

Manifestações bucais da AIDS pediátrica observadas na prática da odontologia - Revisão de literatura

Oral manifestations of pediatric aids noticed in dentistry practice - A literature review

Rebecca Feilenberger de Oliveira MARTINS*
Amarilis Luiza de Oliveira QUEIROZ*
Aline Flávia de Rezende CAMARGO*
Diana Ribeiro e SILVA**

*Cirurgiãs-dentistas graduadas pela Faculdade de Odontologia de Anápolis-GO (FOA).

**Especialista em Odontopediatria pela FUNBEO-USP.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A presente revisão de literatura visa contribuir para o enriquecimento teórico do cirurgião-dentista a respeito da AIDS pediátrica na medida em que são fornecidas informações sobre aspectos gerais da infecção pelo HIV, manifestações estomatológicas características e seu diagnóstico inicial.

RESUMO

Denomina-se AIDS pediátrica a doença infecciosa causada pelo HIV que acomete crianças na faixa etária de 0 a 13 anos de idade. A doença possui características próprias que a diferenciam da AIDS em adultos, incluindo as suas implicações bucais. As manifestações bucais associadas à AIDS são encontradas em 70% dos pacientes, sendo importante a capacitação do cirurgião-dentista para reconhecê-las, uma vez que costumam ser os primeiros sinais e sintomas da doença. O objetivo desta revisão de literatura é fornecer informações aos cirurgiões-dentistas, principalmente aos que trabalham com crianças, sobre aspectos gerais da infecção pelo HIV, buscando priorizar as manifestações estomatológicas bucais características da AIDS pediátrica e o seu diagnóstico inicial.

PALAVRAS-CHAVE

AIDS/SIDA; infecção por HIV; criança; manifestações bucais.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) é definida como uma doença infecciosa de origem viral que, quanto à sua manifestação, pode variar da ausência de sintomas à presença de doenças em estado avançado⁶. A etiologia da AIDS está relacionada a um retrovírus da família dos Lentivírus, identificado no ano de 1983 e denominado Vírus da Imunodeficiência Adquirida do Tipo I, ou HIV-1³.

A infecção pelo HIV atinge e debilita o sistema imunológico

do portador, comprometendo progressivamente as defesas do organismo e tornando o indivíduo susceptível a variadas infecções oportunistas, bem como a tumores que em outras circunstâncias não se manifestariam^{5,11,14,21}.

O primeiro caso de AIDS em crianças, no Brasil, foi registrado em 1983^{14,32}. Desde então, vem sendo observado um grande aumento no número de casos^{6,10,26,30,32}, acrescentando preocupações aos profissionais da área de saúde que se dedicam a pacientes pediátricos³².

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1984 e 1989 houve notificação de 489 casos de menores de 13 anos com AIDS, ao passo que esse valor aumentou para 1461 entre 1990 e 1994^{3,26}. Slavkin et al.²³, no ano de 1996, declararam estar a AIDS incluída no ranking das cinco principais causas de morte em crianças. Em 1998, o Ministério da Saúde⁴ anunciou 916 casos de crianças infectadas pelo HIV, representando estes cerca de 10,5% do total de casos notificados no Brasil. Nesse mesmo ano, a UNAIDS²⁹ declarou ser de 1,2 milhões o número de jovens de até 15 anos de idade infectados pelo vírus. Em 2001, no Brasil, cerca de 610.000 indivíduos foram acometidos pelo HIV, sendo que 13.000 eram crianças menores de 15 anos de idade²⁸.

Tais dados confirmam a afirmativa de Convisar⁹ (2002) de estarem os dentistas clínicos se deparando com mais pacientes cronicamente infectados. O autor declarou, ainda, que esses profissionais serão requisitados a executar mais tratamentos odontológicos em pacientes soropositivos para o HIV, devendo estar familiarizados com as manifestações bucais dessa infecção e como tratá-las.

