

Manifestações dermatológicas em pacientes infectados pelo HIV

Um estudo de prevalência

PRISCILA REGINA ORSO REBELLATO

Médica especializanda em Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

PAULA CRISTINA GERN MENDÍVIL

Médica referência em Genotipagem pelo Ministério da Saúde. Infectologista no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Hospital e Maternidade Dona Helena, Centro Hospitalar Unimed e Unidade Sanitária de Joinville.

LUIZ HENRIQUE MELO

Médico intensivista e infectologista. Coordenador do Setor de Infectologia do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Coordenador do Departamento de Clínica Médica do Hospital Municipal São José. Professor de Infectologia e Propedêutica Médica da Universidade da Região de Joinville. Presidente da CCIH do Hospital e Maternidade Dona Helena e Centro Hospitalar Unimed de Joinville.

LUIS EDUARDO AGNER MACHADO MARTINS

Médico dermatologista. Mestre e doutor em Dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. Professor de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Resumo

Na infecção pelo HIV, a pele pode ser tanto um indicador precoce de doença quanto de gravidade. Este estudo analisou a frequência e a apresentação clínica de manifestações dermatológicas em pacientes portadores de HIV, destacando as lesões mais encontradas, e correlacionou suas características com o estado imunológico. Foram encontradas 129 lesões mucocutâneas dentre os 57 pacientes portadores de HIV examinados, havendo em média 2,25 lesões por paciente. As dermatoses mais comuns, em ordem decrescente de frequência, foram candidíase oral, onicomicose e dermatite seborreica. As lesões oportunistas mostraram relação significativa com deficiência imunológica, e as afecções de pele mais encontradas mostraram-se bons indicadores do estado imunológico do paciente e da progressão da doença.

Summary

In the HIV infection the skin can be either an early indicator of disease and severity. This study examined the frequency and clinical presentation of skin manifestations in patients with HIV, highlighting the most frequent injuries, and correlated their characteristics with the immune status. We found 129 mucocutaneous lesions among 57 patients with HIV, with an average of 2.25 lesions per patient. The most common skin diseases in descending order of frequency were oral candidiasis, onychomycosis and seborrheic dermatitis. Opportunistic lesions showed significant relationship with immune deficiency and the most frequent skin diseases proved to be good indicators of the immune status of the patient and disease progression.

Introdução

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2012 foram notificados no Brasil 39.185 casos de AIDS. A

taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100 mil habitantes (1).

Manifestações dermatológicas ocorrem em todo o espectro da infecção pelo HIV e

Unitermos: Lesões na pele; HIV; imunologia.

Keywords: Skin lesions; HIV; immunology.

são observadas em mais de 90% dos pacientes, com aumento proporcional da gravidade conforme a imunossupressão (2). O acometimento da pele pode apresentar-se como manifestação inicial isolada da infecção, permitindo seu diagnóstico precoce (3). Pode se expressar como indicadores típicos, sugestivos ou inespecíficos. Os marcadores típicos ocorrem quase exclusivamente entre indivíduos com HIV. Já os sugestivos induzem à investigação de causas subjacentes de dano imunológico, enquanto os inespecíficos surgem também em pessoas sem infecção (4).

A pele é o maior e mais visível órgão do corpo humano. Conseqüentemente apresenta os mais variados tipos de manifestações patológicas. Nos pacientes imunodeprimidos pelo HIV existe um declínio no número e na função das células apresentadoras de antígenos e células T CD4+, tornando a pele mais vulnerável aos agentes infecciosos oportunistas e neoplásicos (5).

Além de frequentes, as lesões podem apresentar-se de forma atípica em pacientes imunodeficientes, o que pode dificultar o seu diagnóstico. É justamente a apresentação atípica de doenças dermatológicas comuns ou o aparecimento de doenças cutâneas pouco prevalentes que alerta o examinador para a presença de imunodepressão, levando ao diagnóstico da infecção pelo HIV e AIDS, servindo como marcadores de progressão da doença. Graves infecções oportunistas podem apresentar-se primeiramente na pele, sendo importantes o diagnóstico e o tratamento precoces (6).

O presente estudo busca analisar a frequência e a apresentação clínica de manifestações dermatológicas em pacientes portadores de HIV, destacando as lesões mais comumente encontradas, e correlacionar suas características com dados laboratoriais.

