

Manifestações clínicas em crianças infectadas pelo HIV na era HAART: um estudo seccional

*Dennis de C. Ferreira*¹

*Luana R. Souza*²

*Sandra H. P. Berbert*³

*Helena Lucia B. Reis*⁴

*Phillipe Godefroy*⁵

*Gesmar Volga*⁶

*Norma P. Rubini*⁷

*Mauro R. L. Passos*⁸

Resumo

O número de crianças infectadas pelo HIV ainda cresce progressivamente, tornando-se uma das cinco principais causas de óbito pediátrico no mundo. Este trabalho teve como objetivo escrever as manifestações clínicas da infecção pelo HIV em crianças de 4 a 12 anos com o uso ou não de tratamento anti-retroviral. O estudo foi descritivo, seccional, observacional e quantitativo, realizado com pacientes pediátricos HIV+, dos Hospitais Gafrée e Guinle (HUGG) e Centro Previdenciário de Niterói (CPN), no Rio de Janeiro, em 2005. Após coleta de dados por ficha clínica e consulta dos prontuários, realizou-se análise estatística descritiva por frequência simples, com o uso do teste χ^2 . 63% dos pacientes do HUGG e CPN faziam uso de HAART, com 48% sem manifestação clínica ($p=0,1376$). As manifestações clínicas mais frequentes foram infecções das vias aéreas superiores (6%) e herpes simples (2%). Concluiu-se que a terapia anti-retroviral (HAART) fez as manifestações clínicas da infecção pelo HIV diminuírem, gerando uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: HIV – Crianças – HAART.

INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida e causada pela transmissão do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Ao longo dos anos,

tornou-se um grave problema de saúde pública, visto que a doença se propagou por todo o mundo sem distinção de raça ou classe social, assumindo, na atualidade, um padrão heterossexual, o que a classifica como uma pandemia.

¹ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente – UFF.

² Residente em Enfermagem Pediátrica do HUPE/UERJ.

³ Mestranda em Saúde Coletiva – UFF.

⁴ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO.

⁵ Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente – UFF.

⁶ Prof^a titular de Pediatria da UFF.

⁷ Chefe do ambulatório de AIDS pediátrica – UNIRIO.

⁸ Chefe do setor de DST/UFF.

Correspondência para / Correspondence to:

Dennis de C. Ferreira

Rua Riodades, 132 – Fonseca.

CEP: 24130-240 Niterói – RJ – Brazil.

Tel: (21) 2625-5084.

E-mail: denniscf@gmail.com

Os dados do Ministério da Saúde (MS) demonstram uma redução na taxa de transmissão vertical, que chega a menos de 20%, o que significa que, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV positivas. Verificou-se que, no período de 1983 a junho de 2006, foram notificados 13.171 casos de AIDS em menores de 13 anos de idade devidos à transmissão vertical¹.

Entretanto, ainda há uma grande atenção, em âmbito mundial, quanto à via de transmissão vertical do HIV, pois, mesmo com as medidas para a prevenção desse tipo de contaminação de gestantes para o feto, existem evidências que comprovam as dificuldades de sua implementação, em especial nas regiões menos favorecidas do país². Os registros de testes para HIV durante o pré-natal possuem percentuais baixos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil³, além de nem sempre ser realizado o aconselhamento pré e pós-teste⁴. Esses dados nos trazem a realidade do nosso país quanto à deficiência da cobertura e da qualidade do pré-natal no Brasil, com destaque nas regiões mais pobres e carentes.

Foi constatado que, na década de 90, houve o início dos avanços no cuidado a crianças infectadas pelo HIV, o que levou a uma mudança na progressão clínica da doença, resultando na diminuição da morbidade e mortalidade. Somam-se a esse avanço, a descoberta sobre a dinâmica viral e celular na infecção e o desenvolvimento de novas classes de medicamentos que tornaram possível uma reformulação na terapêutica anti-retroviral (ARV), indicando o uso da Terapia anti-retroviral de alta potência, em inglês HAART (Highly Active Antiretroviral Treatment)⁵.

