaminhado pelo ambulatório de infectologia para receber atendimento odontológico (Tabela 22).

Desta maneira, verificou-se que ter idade entre 19 e 34 anos (OR: 5,272;  $p=0,024$ ; IC95%:1,406 - 19,770), ou ter idade entre 35 e 44 anos (OR: 4,209;  $p=0,010$ ; IC95%:1,299 - 13,632), ser encaminhado para atendimento odontológico pelo serviço médico onde realiza acompanhamento (OR: 13,614;  $p=0,001$ ; IC95%: 2,920 - 63,471), ter tempo de diagnóstico de infecção por HIV/Aids igual ou maior a 3 anos (OR: 5,852;  $p<0,001$ ; IC95%: 2,497 - 13,427) e desempenhar ou ter desempenhado alguma atividade profissional (OR: 1,992;  $p<0,036$ ; IC95%: 1,259 - 4,287) podem ser considerados fatores associados à procura por serviços odontológicos após infecção HIV/Aids.

Tabela 22 – Análise multivariada por Regressão Logística de fatores associados à procura por serviços odontológicos pelas PVHA no município de Fortaleza. Fortaleza, 2010.

Variável independente	$\beta$	S.E. ( $\beta$ )	OR = Exp( $\beta$ )	IC95%	Valor de p
<b>Idade</b>					
19 a 34 anos	1,662	0,674	5,272	1,406 - 19,770	<b>0,024</b>
35 a 44 anos	1,437	0,600	4,209	1,299 - 13,632	<b>0,010</b>
45 a 67 anos			1,0		
<b>Foi encaminhado para receber atendimento odontológico</b>					
Sim	2,608	0,779	13,614	2,920 - 63,471	<b>0,001</b>
Não			1,0		
<b>Ocupação profissional</b>					
Empregado/Aposentado	1,473	0,533	1,992	1,259 - 4,287	<b>0,036</b>
Desempregado			1,0		
<b>Tempo de diagnóstico</b>					
Até 2 anos			1,0		
3 anos ou mais	1,773	0,439	5,857	2,497 - 13,427	<b>&lt;0,001</b>
Constante	-2,150	0,753	0,116		0,004

## 5 DISCUSSÃO

---

Os resultados obtidos nesse estudo mostram-se relevantes, pois fornecem uma descrição do perfil sócio-demográfico e das condições de saúde bucal das PVHA residentes no município de Fortaleza que são acompanhados nos Ambulatórios de Infectologia do HUWC e do CEMJA.

O conhecimento dessas características, assim como dos fatores relacionados à utilização de serviços odontológicos, é importante para planejar ações com o intuito de disponibilizar uma atenção odontológica de qualidade a essa população, possibilitando uma visão mais clara da situação, tanto por parte dos profissionais da assistência à saúde bucal quanto dos gestores municipais.

De modo geral, este estudo evidenciou que a maioria dos participantes da pesquisa estava bem controlada em relação à infecção pelo HIV, utilizavam TARV em 74,7% dos casos e apresentavam necessidades de tratamento odontológico, com alta prevalência de cárie e doença periodontal.

De forma semelhante aos resultados, a discussão também será estruturada pelos seguintes tópicos.

### 5.1 Características demográficas e socioeconômicas

O perfil sócio-demográfico descrito neste estudo é semelhante ao descrito sobre esta população em âmbito local, nacional e internacional.

A razão dos casos de aids entre os sexos vem mostrando sinais de estabilização nos últimos anos. Em 1986, no início da epidemia, havia 15,1 casos da doença em homens para um em mulheres. Ao longo dos anos, a proporção caiu constantemente. No Brasil, em 2009, a razão foi de 1,5 caso em homens para um caso em mulheres, número estável desde 2002 (BRASIL, 2010b). No Estado do Ceará esta razão foi de 2 homens para uma mulher (CEARÁ, 2009).

A razão de sexo entre as PVHA que participaram deste estudo foi de 2,6 homens para uma mulher, considerado pouco superior à descrita para o Estado do Ceará em 2008 e para o Brasil em 2009.

A faixa etária mais prevalente neste estudo foi a de adultos jovens, com idade entre 19 e 34 anos, estando em consonância com a faixa etária mais acometida pela doença no Estado do Ceará, que são os adultos entre 20 e 39 anos (CEARÁ, 2009).

A média de idade das PVHA que participaram deste estudo foi de 36,4 anos, semelhante à encontrada por Barchiese *et al.* (2002), em seu estudo realizado na Itália entre junho e dezembro de 2001, e por Costa *et al.* (2006), em seu estudo realizado entre maio de 2004 e maio de 2005 no Brasil.

Quanto à escolaridade, 38,7% da amostra estudada tinha o ensino médio concluído, entretanto houve uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, onde os homens apresentaram uma escolaridade superior à das mulheres ( $p=0,008$ ). No Brasil, a escolaridade predominante também foi o ensino médio, que corresponde entre 8 a 11 anos de estudo, representando 30,8% dos casos de aids notificados no SINAN em 2009 (BRASIL, 2010b).

Além da escolaridade, a ocupação e as rendas individual e familiar apresentaram diferenças estatisticamente significativas, onde aqueles do sexo masculino tiveram uma proporção de pessoas economicamente ativas, inseridas no mercado de trabalho, maior que o sexo feminino ( $p<0,001$ ) e apresentaram maiores rendas individual ( $p<0,001$ ) e familiar ( $p=0,001$ ).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo IBGE em 2009, o rendimento das mulheres, assim como sua escolaridade, é reconhecidamente inferior ao dos homens em todas as regiões do país (IBGE, 2009).

Outros estudos constataram um progressivo aumento na prevalência de PVHA com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, indicando uma pauperização da infecção pelo HIV. Este processo vem sendo observado em diversos países do mundo, onde a epidemia vem se concentrando nos grupos sociais que tradicionalmente têm acesso limitado a medidas preventivas, assistência médica e terapias adequadas (UNAIDS, 2008b; BRASIL, 2005a; CDC, 2005).

Assim como descreveu Camurça (2008), o presente estudo também evidenciou que as PVHA estão distribuídas por todo o município de Fortaleza, residindo em todas as SER deste município, o que reforça a necessidade de



organização e disponibilização de atendimento odontológico de forma descentralizada a essa população.

## 5.2 Características relacionadas ao estado clínico-laboratorial

A contagem de linfócitos T CD4 e a quantificação de RNA viral no plasma sanguíneo (carga viral) são os principais marcadores da progressão da doença pelo HIV (COSTA *et al.*, 2006). Assim sendo, esses exames laboratoriais são realizados rotineiramente nas PVHA para monitoramento da evolução da doença e da resposta ao tratamento antirretroviral.

Neste estudo, observou-se que 61,5% dos participantes apresentavam contagem de linfócitos T CD4 superior a 350 céls/mm<sup>3</sup> e 58,9% apresentavam carga viral indetectável, evidenciando que uma parte considerável dessas pessoas apresentava boas condições imunológicas.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Delgado (2008), onde investigou 318 pacientes com infecção pelo HIV que faziam acompanhamento no Ambulatório Geral de Infectologia no Hospital das Clínicas da Unicamp entre os anos de 2003 e 2004 e observou que 51,6% desses pacientes apresentavam contagem de linfócitos T CD4 superior a 350 céls/mm<sup>3</sup> e que 54,4% desses pacientes apresentaram carga viral indetectável.

