

**RENATA SCHUNCK ALFERES MARQUES**

Pe 434

**ESTADIAMENTO CLÍNICO E IMUNOLÓGICO DE CRIANÇAS SOROPOSITIVAS PARA HIV, NO PRIMEIRO ATENDIMENTO, EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM AIDS PEDIÁTRICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**RENATA SCHUNCK ALFERES MARQUES**

**ESTADIAMENTO CLÍNICO E IMUNOLÓGICO DE CRIANÇAS SOROPOSITIVAS PARA HIV, NO PRIMEIRO ATENDIMENTO, EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM AIDS PEDIÁTRICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Edson José Cardoso**

**Orientador: Sônia Maria de Faria**

**Co-orientadores: Aroldo Phromann de Carvalho**

**Eliane Vieira Araújo**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

Marques, Renata Schunck Alferes. *Estadiamento clínico e imunológico de crianças soropositivas para o HIV, no primeiro atendimento, em Serviço Especializado de Assistência à AIDS pediátrica*. Florianópolis, 1998.

37p.

Trabalho de Conclusão no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina

1. AIDS 2. CDC 3.crianças

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Sônia Maria de Faria pela orientação, tempo dedicado, incentivo, inúmeras revisões e críticas fundamentais para a realização deste estudo.

Aos médicos Eliane Vieira Araújo e Aroldo Phromann de Carvalho pela colaboração com críticas valiosas para a finalização deste estudo.

Às funcionárias do Serviço de Assistência Especializada pela atenção e carinho.

À amiga Lia Karina Volpato por sua amizade e tempo dispensado na análise dos dados deste estudo.

Aos meus pais, Raul Marques e Irene Schunck Alferes, pois sem seus incentivos e carinho não seria possível concluir esta etapa de minha vida.

A meu amigo e namorado, Cristiano Paulo Tacca, que esteve sempre ao meu lado, sem deixar que eu fraquejasse, incentivando-me e pela colaboração na confecção gráfica deste estudo.

A Deus por ter permitido que pessoas tão especiais fizessem parte deste momento.



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>6</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>28</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>36</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A AIDS, sigla utilizada mundialmente para definir a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma entidade clínica infecto contagiosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Foi inicialmente descrita em 1981 nos Estados Unidos, quando foram diagnosticados em homossexuais do sexo masculino casos de Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii*, doenças raras até então, sendo considerada por um curto período de tempo como uma doença exclusiva de homossexuais. Em seguida a síndrome passou a ser observada em hemofílicos, outros receptores de hemoderivados e usuários de drogas injetáveis de ambos os sexos<sup>1</sup>.

Nos últimos anos, o número de casos de AIDS no sexo feminino têm aumentado em proporção maior que no sexo masculino<sup>2, 3, 4, 5, 6</sup>. Em Santa Catarina os primeiros casos de AIDS diagnosticados em mulheres foram em 1987, perfazendo naquele ano 7.5% dos diagnósticos, correspondendo a uma relação de 9 homens para cada mulher. No ano seguinte este percentual elevou-se para 25% e no corrente ano (1998), até o mês de setembro, 32% dos 275 casos notificados eram do sexo feminino, sendo a relação de 2 homens para cada mulher<sup>7</sup>. Estas elevadas taxas de contaminação feminina associam-se ao uso de drogas endovenosas e ao contato heterossexual, que atualmente é a principal forma de exposição<sup>2, 3, 4, 7</sup>. O aumento da incidência em mulheres jovens e em idade fértil determina como conseqüência, o aumento de casos pediátricos<sup>1, 8, 9</sup>.

Os primeiros casos em crianças foram descritos em 1982, nos Estados Unidos<sup>10,11</sup>. No Brasil os primeiros relatos de crianças datam de 1984<sup>12</sup> e em Santa Catarina de 1987<sup>7</sup>. Nos Estados Unidos os casos de AIDS em crianças

correspondem a 2% dos casos notificados<sup>13</sup>. Até maio do corrente ano o número de casos de AIDS pediátrica no Brasil totalizou 4573, perfazendo 3.4% do total<sup>12</sup>. Em Santa Catarina, de um total de 5426 casos notificados até setembro de 1998, 6.6% correspondem a casos pediátricos<sup>7</sup>.

A infecção da criança pelo HIV pode se dar de diversas formas : vertical<sup>14, 15</sup>, transfusional<sup>8, 16</sup>, sexual e uso de drogas endovenosas<sup>17</sup>. A transmissão vertical do HIV é atualmente a forma mais importante de contaminação, correspondendo a quase totalidade dos casos pediátricos, podendo ocorrer de três formas: 1. pela circulação transplacentária; 2. exposição do feto a sangue e outros líquidos corporais maternos durante o parto; 3. amamentação<sup>1</sup>.

As taxas de transmissão vertical têm variado em diversos estudos de 14 a 50%<sup>18, 19</sup>. Estas taxas, em países em desenvolvimento, têm se mostrado maiores do que em países do primeiro mundo, o que pode ser atribuído ao grau de desinformação da população, condição de saúde materna e dificuldade de acesso a um pré-natal adequado<sup>20, 21</sup>. O diagnóstico pré-natal permite que a gestante receba a terapia com AZT durante gestação e parto, orientação para que a amamentação seja evitada e o início da profilaxia do recém nascido com AZT até seis semanas de vida<sup>11</sup>. A terapia com zidovudina (AZT) durante a gravidez, intraparto e período neonatal pode reduzir a taxa de transmissão vertical para até 8.3 %<sup>13, 22</sup>.

O prognóstico da infecção pelo HIV em pediatria está diretamente relacionado com sua classificação clínica e imunológica<sup>23</sup>. O sistema inicial de classificação para crianças infectadas pelo HIV classificava as mesmas em categorias clínicas relacionadas a doenças, mas não descrevia a progressão da síndrome<sup>13</sup>. Em 1994 a revisão deste sistema permitiu a classificação das crianças baseada na gravidade da doença, através de uma avaliação das manifestações clínicas e da condição imunológica, esta última, avaliada pela



contagem e percentual de linfócitos T auxiliares (CD4), que são as células imunomoduladoras pelas quais o HIV possui tropismo específico. Com esta nova classificação, somada ao seguimento a longo prazo, tornou-se possível uma melhor descrição do curso da infecção em pediatria, especialmente durante os estágios precoces<sup>23</sup>.

Em 1993 o Working Group on Therapy and Medical Management of HIV Infected Children preconizou a terapia antiretroviral para todas as crianças com diagnóstico definitivo, baseado na presença de sintomas clínicos e/ou evidências de imunodeficiência. Com objetivo de atualizar as normas para terapia antiretroviral para crianças, um grupo de especialistas se reuniu em junho de 1996 e em julho de 1997, quando passou a ser preconizado o tratamento o mais precoce possível. Idealmente a terapia deveria ser iniciada em todos os pacientes infectados pelo HIV menores de um ano de idade assim que o diagnóstico fosse estabelecido, uma vez que estas crianças são consideradas de alto risco para progressão da doença e o valor preditivo de parâmetros imuno e virológicos para identificar a progressão da doença é menor do que em outras faixas etárias<sup>11</sup>.