A evolução da doença varia muito em pacientes pediátricos, podendo haver desde as crianças rapidamente progressoras até as progressoras lentas. Isso se deve a inúmeros fatores que contribuem para essa progressão, tais como: a época da infecção, a carga viral, o genótipo e fenótipo virais, a resposta imune e a constituição genética do indivíduo. Sendo assim, torna-se necessário o acompanhamento clínico e a avaliação imunológica (pela contagem de linfócitos T CD4+ e CD8+) e virológica (pela

amplificação do RNA das partículas virais circulantes ou “carga viral”) de forma periódica, a fim de se avaliar o prognóstico, orientar decisões terapêuticas e monitorar a eficácia do tratamento.

Nesse contexto, a terapia anti-retroviral foi introduzida com o propósito de reduzir a morbidade e a mortalidade de crianças e adultos infectados pelo HIV⁶. Para isso, existem algumas condições essenciais para a efetividade do tratamento, que exigem dos responsáveis: assegurar uma adesão satisfatória ao tratamento em longo prazo e monitorá-lo sistematicamente; controlar e motivar o uso dos medicamentos; levar a criança ao médico e realizar os exames de acordo com as solicitações. E dos profissionais, certo rigor, para garantir: saber escolher os esquemas mais potentes e com a menor toxicidade possível; ter como objetivo principal manter preservado o sistema imune.

Portanto, se, em alguma situação, ocorrer falha, o tratamento poderá ser prejudicado, causando possível resistência viral e (ou) falhas imunológicas, retardando a melhora clínica e consequentemente afetando a qualidade de vida da criança em tratamento⁷.

O presente estudo tem como objetivo descrever as manifestações clínicas da infecção pelo HIV em pacientes pediátricos mediante o uso ou não de tratamento anti-retroviral, no intuito de fornecer uma contribuição sobre o padrão atual dessas manifestações, uma vez que elas podem influenciar na qualidade de vida dessas crianças, bem como colaborar na formação dos profissionais de saúde que atendem a esse grupo de pacientes.

Este estudo também se justifica pelo fato de o HIV ter sido descoberto há cerca de 30 anos, e pela possibilidade de algumas infecções oportunistas terem sofrido mudanças em seus padrões de apresentação e evolução, como já se observou nas manifestações orais dessa infecção em outros trabalhos realizados anteriormente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza por ser descritivo, seccional, observacional e

quantitativo. Os sujeitos desta pesquisa foram pacientes pediátricos infectados pelo HIV (com diagnóstico definitivo conforme o protocolo do MS), com idade entre 4 e 12 anos completos, acompanhados no ambulatório de Alergia e Imunologia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (HUGG) no Rio de Janeiro e no ambulatório de SIDA/AIDS Pediátrica no Centro Previdenciário de Niterói (CPN), no período de março a novembro do ano de 2005. Foram avaliadas 100 crianças, com um total de 27 do CPN e 73 do HUGG. Os responsáveis pelas crianças foram entrevistados e divididos em mãe, pai e cuidador institucional (responsáveis de abrigos e instituições) e domiciliar (avós, tios, irmãos, primos e pais adotivos).

Durante a entrevista, foi preenchida uma ficha de identificação como instrumento de coleta de dados, que possuía perguntas sobre os dados clínicos dos pacientes como: manifestação inicial da infecção pelo HIV, estado de saúde no momento da entrevista, contagem de linfócitos T CD4+ e CD8+, carga viral, esquema anti-retroviral em uso, efeitos adversos e realização de genotipagem. Caso houvesse dificuldade de compreensão por parte dos responsáveis e pacientes em relação à terapêutica utilizada, entre outros dados, os prontuários das crianças eram consultados para esclarecimento.

Entre os critérios de inclusão também estava a concordância dos responsáveis em participar do estudo e em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, as crianças deveriam estar sob acompanhamento clínico nos serviços de SIDA/AIDS anteriormente indicados. Como critério de exclusão definiu-se a existência alguma patologia de caráter crônico com comprometimento sistêmico (como leucemia, tuberculose e outras) concomitante, no momento da coleta de dados para controle de confundimento.