Quanto à utilização de TARV, 74,7% dos participantes desta pesquisa usavam medicamentos antirretrovirais, o que explicaria as boas condições imunológicas apresentadas pela maioria dessas pessoas, visto que essas drogas inibem a replicação do HIV no organismo humano, resultando em carga viral mais baixa, no aumento do número de linfócito T CD4 e consequente melhora das defesas imunológicas.

No Brasil, este fenômeno pode ser explicado em virtude do programa de distribuição ampla e gratuita da terapia antirretroviral para PVHA (BRASIL, 2007b).

Estudos realizados na Europa e Estados Unidos demonstraram uma redução significativa na morbidade e mortalidade secundárias à aids após o surgimento da TARV, diminuindo as infecções oportunistas e o aparecimento de lesões, como o sarcoma de Kaposi (JOHNSON, 2002; SHIRLAW *et al.*, 2002; HODGSON, 2006).

A introdução da TARV, em 1996, juntamente com os avanços no conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HIV e a possibilidade de monitorar a progressão da doença com o surgimento de marcadores laboratoriais tais como os exames de contagem de linfócitos T CD4 e de carga viral plasmática, conferiram impressionante progresso na qualidade de vida das PVHA (JEVTOVIC *et al.*, 2005), diminuindo a prevalência das infecções oportunistas (BARCHIESE *et al.*, 2002).

Porter *et al.* (2003) e dados divulgados pela UNAIDS (2008a) enfatizam que, em países economicamente desenvolvidos, a introdução da TARV prolongou a expectativa de vida e aumentou a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, resultando em um aumento na prevalência da infecção, o que tem levado a uma crescente procura por cuidados de saúde, incluindo o atendimento odontológico.

A infecção pelo HIV/Aids é considerada atualmente como uma doença de caráter evolutivo crônico (BRASIL, 2007b). Desta maneira, as PVHA que fazem acompanhamento ambulatorial e que apresentam boas condições imunológicas poderiam se submeter à maioria dos procedimentos odontológicos de rotina como qualquer outro paciente portador de doença crônica controlada (CORREA; ANDRADE, 2005).

### **5.3 Características relacionadas às condições de saúde bucal das pessoas que vivem com HIV/Aids**

Pessoas que vivem com HIV/Aids, em decorrência do comprometimento do sistema imunológico, estão sujeitas a infecções oportunistas sistêmicas e na cavidade bucal. Desta maneira, essas pessoas necessitam de um acompanhamento médico e odontológico adequado, para evitar complicações preveníveis (BRASIL, 2005b).

Para a manutenção da saúde geral do indivíduo, a atenção à saúde bucal é de enorme importância, visto que, segundo Smeltzer *et al.* (2002), a velocidade de replicação do HIV depende do estado de saúde do hospedeiro e que a reprodução do vírus pode ser acelerada na presença de infecção ou quando o sistema imunológico está ativado. Desta forma, infecções na

cavidade bucal podem contribuir para acelerar o comprometimento da defesa imunológica dessas pessoas.

Os resultados da presente investigação demonstraram alta prevalência de cárie e doença periodontal na população estudada, assim como grande necessidade por tratamento odontológico.

As condições de saúde bucal das PVHA foram avaliadas pelo Índice CPO-D e pelo Índice Periodontal Comunitário (IPC). A experiência de cárie apresentada pelos participantes desta pesquisa foi considerada alta, embora semelhante à estimada para a população em geral. Se compararmos o Índice CPO-D médio para a faixa etária de 35 a 44 anos iremos observar que, para os participantes da pesquisa, essa média foi de 17,81, resultado um pouco inferior ao encontrado pelo último levantamento epidemiológico em saúde bucal para a população do Ceará (SB Ceará), que foi de 21,12, e para o Brasil (SB Brasil), que foi de 20,13 (BRASIL, 2004c; CEARÁ, 2004).

A presente investigação evidenciou também a grande necessidade por tratamento odontológico pelas PVHA, dentre as quais destacam-se a terapia periodontal, sugerida para 87,3% (151/173) dessas pessoas, restaurações eram necessárias em 47,4% (82/173) desses participantes, procedimentos cirúrgicos, como exodontias e remoção de raízes residuais, foram sugeridas para 26,0% (45/173), e de tratamento endodôntico para 13,9% (24/173). As necessidades de tratamento odontológico evidenciadas pela presente pesquisa foram semelhantes às descritas pelo SB Ceará para a população deste estado, visto que 63,0% das necessidades por tratamento odontológico eram de restaurações, 32,5% de exodontias e 3,5% de tratamento endodôntico (CEARÁ, 2004).

Cavalcante *et al.* (2006) pesquisaram 76 pacientes soropositivos que aguardavam atendimento odontológico no Centro de Tratamento e Referência em Doenças Infecto-parasitárias (CTR-DIP) Orestes Diniz, em Belo Horizonte (Minas Gerais), e observaram que 45% (34) desses pacientes necessitavam de tratamento odontológico restaurador, 17% (13) necessitavam de procedimentos cirúrgicos e 18% (14) apresentaram manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/Aids.

Resultados semelhantes aos da presente investigação foram encontrados por Pinheiro *et al.* (2004) em seu estudo, que objetivou determinar

a prevalência de lesões dentárias e de mucosa oral, assim como a necessidade de tratamento odontológico, em um grupo de 161 pessoas infectadas pelo HIV que eram acompanhadas por um serviço de saúde bucal em Recife - Pernambuco. Entre seus resultados, podemos destacar a predominância do sexo masculino (76,0%), a grande porcentagem de pessoas utilizando TARV (70,8%), alta prevalência de cárie, com Índice CPO-D médio de 19,0, e grande necessidade de tratamento odontológico, onde 78,9% dos participantes da pesquisa necessitavam de algum procedimento odontológico.

Silva *et al.* (2006) investigaram as condições de saúde bucal em pacientes HIV soropositivos a partir de informações disponíveis em prontuários médicos de pacientes adultos matriculados no Serviço de Odontologia do Centro de Referência de Aids (CREAIDS), em Salvador - Bahia. Foram revisados prontuários de 1.092 pacientes, evidenciando que 770 (70,5%) tinham mais que 10 dentes cariados, perdidos ou obturados, 889 (81.4%) tinham presença de cárie dentária e 889 (81.4%) presença de cálculo dental.

Se compararmos os resultados do presente estudo com pesquisas que investigaram as condições de saúde bucal de pessoas com outras doenças crônicas, também observaremos semelhanças, como às encontradas no estudo de Magalhães (2009), realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), em Fortaleza - Ceará, onde pesquisou 71 pacientes com insuficiência renal crônica que aguardavam transplante. Este pesquisador observou que existia nesta população alta prevalência de cárie, com valor médio de 15,9 no Índice CPO-D, e doença periodontal, onde 57,5% desses pacientes apresentaram sangramento à sondagem e cálculo dentário. Este estudo evidenciou também a grande necessidade por tratamento odontológico, visto que 84,5% desses pacientes precisavam de terapia periodontal, 67,7% precisavam de tratamento restaurador, 43,6% necessitavam de procedimentos cirúrgicos e 9,8% de tratamento endodôntico.