Materiais e métodos

Este é um estudo transversal, realizado com pacientes internados no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville/SC, de dezembro de 2012 a abril de 2013. Foram incluídos na pesquisa os pacientes maiores de 16 anos e comprovadamente infectados pelo HIV, com diagnóstico da infecção segundo as orientações da Portaria SVS/MS n.º 151, de 2009 (7), e que apresentavam lesões de pele no momento do primeiro exame clínico. Foram avaliadas a carga viral e a contagem de linfócitos T CD4 de cada paciente e, dependendo da suspeita inicial aventada em cada caso, foram realizados estudo histopatológico e cultura para microrganismos.

A fase da infecção pelo HIV foi classificada de acordo com o Sistema de Classificação Revisado, encontrado em Focaccia (4), e foram considerados portadores de imunossupressão os pacientes que se encontravam nas fases A3, B3, C1, C2 e C3 desta classificação (ver Tabela 1).

A porcentagem da superfície corporal com lesão de pele foi classificada de acordo com a Regra dos Nove (segmento cefálico e pescoço 9%, membros superiores 9% cada segmento, hemitroncos e membros inferiores 18% cada segmento) (9), e o índice de qualidade de vida em Dermatologia foi avaliado através do Dermatology Life Quality Index (DLQI) validado para a língua portuguesa (10).

Os resultados obtidos foram analisados através do programa estatístico SPSS 13.0 e foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Pontos-chave:

> Além de frequentes, as lesões podem apresentar-se de forma atípica em pacientes imunodeficientes, o que pode dificultar o seu diagnóstico;

> Graves infecções oportunistas podem apresentar-se primeiramente na pele, sendo importantes o diagnóstico e o tratamento precoces;

> O presente estudo busca analisar a frequência e a apresentação clínica de manifestações dermatológicas em pacientes portadores de HIV.

TABELA 1: Sistema de classificação revisado para infecção por HIV

Categorias de células T CD4+	A: HIV assintomático, agudo (primário) ou linfadenopatia generalizada persistente	B: sintomático, condições nem A, nem C	C: doenças definidoras de AIDS
= 500 células/ml	A1	B1	C1
200-499 células/ml	A2	B2	C2
< 200 células/ml	A3	B3	C3

Resultados

Foram avaliados 57 pacientes, com idades entre 20 e 66 anos e uma média de 40,9 ± 9,9 anos, sendo 36 homens (63%) e 21 mulheres (37%).

O tipo mais frequente de exposição ao HIV foi através de relação heterossexual (47%), seguido por aqueles que não souberam a fonte do contágio (35%) e por relação homossexual (9%).

A maioria dos pacientes apresentava contagem de linfócitos T CD4 abaixo de 200/mm³ (67%), sendo a média encontrada de 176 ± 198 células/mm³. A média da carga viral foi de 356.027 ± 807.337 cópias/ml.

No momento da entrevista, 29 pacientes (51%) estavam usando esquema antirretroviral.

A maioria dos estudados se encontrava na fase C3 da infecção pelo HIV (ver figura) e 91% já haviam desenvolvido AIDS. Ainda, 93% dos pesquisados eram portadores de imunossupressão (ver Gráfico).

A maioria (63%) dos examinados apresentou menos de 5% de superfície corporal atingida por dermatoses, 21% entre 5%-50% e 16% mais de 50% de superfície corporal atingida. Não houve relação estatisticamente significativa entre percentuais de superfície corporal comprometida e presença de AIDS.

Quando interrogados quanto à qualidade de vida em relação às dermatoses apresentadas, grande parte dos pacientes de-

monstrou não haver comprometimento (32%) ou haver comprometimento leve (23%) no seu dia a dia. Esses resultados também não apresentaram relação estatisticamente significativa com a presença ou não de AIDS.

Foram realizados 129 diagnósticos, constatando-se 32 diferentes alterações mucocutâneas, numa média de 2,25 dermatoses por paciente. Dentre os entrevistados, 39% apresentavam três lesões de pele ou mais, sendo que dentre estes a maioria já era portadora de imunossupressão.

As manifestações evidenciadas e suas frequências estão listadas na Tabela 2. E, de acordo com o proposto por Gomides *et al.* (11), elas foram divididas conforme a Tabela 3.

Quanto à presença de AIDS em relação às três dermatoses mais frequentes, os dados são apresentados na Tabela 4. Pode-se dizer que houve significância na relação entre AIDS e candidíase oral e onicomicose, porém isso não ocorreu com a dermatite seborreica.

