

PANORAMA MUNDIAL DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E LESÕES BUCAIS

GLOBAL OVERVIEW OF THE HIV/AIDS EPIDEMIC: SOCIAL ASPECTS AND BUCAL LESIONS

Cesar W Noce¹, Arley Silva Júnior², Sonia MS Ferreira³

RESUMO

Aids é uma infecção causada pelo HIV que se caracteriza por imunossupressão profunda, levando ao surgimento de diversas infecções oportunistas, dentre as quais manifestações orais como a candidíase oral. Além disso, no início da epidemia pelo HIV, os pacientes eram predominantemente homens, adultos, de diferentes classes sociais, contaminados por relação sexual homossexual ou uso de drogas injetáveis. Todavia, nestes últimos anos, o perfil social da infecção pelo HIV/aids vem mudando. Logo, este artigo propõe-se a realizar uma revisão de literatura sobre os aspectos sociais e as lesões orais associadas ao HIV no mundo, ressaltando o importante papel do cirurgião-dentista em um adequado atendimento multidisciplinar ao paciente HIV positivo.

Palavras-chaves: HIV, síndrome de imunodeficiência adquirida, manifestações bucais, mudança social

ABSTRACT

Aids is an infection caused by HIV in which there is a profound immunosuppression, leading to the development of several opportunistic infections, including oral lesions, such as bucal candidiasis. In the beginning of the HIV epidemic most of the individuals were adult homosexual men with sexual and or intravenous drug transmission belonging to different social levels. However, this social aspect of the HIV/AIDS infection has been changing. Therefore, we propose a literature review regarding HIV social aspects as well as HIV associated bucal lesions, highlighting the importance of the dentist as part of the multidisciplinary treatment of the HIV positive patients.

Keywords: HIV, acquired immunodeficiency syndrome, bucal manifestations, social change

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 301-305, 2005

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma infecção cujo agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esta doença caracteriza-se por imunossupressão profunda, principalmente dos linfócitos T CD4, levando ao surgimento de diversas infecções oportunistas, como o sarcoma de Kaposi e a pneumocistose¹.

Dentre essas infecções oportunistas, enquadram-se também manifestações bucais, em especial a candidíase, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi, as doenças periodontais associadas ao HIV e o linfoma não-Hodgkin².

Após a introdução, em 1996, da terapia anti-retroviral combinada^{3,4}, diversos estudos demonstraram uma queda na preva-

lência das lesões bucais, bem como o aumento dos níveis de linfócitos T CD4 e a redução da carga viral plasmática do HIV^{5,6,7}.

Além disso, no início da infecção, os pacientes eram predominantemente homens, adultos, de diferentes classes sociais, contaminados por relação sexual homossexual e/ou uso de drogas injetáveis⁸. Todavia, nestes últimos anos, o perfil social da infecção pelo HIV/aids vem mudando.

Este artigo propõe-se a realizar uma revisão da literatura sobre o estágio atual e o perfil social da infecção pelo HIV/aids em diversos locais do mundo, ressaltando as lesões bucais associadas ao HIV/aids mais prevalentes e o importante papel do cirurgião-dentista dentro de uma equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes soropositivos para o HIV.

Países desenvolvidos

Estima-se que 1,6 milhão de pessoas convivam com o HIV nestes países. A via mais comum de contaminação é a por relação sexual homossexual. No entanto, em especial nas camadas mais pobres da população, os usuários de drogas injetáveis através de agulhas contaminadas ainda correspondem a um alto percentual, entre 10% e 25%, da via de contaminação pelo HIV⁹.