A presente investigação evidenciou que não existe associação estatisticamente significativa entre presença de lesões dentárias (cárie) e condições imunológicas dos pacientes soropositivos ( $p > 0,05$ ). Entretanto, a presença de alterações em tecidos moles da cavidade bucal apresentou associação estatisticamente significativa com baixa contagem de linfócitos T CD4 e elevados níveis de carga viral plasmática ( $p < 0,001$ ).

Alterações de tecidos moles na cavidade bucal estiveram presentes em 12,7% (22/173) dos participantes desta pesquisa, prevalência esta considerada baixa, visto que estudos publicados na literatura demonstram que esta prevalência varia entre 18,0% a 47,0%. Essa grande variação da prevalência descrita na literatura pode ser explicada pelas diferentes metodologias aplicadas por cada estudo. Vale salientar que a presente investigação pesquisou pacientes que faziam acompanhamento ambulatorial, desta maneira, apresentavam condições imunológicas melhores em relação àqueles pacientes hospitalizados. Assim sendo, era de se esperar que os participantes desta pesquisa apresentassem menor prevalência de alterações de tecidos moles.

Dentre as alterações de tecidos moles observadas durante o exame clínico na cavidade bucal dos participantes da presente investigação, a candidíase, nas suas diversas apresentações clínicas, foi a mais comum, correspondendo a 36,4% dessas alterações, seguida pela Leucoplasia Pílosa e alterações periodontais, ambas correspondendo a 18,2%. Algumas semelhanças foram encontradas nos estudos de Souza *et al.* (2000), Pinheiro *et al.* (2004), Silva *et al.* (2006) e Noce (2006), resultados esses descritos a seguir.

O estudo realizado por Souza *et al.* (2000) pesquisou manifestações orais em 100 pacientes com aids internados no Hospital Giselda Trigueiro em Natal (RN), entre 1996 e 1997, verificando a ocorrência de candidíase, nas suas diversas apresentações clínicas, em 46,3% dos casos, leucoplasia pílosa em 3,0%, sarcoma de Kaposi em 2,5%, herpes simples em 3,0% e problemas periodontais em 38,8%.

Pinheiro *et al.* (2004) também pesquisaram a prevalência de manifestações orais da infecção pelo HIV, evidenciando que 33,5% dos participantes do estudo tinham uma ou mais manifestações orais do HIV. Dentre essas alterações, a candidíase foi a mais comum (28,6%), seguido pela leucoplasia pílosa (9,3%), Sarcoma de Kaposi (2,5%), ulcerações (2,5%) e herpes simples (1,2%).

A prevalência de alterações tecidos moles da cavidade bucal encontrada por Silva *et al.* (2006) foi de 18,0%, onde 196 prontuários médicos dos pacientes pesquisados registraram a existência de quaisquer lesões orais,

sendo que a candidíase foi a lesão mais prevalente, tanto em homens (12.0%) quanto em mulheres (8.9%), seguida de Herpes simples (6.4% e 5.5%, respectivamente).

Noce (2006) realizou um estudo epidemiológico retrospectivo com 1.230 prontuários de pacientes portadores do HIV que compareceram ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para avaliação e tratamento odontológico entre 1988 e 2004 e observou que 45% dessas pessoas apresentaram lesões bucais, como candidíase (38,7%), leucoplasia pilosa (7,9%) e úlceras aftosas (4,0%). Esta porcentagem de pessoas com lesões bucais pode ser considerada elevada atualmente, entretanto, o estudo contemplou o período que vai desde o início da epidemia de aids, quando não existiam os antirretrovirais nem os marcadores laboratoriais de progressão desta doença, desta forma, as manifestações bucais da aids eram bem mais comuns.

Segundo o estudo de Noce (2006), a maior prevalência de lesões bucais foi associada a baixas contagens de linfócitos T CD4 e a níveis elevados de carga viral, corroborando com os achados da presente investigação. A associação dessas lesões com maiores graus de imunossupressão é bem conhecida, já tendo sido relatada por outros autores como Kerdpon *et al.* (2004), Dios *et al.* (2000) e Patton (2003).

O presente estudo revelou que as PVHA no município de Fortaleza utilizavam menos prótese dentária se comparado à população do estado do Ceará e do Brasil. Como consequência desta baixa utilização, estas pessoas apresentaram maiores necessidades por próteses dentárias quando comparadas à população em geral.

Se considerarmos a população na faixa etária entre 35 e 44 anos, observaremos que, dos participantes da presente investigação, 32,3% usavam prótese na arcada superior e 9,7% na arcada inferior, enquanto que, para a população do estado do Ceará essa porcentagem foi de 54,4% para a arcada superior e 18,2% para a inferior. No Brasil, 48,3% das pessoas nesta faixa etária utilizavam prótese dentária na arcada superior e 15,5% na inferior (BRASIL, 2004c; CEARÁ, 2004).

Ainda considerando a mesma faixa etária, observamos que 59,7% dos participantes da pesquisa necessitavam de prótese na arcada superior e

85,5% deles na arcada inferior. No estado do Ceará essa porcentagem foi menor em ambas as arcadas, onde 49,7% da população necessitavam de prótese na arcada superior e 78,8% na arcada inferior. Para o Brasil, cerca de 35,8% da população necessitavam de prótese na arcada superior e 71,0% na arcada inferior (BRASIL, 2004c; CEARÁ, 2004).

#### **5.4 Características relacionadas à utilização de serviços odontológicos**

Muitos estudos têm relatado que as PVHA necessitam de cuidados odontológicos minuciosos, não apenas pela maior propensão às doenças da cavidade oral, mas também porque uma saúde bucal deficiente pode repercutir negativamente na alimentação dessas pessoas, assim como na utilização dos antirretrovirais e na qualidade de vida em geral (MCCARTHY *et al.*, 1995; PATTON *et al.*, 2003; CORREA; ANDRADE, 2005; GIULIANE *et al.*, 2005; DOBALIAN *et al.*, 2006; SILVEIRA, 2008).

Apesar da relevância social do tema, existem poucos estudos abordando características relacionadas à utilização de serviços odontológicos entre pacientes HIV positivos. Os resultados destes estudos têm demonstrado que até 40% dessas pessoas, especialmente aquelas pertencentes a grupos sociais desfavorecidos, como mulheres, idosos, pessoas com baixo nível de escolaridade e renda, não têm suas necessidades por tratamento odontológico satisfeitas (MCCARTHY *et al.*, 1995; PATTON *et al.*, 2003; GIULIANI *et al.*, 2005).

Características semelhantes às descritas acima foram observadas no presente estudo, onde 50,9% (88/173) das PVHA entrevistadas não tiveram acesso a serviços odontológicos após infecção pelo HIV, principalmente aquelas pertencentes a grupos sociais menos favorecidos.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal apresentada pelas PVHA não é exclusividade deste grupo. A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracteriza-se por grandes desigualdades no acesso e utilização desses serviços, evidenciando que uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a tratamentos

odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002; PINHEIRO; TORRES, 2006; BRASIL, 2006b).