Diante do fato de ter crescido, consideravelmente, a demanda de tratamento a crianças infectadas pelo HIV, é objetivo deste trabalho fornecer informações aos cirurgiões-dentistas, principalmente aos que trabalham com crianças, sobre aspectos gerais da infecção, buscando priorizar as manifestações estomatológicas características da AIDS pediátrica e o seu diagnóstico inicial – associado ao aparecimento das manifestações bucais características da doença.

REVISÃO DE LITERATURA

Considera-se AIDS pediátrica a infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade^{5,6,14,15}. É interessante ressaltar que, para definir a infecção, há de se separar crianças dessa faixa etária em dois grupos: menores e maiores de 18 meses de idade⁶. No primeiro caso, considera-se infectada pelo HIV a criança soropositiva ou nascida de mãe infectada pelo HIV que tiver dois resultados positivos em um ou mais dos seguintes testes: cultura do HIV, reação em cadeia de polimerase do HIV (PCR) e antígeno viral circulante (P24). O menor de 18 meses pode estar infectado, ainda, caso preencha os critérios de definição de AIDS/SIDA determinados pelo CDC (*The Centers for Disease Control and Prevention* – USA) em 1987. No segundo caso, é considerada infectada a criança nascida de mãe infectada pelo HIV e soropositiva para o vírus por repetidos testes ELISA e confirmação por outro teste. Os maiores de 18 meses podem, também, estar infectados caso preencham algum dos critérios descritos para o grupo anterior⁶.

A transmissão da AIDS em crianças tem como principal via a vertical ou perinatal, em que o vírus é adquirido a partir da mãe^{6,14,20}. A transmissão vertical pode ocorrer tanto no útero – durante o período gestacional – quanto durante o parto ou após o nascimento, pelo aleitamento materno. A transfusão de sangue e derivados corresponde à segunda via de transmissão da doença, tendo diminuído significativamente a sua ocorrência⁶.

De acordo com Souza et al.²⁶ (1996), foi estabelecida em 1987 e modificada em 1994, pelo CDC, uma classificação da AIDS infantil na qual as crianças são classificadas de acordo com o estado da infecção, estado clínico e estado imunológico. O quadro clínico da AIDS pediátrica é marcado por doenças de manifestações isoladas ou associadas, incluindo diarreia, anemia, otite, pneumonia, tuberculose, linfadenopatia, febre persistente, hepatoesplenomegalia, desnutrição, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, encefalopatia, pneumonia intersticial linfóide, entre outras^{6,21,26}.

Convissar⁹ (2002) e Castro et al.⁶ (1999) afirmaram, a partir de seus estudos, que as manifestações bucais da infecção por HIV podem ser a primeira sintomatologia clínica da AIDS/SIDA. Dentre as lesões bucais mais comumente encontradas em crianças HIV positivas, têm sido relatadas candidíase, gengivite, eritema linear gengival, leucoplasia pilosa, estomatite herpética, linfadenopatia cervical, hipertrofia das glândulas parótidas e cárie^{2,3,6,7,10,12,13,14,20,21,22,24,26,31}.

Silva et al.²² (2002) realizaram uma pesquisa com crianças de idades entre zero e onze anos, infectadas pelo vírus HIV. Com o objetivo de verificarem as manifestações bucais mais frequentes da AIDS pediátrica, concluíram que a candidíase é a implicação mais predominante em crianças infectadas pelo HIV. A gengivite eritematosa, o herpes simples, a erupção retardada e a leucoplasia pilosa são clinicamente observados em crianças portadoras do vírus; e o sarcoma de Kaposi pode ser verificado em casos de AIDS pediátrica.