Com os resultados foi formulado um banco de dados no Microsoft Excel e eles foram tratados estatisticamente pelo programa Graphpad Instat, com a realização de uma análise descritiva por meio de porcentagem e do teste do χ^2 .

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa sobre qualidade de vida de crianças

infectadas pelo HIV aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal Fluminense (parecer nº. 053/2005) antes de sua realização, e os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Cabe destacar que este estudo pertence a um projeto de pesquisa sobre a avaliação da qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV que teve apoio financeiro da FAPERJ.

RESULTADOS

Cento e doze indivíduos foram elegíveis para o presente estudo após o cálculo do universo amostral, sendo que, desses, quatro negaram-se a participar, cinco foram excluídos por apresentarem prontuários incompletos e três por motivos alheios à nossa vontade, como falta às consultas marcadas com grandes intervalos.

Quanto à identificação das unidades de atendimento, a distribuição de acordo com a instituição de origem foi de 73% (73/100) acompanhados no HUGG e 27% (27/100) no CPN.

A faixa etária e o gênero das crianças infectadas pelo HIV que participaram deste estudo estão presentes na Tabela 1. Cabe destacar que o gênero feminino apresentou maior frequência, seguido da faixa etária na classe de 10 a 12 anos.

A relação dos responsáveis pelas crianças infectadas pelo HIV encontra-se na Tabela 2, na qual observamos que metade das crianças estava sob custódia dos cuidadores (somando domiciliares e institucionais).

Quanto ao uso de TARV por parte dos pacientes do presente estudo, observamos que um total de 63% encontrava-se em uso de HAART (com terapia tripla ou com a associação de quatro fármacos) e 9% sem uso de TARV, conforme demonstra o Gráfico 1.

Em relação à classificação imunológica desses pacientes, 59% não apresentavam alteração imunológica. No entanto, para carga viral, quase a metade dessas crianças apresentava carga viral considerada moderada (para escores <250.000 cópias/mm³) (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição das crianças infectadas pelo HIV avaliadas no estudo, de acordo com o sexo e a idade nos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ – 2005.

Idade	Sexo		N	f(%)
	Feminino	Masculino		
4 6	10	13	23	23
6 8	16	8	24	24
8 10	12	11	23	23
10 12	19	11	30	30
Total	57	43	100	100

Tabela 2 - Distribuição dos responsáveis pelas crianças infectadas pelo HIV que participaram do presente estudo, de acordo com o título, dos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ – 2005.

Responsável	N	f(%)
Cuidador institucional	14	14
Cuidador domiciliar	36	36
Mãe	44	44
Pai	6	6
Total	100	100

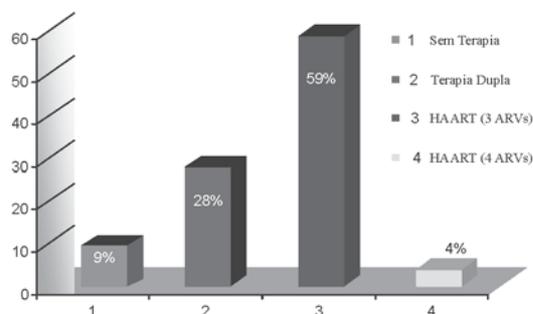


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com as TARV utilizadas na ocasião da entrevista nos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ – 2005.

No que diz respeito às manifestações clínicas da infecção pelo HIV, verificamos que 82% desses pacientes não apresentavam qualquer tipo de manifestação ao exame clínico. Todavia, a coinfeção mais frequente foi a de vias aéreas superiores (IVAS), conforme é indicado na Tabela 4.

Embora 74 (74%) dos pacientes não apresentassem manifestações clínicas da

Tabela 3 - Categorias da imunidade e carga viral da classificação da infecção pelo HIV em pacientes dos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ – 2005.