A terapia antiretroviral é indicada para as crianças que apresentam sintomatologia de AIDS, independente da contagem de CD4 ou da idade. Crianças assintomáticas e maiores de um ano que apresentam percentagem de CD4 menor que 25%, indicando imunossupressão, também estão autorizadas a receber terapia antirretroviral<sup>11</sup>.

Os alarmantes dados epidemiológicos da AIDS no Estado de Santa Catarina e o crescente acometimento da população pediátrica acompanham-se de sérias implicações médicas, econômicas e sociais<sup>7</sup>. A consciência da importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e conseqüente instituição de terapêutica específica, motivou a realização deste estudo. O objetivo do estudo

foi identificar a condição clínica e imunológica de crianças soropositivas para o HIV, no momento do primeiro atendimento, num centro estadual de referência em AIDS pediátrica.

## **2. OBJETIVO**

Identificar o estadio clínico e imunológico das crianças soropositivas para HIV, no momento do primeiro atendimento, em Serviço de Assistência Especializada (SAE) em AIDS pediátrica, em Florianópolis, SC- Brasil.

### 3. MÉTODO

Desenho: estudo descritivo.

Foram selecionados todos os protocolos de pacientes pediátricos com idade inferior a 13 anos, soropositivos para o HIV, atendidos no SAE do Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis, SC- Brasil) e cujo primeiro atendimento tenha ocorrido no período de junho de 1995 a junho de 1998, perfazendo um total de 195 casos.

Foram considerados pacientes soropositivos para o HIV aqueles que apresentavam dois testes positivos de enzima-imunoensaio (ELISA), realizados por métodos diferentes e um teste confirmatório positivo (Western blot ou imunofluorescência indireta)<sup>13,24</sup>.

Os dados foram obtidos através da revisão dos protocolos médicos próprios do SAE.

As variáveis selecionadas para o estudo foram: idade, sexo, naturalidade e procedência, sintomas apresentados, avaliação imunológica (contagem e percentual de linfócitos T CD4), classificação de AIDS pelo *Centers for Disease Control and Prevention 1994- CDC94* (APÊNDICE I), sendo estas variáveis relacionadas ao início do acompanhamento. Foram também investigadas as variáveis: via de transmissão, antecedentes gestacionais (acompanhamento pré-natal, uso de AZT durante a gestação), tipo de parto, condição de saúde materna, exposição ao aleitamento materno e evolução clínica.

Quanto ao CD4, número absoluto e percentual, foi considerado como correspondente a situação do paciente no primeiro atendimento o exame

realizado num intervalo de três meses que antecederem ou sucederem esta consulta.

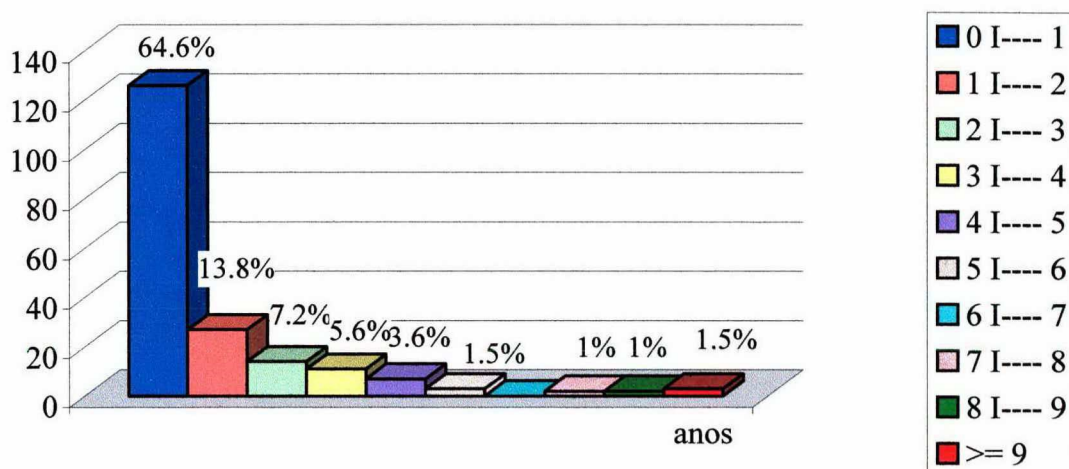
Os dados obtidos através de uma ficha (APÊNDICE II), foram digitados e analisados pelo software EPI-INFO versão 6.0.

Como testes estatísticos utilizou-se média e mediana.



## 4. RESULTADOS

Dentre os 195 casos estudados, observou-se que 50.8% eram do sexo feminino e 49.2% do sexo masculino.



A idade da criança no primeiro atendimento variou de 13 dias a 11 anos e 7 meses, sendo média de 16.2 meses e a mediana 6 meses, como observado na figura 1.

Figura1. Distribuição por faixa etária, no primeiro atendimento no SAE, de 195 crianças no período de 06/95 a 06/98.

Quanto a naturalidade e procedência dos pacientes, estão citadas na TAB I as cidades de maior frequência.

Tabela I. Cidades de maior freqüência quanto a naturalidade e procedência de 195 pacientes soropositivos do SAE no período de 06/95 a 06/98.

Naturalidade			Procedência		
Cidade	Número	Percentual	Cidade	Número	Percentual
Florianópolis	82	41.9	Florianópolis	88	45
São José	33	16.9	São José	27	13.8
Criciúma	10	5.1	Palhoça	8	4.1
Itajaí	5	2.6	Criciúma	7	3.6
Laguna	5	2.6	Biguaçu	5	2.6
Blumenau	4	2.1	Blumenau	5	2.6
Joinville	4	2.1	Laguna	5	2.6
Palhoça	4	2.1	Bal. Camboriú	4	2.1
Tubarão	4	2.1	Tubarão	4	2.1
Bal. Camboriú	3	1.5	Imbituba	3	1.5
Lages	3	1.5	Outras	39	20
Outras	38	19.5	-	-	-
Total	195	100	Total	195	100

Em relação ao mecanismo de transmissão do HIV, nos 195 casos (100%) o contato foi por via vertical.

A condição de saúde materna no momento do primeiro atendimento é ilustrada na FIG 2. Das 195 mães, 54.9% não referiam sintomas de AIDS, 12.8% referiam algum sintoma, 5.1% já havia evoluído para óbito e 27.2% tiveram sua situação clínica ignorada.

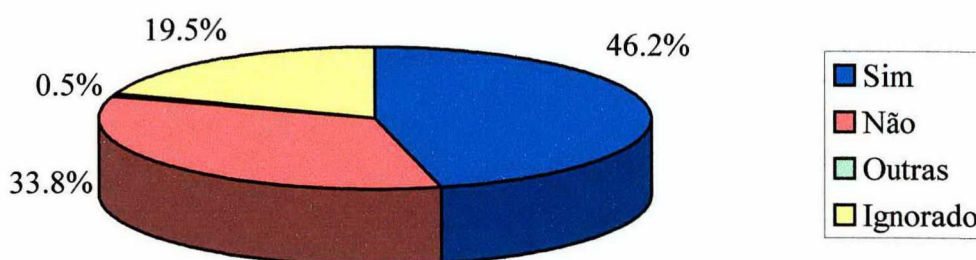


Figura 2. Distribuição quanto a condição de saúde materna de 195 crianças atendidas no SAE, no período de 06/95 a 06/98.