Para diminuir essas desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal no país foi estruturada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, que destinou maiores investimentos na área da saúde bucal em todo o país objetivando ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos disponibilizados pelo SUS e garantir a assistência odontológica para a população brasileira. Entretanto, apesar da expansão da rede de serviços de saúde bucal em todo o país a partir do Brasil Sorridente, estudos como o de Camurça (2008), Senna (2005) e Ribeiro (2006) evidenciam limitação do acesso das PVHA aos serviços de saúde bucal.

Isto é preocupante, pois, como relata Correia e Andrade (2005) e Smeltzer *et al* (2002), é reconhecido que PVHA necessitam de maiores cuidados odontológicos visto que infecções na cavidade bucal podem contribuir para acelerar o comprometimento da defesa imunológica desses indivíduos, podendo repercutir negativamente no prognóstico dessas pessoas.

Segundo o estudo de Camurça (2008), que investigou 186 cirurgiões-dentistas que exerciam suas atividades profissionais em Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Fortaleza, existe limitação do acesso aos serviços odontológicos públicos pelas PVHA neste município. Apesar da expansão do número de ESB que aconteceu em Fortaleza a partir do Brasil Sorridente e apesar da realização de cursos de capacitação sobre atendimento de pessoas infectadas por HIV/Aids para esses profissionais ainda é evidente a dificuldade que PVHA apresentam para conseguirem atendimento odontológico.

Dentre aqueles participantes que afirmaram ter procurado um dentista após infecção pelo HIV, 44,5% (77/173) deles costumavam ser atendidos em instituições privadas, principalmente em planos odontológicos, enquanto que 39,3% (68/173) costumavam ser atendidos em instituições públicas, como em UBS próximas de suas residências.

Cavalcante *et al.* (2006) observaram em seu estudo que apenas 28,0% dos participantes de sua pesquisa relataram utilizar as UBS próximas às suas residências para atendimento odontológico. Este estudo evidenciou também a dificuldade de acesso a serviços odontológicos por esta população



visto que apenas 21,0% dessas pessoas relataram ter ido ao dentista no último ano e que 79,0% delas não receberam atendimento odontológico algum após diagnóstico de infecção pelo HIV.

No presente estudo, a porcentagem de PVHA que relataram ter ido ao dentista no último ano foi consideravelmente maior que na pesquisa de Cavalcante *et al.* (2006) visto que 45,3% (78/173) dessas pessoas afirmaram ter consultado um dentista há menos de um ano, enquanto que apenas 25,6% (44/173) afirmaram ter consultado este profissional há 3 anos ou mais.

Outra variável considerada neste estudo está relacionada com a divulgação pelas PVHA de seu estado sorológico para o dentista diante de um atendimento odontológico. Observou-se que 52,6% (91/173) dos participantes afirmaram não revelar sua soropositividade para este profissional. Desses participantes, 40,6% (37/91) afirmaram não revelar seu status sorológico para o dentista com medo de que outras pessoas tomassem conhecimento da sua condição, 23,1% (21/91) relataram medo de ser recusado o seu atendimento e 16,5% (15/91) relataram ter medo de serem tratados de forma diferente pelo profissional, com discriminação e preconceito.

Esses achados também recorrem no cenário internacional, sendo relevante mencionar o estudo multicêntrico realizado por Giuliani *et al.* (2005) na Itália, onde pesquisaram 883 PVHA que realizavam acompanhamento em seis hospitais públicos especializados no tratamento de indivíduos com infecção pelo HIV, 28,4% dos participantes não haviam consultado um dentista após o diagnóstico. Dos que receberam atendimento odontológico, 37,4% foram atendidos em instituições privadas e 22,3% em serviços públicos. Das pessoas que procuram um dentista após infecção pelo HIV, 33,2% não divulgaram para o profissional sua soropositividade, das quais 57,4% estavam preocupados com a possibilidade de outras pessoas tomassem conhecimento do seu diagnóstico, 24,4% relataram ter medo de serem tratados de forma diferente e 18,2% relataram medo de ser recusado o seu atendimento.

Na presente investigação, observou-se que, das pessoas que relataram ter dificuldade para receber atendimento odontológico após ter procurado por esses serviços, 65,4% (17/26) admitiram ter revelado seu estado sorológico para o dentista diante de um tratamento odontológico, evidenciando

associação estatisticamente significativa entre revelar a condição sorológica e ter dificuldade para ser atendido ( $p=0,04$ ; IC95%: 1,03 – 4,31).

Entretanto, o estudo de Guiliane (2005) observou que dos 421 participantes que divulgaram sua soropositividade ao dentista, apenas 56 (13,3%) tiveram seu atendimento recusado. De acordo com esses pacientes, as razões apresentadas pelos dentistas foram: falta de equipamento adequado (22 dentistas - 39,3% dos casos); preocupação com as possíveis "complicações dentárias" devido à imunossupressão relacionada ao HIV (12 dentistas - 21,4% dos casos) e falta de vontade para tratar pessoas infectadas pelo HIV (seis dentistas – 10,7% dos casos).

Dentre os participantes do presente estudo, 68,8% (119/173) deles relataram nunca ter recebido orientações sobre saúde bucal, percentual considerado baixo em virtude da importância do autocuidado para a prevenção de problemas odontológicos, assim como para a manutenção de hábitos de higiene oral adequados. A falta dessas orientações pode justificar parcialmente a elevada prevalência de problemas odontológicos apresentados por essas pessoas. Além de orientações sobre medidas preventivas, informações sobre como e onde conseguir atendimento odontológico, assim como as características desse atendimento poderiam contribuir para uma maior procura por serviços de saúde bucal por essa população.

O presente estudo sugere que existe uma ineficiente articulação entre os ambulatórios de infectologia, como os SAE, e os serviços de saúde bucal, como as ESB/ESF, visto que 79,8% (138/173) dos participantes afirmaram nunca terem sido encaminhados para receber tratamento odontológico ou para realizar uma avaliação com este profissional. Mesmo aqueles que foram encaminhados para serviços odontológicos, 42,9% (15/35) destes afirmaram não ter conseguido este atendimento, ressaltando a ausência ou ineficiência do sistema de referência e contra-referência entre esses serviços.

Silva *et al.* (2005), em estudo realizado em Fortaleza entre agosto e outubro de 2003, investigaram a articulação entre equipes da ESF com os SAE e destacaram que os profissionais das equipes de saúde da família desconheciam a forma de acesso e a rotina dos SAE, assim como os profissionais que trabalham nos SAE desconheciam a rotina e a dinâmica de

atendimento de PVHA na ESF. Esses pesquisadores evidenciaram também a não existência de um sistema de referência e contra-referência efetivo entre esses serviços, o que dificultava o atendimento integral às PVHA.