Da mesma forma, houve predomínio estatisticamente significativo de dermatoses fúngicas e eritemato-escamosas em pacientes já doentes de AIDS (Tabela 5).

Encontramos significância na relação entre a presença de imunossupressão e as três dermatoses mais comuns na pesquisa (candidíase oral, onicomicose e dermatite seborreica), de acordo com a Tabela 6. Além disso,

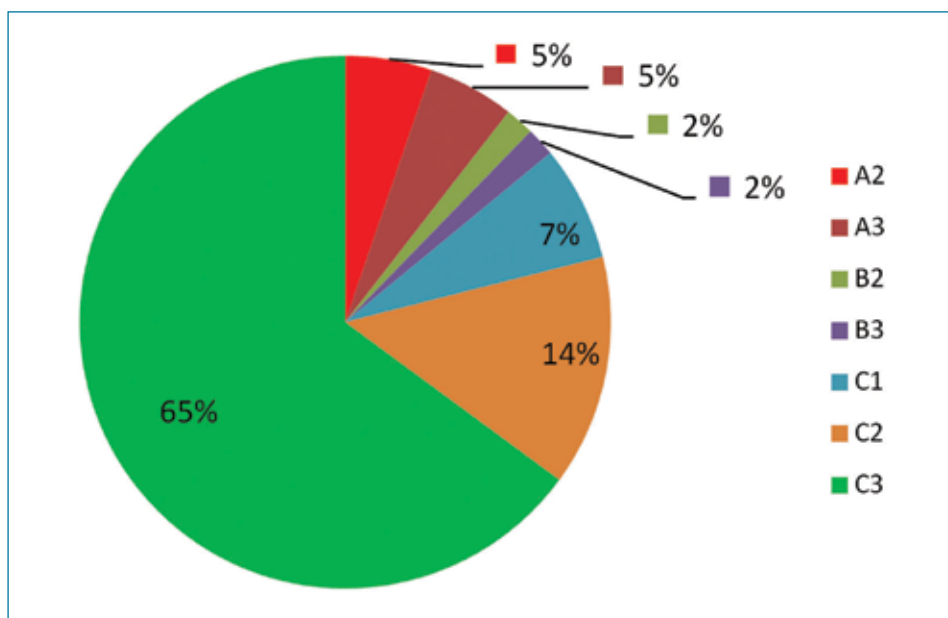


Gráfico: Fase da infecção pelo HIV.

TABELA 2: Distribuição dos pacientes segundo as dermatoses encontradas

Dermatoses	Frequência	%
Candidíase oral	22	38,60
Onicomicose	20	35,09
Dermatite seborreica	17	28,07
Eczema asteatósico	8	14,04
Prurigo do HIV	8	14,04
Herpes simples	6	10,53
Tínea <i>pedis</i>	6	10,53
Alopecia	4	7,02
Ptíriase versicolor	4	7,02
Disidrose ID	3	5,26
Tínea <i>corporis</i>	3	5,26
Tínea <i>cruris</i>	3	5,26
Dermatite esfoliativa	2	3,51
Paroníquia	2	3,51
Psoríase	2	3,51
Sarcoma de Kaposi	2	3,51
Verruga vulgar	2	3,51
Carcinoma basocelular	1	1,75
Ceratose actínica	1	1,75
Ceratose pilar	1	1,75
Condilomatose genital	1	1,75
Estomatite aftosa	1	1,75
Herpes zoster	1	1,75
Lesões de Janeway	1	1,75
Molusco contagioso	1	1,75
Prurigo nodular	1	1,75
Queilite angular	1	1,75
Queloides	1	1,75
Tínea <i>barbae</i>	1	1,75
Úlceras orais por CMV	1	1,75
Urticária	1	1,75
Verruga plana	1	1,75
Total	129	100

TABELA 3: Dermatoses observadas nos 57 pacientes examinados

Dermatoses	Frequência	%
Fúngica	61	47,66
Eritemato-escamosa	22	17,19
Papuloprurítica	18	14,06
Viral	13	10,16
Neoplásica	4	3,13
Induzida por drogas	3	2,34
Outras	8	6,25
Total	129	100

houve maior frequência dessas afecções em pacientes com CD4 < 200 células/mm³, porém houve significância estatística apenas para candidíase oral e dermatite seborreica (Tabela 7).