Grando et al.¹⁴ (2002), por sua vez, avaliaram a prevalência de manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV em 184 crianças infectadas, de faixa etária de zero a treze anos de idade – selecionadas entre pacientes atendidos nos ambulatórios de AIDS pediátrica do Hospital São Lucas da PUCRS e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre da UFRGS, ambos em Porto Alegre/RS, e no Centro Pediátrico para Doenças Infecciosas do Hospital Universitário e Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da

Universidade Estadual de Nova Iorque, em Stony Brook/Nova Iorque. Foi observada significância estatística entre a frequência de crianças brasileiras (72,73%) e norte-americanas (53,66%) com manifestações estomatológicas associadas à infecção pelo HIV, com destaque para linfadenopatia cervicofacial, aumento de volume das parótidas, candidíase eritematosa, petéquias, gengivite, xerostomia e queilite angular.

A doença fúngica mais comum na cavidade bucal de pacientes soropositivos para a AIDS é a candidíase, com prevalência de 20 a 70% entre pacientes pediátricos infectados^{16,17}. A doença associada ao HIV pode ter várias formas, dentre elas: pseudomembranosa, atrófica e queilite angular. A candidíase pseudomembranosa ou monilíase, vulgarmente conhecida como “sapinho”, se manifesta na forma de placas brancas ou amarelas “cremosas” na mucosa, que pode estar avermelhada quando visível, sendo possível a remoção destas placas revelando uma superfície sangrenta. A candidíase atrófica ou eritematosa corresponde a lesões avermelhadas no palato e dorso da língua (que se apresentará com regiões despapiladas). A queilite angular se apresenta como fissuras vermelhas e/ou úlceras irradiando dos cantos da boca, geralmente acompanhadas de pequenas placas brancas⁶. O tratamento da candidíase pode ser sistêmico ou tópico. Mc Donald et al.¹⁸ (1995) prescrevem a terapia sistêmica em 200 a 400 mg diários de cetoconazole ingeridos com alimentos, ou 100 mg diários de fluconazole. A anfotericina B, de administração endovenosa, é usada quando a infecção se torna sistêmica. A terapia tópica envolve o uso de nistatina, pastilhas de clotrimazol, ou a incorporação de bochechos com substâncias alcalinas (100.000 unidades de 3 a 5 vezes por dia). O tratamento por 1 a 2 semanas, segundo os autores, é, em geral, eficaz.

Quanto às lesões bucais associadas a vírus, destacam-se o herpes simples e a leucoplasia pilosa. O vírus do Herpes Simples pode promover recorrentes episódios de lesões herpéticas, freqüentemente encontradas no palato ou gengiva de pacientes com AIDS, começando com vesículas que ulceram. Em crianças infectadas pelo HIV, o vírus se manifesta na forma de gengivo-estomatite herpética primária^{6,15}. A criança se queixa de cefaléia, torna-se irritável, apresenta dificuldade para ingerir alimentos, apresenta febre, mal-estar geral, boca dolorida, salivação intensa e adenopatia submaxilar dolorosa. O diagnóstico do herpes simples é confirmado pela citologia esfoliativa, cultura de célula ou por esfregaços reativos com anticorpos multiclonais HSV específicos¹. Embora não haja tratamento específico para a gengivo-estomatite herpética primária, medidas de suporte devem ser tomadas para aliviar o desconforto do paciente e prevenir a desidratação. Valentim³¹ (1998) afirma que os agentes anestésicos locais da mucosa bucal (lidocaína viscosa) podem ser úteis. Soluções fracas de bicarbonato de sódio para bochecho e enxaguantes bucais à base de tetraciclina são recomendados para reduzirem a infecção secundária e aliviar a dor. Segundo essa mesma autoria, pode-se recorrer aos agentes antivirais, como o aciclovir, ou à solução de idoxuridina a 1% nos casos de ulceração severa. A administração do aciclovir varia de 1 a 2 g diários por via oral até que as lesões herpéticas cedam – prescreve Mc Donald et al.¹⁸ (1995). A droga pode, ainda, ser administrada via endovenosa em crianças com lesões mais severas da orofaringe ou naquelas que não conseguem engolir.

