

Diagnóstico tardio de Aids em crianças: revendo as oportunidades perdidas na profilaxia da transmissão materno-infantil e no diagnóstico precoce do HIV

Late diagnosis of Aids in children: reviewing lost opportunities in prophylaxis of mother-to-child transmission and early diagnosis of HIV

Resumo

Objetivo: a transmissão materno-infantil do HIV (TMIHIV) é a principal via de transmissão do vírus em crianças, correspondendo à quase totalidade dos casos nessa faixa etária. A implementação de medidas eficazes para redução da TMIHIV ocasionou na redução da transmissão para menos de 1% dentre crianças expostas ao vírus. O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV está relacionado à menor morbimortalidade da população afetada. O objetivo deste artigo é relatar um caso de diagnóstico tardio de Aids em uma criança e rever as oportunidades perdidas na profilaxia da TMIHIV e no diagnóstico precoce da infecção. **Descrição do caso:** trata-se de paciente de oito anos, masculino. Mãe com pré-natal irregular e diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto. Embora orientada no momento da alta, não procurou assistência médica especializada para a criança. O paciente evoluiu com parotidite, linfadenomegalia e um episódio de pneumonia. Após a primeira pneumonia foi encaminhado para investigação diagnóstica ambulatorial, contudo não compareceu para seguimento clínico. Somente durante a segunda internação por quadro pulmonar arrastado foi realizado o diagnóstico de HIV na criança. Na ocasião, a mãe e a criança tiveram o diagnóstico de tuberculose pulmonar, sendo iniciados durante a internação os tuberculostáticos e posteriormente a terapia antirretroviral combinada. A criança segue em controle clínico ambulatorial com boa adesão ao tratamento. **Discussão:** o presente caso reforça a necessidade de se pensar precocemente no diagnóstico de HIV em crianças, a fim de se evitar a progressão da doença e melhorar o prognóstico e a sobrevivência nessa faixa etária.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Diagnóstico tardio.

Mayara Secco Torres da Silva¹
Mariana Kappaun de Andrade²
Bill Carlos Manhães Júnior¹
Carolina Airão Destefani³
Filipe Antônio de Carvalho Freitas¹
Nathalia Mazolli Veiga³
Giovana Figueira Rodrigues Vieira⁴
Juliëne Martins Araújo⁵
Danielle Plubins Bulkool⁶
Claudete Aparecida Araújo Cardoso⁷

¹ Estudante de Medicina na Universidade Federal Fluminense.

² Médica-Pediatra pela Universidade Federal Fluminense. Residente de Neurologia Pediátrica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Médica pela Universidade Federal Fluminense.

⁴ Estudante de Medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

⁵ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica-Infeccionista Pediátrica. Chefe de Clínica do Hospital Getúlio Vargas Filho.

⁶ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora-Assistente do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense.

⁷ Pós-Doutorado em Doenças Infecciosas pela Universidade da Califórnia em Berkeley, Estados Unidos. Professora-Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense.

Instituição:

Universidade Federal Fluminense

Correspondência:

claudetecardoso@id.uff.br

Recebido em: 18.12.2016

Aprovado em: 18.01.2017

Abstract

Objective: most of the HIV infections in children are due to the mother-to-child transmission, which is the leading mechanism of HIV transmission in this age group. The implementation of effective measures aiming to decrease vertical transmission was successful, reducing it to less than 1% amongst children exposed to the virus. Early diagnosis is related to lower rates of morbidity and mortality in the affected population. This article aims to report a clinical case of late diagnosis of HIV infection in a child, debating the missed opportunities in the prophylaxis for vertical transmission and in the early diagnosis of the infection. **Case description:** this article reports a case of an eight-year-old boy. Due to irregular prenatal appointments, his mother was diagnosed with HIV only at the moment of birth. After hospital discharge, she did not seek medical follow-up for the child, despite being told so. The boy had parotitis, lymphadenomegaly, and one episode of pneumonia. Following this, he was referred to outpatient follow-up to further investigate his diagnosis, but he was not brought to the appointment. HIV diagnosis was made after his second hospitalization, in which both mother and child had been diagnosed with pulmonary tuberculosis. Tuberculostatic drugs were initiated, as well as the combination antiretroviral therapy. Currently, the child is being followed-up in outpatient services, showing a good adherence to the treatment. **Discussion:** this case reinforces the importance of early diagnosis of HIV infections in children, which is decisive to avoid the progression of the disease, improving its prognosis.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Delayed diagnosis.