De acordo com dados coletados, 77% dos pacientes com AIDS eram portadores de doenças infecciosas. Além disso, elas estavam presentes em 79% dos imunossuprimidos, contra 21% dos sem imunossupressão.

Patologias infecciosas também foram prevalentes naqueles com CD4 < 200 e em 76% deles a dermatose era decorrente de germe oportunista.

A maior parte dos pacientes que apresentaram candidíase oral, onicomicose e dermatite seborreica, as mais frequentes no estudo, não estavam em uso de TARV (terapia antirretroviral), mas isso só foi significativo na dermatite seborreica.

Discussão

Dentro do espectro clínico da AIDS, diversos estudos vêm tentando caracterizá-la e definir indicadores mucocutâneos da presença desta infecção.

Quando os dados epidemiológicos do presente estudo são comparados com dados da população brasileira notam-se algumas

TABELA 4: Dermatoses mais comuns em relação à presença de AIDS

AIDS	Candidíase oral		Onicomicose		Dermatite seborreica	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Sim	20*	91	19*	95	15	88
Não	2	9	1	5	2	12
Total	22	100	20	100	17	100

* Estatisticamente significativa.

TABELA 5: Dermatoses fúngicas, virais, eritêmato-escamosas e papulopruríticas em relação à presença de AIDS

AIDS	Dermatoses fúngicas		Dermatoses virais		Dermatoses eritêmato-escamosas		Dermatoses papulopruríticas	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Sim	36*	90	11	100	22*	92	9	100
Não	4	10	0	0	2	8	0	0
Total	40	100	11	100	24	100	9	100

* Estatisticamente significativa.

TABELA 6: Dermatoses mais comuns em relação à presença de imunossupressão

Imunossupressão	Candidíase oral		Onicomicose		Dermatite seborreica	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Sim	21*	95	20*	100	16	94
Não	1	5	0	0	1	6
Total	22	100	20	100	17	100

* Estatisticamente significativa.

TABELA 7: Dermatoses mais comuns em relação à contagem de células CD4

Contagem de células CD4	Candidíase oral		Onicomicose		Dermatite seborreica	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
< 200	17*	77	10*	50	12	71
200-499	5	23	5	25	4	23
> 500	0	0	5	25	1	6
Total	22	100	20	100	17	100

* Estatisticamente significativa.

semelhanças. Segundo o *Boletim Epidemiológico — HIV/AIDS* (1), publicado pelo Ministério da Saúde, há mais casos de doença entre os homens do que entre as mulheres, e a razão entre os sexos no Brasil chegou a 1,7 caso em homens para cada mulher, número este exatamente igual ao encontrado em nossa população estudada.

A idade dos entrevistados variou entre 20 e 66 anos, com uma média de 40,9 anos. Este dado se assemelha com os encontrados por Gomides *et al.*, em que a idade variou entre 17 e 65 anos, com média de 32,8 anos (11), e por Cunha *et al.*, com variação na idade encontrada entre 19 e 55 anos, com média de 32,9 anos (12). Segundo o Ministério da Saúde, as maiores taxas de detecção de AIDS no Brasil entre 2003 e 2012 ocorreram nos indivíduos com 30 a 49 anos (1).

Quanto à forma de transmissão, prevalece na população brasileira maior de 13 anos a forma sexual (1), dado que não foi diferente

em nosso trabalho. De acordo com nossos resultados e os encontrados em outros estudos analisados, a exposição heterossexual foi a mais comum (11, 13).

Neste estudo foram realizados 129 diagnósticos, com 32 diferentes alterações dermatológicas, com uma média de 2,25 dermatoses diagnosticadas por paciente. Foram avaliados apenas pacientes portadores de HIV que se encontravam internados, o que talvez justifique a média da contagem de linfócitos T CD4 de 176 células/mm³ e o fato de a maior parte dos entrevistados se encontrar em fases mais avançadas da doença.

Estudos anteriores demonstram que quanto mais imunossuprimido se encontra o indivíduo, maior o número de lesões nele diagnosticadas (2, 6, 14). Embora os dados encontrados em nosso trabalho não tenham significância estatística, por causa do pequeno tamanho da amostra, verificamos que os pacientes imunossuprimidos apresentaram

Neste estudo foram realizados 129 diagnósticos, com 32 diferentes alterações dermatológicas, com uma média de 2,25 dermatoses diagnosticadas por paciente. Foram avaliados apenas pacientes portadores de HIV que se encontravam internados, o que talvez justifique a média da contagem de linfócitos T CD4 de 176 células/mm³ e o fato de a maior parte dos entrevistados se encontrar em fases mais avançadas da doença.

maior número de dermatoses em relação aos imunocompetentes. Além disso, Jensen *et al.* demonstraram em seu trabalho que a quantidade de lesão por paciente não se relacionou apenas ao estado imunológico, mas também ao tempo de sobrevivência do doente (15).