Variáveis	Pacientes (n=100)
Contagem de CD4+ (%)	
Ausente	59%
Moderada	28%
Grave	13%
Carga viral	
Indetectável	21%
Moderada	48%
Alta	31%

infecção pelo HIV e fizessem uso de TARV, apenas 17 apresentavam manifestações. Essa correlação não foi estatisticamente significativa quando foi utilizado o Teste do χ^2 ($p=0,1376$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O aumento nos últimos anos da infecção pelo HIV, principalmente em alguns grupos específicos, como adolescentes⁸, mais expressivamente do sexo feminino, tem se mostrado crescente no mundo, pois muitos são infectados em consequência da transmissão vertical, assim como por via sexual devido à iniciação sexual precoce⁹, ou ainda pelo abuso sexual. Por outro lado, observamos uma redução nas taxas de transmissão vertical, que hoje alcançam níveis em torno de 3 a 2%¹⁰.

As unidades hospitalares utilizadas no presente estudo foram escolhidas por se

Tabela 4 - Frequência de manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV em pacientes dos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ - 2005.

Manifestações clínicas por sistemas	N	f(%)
1 Sem alterações	82	82
2 Diarréia	1	1
Candidíase	1	1
Amigdalite	1	1
Herpes simples	2	2
3 Asma brônquica	1	1
IVAS	6	6
Pneumonia bacteriana	1	1
4 Otite média	1	1
Otorréia purulenta	1	1
5 Alterações neurológicas	1	1
6 Xerodermia	1	1
Dermatite inespecífica	1	1

Tabela 5 - Descrição da correlação entre as manifestações clínicas da infecção pelo HIV e o uso de TARV em pacientes dos Hospitais Gafrée e Guinle e CPN – RJ – 2005.

Uso de TARV	Manifestações clínicas		N	f(%)
	Não	Sim		
Não	8	1	9	9
Dupla	26	2	28	28
HAART	48	15	63	63
Total	82	18	100	100

constituírem centros de referência no tratamento da infecção pelo HIV há mais de vinte anos, coordenados por profissionais capacitados e interligados a ONGs (organizações não governamentais). E também por possuírem o mesmo padrão de atendimento a crianças infectadas e acompanhamento das necessidades de suas famílias. Trata-se de locais onde os profissionais de saúde compõem uma equipe multidisciplinar, principalmente no que corresponde à adesão à terapia anti-retroviral (TARV), havendo enfermaria para pacientes internados, triagem e coleta de amostras de sangue para diagnóstico e para o aconselhamento dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Com a introdução da HAART, houve uma profunda e significativa mudança na história natural, epidemiológica e nas manifestações clínicas da infecção pelo HIV ¹¹. Entretanto, a TARV trouxe também o que viria a ser um dos

principais obstáculos, senão o maior, ao tratamento, que é a adesão¹².

Quando ocorreu a investigação em relação à identificação da TARV, mais da metade dos responsáveis não souberam referir o nome dos ARV, sendo que 54% não descreveram o nome correto. Por esse motivo, a terapia foi classificada conforme sua descrição no Gráfico 1, partindo-se, então, para a consulta dos prontuários.

Contudo, destacamos que cerca de 9% da população-alvo encontrava-se sem TARV. No caso de duas dessas crianças, esse fato deveu-se ao abandono do tratamento, demonstrando assim que a não-adesão ainda é identificada como importante causa de falência da TARV¹³, e a população infantil e os adolescente são os mais propensos à não-adesão para medicações de uso crônico, como os anti-retrovirais (ARV)¹².

Cabe dizer que, ao longo de 20 anos, a infecção pelo HIV incorporou conceitos,

preconceitos e paradigmas que a caracterizam, mas que ainda estão sob transformação, como podemos observar com o aumento da sobrevivência das crianças infectadas, que já atravessam a adolescência e alcançam a juventude¹⁴.

Importa ressaltar que a amostra continha em torno de 30% de indivíduos entre 10 e 12 anos de idade (Tabela 1), o que nos leva a considerar a necessidade de uma abordagem voltada para a iniciação sexual de forma orientada e segura, pois, há evidências científicas de que, entre os 13 e 15 anos de idade, ocorre a primeira relação sexual, tanto para homens quanto para mulheres¹⁵.