Em relação aos antecedentes gestacionais e obstétricos maternos, das 195 crianças com infecção vertical, 127 (65.1%) mães fizeram pré-natal, 23 (11.8%) casos, não fizeram e em 45 (23.1%) este dado não constava no prontuário (figura 3).

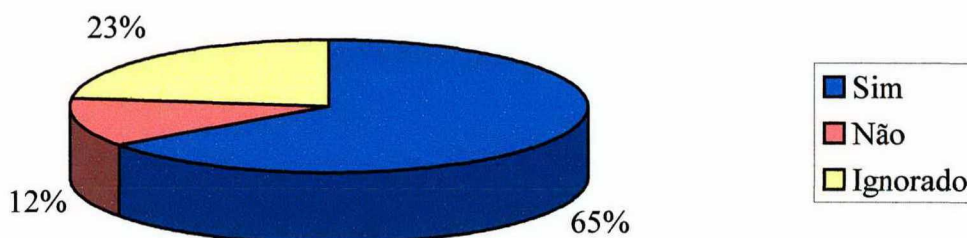


Figura 3. Distribuição quanto a realização de pré-natal de 195 mães de crianças contaminadas por transmissão vertical, no SAE, no período de 06/95 a 06/98.

Quanto ao uso de AZT durante a gestação, das 127 mães que fizeram pré-natal, apenas 24 (18.9%), utilizaram esta droga.

O tipo de parto mais freqüente foi por via vaginal, em 97 (49.8%) casos. Os partos tipo cesárea totalizaram 50 (25.6%), sendo este dado ignorado em 48 (24.6%) dos casos. Noventa (46.2%) destas crianças foram amamentadas ao seio

materno, 66 (33.8%) não foram, 1 (0.5%) criança foi amamentada por outra pessoa, sendo este dado ignorado em 38 (19.5%) dos casos (Figura 4).

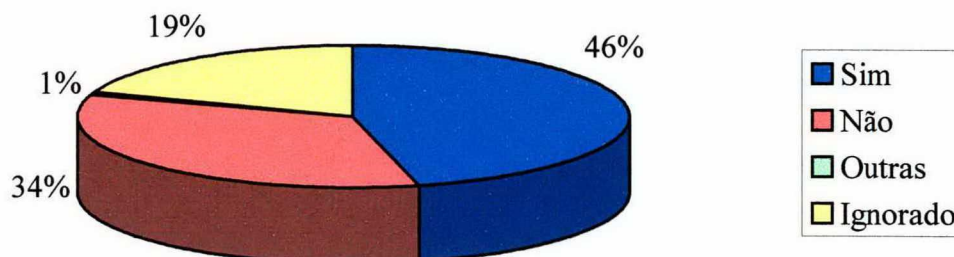


Figura 4. Distribuição quanto ao aleitamento de 195 crianças contaminadas por transmissão vertical, no SAE, no período de 06/95 a 06/98.

O tempo de amamentação foi obtido em 85 casos, a média de tempo foi de 7 meses e 05 dias e a mediana de 3 meses sendo o tempo mínimo de 1 dia e o máximo de 9 anos.

Quanto a situação imunológica, 146 (74.9%) dos prontuários informavam a contagem CD4, que variou de 15 células/mm<sup>3</sup> a 6.691 células/mm<sup>3</sup>, perfazendo uma média de 1972.23 células/mm<sup>3</sup> e 153 (78.5%) informavam o percentual de CD4, que variou de 2.6 % a 67.9 %, com média de 31.94%.

No momento do primeiro atendimento, 77 (39.5%) não apresentavam sintomatologia de AIDS, enquanto 118 (60.5%) apresentavam alguma sintomatologia. A distribuição da presença de sintomatologia por faixa etária pode ser observada na FIG. 5.

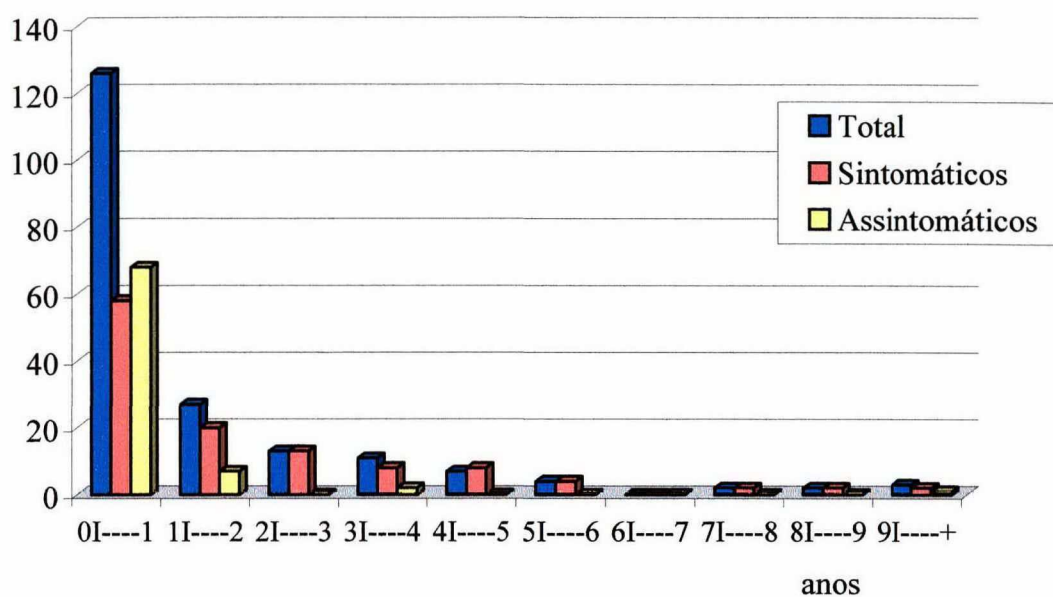


Figura 5. Distribuição quanto a sintomatologia por faixa etária, no SAE de 195 crianças soropositivas para o HIV, no período de 06/95 a 06/98.

Dentre os sintomas mais freqüentes encontravam-se os inespecíficos como hepatomegalia, linfonodopatia e esplenomegalia, como pode ser observado na TAB II.



Tabela II. Sintomas apresentados por 195 crianças soropositivas para o HIV, no SAE, no período de 06/95 a 06/98.