Mesmo não existindo uma eficiente articulação entre os ambulatórios de infectologia onde essas pessoas fazem acompanhamento médico e os serviços de saúde bucal, foi evidenciado no presente estudo que aquelas PVHA que foram encaminhadas ou orientadas a procurar por serviços odontológicos apresentaram uma maior procura por esses serviços em relação às demais PVHA. Além desse fator, ter idade entre 19 e 44 anos, ter tempo de diagnóstico de infecção por HIV/Aids igual ou maior a 3 anos e desempenhar ou ter desempenhado alguma atividade profissional estavam estatisticamente associadas à procura por serviços de saúde bucal, podendo ser considerados fatores associados à procura por serviços odontológicos após infecção HIV/Aids.

## 6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

---

Por se tratar de um estudo do tipo transversal, é importante ressaltar que as relações de associação entre as variáveis estudadas não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade. É necessário destacar também o fato de os estudos transversais trabalharem com casos prevalentes do desfecho e a coleta de dados sobre exposição e desfecho em um único momento no tempo.

Este estudo teve características de um levantamento epidemiológico, objetivando estimar a condição de saúde bucal desse grupo populacional, evidenciando características indispensáveis para a proposição de ações adequadas às suas necessidades e riscos. Entretanto, seria necessário uma avaliação odontológica mais criteriosa, com realização de radiografias intra e extra-bucais, realização de biópsias com diagnóstico histopatológico e utilização de equipamentos odontológicos para elucidação desses e de outros agravos à saúde bucal dessas pessoas, como necessidade de tratamento endodôntico, presença de terceiros molares inclusos e raízes residuais, presença de alterações patológicas, dentre outros.

Outra limitação deste estudo refere-se aos prontuários médicos dessas pessoas, visto que muitos deles estavam incompletos, faltando o registro atualizado dos exames laboratoriais, como a contagem de linfócitos CD4 e carga viral, além da falta do registro do ano de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Apesar dessas limitações apresentadas, os resultados obtidos mostram-se relevantes no sentido de alertar a comunidade científica, os gestores e a população para a gravidade desse problema.

## 7 CONCLUSÕES

---

Diante do que foi exposto, é possível concluir sobre a amostra estudada que:

1. As PVHA apresentaram elevada prevalência de doenças bucais e, como consequência, grande necessidade por tratamento odontológico, principalmente por terapia periodontal, próteses e restaurações. Entretanto, observou-se também que existem limitações do acesso dessas pessoas aos serviços de saúde bucal.

2. Uma porcentagem expressiva dessas pessoas ainda não recebeu orientação alguma sobre saúde bucal, como medidas preventivas, manifestações bucais características da própria doença, efeitos colaterais da TARV sobre o funcionamento do sistema estomatognático ou informações sobre como e onde conseguir atendimento odontológico gratuito.

3. As PVHA que participaram do presente estudo optam, em sua maioria, por não divulgar seu status sorológico para o dentista diante de um atendimento odontológico. Pessoas que revelaram seu estado sorológico para o dentista apresentaram mais dificuldades para receber atendimento odontológico.

4. A articulação entre os serviços de assistência médica para PVHA e os serviços de saúde bucal é ineficiente. Desta forma, aqueles PVHA que necessitarem, em algum momento, de tratamento odontológico não terão acesso garantido a esses serviços pela inexistência ou ineficiência de um sistema de referência formal, o que comprometerá os princípios doutrinários do SUS como universalidade dos serviços, equidade e integralidade na assistência à saúde.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Apesar das políticas públicas de saúde do Brasil em relação à Aids serem reconhecidas e admiradas no mundo inteiro, destacando o acesso gratuito à terapia antirretroviral e da rede de serviços de saúde organizada para atender essa população, como as UBS e os SAE, é necessário ampliar o acesso dessas pessoas aos serviços de assistência odontológica.

Mesmo com a acentuada expansão dos serviços de saúde bucal na Rede de Atenção Básica do município de Fortaleza e dos cursos de capacitação profissional sobre atendimento odontológico para PVHA, há desigualdade na acessibilidade dessas pessoas a esses serviços, evidenciando a vulnerabilidade dessa população a problemas odontológicos como cáries e doença periodontal, além das manifestações orais características da própria doença.

Desta maneira, ressalta-se a importância da avaliação realizada pelos cirurgiões-dentistas como procedimento de rotina no acompanhamento ambulatorial dessas pessoas, orientando-as sobre medidas preventivas em saúde bucal e manifestações bucais características da aids, assim como proporcionando tratamento odontológico para aquelas que necessitarem.

Dessa forma, os resultados apresentados por este estudo podem subsidiar o planejamento de ações em saúde bucal para PVHA residentes no município de Fortaleza. Sugere-se a adoção do exame intra-bucal como forma auxiliar e de baixo custo no monitoramento do paciente HIV positivo, tendo em vista a prevalência das doenças bucais e a facilidade de realização desse exame, e implementação de um sistema de referência e contra-referência efetivo entre os serviços médicos que acompanham essas pessoas e os serviços de saúde bucal da rede de atenção básica deste município.

É importante que exista nos serviços que atendem PVHA um sistema de referência e contra-referência para atendimento odontológico visto que, aquelas pessoas que foram encaminhadas para receber esse tipo de atendimento apresentaram uma procura maior por serviços de saúde bucal do que aquelas que nunca foram encaminhadas para esses serviços.

Sugere-se que novos estudos, tanto de abordagem quantitativa como qualitativa, sejam conduzidos abordando esta temática para reforçar a necessidade de articulação efetiva entre os serviços de saúde e assim oferecer uma melhor atenção à saúde para as PVHA no município de Fortaleza.

## REFERÊNCIAS

---

ANGELIM, A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006.

BARCHIESI, F.; MARACCI, M.; RADI, B.; ARZENI, D.; BALDASSARRI, I.; GIACOMETTI, A.; SCALISE, G. Point prevalence, microbiology and fluconazole susceptibility patterns of yeast isolates colonizing the oral cavities of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral. **J. Antimicrob. Chemother.**, v. 50, p. 999-1002, 2002.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

BATISTA, R. S.; GOMES, A. P. **AIDS**: conhecer é transformar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BOLFARINE H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Ed. Blucher, 2005.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antiretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n. 4, p. 261-278, 2007.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde**: a porta do sistema revisitada. São Paulo: Edusc, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Seção II – Da Saúde. Artigos 196 a 200. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 16 ago. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 21 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Alternativas assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da Rede de Serviços de Assistência Especializada (SAE). **Boletim Epidemiológico – Aids**, ano 11, n. 3, p. 7-13, jun./ago. 1998.



BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, n. 201, p. 21082.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n.º1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Incentivos à saúde bucal no PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

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, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Metodologia de Planejamento Estratégico para HIV/AIDS e outras DST no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS 2004 - 2007**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes de Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Estratégico Programa Nacional de DST e AIDS 2005**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006b. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699 de 22 de março de 2006**. Aprova e regulamenta o Pacto Pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007a. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. 2007. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**, ano 4, n. 1, jul./dez. 2006; jan./jun. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST. Versão preliminar**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010\\_preliminar\\_pdf\\_34434.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_preliminar_pdf_34434.pdf)> Acesso em: 01 dezembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BB42CDCFD-E84E-47B8-8EDE-F6882143EF79%7D/ungass2010-01-portugue5.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med.Trop.**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2000.