Estes países destacam-se por seus programas de combate à infecção pelo HIV, com forte enfoque em ações preventivas, como uso de preservativos e abstinência sexual¹⁰. Além disso, observa-se que os pacientes têm amplo acesso à terapia anti-retroviral, levando a um

¹Especialista em Estomatologia (Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ); mes-trando em Patologia (Universidade Federal Fluminense-UFF)

²Especialista em Patologia Oral (UFRJ); mestre em Patologia Buco-Dental (UFF); doutor em Ciências Diagnósticas (Universidade de Maryland, Baltimore), odontólogo do Departamento de Estomatologia da UFRJ e professor de Estomatologia da Universidade Gama Filho

³Especialista em Estomatologia (UFRJ); mestre em Advanced General Dentistry (Universidade de Maryland, Baltimore); doutora em Clínica Médica (UFRJ)

Este estudo foi financiado em parte por John E. Fogarty International Center AIDS International Training Research Program – AITRP.

aumento da expectativa de vida, o que explica, portanto, o observado aumento na prevalência de indivíduos acima de 50 anos de idade nestes países¹¹.

Como resultado destas ações, têm-se constatado uma forte redução na prevalência das lesões bucais, observando-se prevalências de 85,4% antes da introdução da terapia anti-retroviral combinada, para patamares de 31,7% após o início desta terapia⁷. Tal declínio foi especialmente acentuado naquelas lesões associadas a baixas contagens dos linfócitos T CD4, como a candidíase pseudomembranosa, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi. Por outro lado, vêm-se observando o aumento na prevalência das lesões papilomatosas e da doença de glândula salivar, as quais foram associadas a maiores contagens dos linfócitos T CD4. No entanto, a candidíase oral permanece entre as lesões mais prevalentes, acompanhada da leucoplasia pilosa e das lesões papilomatosas^{5,6,7}.

Europa Oriental e Ásia Central

Nesta região tem-se observado um dos maiores aumentos mundiais na incidência da infecção pelo HIV/aids, com 210.000 casos diagnosticados somente em 2004, elevando o total de pessoas HIV positivas para aproximadamente 1,4 milhão de pessoas. Deste total, mais de 80% têm menos que 30 anos de idade. No entanto, a maior parte destas estimativas baseiam-se em relatos isolados. Dessa forma, o real quadro da infecção pelo HIV na região pode estar ainda muito subestimado^{9,12,13}.

A principal via de contaminação é o uso de agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis, prática esta mais comum entre homens e que vem aumentando desde o fim do regime soviético^{14,15}. No entanto, um expressivo aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV vem ocorrendo, evidenciando a crescente importância que a contaminação por relação sexual heterossexual vem adquirindo na região¹⁶. As políticas públicas de prevenção e tratamento à infecção pelo HIV são ainda incipientes e não atendem às necessidades de toda a população^{9,15,17}.

Nesta região, poucos estudos foram realizados com o intuito de avaliar a prevalência das lesões orais associadas ao HIV/aids. Gileva *et al.*¹⁸ realizaram um estudo na Rússia analisando a frequência e o espectro das lesões orais no usuário de drogas injetáveis infectados pelo HIV. Dentre as lesões orais nos indivíduos HIV positivos e com aids, a mais prevalente foi a candidíase, observada em 32,7% e 84,6% dos pacientes, respectivamente. Dentre o grupo HIV positivo, destacam-se também a linfadenopatia regional, as infecções por herpes simples e a xerostomia. Já nos casos de aids, também foram altamente prevalentes a xerostomia, o herpes zóster, a estomatite ulcerativa necrosante, a doença de glândula salivar e a estomatite aftosa recorrente.

África subsaariana

Nesta região, concentram-se aproximadamente 25 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, ou seja, dois terços do total dos indivíduos infectados pelo HIV no mundo. Nestes países, vêm-se observando epidemias generalizadas, envolvendo geralmente indivíduos entre 20 e 40 anos de idade, das mais diversas camadas sociais¹⁹. A via de contaminação é predominantemente por relação sexual heterossexual⁹.

Tem sido observado um expressivo aumento no número das mulheres infectadas pelo HIV, as quais correspondem atualmente a 57% dos adultos e a 75% dos jovens infectados pelo HIV. Em grande

parte, tal dado se dá pela grande ocorrência da violência sexual contra mulheres, principalmente nas classes sociais mais baixas, pelo uso pouco freqüente de preservativos, bem como por um papel social de submissão da mulher com relação ao homem^{9,20}.