Observa-se uma maior vulnerabilidade no que diz respeito a falhas ou inconsistências no uso de preservativos, unida a elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros, o que se configura como situações de risco crescentes para a aquisição das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e para a disseminação da infecção pelo HIV, uma vez que esse grupo já se encontra infectado¹⁵.

Destaca-se, então, a necessidade de alguns programas educacionais específicos para esse grupo. Neles, o profissional de saúde pode se tornar um agente educador, com atividades lúdicas, trabalho corporal, oficinas e representação cênica como instrumentos de ensino, de modo a motivar os jovens e influenciá-los a mudanças de comportamento e a novas atitudes, e para que ocorra o entendimento deste processo de saúde-doença¹⁵.

Em relação à participação dos responsáveis, observamos, durante a entrevista, que metade era constituída de cuidadores (TABELA 2), o que demonstra o distanciamento de um dos pais ou de ambos, ou reflete a perda por óbito ou incapacidade de cuidarem dos filhos, ou ainda pela rejeição.

Algumas dessas crianças encontram-se em instituições infantis, sob a tutela de parentes próximos, ou sob a guarda de pais adotivos, ficando claro o risco social a que estão expostas, ainda que se busquem mecanismos de compensação psicossocial, o que pode influenciar na adesão ao tratamento.

Esses resultados equivalem aos observados por outro pesquisador, que relata que a criança

soropositiva, no Brasil, circula inicialmente na família, ou entre vizinhos, até chegar às instituições¹⁶.

A maior parte dos pacientes do presente estudo encontrava-se sob uso de terapia anti-retroviral. Observa-se que muitos utilizavam ainda o esquema duplo, como fruto de consensos anteriores para o enfrentamento da infecção pelo HIV. Porém, atualmente, a TARV deve ser composta pela combinação de pelo menos três drogas ARV, com a recomendação de se combinarem duas drogas da classe de ITR, análogas de nucleosídeos, com uma droga da classe de ITR, não análoga de nucleosídeos, como terapia inicial em crianças. Essa recomendação entrou em vigência no ano de 2007¹⁰. A maior parte dos pacientes avaliados utiliza TARV, sendo que 48% faziam uso de HAART e não apresentavam alteração clínica (Gráfico 1; Tabela 5).

Como consequência da terapêutica utilizada por esses pacientes, pode-se observar que a contagem de linfócitos T CD4+ encontrava-se satisfatória, com uma classificação em torno de 59% com alteração imunológica ausente. E carga viral de maior expressão considerada moderada com 48% (<250.000 cópias/mm³) (Tabela 3).

A divisão das manifestações clínicas seguiu o critério utilizado por Shah, Tullu e Hamat¹⁷ na divisão dos sistemas acometidos por infecções. Foi observada uma maior frequência para infecções respiratórias, principalmente de vias aéreas superiores, seguida de infecção pelo Herpes simples (Tabela 4), o que diverge de outros estudos em que as manifestações dermatológicas são as alterações mais expressivas nesse grupo, seguidas de alterações do desenvolvimento (retardo no crescimento, inclusive até no desenvolvimento das dentições)¹⁸.

Desse modo, vale relembrar que a grande maioria dos sistemas pode ser acometida por infecções oportunistas, à medida que as contagens de linfócitos T CD4+ diminuem e a carga viral aumenta. No entanto, deve-se postergar ao máximo o uso de TARV e, caso haja necessidade de iniciar o tratamento, deve-se buscar utilizar com esses pacientes regimes terapêuticos que facilitem a adesão e que

apresentem baixa toxicidade, além do objetivo fundamental de assegurar o crescimento e desenvolvimento adequados, prolongando a sobrevida, reduzindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida desses pacientes¹⁰.

Quando se correlacionou a presença de manifestações clínicas da infecção pelo HIV e o uso de TARV, apenas 17 apresentavam manifestações, e essa correlação não foi estatisticamente significativa quando se utilizou o teste de χ^2 ($p=0,1376$) (Tabela 5).