A leucoplasia pilosa, por sua vez, pode ser descrita como uma lesão branca que desprende da mucosa por raspagem e predomina nas margens laterais da língua, podendo ser

encontrada, ainda, na mucosa labial e bochecha. Sua superfície pode ser rugosa, repleta de pregas e pilosa. A leucoplasia pilosa geralmente não requer tratamento, a menos que afete a gustação ou a aparência estética. Nesses casos, pode-se fazer uso do aciclovir, embora a descontinuidade do tratamento possa resultar em recorrência²⁷.

O eritema linear gengival é caracterizado por máculas vermelhas (eritemas) que circundam a gengiva marginal e são acompanhadas de lesões difusas vermelhas, parecendo petéquias na gengiva e mucosa oral, com ausência de ulceração e sintomatologia dolorosa, segundo descreve Castro et al.⁶ (1999). A doença é diagnosticada por suas características clínicas⁹ e o tratamento das lesões eritematosas inclui bochechos com clorexidina a 2%, 2 vezes ao dia³¹.

A ocorrência de hipertrofia da glândula parótida em crianças infectadas pelo HIV é estimada em 5 a 11%. No estudo de Valdez et al.³⁰ (1994) com 40 crianças HIV positivas, a hipertrofia foi identificada em 10% dos pacientes apalpados. Os pesquisadores associam o aumento de volume da glândula à infecção e infiltração linfocítica. Castro et al.⁶ (1999) sugerem uma etiologia viral envolvendo citomegalovírus ou vírus Epstein-Bar. O edema da parótida não requer tratamento, embora o crescimento excessivo da glândula possa responder a esteróides sistêmicos²⁵.

Os autores Souza et al.²⁶ (1996) desenvolveram uma pesquisa objetivando determinar a prevalência de cárie em 50 crianças infectadas pelo HIV, comparando com um grupo-controle de 100 crianças sem evidência de imunossupressão. Os resultados mostraram maior prevalência e severidade de cárie nas crianças do grupo HIV que apresentaram 104,2% e 218,9% a mais de cárie nas dentições decidua e permanente, respectivamente, em relação ao grupo-controle. Tais dados nos levam a afirmar que a prevalência de cárie dentária em crianças infectadas pelo HIV parece ser maior que nas crianças sem evidência da doença, no que concordam Castro et al.⁷ (2001). Acredita-se que a alta atividade cariogênica das crianças soropositivas se deve à terapia anti-HIV destes pacientes (pelo elevado teor de sacarose contido em medicamentos pediátricos como o Retrovir), em associação à má higiene bucal^{7,26}.

A atividade de cárie e gengivite foi avaliada por Ribeiro et al.²¹ (2002) em 56 crianças de 0 a 14 anos com diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV. Observou-se que 58,9% apresentavam gengivite com, em média, 4,44 superfícies sangrantes, enquanto 73,2% das crianças apresentavam lesões cáries ativas. No trabalho desenvolvido por Esteves et al.¹² (2001), foi demonstrado que o primeiro molar permanente parece ser o dente mais afetado pela cárie, por sua erupção passar muitas vezes despercebida e pela complexidade da sua anatomia. Esses autores declararam ser um desafio o controle da doença cárie em pacientes HIV positivos, fazendo-se necessária a instituição de programas de prevenção em saúde bucal centrados na educação e orientação dos responsáveis pelas crianças, uso de selantes e fluoretação que poderão contribuir para uma melhor qualidade de vida dessas crianças.

Objetivando avaliar os conhecimentos, sentimentos, atitudes e disposição dos odontopediatras de Belo Horizonte-MG para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS, Vilaça³² (1999) desenvolveu uma dissertação que o levou a concluir que 48% dos profissionais apresentam disposição para atender crianças portadoras do vírus HIV, enquanto 69,4% apresentam disposição para atender crianças com AIDS. Diante dos resultados da pesquisa, o autor relatou a necessidade de uma sensibilização desse grupo profissional

em relação à epidemia.