Sintoma	Número	Percentual
Hepatomegalia	79	40.5
Linfonodopatia	58	29.7
Esplenomegalia	55	28.2
PPE <sup>1</sup>	37	19
BPN 2 ou + <sup>2</sup>	35	17.9
Atraso DNPM <sup>3</sup>	33	16.9
Candidíase	29	14.9
Lesões de pele	28	14.3
BPN 1 <sup>4</sup>	25	12.8
Diarreia	22	11.3
Otite	21	10.8
Aumento Parótidas	15	7.7
Febre	14	7.2
PIL <sup>5</sup>	13	6.6
<i>P. carinii</i>	10	5.1
Alt. Neurológicas <sup>6</sup>	9	4.6
Citomegalovírus	6	3.1
<i>Criptosporidium</i>	5	2.6

<sup>1</sup>PPE= perda pondo-estatural;

<sup>2</sup>BPN 2 ou += 2 ou mais episódios de broncopneumonia;

<sup>3</sup>DNPM= Desenvolvimento Neuropsicomotor

<sup>4</sup>BPN 1= 1 episódio de broncopneumonia

<sup>5</sup>PIL=Pneumonia Intersticial Linfóide

<sup>6</sup>Alterações neurológicas = excluído atraso DNPM

No primeiro atendimento em 121 (62.1%) das crianças foi possível estabelecer o diagnóstico de infecção pelo HIV.

A classificação destes pacientes, segundo o CDC94, pode ser observada na TAB III.

Tabela III. Classificação clínica critérios do CDC-1994 de 195 crianças soropositivas para o HIV no HIJG, no período de 05/95 a 06/98.

Categorias imunológicas	Categorias clínicas				Total
	N <sup>1</sup>	A <sup>2</sup>	B <sup>3</sup>	C <sup>4</sup>	
Ignorada	-	1 (0.8%)	5 (4.1%)	16(13.2%)	22(18.2%)
1. Sem sinais de imunossupressão	4 (3.3%)	11 (9.1%)	7 (5.8%)	26 (21.5%)	48 (39.6%)
2. Imunossupressão moderada	-	8 (6.6%)	4 (3.3%)	17 (14%)	29 (24%)
3. Imunossupressão severa	-	3 (2.5%)	9 (7.4%)	10 (8.3%)	22 (18.2%)

\*Estado de infecção pelo HIV não confirmado: Classificados com a letra E:

EN = 9 casos; EN1 = 62; EN2 = 3

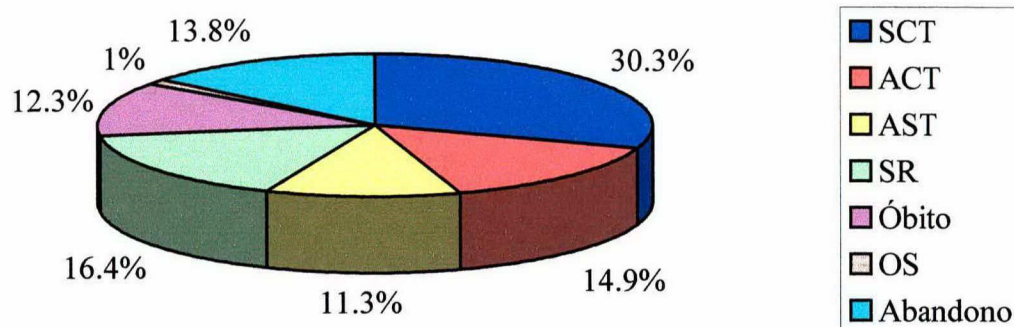
<sup>1</sup>N = Assintomático

<sup>2</sup>A = Sintomatologia leve

<sup>3</sup>B = Sintomatologia moderada

<sup>4</sup>C = Sintomatologia severa

Atualmente, dentre os 195 casos estudados, 110 (56.6%) continuam em seguimento clínico regular, 27 (13.8%) abandonaram, 32 (16.4%) sororreverteram, 24 (12.3%) evoluíram para óbito e 2 (1.0%) continuaram o acompanhamento em outros serviços. Em relação à terapia antiretroviral 88 estão em uso, 59 (30.3%) sintomáticos e 29 (14.9%) assintomáticos, porém com algum grau de imunossupressão, conforme observado na FIG 6.



SCT= sintomático com tratamento.

ACT= assintomático com tratamento (comprometimento imunológico)

AST= assintomático sem tratamento

SR= sororreversão

OS= outro serviço

Figura 6. Distribuição quanto a evolução de 195 crianças soropositivas para o HIV no SAE, no período de 06/95 a 06/98.



## 5. DISCUSSÃO

A terapia antiretroviral vem trazendo grandes benefícios para as crianças infectadas pelo HIV, sendo recomendada tão logo a infecção seja confirmada em crianças menores de um ano ou no caso de crianças maiores, logo que estas apresentem alguma sintomatologia clínica ou evidência de imunossupressão<sup>11</sup>. Para tanto faz-se necessário que a monitorização clínico-laboratorial tenha início o mais breve possível, preferencialmente nos primeiros meses de vida. No presente estudo, 64.6% das crianças iniciou o acompanhamento no primeiro ano de vida e 30.2% entre um e cinco anos de idade, perfazendo uma média de idade na primeira consulta de 16.2 meses, porém a mediana foi de 6 meses. Apesar da maioria ter iniciado o acompanhamento nos primeiros meses de vida, é ainda significativo o percentual de crianças que o fazem após este período, como observado na FIG. 1. Quando comparada a outros estudos realizados em países desenvolvidos esta média de idade é relativamente elevada. Maldonado et al<sup>25</sup> em 1995, nos Estados Unidos, registraram uma média de 8.3 meses de idade no início do acompanhamento. O início do acompanhamento em SAE em faixas etárias mais tardias pode refletir a inexperiência e/ou desconhecimento dos profissionais de saúde em identificar os pacientes expostos ao HIV, a falta de conscientização dos responsáveis pelas crianças da necessidade do acompanhamento precoce e/ou dificuldade de acesso a serviços de referência especializados.

Segundo dados do Ministério da Saúde, Itajaí, Balneário Camboriú e Florianópolis, três cidades catarinenses, estão entre as cinco cidades de maior coeficiente de incidência de AIDS no Brasil<sup>12</sup>. Estes dados são confirmados na

TAB. 1. A cidade de Florianópolis no atual estudo aparece como a cidade de maior prevalência, o que pode ser justificado pela localização nesta cidade do SAE, onde foi desenvolvido o estudo. O menor número de pacientes provenientes de outras cidades do estado com elevados coeficientes de AIDS pode ser explicado pela criação de centros de atendimento à criança portadora do HIV nestas cidades, como exemplo: Itajaí, Lages e Blumenau<sup>12</sup>.

Nos primeiros anos da epidemia, a maioria dos casos em crianças foram atribuídas a transfusão de sangue e derivados e atualmente a transmissão vertical do HIV constitui o principal mecanismo de infecção na criança<sup>8, 9, 12, 19</sup>. Nos Estados Unidos a transmissão vertical é responsável por mais de 90% dos casos de contaminação pelo HIV na criança<sup>13</sup>. Atualmente no Brasil a transmissão vertical é responsável por 82.2% dos casos em menores de 13 anos<sup>12</sup> e em Santa Catarina por 100% dos casos notificados no último ano<sup>7</sup>. Neste estudo esta foi responsável pela totalidade dos casos.