Contudo verificou-se que 82% dos pacientes avaliados não apresentavam manifestações clínicas da infecção, o que demonstra que um dos objetivos do tratamento anti-retroviral tem sido atingido, ou seja, vem ocorrendo uma melhora, preservação ou reconstituição do funcionamento do sistema imunológico, reduzindo-se a ocorrência de infecções oportunistas¹⁰.

Por outro lado, com a efetividade da TARV em pacientes pediátricos, alguns fatores podem contribuir para a falha terapêutica, além da emergência de cepas de HIV resistentes às drogas anti-retrovirais, tais como: a má adesão (já citada anteriormente); as altas taxas de replicação viral pré-terapia, as causas farmacológicas e a resistência celular^{10,15}.

As proteínas mutantes do HIV diminuem suas atividades biológicas na presença de drogas, e os vírus com menor susceptibilidade aos ARVs são selecionados pela evolução viral, construindo uma barreira significativa para um tratamento eficiente¹⁹. Considera-se, então, como causa principal dessa resistência a má adesão à terapia, o que corrobora um estudo no qual foi demonstrado que uma adesão não realizada de forma integral ao tratamento pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral, com consequente emergência de cepas virais resistentes e elevação da carga viral plasmática²⁰.

Como já foi afirmado anteriormente, a má adesão pode ser provocada pela falta de horários regulares, a interferência na alimentação, o prejuízo nas atividades e no estilo de vida, os efeitos colaterais, o pessimismo quanto ao prognóstico e uma relação ruim entre o médico e o paciente¹⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo trata das manifestações clínicas em crianças infectadas pelo HIV em uso de anti-retrovirais ou não, acompanhadas nos ambulatórios do Hospital Gafrée e Guinle e do CPN no ano 2005. Foi realizada uma descrição das manifestações clínicas mais frequentes e dos esquemas terapêuticos em uso, tendo a contagem de linfócitos e a carga viral como variáveis colaboradoras na avaliação da efetividade do tratamento.

Verificamos que 9% dos pacientes encontravam-se sem tratamento, sendo dois por motivo de abandono, o que demonstra a má adesão ao tratamento. De outra forma, a maior parte dos pacientes encontrava-se em tratamento anti-retroviral, sendo que 63% faziam uso da HAART.

Cerca de 30% dos pacientes da nossa amostra encontravam-se entre 10 e 12 anos de idade, sendo essa a faixa de idade em que ocorrem as transformações do corpo e a descoberta da sexualidade, o que exige uma orientação especial. Metade dos responsáveis era constituída de cuidadores, devido ao distanciamento dos pais por óbito, por incapacidade de cuidar dos filhos ou rejeição.

Em relação à contagem de linfócitos TCD4+, mais da metade dos pacientes atendidos não possuía alterações imunológicas, sendo essa uma consequência da efetividade da terapia. Entretanto, a carga viral não demonstrou parâmetros considerados satisfatórios, ficando a maior parte dos pacientes na classificação moderada, que corresponde a um valor <250.000 cópias/mm³.

Ao relacionar a presença de manifestações clínicas da infecção pelo HIV e o uso de TARV, bem menos da metade apresentava alterações clínicas. Isso se justifica pela alta efetividade dos anti-retrovirais utilizados. No entanto, as manifestações clínicas que demonstraram frequência foram infecções das vias aéreas superiores e infecções pelo herpes simples.

Desse modo, torna-se de suma importância destacar a necessidade da assistência multidisciplinar a esses pacientes, avaliando e orientando quanto às suas necessidades

individuais, seus medos, seus desejos, seus horários, alimentação, bem como monitorar e motivar o uso do tratamento, trabalhando a adesão por parte de seus cuidadores, entre outras medidas, buscando um melhor prognóstico para essas crianças.

Uma vez considerada uma doença crônica, os portadores do vírus necessitam de atenção voltada para a qualidade de vida, e não para a

cura da doença, já que essa ainda não foi descoberta. Sendo assim, os profissionais de saúde necessitam realizar uma abordagem mais qualitativa, procurando, através de um atendimento mais humanizado, cooperar com os pacientes e seus cuidadores de modo a se descobrir um caminho menos doloroso na aceitação e no enfrentamento da infecção.