As dermatoses infecciosas foram as mais prevalentes no presente estudo e as infecções fúngicas as mais encontradas nos pacientes imunossuprimidos. Assim como nesta pesquisa, Gomides *et al.* (11) e Cunha *et al.* (12) também encontraram predomínio de lesões fúngicas em seus pacientes, respectivamente 78,2% e 28,2% de todas as lesões por eles analisadas.

Segundo Huang *et al.* (14), a alteração de pele mais frequente em portadores de HIV foi a candidíase oral (25,8%). Jensen *et al.* (15), em estudo prospectivo, constataram prevalência de candidíase oral, leucoplasia pilosa e dermatite seborreica. Shobana *et al.* (16) também encontraram como dermatose mais comum a candidíase oral (36%), seguida por dermatofitose e gengivite (13% cada). Michelim *et al.* (17) observaram que a lesão de pele mais comum tanto em pacientes ambulatoriais como internados no hospital também é a candidíase oral. No estudo de Gomides *et al.* (11), as patologias mais vistas foram as fúngicas, com 78%, seguidas das virais, com 40%, e das eritemato-escamosas, com 27%. De todas as lesões, a mais comum foi a candidíase oral. Ao contrário dos anteriores, Cunha *et al.* (12) encontraram prevalência de dermatite seborreica (53,7%) em pacientes com HIV.

Semelhante ao reportado por outros autores, este estudo de prevalência constatou que a candidíase oral é a lesão mucocutânea mais frequente dentre os pacientes portadores de HIV, estando presente em 38,6% dos entrevistados. Em segundo lugar encontrou-se a onicomicose, com 35,9%, seguida pela dermatite seborreica, com 28,07%.

Sabe-se que a função imune exerce um papel fundamental no desenvolvimento das doenças de pele, especialmente nas infecciosas. Em nossa pesquisa demonstramos com significância estatística que as dermatoses infecciosas foram mais frequentes nos pacientes imunossuprimidos do que as não infecciosas; da mesma forma, elas também foram prevalentes nos indivíduos que já haviam desenvolvido AIDS.

As doenças fúngicas foram as mais frequentes (47,66% dos diagnósticos) neste estudo. Dentre elas encontrou-se candidíase oral, onicomicose, paroníquia, tinea e pitiríase versicolor.

A candidíase oral sempre esteve entre as doenças mais frequentemente observadas nos pacientes com AIDS. Em diversos estudos tem sido demonstrada como um marcador de declínio na imunidade (12, 16, 17). Clinicamente é caracterizada por lesões esbranquiçadas, puntiformes ou maiores, isoladas ou confluentes, formando placas, que podem ocupar extensas áreas da língua ou qualquer parte da cavidade oral. Nos casos com grave imunodepressão pode haver acometimento de faringe, laringe, esôfago ou disseminação sistêmica (18).

Constatamos que houve predomínio significativo de contagens de células CD4 inferiores a 200/mm³ nos pacientes com candidíase e observou-se sua maior prevalência, estatisticamente significativa, quando a carga viral se encontrava muito elevada, superior a 100.000 cópias/mm³. Estes dados também foram constatados por outros autores (12, 14).

As onicomicoses são também frequentes, sendo comum o acometimento de várias unhas, das mãos ou dos pés. Mesmo em pacientes jovens, um dos quadros clínicos clássicos é a onicomicose branca subungueal. O agente etiológico mais frequentemente isolado é o *Trichophyton rubrum*. O comprometimento inicia-se na área proximal da unha e, progressivamente, pode envolver toda a lâmina ungueal (18).

A dermatite seborreica tem sua incidência e gravidade aumentadas com a imunossupressão. O quadro clínico é semelhante ao da população em geral, porém há casos com lesões disseminadas, com evolução para psoríase e eritrodermia. Se a imunossupressão for intensa, a resposta ao tratamento será ruim e as recidivas, frequentes (18). Essa dermatose foi a mais comum no estudo realizado por Cunha *et al.* (12). Eles a consideraram um indicador dermatológico não específico da fase de evolução da infecção pelo HIV. No presente estudo, a contagem de CD4 foi menor que 200/mm³ em 71% dos casos de dermatite seborreica, com significância estatística. E ainda, 94% dos pacientes com esta lesão eram portadores de imunossupressão.