Na transmissão vertical a condição de saúde materna é importante, pois quanto mais avançado o estadió da doença na gestante maior o risco de transmissão do HIV<sup>26</sup>, assim como a carga viral e contagem de CD4. Além disso, muitas vezes o acompanhamento médico da criança é iniciado apenas quando suas mães tornam-se sintomáticas, pois este pode ser o momento do diagnóstico de mãe e filho, ocorrendo também o inverso freqüentemente. No presente estudo, 54.9% das mães eram sintomáticas no momento do primeiro atendimento e 5.1% já haviam evoluído para óbito, perfazendo um total de 60% de mães com manifestações da doença, como observado na FIG. 2.

A redução da transmissão vertical do HIV é meta mundial, sendo necessário a identificação das mulheres infectadas no pré-natal, o mais precocemente possível. Para tanto é importante o aconselhamento do teste para detecção do HIV na gestação de forma universal. O CDC preconiza a realização de exames



sorológicos para detecção da infecção pelo HIV em todas as gestantes<sup>11</sup>. No Brasil, este direito é assegurado pelo Ministério da Saúde, a todas as gestantes durante o pré-natal, afim de que em caso de sorologia positiva seja iniciado a terapia com AZT na gestação, durante o parto e nas primeiras semanas de vida para o recém-nascido, com o objetivo de reduzir a transmissão perinatal do vírus<sup>11</sup>. Neste estudo, 11.8% das mães não fizeram pré-natal e em 23.1% dos casos este dado foi ignorado, sugerindo que este percentual seja mais elevado. Chama atenção o fato da maioria das crianças ser natural de centros urbanos onde o acesso ao acompanhamento pré-natal é relativamente fácil, uma vez que é oferecido gratuitamente pela rede pública de saúde. Este fato pode refletir tanto o desconhecimento acerca dos serviços de saúde disponíveis quanto a negligência da gestante para com sua saúde e de seu concepto.

O uso do AZT durante a gestação, trabalho de parto e primeiras seis semanas de vida do recém nascido tem em vários estudos reduzido drasticamente as taxas de transmissão perinatal<sup>11, 13, 18, 19</sup>. Neste estudo, das 127 mulheres que fizeram pré-natal, apenas 18.9% fizeram uso do AZT durante a gestação. Este fato provavelmente está relacionado a indicação relativamente recente do Ministério da Saúde do uso do AZT na gestação.

Diversos estudos tentam estabelecer se o tipo de parto poderia interferir nas taxas de transmissão vertical<sup>27</sup>, porem ainda não existem subsídios mostrando benefícios com a indicação de um ou outro tipo de parto, especialmente quanto a indicação de cesárea eletiva. O tipo de parto mais freqüente no presente estudo foi o vaginal.

O HIV é excretado no leite por mulheres infectadas<sup>28</sup>, sendo referido por vários autores como forma de contaminação perinatal<sup>27, 29</sup>. Neste estudo, 46.2% das crianças foram amamentadas por suas mães, podendo refletir a falta de orientação da população quanto aos riscos de contaminação. Em países

desenvolvidos onde o risco de mortalidade por desnutrição e doenças infecciosas é baixo, o aleitamento materno está contra-indicado para as mães soropositivas. Em países onde este risco é elevado procura-se substitutos ao aleitamento materno que sejam acessíveis a população. No Brasil, algumas cidades, como Florianópolis, oferecem leite em pó a crianças de famílias de baixa renda com risco para desnutrição e para aquelas filhas de mães infectadas pelo HIV. Caso não exista um substituto disponível e o risco de morte por desnutrição for elevado a Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja mantido, independentemente da condição sorológica da mãe<sup>13</sup>.

Os sintomas na infecção perinatal geralmente tornam-se evidentes entre 4 e 6 meses de idade<sup>24</sup>. Algumas crianças podem apresentar sintomas como hepato e esplenomegalia ao nascimento e algumas infecções oportunistas no primeiro mês de vida. No primeiro atendimento 60.5% das crianças apresentavam sintomas de AIDS. O percentual de crianças assintomáticas declina drasticamente com o passar dos anos, como pode ser observado na FIG. 5.

As manifestações clínicas têm importância no prognóstico da criança pela classificação atual<sup>11</sup> (APÊNDICE 1). Diversos estudos citam como sintomas mais frequentes os chamados sintomas inespecíficos como hepato e esplenomegalia, dificuldade de atingir os marcos antropométricos, febre de repetição ou prolongada<sup>8, 30</sup>. Estes são sinais comuns de desnutrição proteico-calórica, uma causa de imunodeficiência adquirida, que num país em desenvolvimento como o Brasil, pode dificultar o diagnóstico de AIDS<sup>8</sup>. Neste estudo os sintomas inespecíficos foram os mais comuns, sendo o mais frequente deles a hepatomegalia, que foi observada em 40.5% dos 195 casos.

A alta incidência de infecções respiratórias, como broncopneumonias, também é comum em países de terceiro mundo<sup>31</sup>, sendo importante causa de mortalidade infantil. Logo, a criança que apresente esta doença, não é



investigada para infecção pelo HIV num primeiro momento. Neste estudo esta doença foi bastante freqüente, estando presente em 30.7% dos casos, sendo que 17.9% apresentaram dois ou mais episódios.

As alterações neurológicas são alguns dos sintomas de maior freqüência em crianças com AIDS<sup>32</sup>, sendo uma importante causa de deterioração da qualidade de vida da criança e de angustia da família<sup>33</sup>. Segundo alguns autores estas manifestações tem freqüência de aproximadamente 45%<sup>32</sup> e no presente estudo foi de 21.5%, sendo dentre elas a manifestação mais freqüente o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

A diarreia é comum em países em desenvolvimento, geralmente causada por falta de saneamento básico, sendo portanto um sintoma muito freqüente na população pediátrica do Brasil<sup>34</sup>. No presente estudo foi sintoma presente em 11.3% das crianças.

A pneumonia intersticial linfóide é um infiltrado linfocítico peribronquial ou intersticial causando um bloqueio alvéolo capilar progressivo, que faz diagnóstico diferencial com tuberculose e outras infecções pulmonares<sup>35</sup>. Neste estudo a prevalência de PIL foi de 6.6%.

As infecções observadas em crianças com AIDS são diferentes das observadas em adultos, pois estes apresentam uma maior freqüência de infecções por germes oportunistas, provavelmente por reativação de focos latentes. As infecções por reativação de um foco latente em crianças pequenas são pouco freqüentes, porque estas muitas vezes ainda não entraram em contato com estes germes<sup>8</sup> e poderia explicar a baixa freqüência destas infecções nesta amostra.

O *Criptosporidium* é um protozoário intestinal, que causa diarreia intratável em pacientes com AIDS<sup>8</sup>. Sua freqüência varia de 3-4% nos Estados Unidos a 50%<sup>36</sup> na África<sup>37, 38</sup>. No presente estudo a freqüência deste parasita foi de 2.6%.

Na amostra estudada não houve nenhum caso de neoplasia.