Observa-se também uma frágil estrutura governamental em muitos países, um subdesenvolvimento econômico, a falência de um sistema público de saúde e a falta de profissionais qualificados. Isto resulta na falta de financiamento e de uma efetiva política pública de combate à infecção pelo HIV/aids²¹.

Em virtude disto, a maioria dos pacientes não tem acesso à terapia anti-retroviral e a um adequado acompanhamento laboratorial da infecção pelo HIV^{17,21,22}. As taxas de mortalidade nestes pacientes são extremamente altas, principalmente em adultos jovens²³. Conseqüentemente, observa-se grande número de crianças HIV positivas órfãs que ainda sofrem forte discriminação e segregação por parte da sociedade²⁴. Estima-se que 12,3 milhões de crianças tenham ficado órfãs devido ao HIV/aids nesta região, número este que tende a crescer por menos pela próxima década²⁵.

Neste contexto, as lesões orais são prevalentes entre 38,1% e 60,4% dos pacientes HIV positivos, destacando-se a candidíase como a lesão oral e a micose superficial mais prevalente, seguida da leucoplasia pilosa, estando fortemente associadas à imunossupressão^{22,26,27,28}. Em contrapartida, a prevalência da doença de glândula salivar associada ao HIV é pequena^{26,29}.

Norte da África e Oriente Médio

A prevalência dos indivíduos infectados pelo HIV no norte da África e Oriente Médio é em torno de 480.000 indivíduos, bem inferior àquela relatada na África subsaariana. A maior parte destes países ainda se encontra em um estágio inicial da infecção pelo HIV, exceto Sudão, Somália e Djibuti, que já enfrentam epidemias generalizadas³⁰.

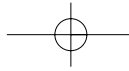
A via sexual heterossexual é a forma predominante de contágio. Todavia, transfusões sanguíneas e agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis ainda representam parcela importante das vias de contaminação do HIV na região²¹.

Embora a maior parte dos países da região tenha programas nacionais de combate à aids, estes são ineficazes em sua maioria, principalmente pela falta de apoio político e de recursos humanos e financeiros³⁰. Por estas razões, não há um sistema público capaz de estimar a real incidência da epidemia pelo HIV na população. Dessa forma, as estatísticas oficiais baseiam-se em grande parte em relatos isolados, sendo provável, portanto, que tais dados estejam em grande parte subestimados⁹.

Ozkaya-Sahin *et al.*³¹, estudando infecções oportunistas nos pacientes HIV positivos sob terapia anti-retroviral combinada, observaram ser a candidíase oral a mais comum, acometendo 13,3% da população estudada. Todavia, ainda são necessários maiores estudos para avaliar a real prevalência das lesões orais nestes países.

Sudeste asiático e Oceania

Nesta região, encontra-se a maior parte da população mundial e os dois países mais populosos do mundo: China e Índia. Convivem com o HIV, nesta região, aproximadamente 7,4 milhões de pessoas⁹. A via de contaminação predominante é por relação sexual heterossexual, mas, em determinadas áreas, em especial aquelas usadas como



rota pelo tráfico de heroína³², a epidemia pelo HIV vem crescendo rapidamente nos usuários de drogas injetáveis³³.

Assim como na África subsaariana, pode-se constatar um grave aumento da infecção pelo HIV/aids nas mulheres. Isto ocorre em grande parte por condições históricas, sociais e culturais, que colocam as mulheres em uma posição submissa com relação aos homens⁹.

Outra importante questão diz respeito às crianças órfãs devido ao HIV/aids. Embora o número relativo seja inferior ao da África subsaariana, o número absoluto das crianças órfãs é maior no sudeste asiático e Oceania do que na África subsaariana²⁵.