Clinical manifestations of HIV infected pediatric patients in the HAART age: a cross-sectional study

Abstract

The number of HIV infected children still grows gradually, becoming one of the five leading causes of pediatric death in the world. This study described HIV clinical manifestations in children from ages of 4 to 12 years who are in use of antiretroviral treatment or not. This was a descriptive, cross-sectional, observational and quantitative study performed with HIV positive children patients of the Gafrée and Guinle Hospital (HUGG) and the Previdenciary Center of Niteroi (CPN), in the state of Rio de Janeiro – Brazil, during the year of 2005. After collecting data from medical charts, a descriptive statistical analysis was conducted, using simple frequency and χ^2 test. Sixty-three percent of the patients from HUGG and CPN were on HAART, and 48% showed no clinical manifestations ($p=0.1376$). The most frequently observed clinical manifestations were upper respiratory tract infection (6%) and herpes simplex (2%). The antiretroviral treatment (HAART) was successful in diminishing HIV related disease, contributing greatly to a better life style of patients in use of this therapy.

Keywords: HIV – Children – HAART.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é HIV?** 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISF86565C9PTBRIE.htm>> Acesso em: 17 maio 2007.
2. CAVALCANTE, M.S. et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica de uma capital do Nordeste. **R. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro. v.26, n.2, p.131-138, 2004.
3. LIMA, B.G.; PIMENTEL, C.O. Qualidade do pré-natal de gestantes assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. **R. Baiana Saúde Publica**, Salvador, v.27, n.1/2, p.50-59, 2003.

4. MARQUES, H.H.S. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v.36, n.4, p.385-392, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças.** Brasília, DF, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria.** 3.ed. Brasília, DF, 2006. (Série Manuais n.18)
7. RUBINI, N. Efeitos adversos dos ARVs em crianças e adolescentes. **Ação Anti-AIDS**, Rio de Janeiro, v.51, p.8, 2004.

8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development.** Geneva, 2004.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância epidemiológica.** 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm#>> Acesso em: 17 maio 2007.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria.** Brasília, DF, 2007. (A. Normas e Manuais Técnicos)
11. MURPHY, E.L. et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced disease. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v.135, p.17-26, 2001.
12. AMMASSARI, A. et al. Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. **J. Acquir. Immune Def. Syndr.**, New York, v.28, n.5, p.445-449, Dec. 2001.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS.** Brasília, DF, 2007.
14. THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.R.D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **R. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.1, p.68-76, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100009&lng=pt&nrm=iso> doi: 10.1590/S0080-62342005000100009> Acesso em: 5 ago. 2008.
15. PASSOS, M.R.L. et al. Estudo comparativo: perfil dos adolescentes atendidos numa clínica de DST nos anos de 1995 e 2003. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.15-24, 2005.
16. ABADIA-BARRERO, C.E. Crianças vivendo com HIV e casas de apoio em São Paulo: cultura, experiências e contexto domiciliar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.6, n.11, p.55-70, 2002.
17. SHAH, S.R.; TULLU, M.S.; HAMAT, J.R. Clinical profile of pediatric HIV infection from India. **Arch. Med. Res.**, New York, v.36, p.24-31, 2005.
18. VAN GEND, C.L. et al. Evaluation of the WHO clinical case definition for pediatric HIV infection in Bloemfontein, South Africa. **J. Trop. Pediatr.**, London, v.49, n.3, p.143-147, 2003.
19. MANSKY, L.M.; TEMIN, H.M. Lower *in vivo* mutation rate of human immunodeficiency virus type 1 than that predicted from the fidelity of purified reverse transcriptase. **J. Virol.**, Washington, DC, v.69, p.5087-5094, 1995.
20. PATERSON, D.L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV Infection. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v.133, n.1, p.21-30, 2000.

Recebido em / *Received:* 14/01/2009
 Aceito em / *Accepted:* 27/03/2009