Segundo CDC, a contagem de CD4 em percentual pode ser um parâmetro melhor que o número absoluto para avaliar a progressão da doença. Tanto em adultos quanto em crianças a contagem de células CD4 diminui com a progressão da doença e pacientes com baixa contagem de CD4 têm prognóstico reservado. Durante a intercorrência de uma doença ou vacinação pode ocorrer um decréscimo transitório no número e percentual de CD4, portanto esta contagem deve ser feita quando o paciente estiver estável<sup>11</sup>. No presente estudo o percentual de células CD4 teve grande variabilidade, com média de 31.94%, ou seja, a média esteve dentro da categoria considerada como sem sinais de imunossupressão. Não tiveram evidências de imunossupressão 39.6% das crianças, 24% estiveram na categoria de imunossupressão moderada e 18.2% já se encontravam com imunossupressão severa.

A história natural da infecção pelo HIV em crianças pode ser dividida em "cinco" estágios progressivos, as categorias clínicas N, A, B, C e "D" (death)<sup>23</sup>. A atual classificação permite que as crianças progridam para a próxima categoria, mas nunca regressem quando os sinais e sintomas melhoram. No início da infecção as crianças assumem a categoria N<sup>11</sup>. Às vezes, nem todos os estágios são observados porque os intervalos das evoluções médicas podem ser maiores que os da progressão da síndrome<sup>23</sup>. No presente estudo 37.9% do total de crianças iniciou o acompanhamento em SAE com infecção não determinada, fase em que idealmente todas as crianças expostas ao vírus deveriam iniciar o acompanhamento. Dentre as crianças com infecção já determinada, 19% encontrava-se na categoria clínica A, ou seja com sintomas leves e destas a maior parte não tinha evidências de imunossupressão. Com sintomatologia moderada encontrava-se 20.7% dos casos, sendo que a maior parte destas já tinham evidências de imunossupressão severa e ainda foi encontrado o alarmante dado de 57% das crianças enquadradas na categoria C,

ou seja, já com doença avançada, sendo os principais sintomas de gravidade a perda ponderal e broncopneumonia de repetição, encontrados em 19% e 17.9% do total de casos. No presente estudo a maioria não apresentava evidências de imunossupressão.

Quanto a evolução das crianças estudadas, 71.8% continuam em seguimento regular, 13.8% abandonaram o tratamento apesar dos esforços dispensados pelo Serviço de Assistência Social do HIJG para reintegrar estas crianças ao grupo de acompanhamento regular, 11.8% evoluíram para óbito neste período e 16.4% sororreverteram. O acompanhamento clínico e laboratorial realizados regularmente são indispensáveis para definir o início e monitorar o tratamento antiretroviral visando sempre uma melhor condição de vida à criança infectada pelo HIV.



## **6. CONCLUSÃO**

Todas as crianças encaminhadas para acompanhamento em SAE foram infectadas por via vertical e a maioria já se apresentava sintomática no primeiro atendimento. Destas a maior parte manifestava sintomatologia avançada da doença e um percentual significativo (42.2%) apresentava sinais de imunossupressão.

Os resultados obtidos chamam atenção para a necessidade urgente do uso de medidas para reduzir a transmissão vertical e da conscientização dos responsáveis pela criança exposta ao HIV e profissionais de saúde sobre a importância do acompanhamento clínico especializado o mais precoce possível.



## 7. REFERÊNCIAS

1. Thuler LCS, Vaz LFG. Infecção pelo HIV. JBM 1994; 66:85-108.
2. Landesman S, Minkoff H, Holman S, Mc Calla S and Sijin O. Serosurvey of human immunodeficiencyvirus in parturients. JAMA 1987; 258:2701-3.
3. Centers for Disease Control. AIDS in Women-United States. MMWR 1990; 39: 845-6.
4. Gwinn M, Pappaioanov M, George R, Hannon WH, Wasser S, Redus AM, et al. Prevalence of HIV infectionin chilbearingWomen in United States - surveillance using newborn blood samples. JAMA 1991; 265: 1704-8.
5. Guinan ME, Hardy A. Epidemiology of AIDS in Women in the United States: 1981 though 1986. JAMA 1987; 257: 2039-42.
6. Wofsy CB. Human immunodeficiency virus in women. JAMA 1987; 257: 2074-6.
7. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de DST/AIDS. Boletim informativo, set. 1998.
8. Aguilar GM, Kartzol RV, Frías MN, Preciado JIS. Infección por HIV en niños mexicanos. Salud Pública de México 1995; 37:572-80.
9. Sala AM, Balbaryski J, Gaddi E, Cantisano C, Giraudi V. SIDA perinatal. ABCLDL 1994; 28: 27-34.
10. Oleske J, Minnefor A, Cooper R, et al. Immunodeficiency syndrome in children. JAMA 1983; 249:2345-9.
11. Centers for Disease Control. Unexplained imunodeficiency and portunistic infections in infantis.MMWR 1982; 31: 665-7.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de doenças sexualmente transmissíveis / AIDS; Boletim Epidemiológico. Ano11, semana epidemiológica 9 a 12, mar. / mai. 1988.
13. Centers for Disease Control and Prevention. HIV infection. In Peter G, Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1997 p. 279-304.
14. Newell ML, Peckham C. Risk factors for vertical transmission of HIV-1 and early markers of HIV-1 in children. AIDS 1993; 1: 91-7.
15. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/ Surveillance Report. MMWR 1994.
16. Belman AL, Diamond G, Dickson D, Harroupian D, Llena I, Lantos G, et al. Pediatric acquired immunodeficiency syndrome. Am. J. Dis. Child. 1988; 142: 29.
17. Hein K, Raif D, Futterman D, Rotherram-Borus MJ, Shaffer N. Comparison of HIV+ and HIV- Adolescents: Risk Factors and Psychosocial Determinants. Pediatrics 1995; 95: 96-104.
18. Taneepanichskul S, Sirinavin S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Effect of zidovudine treatment in late pregnancy on HIV-1 in utero transmission. Aust. Nz J Obstet Gynaecol 1997; 37(Supl 3):329-31.
19. Simonds RJ, Steketee R, Nesheim S, Matheson P, Palumbo P, Alger L, et al. Impact of zidovudine use on risk and risk factors for perinatal transmission of HIV. AIDS 1998; 12: 301-8.
20. St. Louis E, Kamega M, Brown C. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic and placental factors. JAMA 1993; 269: 2853-9.