Por sua vez, as políticas públicas de combate ao HIV/aids vêm mostrando-se ineficazes. Isto se torna evidente, verificando-se que, embora aproximadamente um milhão de pessoas necessitem de terapia anti-retroviral, apenas 5% destas têm acesso a esta terapia^{17,33}. Outros dados revelam, por exemplo, que na Índia, onde em 85% dos casos a via de contaminação pelo HIV é a relação sexual³⁴, somente 21% da população têm consciência da relação entre doenças sexualmente transmissíveis e HIV⁹.

Nestes países, as lesões bucais apresentam prevalência entre 38% e 90%, especialmente a candidíase oral, a leucoplasia pilosa oral e as doenças periodontais necrosantes. Por outro lado, é interessante notar que o sarcoma de Kaposi, embora comum nos indivíduos imunocomprometidos em outros países, até o presente momento não se relatou em qualquer estudo asiático que a principal via de contaminação foi por relação sexual heterossexual^{35,36,37,38}.

Caribe

Segundo dados da UNAIDS de 2004⁹, convivem com o HIV no Caribe aproximadamente 430.000 indivíduos. Esta corresponde à segunda região mais afetada pelo HIV/aids no mundo, com 2,3% da população adulta infectada, estando atrás apenas da África subsaariana. A principal via de contaminação é por relação sexual heterossexual, sendo a via por agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis relevante somente em Porto Rico e nas Ilhas Bermudas. Os infectados são geralmente homens jovens, com idade entre 15 e 24 anos^{39,40}.

Tendo em vista sua pequena extensão territorial e economia restrita, os países desta região em geral não têm condições econômicas capazes de sustentar os altos custos de um amplo programa de prevenção e tratamento ao HIV/aids^{40,41}. É interessante ressaltar a experiência das Bahamas, onde, através de financiamentos nacionais e internacionais, tal programa foi implantado, inclusive com distribuição gratuita de anti-retrovirais para a população⁴¹.

Nesta região, a prevalência total das lesões orais é de 69,2%, aumentando para 72,3% se forem considerados somente aqueles pacientes com CD4 abaixo de 200 células/mm³. A lesão mais prevalente é a candidíase, presente entre 39,3% e 54% dos casos. Outras lesões bucais comumente encontradas são leucoplasia pilosa, herpes e sarcoma de Kaposi^{42,43}. Todavia, poucos são os estudos disponíveis nesta região sobre a prevalência das lesões orais do HIV/aids.

América Latina (exceto Brasil)

Na América Latina, atualmente, há em torno 1,6 milhão de pessoas infectadas pelo HIV. Nesta região, esta epidemia ainda encontra-se concentrada em poucos segmentos da sociedade, com via de

contaminação predominante através das relações sexuais homossexuais ou agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis⁹.

Muito embora estatísticas oficiais relatem que 53% da população latino-americana recebam gratuitamente a medicação anti-retroviral, mais da metade deste total está concentrada no Brasil¹⁷. Embora o México, o Uruguai e a Argentina também tenham políticas de distribuição gratuita de anti-retrovirais, a maior parte dos países latino-americanos ainda estão implementando políticas públicas de combate ao HIV/aids^{17,39,44}. No Peru, por exemplo, 82.000 indivíduos convivem com o HIV, sendo a maior parte de classes sociais mais baixas, e somente 1.900 têm acesso à terapia anti-retroviral⁴⁵.

Nos países onde foi adotada a distribuição gratuita e universal da medicação anti-retroviral, como o México, observou-se um declínio de 50% na prevalência das lesões bucais. Tal redução foi ainda mais expressiva para a candidíase oral, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e as doenças periodontais necrosantes. Em contrapartida, houve aumento na prevalência das lesões papilomatosas e da doença de glândula salivar associada ao HIV. Todavia, a candidíase permanece como a lesão oral mais prevalente, seguida da leucoplasia pilosa e da estomatite aftosa recorrente⁴⁶.