No processo de diagnóstico das lesões bucais, o cirurgião-dentista deve avaliar com prioridade as lesões de tecidos moles detectadas. Técnicas diagnósticas básicas como coloração pelo azul de toluidina, citologia esfoliativa, biópsia, cultura, testes laboratoriais e radiografias¹⁹ podem ser utilizadas como recursos complementares à inspeção visual.

É importante que o profissional, ao suspeitar da associação de uma manifestação bucal à infecção pelo HIV, oriente o paciente ou responsável para a necessidade imediata de avaliação médica, que determinará a precisão ou não de terapêutica anti-retroviral. Assim procedendo, o cirurgião-dentista estará contribuindo para uma intervenção precoce e criando condições para um diagnóstico favorável da doença¹⁹.

Há de se salientar que, diante da possibilidade cada vez maior de lidar com pacientes HIV positivos, o cirurgião-dentista deve assumir a responsabilidade de saber e entender sobre a AIDS. É buscando aperfeiçoar o embasamento teórico a respeito da AIDS e, conseqüentemente, deixando de lado a perplexidade diante da doença, que o profissional será capaz de orientar e educar o seu paciente, promovendo saúde.

CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas têm deparado com a AIDS pediátrica, doença de sobrevida crescente, que tem exigido familiarização desses profissionais com a mesma, uma vez que as implicações bucais da síndrome podem representar os primeiros sinais e sintomas clínicos da infecção. Os cirurgiões-dentistas têm a obrigação moral e profissional de cuidarem da saúde bucal das crianças soropositivas, se preparando para a identificação e o diagnóstico das manifestações bucais primárias e mais freqüentes da AIDS, favorecendo o seu tratamento precoce e promovendo bem-estar aos pequenos pacientes HIV positivos, tornando o seu estado geral menos crítico.

ABSTRACT

It is called pediatric AIDS the infection by HIV that attacks children with age-range from 0 to 13 years old. The disease has its own characteristics that differ it from AIDS in adults, including its oral manifestations. Oral manifestations associated to AIDS are found in 70% of patients, being important the capacitating of dentists to recognize them because they are usually the disease's first signs and symptoms. With this literature review we aim to give information to dentists, especially to the ones who deal with children, about general aspects of HIV infection, trying to prioritize characteristic oral estomatologic manifestations of pediatric AIDS and their initial diagnosis.

KEYWORDS

AIDS; HIV infection; child; oral manifestations.