21. Pitt J, McIntosh K, Goldfarb J et al. %CD4 lymphocytes identifies HIV infected maternal risk for HIV transmission Washington, DC: First National Conference on Human Retroviruses and Related Infections; 1993.
22. Connor EN, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reducion of maternal-infant transmission of humam immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Eng J Med* 1994; 331: 1173.
23. Barnhart HX, Caldwell MB, Thomas P, Mascola L, Ortiz I, Hsu HW, et al. Natural history of human immunodeficiency virus disease in perinatally infected children: an analysis from the pediatric spectrum of disease project. *Pediatrics* 1996; 97 (Suppl 5): 710-6.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 488, 17 de junho de 1998. *Diário Oficial*. 18 de junho 1998; Sessão 1:3-4.
25. Maldonado YA, et al. Factors associated with early clinical recognition of children with perinatal HIV infection. *J Infect Dis* 1994; 171: 689-92.
26. Mok J. Vertical transmission of HIV: a prospective study. *Arch Dis Child* 1989; 64:1140.
27. European Colaborative Styudy. Risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 1992; 339: 1007-12.
28. Thiry L, Golberger SP, Jonckheer T, Levy J, Van de Perre P, Henrivaux P, et al. Isolation of AIDS virus from cell free breast milk of three health virus carrier. *Lancet* 1985; 2:891-2.
29. Mofeson LM. Epidemiology and determinants of vertical HIV transmission. *Semin Pediatr Infect Dis* 1994; 5: 252-65.
30. Blanche S, Rouzioux C, Moscato MLG, Veber F, Mayaux MJ, Tricoire J. A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 1989; 320(Supl25): 1643-8.



31. Rozov T. Pneumopatias Agudas. In: Marcondes E, *Pediatria básica*, 8ed. São Paulo: Sarvier; 1991 p.1396-407 .
32. Epstein LG, Shaler LR, Oleske JM, Connor EM, Goudsmit J, Begdom L et al. Neurologic manifestations of human immunodeficiencyvirus infection in children. *Pediatrics* 1986; 78:678-87.
33. Wiener L, Septimus A. Psychosocial consideration and support for the child and family. In Pizzo PA, Wilfert CM, ed *Pediatr AIDS*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991: 577-94.
34. Bricks LF, Bourroul MLM, Sucupira ACSL. Diarréia. In: Marcondes E, *Pediatria básica*, 8ed. São Paulo: Sarvier; 1991 p.175-180.
35. Pahwa S. Human immunodeficiency virus infection in children: Nature of immunodeficiency, clinical spectrum and management. *Pediatr Infect Dis J* 1988;7:S61-71.
36. Soave R, Ma P. Cryptosporidiosis and isosporidiosis in patients with AIDS. *Infect Dis Clin North AM* 1988; 2: 485-93.
37. Colebunders R, Francis H, Mann JM, Bila KM, Izalei L, Kimputu L et al. Persistent diarrhea, strongly associated with HIV infection in Kinshasa. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 859-64.
38. Dehovitz JA, Pape JW, Boncy M and Johnson WD. Clinical manifestations and therapy of *Isospora belli* infection in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *N Engl J Med* 1986; 315:87-90.

## RESUMO

Recomenda-se que o tratamento específico para AIDS em crianças tenha início o mais precoce possível, logo que a infecção seja diagnosticada. O início da terapia antiretroviral depende de critérios virológicos, imunológicos e clínicos. O sistema de classificação em pediatria do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) revisado em 1994 deve ser usado como referência para estes critérios.

Identificar a classificação clínica e imunológica das crianças soropositivas para o HIV, no primeiro atendimento em um serviço de referência especializado em AIDS pediátrica.

Os dados foram obtidos através da revisão de protocolos médicos de 195 crianças soropositivas para HIV que foram atendidas na Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre junho de 1995 e julho de 1998.

Dentre as 195 crianças 74 (37.9%) não tinham sinais e sintomas de AIDS e a infecção pelo HIV não foi confirmada. Estas crianças são classificadas de acordo com critérios do CDC como EN. Dentre aquelas com infecção confirmada, apenas 4 (3.3%) não tinham sintomas ou imunossupressão (N1), e 60% tinham sintomatologia de AIDS sendo 51 (42.2%) com e 48 (39.6%) sem imunossupressão. Entre essas crianças 23 (19%) tinham sintomas leves (A), 25 (20.7%) moderados (B) e 69 (57%) graves.

A maioria das crianças tinham sintomatologia de AIDS quando iniciaram o acompanhamento em SAE. Muitos tinham sintomas graves e um percentual

significativo tinham diferentes níveis de imunossupressão. É necessário a conscientização da população e médicos da importância da investigação precoce de crianças nascidas de mães soropositivas para HIV ou que são sabidamente infectada pelo HIV.

## SUMMARY

It is recommended that the specific treatment for AIDS in children should begin as soon as possible once the HIV infection has been diagnosed. Initiation of antiretroviral therapy depends upon virologic, immunologic and clinical criteria. The pediatric classification system from Centers for Disease Control and Prevention (CDC) revised in 1994 can be used as a reference for this criteria.

Identify the clinical and immunological classification of HIV seropositive children at the first visit to a specialized reference centre in pediatric AIDS.

The data were obtained from the review of medical records from 195 HIV seropositive children who attended the specialized clinic at Hospital Infantil Joana de Guamão, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, between June 1995 and June 1998.

Among the 195 children 74 (37.9%) did not have signs and symptoms of disease and the HIV infection status was not confirmed. These children were classified according to CDC criteria as EN. Of those with the infection confirmed, only 4 (3.3%) did not show symptoms and immunosuppression (N1), and 60% had signs and symptoms of AIDS with 51 (42.2%) or without 48 (39.6%) immunosuppression. Among these children 23 (19%) had mild (A), 25 (20.7%) moderate (B) and 69 (57%) severe (C) symptoms.

The majority of children had signs and symptoms of AIDS when they first came to the specialized clinic. Most of them had severe symptoms and a significant percentage showed different levels of immunosuppression. It is

necessary to inform population and doctors about the importance of early follow up of children who are born to HIV-positive mothers or who are known to be infected with HIV.



# APÊNDICE I

Revisão de 1994 do sistema de classificação pediátrica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: categorias clínicas.

---

## **1. Categoria N: assintomáticos**

Crianças que não apresentam sinais ou sintomas considerados como resultantes da infecção pelo HIV ou que representam somente uma das condições listadas na categoria A.

## **2. Categoria A: levemente sintomáticas**

Crianças com duas ou mais das condições listadas a seguir que não apresentam as condições listadas nas categorias B e C.

- Linfadenopatia ( $\geq 0.5$ cm em mais de dois sítios, que não sejam bilaterais);
- hepatomegalia;
- esplenomegalia;
- dermatite;
- parotidite;
- infecção respiratória superior recorrente ou persistente, sinusite ou otite.

## **3. Categoria B: moderadamente sintomáticas**

Crianças que apresentam outras condições atribuídas à infecção pelo HIV não listadas nas categorias A e C. Exemplos dessas condições (não limitadas à categoria B):

- anemia ( $<8$ mg/dl), neutropenia ( $<1000/\text{mm}^3$ ) ou trombocitopenia ( $<100\ 000/\text{mm}^3$ ), persistindo por 30 dias ou mais;
- meningite bacteriana, pneumonia ou sépsis (um simples episódio);
- candidíase orofaríngea que persiste por mais de dois meses em crianças maiores de seis meses de idade;
- cardiomiopatia;
- infecção pelo citomegalovírus com início anterior a um mês de idade;
- diarreia crônica ou recorrente;

- hepatite;
- estomatite pelo vírus *Herpes simplex* recorrente (mais de dois episódios em um ano);
- bronquite, pneumonite ou esofagite pelo *Herpes simplex* com início anterior a um mês de idade;
- *Herpes zoster* em pelo menos dois distintos episódios ou mais de um dermatomo;
- leiomiossarcoma;
- pneumonia intersticial linfóide ou hiperplasia pulmonar linfóide complexa;
- nefropatia;
- nocardiose;
- febre persistente (mais de um mês);
- toxoplasmose de início anterior a um mês de idade;
- varicela disseminada.