Por outro lado, poucos dados estão disponíveis naqueles países onde tais políticas não foram implantadas. Dessa forma, a prevalência das lesões orais ainda é alta, na ordem de 71%, sendo a candidíase a lesão oral mais comum e uma das principais infecções oportunistas que acometem estes indivíduos. Outras lesões altamente prevalentes são a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e a estomatite aftosa recorrente^{47,48}.

Brasil

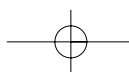
No Brasil, existem atualmente 600.000 indivíduos convivendo com o HIV/aids. Os indivíduos mais atingidos são em geral homens e mulheres com mais de 30 anos, com baixo grau de escolaridade e cuja principal via de contaminação foi por relação sexual heterossexual^{49,50}.

Quanto ao programa brasileiro de combate à infecção pelo HIV/aids, este caracteriza-se por rápida ação governamental, participação da sociedade civil nos processos decisórios, respeito aos direitos humanos e ações relativas à prevenção e ao tratamento da aids. Merece destaque também a lei federal 9.313, de dezembro de 1996, que garantiu a distribuição ampla e gratuita da terapia anti-retroviral para a população brasileira⁵¹.

No Brasil, os estudos publicados demonstram uma tendência de queda na prevalência das lesões bucais após a introdução da terapia anti-retroviral combinada^{50,52,53}. A candidíase, todavia, mantém-se como a lesão oral mais prevalente, sendo acompanhada pelas doenças periodontais necrosantes, pela infecção por herpes simples e pela leucoplasia pilosa^{50,54}. É interessante notar que, até o presente momento, nenhum estudo observou aumento na prevalência das lesões papilomatosas ou da doença de glândula salivar associada ao HIV.

CONCLUSÃO

A epidemia pelo HIV continua extremamente dinâmica, crescente e alterando suas características à medida que o vírus explora formas de contágio menos comumente observadas⁹. Em diversos países do mundo, ações efetivas de combate à infecção pelo HIV/aids ainda não foram adotadas, enquanto a epidemia vem crescendo em países



onde até então era muito pouco prevalente. Dessa forma, evidencia-se a importância de ações efetivas com enfoque na prevenção e no tratamento para pacientes HIV positivos.

Tendo em vista a alta prevalência de lesões bucais nos pacientes imunocomprometidos e considerando as lesões orais mais prevalentes em cada região, é importante a adoção do exame intra-oral como forma auxiliar e de baixo custo no monitoramento do paciente HIV positivo.