CAMURÇA, V. V. **Assistência odontológica a pessoas portadoras de HIV/Aids na rede pública de saúde de Fortaleza: política de atenção e atuação do PSF**. 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CAVALCANTE, C. A. T.; GONÇALVES, D. H. A.; MAIA, D. K. A.; OLIVEIRA SÁ, E. A.; SOUZA, E.; SOUSA, J. N. M. B. *et al.* **A atenção em saúde bucal para DST\HIV\AIDS na rede municipal de Belo Horizonte: diagnóstico loco-regional**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Update: acquired immunodeficiency syndrome (aids). **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 37, n. 18, p. 286-295, 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Revised Classification System for HIV Infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR**, v. 41, n. RR-17, p. 1-19, 1992.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Trends in HIV/AIDS diagnoses – 33 states, 2001–2004. **MMWR**, v. 54, n. 45, p. 1149-1153, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal no Estado do Ceará – SB Ceará**. Fortaleza, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Núcleo de Epidemiologia (NUVEP). **Informe Epidemiológico Aids**. Fortaleza, 2009.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. Tratamento odontológico em pacientes HIV/aids. **Rev. Odonto Ciência** – Fac. Odontologia/PUCRS, v. 20, n. 49, p. 281–289, jul./set. 2005.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Doenças da imunidade. In: \_\_\_\_\_. **Robbins: patologia estrutural e funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 7, p.168-232.

COSTA, CR; COHEN, AJ; FERNANDEZ, OFL; MIRANDA, KC; PASSOS, XS; SOUZA, LKH. Asymptomatic oral carriage of *Candida* species in HIV-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era. **Ver. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 48, n. 5, p. 257-61, 2006.

COULTER I. D.; *et al.* Use of dental care by HIV-infected medical patients. **J. Dent. Res.**, v. 79, n. 6, p. 1356-61, 2000.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p.323-331, 2005.

DELGADO, A. C. N. **Colonização oral por *Candida* spp. em pacientes com infecção pelo HIV em uso de terapia anti-retroviral: estudo epidemiológico, clínico e microbiológico**. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2008.

DIOS, P. D. et al. Changing prevalence of human immunodeficiency virus-associated oral lesions. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** v. 90, n. 4, p. 403-404, 2000.

DITTERICH, R. G. **O trabalho com famílias realizado pelo Cirurgião-dentista do Programa saúde da família de Curitiba-PR**. 2005. Monografia (Especialização) - Pontifícia Universidade Católica, Curitiba, 2005.

DOBALIAN, A; ANDERSEN, RM; STEIN, JA; HAYS, RD; CUNNINGHAM, WE; MARCUS, M. The impact of HIV on oral health and subsequent use of dental services. **J Public Health Dent.**; v 63, n. 2, p. 78–85, 2003.

DOURADO, I.; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antiretroviral. **Rev. Saúde Pública**, v. 40 (supl), p. 9-17, 2006.

EC – CLEARINGHOUSE on Oral problems related to HIV infection and WHO collaborating centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 22, n. 7, p. 289-291, 1993.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-41, jan./fev. 2008.

FIGUEIREDO, M. A. C.; MOYA, A. L. V.; SOUZA, L. B. **O cuidado em hiv/aids no contexto da saúde da família**. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 8., 2007. Disponível em:< <http://www.aidscongress.net/pdf/324.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2009.

FONSECA, Maria Goretti; BASTOS, Francisco Inácio; DERRICO, Mônica; ANDRADE, Carla L. Tavares de; TRAVASSOS, Cláudia; SZWARCOWALD, Celia Landmann. Aids and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (supl 1), p. 77-87, 2000.

FONSECA, M. G. P.; SZWUARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sóciodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678-685, 2002.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. 2007.

GARBIN, A. J. Í.; GARBIN, C. A. S.; FERREIRA, N. F. Controle de infecção e atendimento aos pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v. 24, n. 1, p. 65 - 69, jan./jul. 2003.

GEBO, K. A.; MOORE, R.D. Treatment of HIV infection in older patient. **Expert. Rev. Anti. Infect. Ther.**, v. 2, n. 5, p. 733-43, 2004.

GIULIANI, M; LAJOLO, C; REZZA, G; ARICI, C; BABUDIERI, S; GRIMA, P; MARTINELLI, C; TAMBURRINI, E; VECCHIET, J; MURA, MS; CAUDA, R; MARIO, T. Dental care and HIV-infected individuals: are they equally treated? **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 6, p. 447-53, 2005.

GRABAR, S. et al. Response to highly active anti-retroviral therapy at 6 months and long-term disease progression in HIV-1 infection. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 39, n. 3, p. 284-292, 2005.

HODGSON, T. A.; GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S. Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries. **Adv. Dent. Res.**; v. 19, p. 57-62. 2006.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2003)**. Rio de Janeiro, 2003.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008)**. Rio de Janeiro, 2009.

JEVTOVIC, D. J.; SALEMOVIC, D.; RANIN, J.; ZERJAV, S.; DJURKOVIC-DJAKOVIC, O. The prevalence and risk of immune restoration disease in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. **HIV Med.**, v. 6, p. 140-143, 2005.

JOHNSON, D. Therapeutic management of HIV. **Oral Dis.**, v. 8 (suppl. 2), p. 17-20, 2002.

KERDPON, D. et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. **Oral Dis.**, v. 10, n. 3, p. 138-44, 2004.

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

MAGALHÃES, D. P. **Avaliação da condição de saúde oral de pacientes candidatos à cirurgia de transplante de órgãos sólidos do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWCUFC)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MCCARTHY, G.; HAJI, F. S.; MACKIE, I. D. F. HIV-infected people and dental care. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**; v. 80, p. 655-659, 1995

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p.118-122, 2002.

MONIACI, D.; GRECO, D.; FLECCHIA, G.; RAITERI, R.; SINICCO, A. Epidemiology, clinical features and prognostic value of HIV- 1 related oral lesions. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 19, p. 477-481, 1990.

MORETTIN, L. G. **Estatística Básica: Inferência**. São Paulo: Makron Books, 2000.

NAZANIN, N.; EPSTEIN, J. B. Classification of oral lesions in HIV infection. **J. Clin. Periodontol.**, v. 28, p. 137-145, 2001.

NOCE, C. W. **O efeito da terapia anti-retroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/aids**. 2006. Dissertação de Mestrado (Patologia Bucodental – Programa de Pós-Graduação em Patologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

PATTON, L. L.; STRAUSS, R. P.; MCKAIG, R. G.; PORTER, D. R.; ERON, J. J. Jr. Perceived oral health status, unmet needs, and barriers to dental care among HIV/AIDS patients in a North Carolina cohort: impacts of race. **J. Public Health Dent.**; v. 63, p. 86–91, 2003.

PINHEIRO, A.; MARCENES, W.; ZAKRZEWSKA, JM; ROBINSON, PG. Dental and oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. **Int. Dent. J.**, v. 54, n. 3, p. 131-137, 2004.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006.

PORTER, K; BABIKER, A; BHASKARAN, K; DARBYSHIRE, J; PEZZOTTI, P. Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART. **Lancet**, v. 362, p. 1267–1274, 2003.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 230p.