#### **4. Categoria C: severamente sintomáticas**

Crianças que apresentam alguma das condições listadas em 1987 que definem AIDS, com excessão de LIP.

- infecções bacterianas sérias, múltiplas ou recorrentes (combinação de pelo menos duas culturas confirmadas em um período de dois anos): septicemia, pneumonia, meningite, infecção óssea ou articular, abscessos em órgãos internos ou cavitários;
- candidíase esofageana ou pulmonar (brônquios, traqueia ou pulmões);
- coccidioidomicose disseminada (outro sítio ou em adição pulmonar, cervical ou hilares);
- cryptococose extrapulmonar;
- cryptosporidiose ou isosporíase com diarréia persistente por mais de um mês;
- doença pelo citomegalovírus com início dos sintomas em idade > 1 mês (em outra localização além do fígado, baço ou linfonodos);
- encefalopatia (pelo menos presença de um dos seguintes achados presentes por dois meses ou mais, na ausência de doenças concomitantes que justifiquem os achados):
  - a) falha em alcançar ou perda de marcos do desenvolvimento, ou perda da habilidade intelectual, verificada por escalas padronizadas ou testes neuropsicológicos;
  - b) comprometimento do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida demonstrada por tomografia computadorizada ou ressonância magnética (imagens seriadas são requeridas para

crianças menores de dois anos);

c) déficit motor simétrico adquirido, manifestado por dois ou mais dos seguintes achados: parestesias, reflexos patológicos, ataxia ou distúrbios na deambulação;

- infecção pelo *Herpes simplex* causando úlceras mucocutâneas que persistem por mais de um mês ou bronquite, pneumonite ou esofagite de qualquer duração afetando uma criança maior de um mês de idade;

- histoplasmose disseminada (em localização diferente ou em adição com pulmonar, cervical ou em linfonodos hilares);

- sarcoma de Kaposi;

- linfoma cerebral primário;

- linfoma de Burkitt, ou linfoma imunoblástico ou de células gigantes de células B ou de fenótipo imunológico desconhecido;

- *Mycobacterium tuberculosis* disseminada ou extrapulmonar;

- *Mycobacterium* de outras espécies ou não identificada, disseminada (em outro sítio ou em adição com pulmões, pele ou linfonodos cervicais ou hilares);

- pneumonia por *Pneumocystis carinii*;

- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;

- septicemia por *Salmonella* (não tifóide) recorrente;

- toxoplasmose cerebral com início com mais de um mês de idade;

- Síndrome de Emaciação (*Wasting syndrome*) na ausência de doença concorrente que possa explicar os seguintes achados:

a) perda de peso persistente maior de 10% do peso basal ou;

b) rebaixamento de pelo menos dois percentis de peso para idade (ex.: percentis 95, 75, 50, 25, 5) em uma criança com um ou mais anos de idade ou;

c) abaixo do percentil 5 de peso para a altura em duas medidas consecutivas, intervalo maior ou igual a 30 dias mais: diarreia crônica (pelo menos dois episódios diários por período maior ou igual a 30 dias) ou febre documentada (por período maior ou igual a 30 dias, intermitente ou constante).

---

Fonte: CDC. 1994 Revisão do sistema de classificação para infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade. MMWR 1994; 43(no. RR-12):1-10.

Revisão do sistema de classificação da infecção pelo HIV: categorias imunológicas para pacientes pediátricos, baseadas na contagem e percentual de linfócitos TCD4+ para cada grupo etário

Categoria imunológica	Idade da criança					
	< 12 meses		1 a 5 anos		6 a 12 anos	
	$\mu$ l	(%)	$\mu$ l	(%)	$\mu$ l	(%)
1. Sem evidência de imunossupressão	$\geq 1500$	( $\geq 25$ )	$\geq 1000$	( $\geq 25$ )	$\geq 500$	( $\geq 25$ )
2. Evidência de imunossupressão moderada	750-1499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
3. Evidência de imunossupressão severa	<750	(<15)	<500	(<15)	<200	(<15)

Fonte: CDC. 1994 Revisão do sistema de classificação para infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade. MMWR 1994; 43(no. RR-12):1-10.



## APÊNDICE II

### Identificação:

Nome (iniciais):	Data 1ª consulta: / /	Reg.:
Idade 1ª consulta:	Data nasc.:	Sexo ( )M ( )F
Naturalidade:	Procedência:	

### Epidemiologia:

Transmissão	( ) vertical
	( ) transfusional
	( ) drogas
	( ) sexual
	( ) ignorada
Condição de saúde da mãe	( ) com sintomas
	( ) sem sintomas
	( ) óbito
	( ) ignorada

### Antecedentes:

Gestação	Pré-natal	( ) Sim	( ) Não	( ) Ignorado
	AZT	( ) Sim	( ) Não	( ) Ignorado
	Parto	( ) Normal	( ) Cesariana	( ) Ignorado
Amamentação	( ) Sim	( ) Não	Tempo:	meses

### Avaliação imunológica:

CD4: _____
% CD4: _____ %
CD4/CD8: _____



## Quadro clínico:

- Idade de início dos sintomas: \_\_\_\_\_

- Sinais e sintomas já apresentados na primeira consulta:

<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> BPN -1 vez
<input type="checkbox"/> PIL	<input type="checkbox"/> BPN 2 ou + vezes
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Diarréia
<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Otite de repetição
<input type="checkbox"/> Aumento de parótidas	<input type="checkbox"/> Outras infecções de repetição
<input type="checkbox"/> Febre recorrente	<input type="checkbox"/> Candidíase Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Atraso DNPM	<input type="checkbox"/> <i>P. Carinii</i> (suspeita)
<input type="checkbox"/> alterações neurológicas	<input type="checkbox"/> <i>Criptosporidium</i>
<input type="checkbox"/> Neoplasias _____	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Lesões de pele	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose
<input type="checkbox"/> Herpes Tipo: _____	<input type="checkbox"/> outras

Classificação CDC 1994: \_\_\_\_\_

## Evolução:

<input type="checkbox"/> Assintomático sem tratamento
<input type="checkbox"/> Assintomático com tratamento ( evidência de alteração imunológica)
<input type="checkbox"/> Sintomático com tratamento
<input type="checkbox"/> Sororreversão
<input type="checkbox"/> Abandono
<input type="checkbox"/> Outro serviço
<input type="checkbox"/> Óbito

**TCC  
UFSC  
PE  
0434**

Ex.1

**N.Cham. TCC UFSC PE 0434**

**Autor: Marques, Renata Sc**

**Título: Estadiamento clínico imunológico**



972804716

Ac. 254029

Ex.1 UFSC BSCCSM