Por outro lado, nos países onde já há efetivos programas de combate ao HIV/aids, observa-se o surgimento de novas lesões associadas ao HIV, como as lesões papilomatosas e a doença de glândula salivar associada ao HIV. A real patogênese e a terapia mais apropriada para estas lesões ainda não estão completamente esclarecidas e constituem um desafio para os profissionais destas regiões.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer o apoio, em parte, de John E. Fogarty International Center Aids Internacional Training Research Program – AITRP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins – Patologia Estrutural e Funcional. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(7): 289-91.
- Delta Coordinating Committee. Delta: a randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet* 1996; 348(9023): 283-91.
- Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes MD, Gundacker H, Schooley RT, Haubrich RH et al. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335(15): 1081-1090.
- Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet* 2001; 357(9266): 1411-2.
- Greenwood I, Zakrzewska JM, Robinson PG. Changes in the prevalence of HIV-associated mucosal disease at a dedicated clinic over 7 years. *Oral Dis* 2002; 8(2): 90-4.
- Schmidt-Westhausen AM, Pripke F, Bergmann FJ, Reichart PA. Decline in the rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 336-41.
- CDC. Current trends update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – United States. *MMWR* 1982; 31(37): 507-8.
- UNAIDS. 2004 Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report. 4th ed. Gênova: Organização das Nações Unidas; 2004.
- United States Global AIDS Coordination. Engendering Bold Leadership: The President's Emergency Plan for AIDS Relief – First Annual Report to Congress. Washington D.C.: United States Department of State; 2005.
- Stoff DM, Khalsa JH, Monjan A, Portegies P. Introduction: HIV/AIDS and Aging. *AIDS* 2004; 18(Suppl 1): S1-S2.
- Agnew B. HIV/AIDS surges in Eastern Europe – Asia-Pacific next? *Bull World Health Organ* 2002; 80(1): 78.
- Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobyscha Y, Fitch C, Pokrovsky V et al. HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 1999; 94(9): 1323-36.
- Ghys PD, Saidel T, Vu HT, Savtchenko I, Erasilova I, Mashologu YS et al. Growing in silence: selected regions and countries with expanding HIV/AIDS epidemics. *AIDS* 2003; 17(Suppl 4): S45-S50.
- Parfitt T. Drug addiction and HIV infection on rise in Tajikistan. *Lancet* 2003; 362(9391): 1206.
- World Bank. Combating HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Washington D.C.: The World Bank Group; 2005.
- Pan American Health Organization. Patients under antiretroviral treatment in Latin America and the Caribbean. <http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/acesso-arv-05.pdf>. Acesso em 05/06/2005.
- Gileva OS, Sazhina MV, Gileva ES, Efimov AV, Scully C. Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas. *Med Oral* 2004; 9(3): 212-5.
- Quinn TC. AIDS in Africa: a retrospective. *Bull World Health Organ* 2001; 79(12): 1156-8.
- Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk for HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363(9419): 1415-21.
- UNAIDS. AIDS in Africa: three different scenarios to 2025. Gênova: Organização das Nações Unidas; 2005.
- Matee MI, Scheutz F, Moshy J. Occurrence of oral lesions in relation to clinical and immunological status among HIV-infected adult Tanzanians. *Oral Dis* 2000; 6(2): 106-11.
- Timæus IM, Jasseh M. Adult mortality in sub-saharan Africa: evidence from demographic and health surveys. *Demography* 2004; 41(4): 757-72.
- Sachs SE, Sachs JD. Africa's children orphaned by AIDS. *Lancet* 2004; 364(9443): 1404.
- UNICEF. Children on the Brink 2004: a joint report of new orphan estimates and a framework for action. Gênova: UNICEF; 2004.
- Adurogbangba MI, Aderinokun GA, Odaibo Gn, Olaleye OD, Lawoyin TO. Oro-facial lesions and CD4 counts associated with HIV/AIDS in an adult population in Oyo State, Nigeria. *Oral Dis* 2004; 10(6): 319-26.
- Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 south African patients. *J Oral Pathol Med* 1998; 27(4): 176-9.
- Lohoue Petmy J, Lando AJ, Kaptue L, Tchinda V, Folefack M. Superficial mycoses and HIV infection in Yaounde. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18(3): 301-4.
- Owotade FJ, Fatusi OA, Adebisi KE, Ajike SO, Folayan MO. Clinical experience with parotid gland enlargement in HIV infection: a report of five cases in Nigeria. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(1): 1-8.
- WHO – Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Progress report: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Eastern Mediterranean Region. <http://www.who.int/hiv/strategic/en/emrpr99.pdf>. Acesso em 03/07/2005.
- Ozkaya-Sahin G, Tumer A, Zarakolu P, Sain-Guven G, Yilmaz G, Unal S. Morbidity and mortality characteristics of HIV/AIDS patients admitted to Hacettepe University Adults' Hospital, Turkey [C12260]. Apresentado: International AIDS Conference; 2004; Bangkok.
- Beyrer C, Razak MH, Lisam K, Chen J, Lui W, Yu XF. Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. *AIDS* 2000; 14(1): 75-83.
- WHO. HIV/AIDS in Asia and the Pacific region 2003. Gênova: Organização Mundial de Saúde; 2003.
- National AIDS Control Organisation. Annual Report 2002-2003 2003-2004 (upto 31 July 2004). New Delhi: National AIDS Control Organisation; 2004.
- Bendick C, Scheifele C, Reichart PA. Oral manifestations in 101 Cambodian patients with HIV infection and AIDS. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(1): 1-4.
- Kerdpon D, Pongsiriwet S, Pangsomboon K, Iamaroon A, Kampoo K, Sretriruthaicols S et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Dis* 2004; 10(3): 138-44.
- Ranganathan K, Umadevi M, Saraswathi TR, Kumarasamy N, Solomon S, Johnson N. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 1000 south Indian patients. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33(4 Suppl): 37S-42S.
- Reichart PA, Khonghunthian P, Bendick C. Oral manifestations in HIV-infected individuals from Thailand and Cambodia. *Med Microbiol Immunol* 2003; 192(3): 157-60.
- CONASIDA. El SIDA em cifras 2004. <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/SIDA2004.pdf>. Acesso em 09/06/2005.
- UNAIDS, CARICOM. A study of the Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS (PANCAP): Common goals, shared responses. UNAIDS, Gênova, 2004. 60p.
- Fitzgerald J, Dahl-Regis M, Gomez P, Del Riego A. A multidisciplinary approach to scaling up HIV/AIDS treatment and care: the experience of the Bahamas. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(1): 66-72.