REZNIK, D. A. Oral manifestations of HIV disease. **Top. HIV Med.**, v. 13, n. 5, p. 143-148, 2006.

RIBEIRO, V. N.; MELO, A. U. C.; FREIRE, L. N. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju-SE em relação aos pacientes com HIV/aids. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 561 - 574, 2006.

RODRIGUES, M. P.; DOMINGOS SOBRINHO, M.; SILVA, E. M. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 463 – 472, 2005.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n. 4, p. 312-317, jul-ago, 2004.

ROUQUAIROL, M. Z.; FAÇANHA, M. C.; VERAS, F. M. F. Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap. 9, p. 261-265.

SANTOS, N. R. Um novo pacto para o SUS. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2002, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 102-311, jan./fev. 2005.

SERRA, M. C.; GARCIA, P. P. N. S.; HENRIQUES, C.; MATSUZAKI, R. O cirurgião-dentista e o paciente HIV+. **Rev. Odontol. UNESP**; v. 30, n1, p. 97-106, jan./jun, 2001.

SHIRLAW, PJ; CHIKTE, U; MACPHAIL, L; SCHMIDT-WESTHAUSEN, A; CROSER, D; REICHART, P. Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. **Oral Dis.**, v. 8 (suppl. 2), p. 136-43. 2002.

SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A.; PEREIRA, M. L. D.; MIRANDA, K. C. L.; OLIVEIRA, E. N. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 14(2): 97 – 104, 2005.

SILVA, C. A. L.; DOURADO, M. I. C.; DAHIA, S. R.; SILVA NETO, E. M.; CARVALHO, C. M.; OLIVEIRA, M. S. B.; SOUSA, M. C. Saúde bucal e infecção pelo hiv-aids. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS, 6., 2006, Belo Horizonte. **Desafios da prevenção e da assistência no SUS**: anais. Belo Horizonte, 2006.

SILVEIRA, C. B.; FERNADES, K. S.; ROSSETO, J. H.; REZENDE, N. P. M.; ORTEGA, K. L.; MAGALHÃES, M.H. C. G. Manifestações orofaciais em pacientes HIV + na era de HAART: Estudo transversal. **J. Bras. Aids**, 9(3):123-132, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER, S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, L. B.; PEREIRA PINTO, L.; MEDEIROS, A. M. C.; ARAÚJO Jr., R. F.; MESQUITA, O. J. X. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesq. Odont. Bras.**, v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reinvidicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1 p. 80-88, 2004.

VALENTIM, J. H. **AIDS e relações de trabalho**: o efetivo direito ao trabalho. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008**. Switzerland, 2008a.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS:** Core data on epidemiology and response: Brazil. Geneva, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health Surveys:** Basic Methods. 4<sup>th</sup> ed. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic conditions:** the global burden e Chronic Diseases. Disponível em:< [http://www.who.int/chronic\\_conditions/burden/en/index.html](http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.html)>. Acesso em: 30 Mar. 2009.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (ROTEIRO DE ENTREVISTA)

IDENTIFICAÇÃO			
Identificador:			
	Iniciais:		
1. Ambulatório:		CEMJA	1
		HUWC	2
Prontuário:			
Data: ____ \ ____ \ ____			

ESTADO CLÍNICO-LABORATORIAL		
<b>Variável</b>	<b>Valor</b>	<b>Código</b>
2. Tempo de diagnóstico		TEMPODIAG
3. Carga Viral		CARGAVIR
4. Contagem CD4		CONTCD4
5. Contagem CD8		CONTCD8
6. TARV (1-Não \ 2-Sim)		TARV

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS			
	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Resposta</b>
<b>Demográficas</b>	7. Idade (em anos)		
	8. Sexo	(1) masculino (2) feminino	
	9. Reside em qual bairro (Regional)		
<b>Socioeconômicas</b>	10. Escolaridade	(1) Analfabeto (2) Ens. Fund. Incompleto (3) Ensino Fundamental (4) Ens. Med. Incompleto (5) Ensino Médio (6) Ensino Superior	
	11. No momento atual está:	(1) estudante (2) empregado/licença (3) desempregado (4) aposentado (5) outro	
	12. Composição familiar (quantas pessoas moram com você?)		
	13. Renda Individual (em salários)		
	14. Renda Familiar (em salários)		
			<b>Código</b>
			IDADE
			SEXO
			SER
			ESCOLA
			OCUPACAO
			COMFAM
			RENDAI
			RENDAF

## VARIÁVEIS RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Variável	Categorias	Resposta	Código
15. Já <b>procurou</b> um dentista alguma vez após diagnóstico de infecção pelo HIV?	(1) Não (2) Sim		PROCURA
<b>Se SIM:</b> 16. Chegou a receber atendimento odontológico?	(1) Não (2) Sim		CONSDENT
17. Teve alguma dificuldade para ser atendido?	(1) Não (2) Sim		ACESSO
<b>Se SIM:</b> 18. Qual?	(1) Faltou vaga/senha (2) Profissional se recusou a atender (3) Não tinha serviço/ Especialista (4) Equipamento com defeito (5) Falta de material (6) Exigência dos exames (7) Outros (8) Desconhecia o local onde foi encaminhado		DIFICUL
19. Qual o tempo decorrido desde a última consulta odontológica?	(1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 2 anos (3) 3 ou mais anos		ULTCONS
20. Onde costuma procurar serviços odontológicos?	(1) Em UBS próximas de casa (2) Em UBS distantes de casa (3) CEO (4) Consultório Particular (5) Plano de saúde odontológico (6) ABO (7) Universidades (8) Outros serviços gratuitos		LOCALODO
21. Qual o principal motivo para você procurar atendimento odontológico?	(1) Dor (2) Consulta de rotina; manutenção (3) Sangramento gengival/dentes(Limpeza) (4) Cavidade nos dentes/restauração (5) Feridas, caroços na boca (6) Exodontia (7) Prótese (8) Outro		MOTATENDI
22. Você revelaria seu estado sorológico para o Dentista se procurasse atendimento odontológico?	(1) Não (2) Sim (3) Somente se ele perguntasse		STATUS
<b>Se NÃO:</b> 23. Por que não revelaria?	(1) Medo de não ser atendido (2) Não considera necessário para o atendimento (3) Medo de outras pessoas ficarem sabendo (4) Medo de sofrer discriminação ou preconceito (5) Falta de vínculo com o profissional (6) Outra		STATUS2
24. Já recebeu orientações sobre saúde bucal como prevenção e manifestações bucais da aids?	(1) Não (2) Sim		ORIENTA

Se <b>SIM</b> : 25. Onde recebeu essas informações?	(1) Nas UBS (2) No hospital onde faz acompanhamento (3) Meios de comunicação (4) Trabalho (5) Na comunidade onde mora (6) Escola/Universidade (7) No serviço odontológico onde foi atendido (8) Outros		ORIENTA2
26. Alguma vez, o médico ou o serviço social do hospital onde você faz acompanhamento lhe encaminhou para receber atendimento odontológico?	(1) Não (2) Sim		ENCAMINHA
Se 26 = <b>SIM</b> : 27. Para onde você foi encaminhado?	(1) UBS próximas de casa (2) UBS distantes de casa (3) CEO (4) ABO (5) Universidade (6) Hospital São José (7) Outros serviços gratuitos		LOCALENC
28. Chegou a receber atendimento odontológico?	(1) Não (2) Sim		CONSDENT2
29. Teve alguma dificuldade para ser atendido?	(1) Não (2) Sim		ACESSO2
Se 29 = <b>SIM</b> : 30. Qual?	(1) Faltou vaga/senha (2) Profissional se recusou a atender (3) Não tinha serviço/ Especialista (4) Equipamento com defeito (5) Falta de material (6) Exigência dos exames (7) Outros (8) Desconhecia o local onde foi encaminhado		DIFICUL2

Legenda: NSR – Não soube responder; NQR – Não quis responder.

## CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

### CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

30. Índice CPO-D: \_\_\_\_\_

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Cárie															
Necessidade Tratam.															
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Cárie															
Necessidade Tratam.															

### USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE

<p>Uso de prótese</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">Superior</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Inferior</td></tr> </table>	Superior			Inferior	<p>Necessidade de Prótese</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">Superior</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Inferior</td></tr> </table>	Superior			Inferior
Superior									
Inferior									
Superior									
Inferior									

### ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO - CPI

IPC	17\16	11	26\27
	46\47	31	36\37

### ALTERAÇÃO DE TECIDO MOLE

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você \_\_\_\_\_, Pront: \_\_\_\_\_, acompanhado no serviço do \_\_\_\_\_, para participar da pesquisa: **“Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas vivendo com hivAids no município de Fortaleza-Ceará”**, que tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos pelos pacientes acompanhados por este serviço.

Sua participação será feita somente de forma voluntária, através da participação em uma entrevista onde o pesquisador lhe fará algumas perguntas e, posteriormente, por um exame odontológico (exame bucal), o que deve durar não mais que 15 minutos. Caso chegue sua vez de ser consultado pelo médico, interromperemos imediatamente a pesquisa para que você seja atendido, retomaremos a pesquisa de onde paramos após o término de sua consulta. Os dados coletados serão utilizados em caráter científico. Essa pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo ou risco, apenas o desconforto natural de um exame odontológico. Não haverá nenhum custo financeiro para o senhor, assim como não haverá nenhum pagamento por sua participação.

Este estudo será realizado através das seguintes etapas: perguntas sobre suas condições sócio-econômicas, como idade, renda, situação atual de trabalho e escolaridade; sobre sua utilização de serviços odontológicos, se já consultou alguma vez um dentista e onde foi esse atendimento; e pela realização de um exame bucal para identificar a presença de cárie, tártaro, necessidade de prótese (dentadura) e feridas ou caroços na cavidade oral. Utilizaremos para realizar esse exame espátulas de madeira e instrumentos de uso do dentista como espelho e sondas para detectar alterações da cavidade bucal. Esse exame será realizados com instrumentos limpos e esterilizados, e o examinador usará luvas e máscaras. Todos os achados desse exame serão anotados numa ficha específica para a pesquisa. Como benefício por participar da pesquisa, você receberá instruções de como obter atendimento odontológico gratuito, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento nesta Instituição, assim como tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Denis Bezerra de Araújo (Cirurgião-Dentista) e o Dr. Jorge Luis Nobre Rodrigues (Médico Infectologista) que podem ser encontrados no endereço R. Capitão Francisco Pedro, 1290 no Central de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Universitário Walter Cantídio ou pelos telefones descritos abaixo.

Toda e qualquer informação será guardada de forma sigilosa e o pesquisador se compromete em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

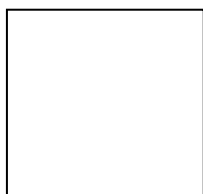
Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Atenciosamente

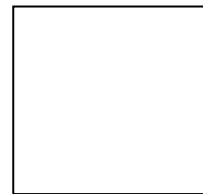
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass.Paciente: \_\_\_\_\_

Ass.Testemunha: \_\_\_\_\_



(Polegar Direito)



(Polegar Direito)

Ass. do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Denis Bezerra de Araújo**  
**Fone: 8851.6593/8623.9782**  
 Av. Godofredo Maciel, 3512. Apto. 203. Maraponga.  
 Fortaleza-CE. CEP: 60710-001.

**Prof. Dr. Jorge Luis Nobre Rodrigues**  
**Fone: 9982.5200 / 3366.8168**  
 Rua Prof. Costa Mendes, 1608. Rodolfo Teófilo  
 Fortaleza – Ceará. CEP: 60.430-140.

# **ANEXOS**

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – HUWC**

HUWC/UFC  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Cód CEP- 060.07.09



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE  
FONE: (85) 3366-8589 / 3366-8613 E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 060.07.09

Pesquisador Responsável: Denis Bezerra de Araújo

Departamento / Serviço: Odontologia

Título do Projeto: “Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou em sessão ordinária o projeto de pesquisa: **“Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará”**, tendo como pesquisador responsável Denis Bezerra de Araújo.

Baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), o Comitê de Ética resolve classificar o referido projeto como: **APROVADO.**

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 03/08/10).

Fortaleza, 04 de agosto de 2009.

Dra. Mônica Cardoso Façanha  
Coordenadora do CEP-HUWC



## ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES BUCAIS ASSOCIADAS À INFECÇÃO PELO HIV SEGUNDO EC-CLEARINGHOUSE E OMS (1993)

### Grupo I – Lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV

Candidíase:

- Pseudomembranosa
- Eritematosa

Leucoplasia Pilosa

Sarcoma de Kaposi

Linfoma não-Hodgkin

Doença Periodontal:

- Eritema Linear Gengival
- Gengivite Ulcerativa Necrosante
- Periodontite Ulcerativa Necrosante

### Grupo II – Lesões menos comumente associadas à infecção pelo HIV

Infecções Bacterianas:

- Mycobacterium avium-intracellulare*
- Mycobacterium tuberculosis*

Hiperpigmentação Melânica

Estomatite Ulcerativa Necrosante

Doença de Glândula Salivar:

- Xerostomia por redução do fluxo salivar
- Aumento uni ou bilateral das glândulas salivares maiores

Púrpura Trombocitopênica

Úlceras Inespecíficas

Infecções Virais:

- Herpes simples
- Papilomavirus humano
  - Condiloma acuminado
  - Hiperplasia epitelial focal
  - Verruga vulgar
- Varicela-zoster vírus
  - Herpes zoster
  - Varicela

### Grupo III – Lesões vistas na infecção pelo HIV

Infecções bacterianas:

- Actinomyces israelii*
- Escherichia coli*
- Klebsiella pneumoniae*

Reações medicamentosas (ulcerações, eritema multiforme, reações liquenóides, epidermólise tóxica)

Infecções Fúngicas (exceto candidíase)

- Cryptococcus neoformans*
- Geotrichum candidum*
- Histoplasma capsulatum*
- Mucoraceae (mucomicose/zigomicose)
- Aspergillus flavus*

Distúrbios neurológicos

- Paralisia facial
- Nevralgia trigeminal

Estomatite aftosa recorrente

Infecções virais

- Citomegalovírus
- Molusco contagioso