Pontos-chave:

> As doenças fúngicas foram as mais frequentes (47,66% dos diagnósticos) neste estudo;

> Dentre elas encontrou-se candidíase oral, onicomicose, paroníquia, tinea e pitiríase versicolor;

> A candidíase oral sempre esteve entre as doenças mais frequentemente observadas nos pacientes com AIDS.

Não houve relação estatisticamente significativa entre os percentuais médios de superfície corpórea comprometida e a presença de AIDS. A média percentual da superfície corporal acometida (SCA) foi 16%, semelhante aos 12,5% encontrados por Cardoso *et al.* (2). A maior parte, ou seja, 63% dos examinados, apresentou menos de 5% de SCA, o que não corresponde à expectativa lógica de maior extensão de acometimento entre imunossuprimidos. Talvez seja este predomínio de pequena área de pele acometida que justifique o fato de a maior parte dos pacientes não relatar comprometimento significativo da qualidade de vida.

Conclusões

Foram encontradas 129 lesões mucocutâneas entre os 57 pacientes portadores de HIV examinados, havendo em média 2,25 lesões por paciente. As lesões de etiologia fúngica foram as mais prevalentes, seguidas das eritemato-escamosas. As dermatoses mais

comuns, em ordem decrescente de frequência, foram candidíase oral, onicomicose e dermatite seborreica.

Lesões oportunistas foram frequentes neste estudo, e mostraram importante relação com deficiência imunológica. Dentre os pacientes com AIDS, 77% eram portadores de doenças infecciosas e, além disso, elas estavam presentes em 79% dos imunossuprimidos, contra 21% dos pacientes sem imunossupressão.

As afecções de pele mais encontradas mostraram-se bons indicadores do estado imunológico do paciente e da progressão da doença, havendo correlação estatisticamente significativa desses índices com a contagem de CD4. Assim sendo, é de extrema relevância que o médico conheça as doenças dermatológicas mais frequentes entre os pacientes infectados pelo HIV, o que pode auxiliá-lo no diagnóstico e no acompanhamento da doença.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico — HIV/AIDS*. Brasília, 2013. p. 13-15. ISSN: 1517-1159.
2. CARDOSO, F.; RAMOS, H. & LOBO, M. — Dermatoses em indivíduos infectados pelo vírus HIV com diferentes graus de imunossupressão. *An. Bras. Dermatol.*, 77(6): 669-80, 2002.
3. GON, A.S. & MINELLI, L. — Manifestações dermatológicas na infecção pelo HIV e Aids. *Rev. Bras. Med.*, 60(10): 770-81, 2003.
4. FOCACCIA, R. — *Veronesi: tratado de Infectologia*. São Paulo, Atheneu, 2009. 143p.
5. CEDENO-LAURENT, F.; GOMEZ-FLORES, M. *et al.* — New insights into HIV-1-primary skin disorders. *J. Int. AIDS Society*, 14(5): 12-23, 2011.
6. MICHELIN, L.; ATTI, J.L. *et al.* — Dermatoses em pacientes infectados pelo HIV com a contagem de linfócitos CD4. *Rev. Saúde Pública*, 38(6): 758-63, 2004.
7. BRASIL. Portaria da SVS/MS n.º 151, de 14 de outubro de 2009. Agiliza e amplia normas para a realização de

- testes anti-HIV. Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Brasília DF, 16 out. 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes>>. Acesso em 17 out. 2012.
8. AZULAY, D.R. — Onicopatias infecciosas. In: Lupi, O. & Cunha P.R. — *Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Itapevi, AC Farmacêutica, 2012. p. 472-5.
9. AZULAY, D.R. — *Dermatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006. p. 821.
10. SILVARES, M.R.C.; FORTES, M.R.P. & MIOT, H.A. — Qualidade de vida em urticária crônica: Inquérito em ambulatório público universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 57(5): 577-82, 2011.

Obs.: As 18 referências restantes que compõem este artigo se encontram na Redação, à disposição dos interessados.

Endereço para correspondência:

Priscila Regina Orso
Rebellato
Av. Sete de Setembro, 4.500
— Bairro Batel
80240-000
Curitiba-PR