42. Gonzalez R, Chiroque L, Torres A, Rodriguez M. State of oral health of HIV/AIDS adult patients in the Carolina area of Puerto Rico [B10572]. Apresentado: XIV International AIDS Conference; 2002; Barcelona.
43. Nouel AA. Oral manifestations of HIV infection in the Dominican Republic [202B]. Apresentado: X International AIDS Conference; 1994; Yokohama.
44. Chequer P, Cuchi P, Mazin R, Garcia Calleja JM. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. AIDS 2002; 16(Suppl 3): S50-7.
45. UNAIDS, PAHO, UNICEF, WHO. Peru – Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2004 update. http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_PE.pdf. Acesso em 09/06/2005.
46. Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Anaya-Saavedra G, Gonzalez-Ramirez I, Ponce-de-Leon S. The Changing Clinical Spectrum of Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Related Oral Lesions in 1.000 Consecutive Patients – a 12-years Study in a Referral Center in Mexico. Medicine 2003; 82(1): 39-50.
47. Mejia C, Mencos N, Oliva G, Rodriguez D, Ramirez C, Cazali Y et al. Epidemiological characteristics and clinical outcome of 222 HIV/AIDS persons in Roosevelt Hospital in Guatemala City [Th.B.4286]. Apresentado: XI International AIDS Conference; 1996; Vancouver.
48. Montoya JH. Oral lesions associated to human immunodeficiency virus infection or acquired immunodeficiency syndrome in individuals without antiretroviral treatment in Bogota (Colombia) [Th.B.4286]. Apresentado: XI International AIDS Conference; 1996; Vancouver.
49. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
50. Ortega KL. Aspectos demográficos, clínicos e odontológicos de 1200 pacientes HIV positivos do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE-FOUSP). Tese (doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2000. 146p.
51. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. AIDS 2002; 16(18): 2373-83.
52. Ferreira S, Cardoso AS, Silva Júnior A, Oliveira AM, Reixoto CA. Oral Manifestations in HIV/AIDS Patients under Combined anti retroviral Therapy [24374]. Apresentado: XII World AIDS Conference; 1997; Gênova.
53. Silva Júnior A, Ferreira S, Perez MA, Brilhante E, Camillo R, Torres S. Experience on 584 HIV+ patients of a Dental referral center [D21/D46]. Apresentado: X International AIDS Conference; 1994; Yokohama.
54. Fabro SML, Rath IBS, Grandó LJ, Gil JN, Schlemper JB, Pellegrini GF. Estudo das manifestações estomatológicas em pacientes infectados pelo HIV, atendidos no Hospital Nereu Ramos – Florianópolis – SC, Brasil. Rev Pos Grad 2002; 9(1): 12-9.

Endereço para correspondência:**CESAR WERNECK NOCE**

Rua Senador Vergueiro, 92 / 503, Flamengo, Rio de Janeiro, RJ.

CEP: 22230-001.

E-mail: cesarnoce@globo.com.

Recebido em: 27/10/05

Aprovado em: 18/12/05