REFERÊNCIAS

1. AIDS: manifestações orais. Disponível em: <<http://www.lancernet.com.br/saude/odontologia/aids.htm>>. Acesso em: 14 out. 2003.
2. BOSCO, V. L. Manifestações bucais em crianças com AIDS e em controles. *Pesq. Odontol. Bras.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-11, jan./mar. 2002.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de controle de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. **Boletim epidemiológico**, v. 8, n. 1, Semana Epidemiológica 49/94 a 08/95, jan. e fev. 1995.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_dezembro_2002/tabela6.asp>. Acesso em: 24 nov. 2002.
5. BOER, F. A. C. **Necessidades odontológicas e manifestações bucais observadas em crianças com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana**. 1999. 130 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
6. CASTRO, G. F. et al. Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais: revisão de literatura. **JBP**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 223-30, maio/jun. 1999.
7. CASTRO, G. F. et al. Prevalência de cárie e sua correlação com a classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-7, abr./jun. 2001.
8. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. 1994 Revised classification system for Human Immunodeficiency Virus Infection in children less than 13 years of age. **MMWR**, v. 43, n. RR-12, p. 1-19, Sept. 1994.
9. CONVISSAR, R. A. Atenuação com laser das manifestações bucais da infecção com HIV: vírus da imunodeficiência humana. **JADA-Brasil**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 150-6, maio/jun. 2002.
10. COSTA, L. R. R. S. et al. Oral findings in pediatric AIDS: a case control study in Brazilian children. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v. 65, n. 3, p. 186-90, May/June 1998.
11. COTRAN, R. S. et al. **Robbins: patologia estrutural e funcional**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 194-204.
12. ESTEVES, C. C. et al. Condição do primeiro molar permanente de crianças infectadas pelo HIV. **JBP**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 166-9, mar./abr. 2001.
13. FALOON, J. et al. Human immunodeficiency virus infection in children. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 114, n. 1, p. 1-30, Jan. 1989.
14. GRANDO, L. J. et al. Manifestações estomatológicas, contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral de crianças brasileiras e norte-americanas infectadas pelo HIV. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2002.
15. ISRAEL, M. S. et al. Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 335-7, set./out. 2002.
16. KATZ, M. H. et al. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. **Am. J. Dis. Child.**, Chicago, v. 147, n. 1, p. 45-8, Jan. 1993.
17. KETCHEN, L. et al. Oral findings in HIV-seropositive children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v. 12, n. 3, p. 143-6, May/June 1990.
18. MC DONALD, R. E. et al. Problemas dentários de criança deficiente. In.: ———. **Odontopediatria**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 404-45.
19. PACIENTE com HIV ou AIDS. Disponível em: <<http://www.odontodicas.hpg.ig.com.br/atendimentoodontologicoderotina.htm>>. Acesso em: 14 out. 2003.
20. PORTELA, M. B. et al. Atendimento primário aos bebês soropositivos para o HIV. **JBP**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 14-8, set./out. 1999.
21. RIBEIRO, A. A. et al. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 144-50, abr./jun. 2002.
22. SILVA, R. A. et al. Estudo clínico das manifestações orais da síndrome de imunodeficiência adquirida pediátrica. **RGO**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 7-11, jan./mar. 2002.
23. SLAVKIN, H. C. et al. An update on HIV/AIDS. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 127, n. 19, p. 1401-4, Sept. 1996.
24. SOARES, L. F. et al. Candidíase bucal em crianças infectadas pelo HIV: acompanhamento de quatro anos. **RBO**, Porto Alegre, v. 59, n. 5, p. 341-3, set./out. 2002.
25. SONIS, A. Doenças de boca e manifestações orais de doenças sistêmicas. In.: PINKHAN, J. R. et al. **Odontopediatria da infância à adolescência**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. cap. 5, p. 78-92.
26. SOUZA, I. P. R. et al. Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. **RBO**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 49-51, jan./fev. 1996.
27. UFPE. Manifestações orais da AIDS. Disponível em: <http://www.ufpe.br/estomatologia/manifestacoes_aids.htm>. Acesso em: 14 out. 2003.
28. UNAIDS. Epidemiological slide Set 2002. Disponível em: <www.unaids.org/barcelona/presskit/epigraphics/epicore_en8_0602.GIF>. Acesso em: 24 nov. 2002.
29. UNAIDS. New World AIDS day: report find global HIV infection increased 10% in 1998. Disponível em: <www.unaids.org/highband/press/waped98.html>. Acesso em: 24 nov. 2002.
30. VALDEZ, L. H. et al. Oral health of pediatric AIDS patients: a hospital-based study. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v. 61, n. 2, p. 114-8, mar./apr. 1994.
31. VALENTIM, C. Condições patológicas da cavidade bucal na infância. In.: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. cap. 42 p. 613-25.
32. VILAÇA, E. L. **O que falta aos odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS: conhecimentos ou sentimentos?** 1999. 154 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Endereço para correspondência

Rebecca Feilenberger de Oliveira Martins
Rua 121, no 111, Setor Sul – Goiânia/GO
CEP: 74085-480
e-mail: f_rebecca@hotmail.com
Telefone: (62) 241 2396