INTRODUÇÃO

Atualmente, estima-se que 1,8 milhões de crianças estejam vivendo com HIV no mundo. Somente em 2015, cerca de 150.000 crianças foram diagnosticadas com o vírus no mundo, sendo 500 destas no Brasil.¹ Desde o ano de 2002, embora tenha havido um decréscimo significativo do número de casos de Aids por transmissão vertical, observou-se uma estabilização em patamares insatisfatórios, em torno de 500 casos/ano em menores de cinco anos de idade.² A transmissão materno-infantil do HIV (TMIHIV), também denominada transmissão vertical do HIV, é a principal via de infecção em crianças, correspondendo a cerca de 100% dos casos em pacientes menores de cinco anos de idade e 99,6% dos casos em crianças abaixo

de 13 anos.² Além das consequências da infecção pelo HIV na saúde física, a infecção pediátrica pelo HIV é frequentemente associada com abandono, orfanidade, dificuldades escolares e preconceito, ou estigma nas relações sociais. Esses fatores afetam o desenvolvimento emocional/psicológico das crianças, resultando em risco aumentado de transtornos mentais, tais como depressão, ansiedade e distúrbios de comportamento.^{2,3}

Na ausência de profilaxia adequada, a TMIHIV ocorre em 20-45% dos casos de crianças nascidas de mães infectadas pelo vírus.¹ A maioria da TMIHIV acontece durante o parto, e 7-22% ocorrem no pós-parto durante o aleitamento materno.⁴⁻⁷ O uso adequado da terapia antirretroviral durante o período pré-natal e perinatal pela gestante

e no período pós-parto pela criança ocasionou uma redução no risco de TMIHIV para menos de 1%.^{4,5}

Em 2010, o Programa Global para HIV/Aids da Organização Mundial de Saúde (Unaid) delineou um plano global para a eliminação completa dos novos casos de infecção pelo HIV em crianças até 2015,⁸ com foco no aumento da testagem de HIV em gestantes e na administração de antirretrovirais para mulheres grávidas infectadas pelo HIV e seus bebês. No entanto, a despeito dos esforços para se atingir este objetivo, a TMIHIV permanece 16% ao redor do mundo.⁹ Conforme estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 2014 ainda ocorreu uma taxa de TMIHIV de 3-9% no Brasil.¹⁰

Estima-se que ocorram anualmente no Brasil cerca de 12.000 partos em mulheres infectadas pelo HIV.¹¹ Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede Cegonha para atingir os objetivos propostos pela Unaid de eliminação da transmissão vertical do HIV, focalizando os esforços na testagem precoce e no tratamento antirretroviral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o Brasil tem oferecido acesso livre e universal à terapia antirretroviral combinada (TARVC) para a gestante desde 1997, tem orientado essas grávidas infectadas pelo HIV sobre os riscos da amamentação para a TMIHIV e tem fornecido desde 2002 a fórmula láctea artificial durante os primeiros seis meses de vida da criança.¹² Devido à falha na redução da TMIHIV aos níveis esperados, em 2014 o MS investiu no aumento de pesquisas sobre a transmissão vertical do HIV a fim de auxiliar na identificação de lacunas de tratamento e apoiar o desenvolvimento de novas intervenções.²

O presente estudo tem como objetivo relatar e discutir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV por TMIHIV em uma criança de oito anos de idade, refletindo sobre as oportunidades perdidas na profilaxia da transmissão do vírus no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CAAE: 47092915.1.0000.5243).

DESCRIÇÃO DO CASO

V. S., oito anos, branco, sexo masculino, natural e residente de Niterói, Rio de Janeiro. Mãe com pré-natal irregular, usuária de drogas (maconha e cocaína), afirmando desconhecer sorologias durante a gestação. Foi diagnosticada com infecção pelo HIV por meio do teste rápido no momento do parto e recebeu alta da maternidade

com encaminhamento para seguimento clínico ambulatorial da criança devido à exposição vertical ao HIV, com orientação para não amamentar. Embora orientada a procurar assistência especializada para seguimento da criança, não compareceu à unidade de saúde. Em todas as visitas clínicas realizadas com a criança, a mãe sempre ocultou a informação da exposição vertical ao HIV e nunca levou o cartão de alta da maternidade para as consultas. Percebeu-se que ocultava o seu diagnóstico prévio por receio de ser discriminada ou estigmatizada. Tal comportamento foi claramente exposto durante o seguimento clínico da criança. O paciente evoluiu nos próximos anos com parotidite e posteriormente linfadenomegalia generalizada. Em 2013 a criança foi internada devido à pneumonia com derrame pleural e linfadenomegalia cervical. Durante a internação não foi solicitada sorologia para HIV. Após tratamento da pneumonia e alta hospitalar, foi encaminhado ao Ambulatório de Pediatria Geral, sendo solicitados exames laboratoriais incluindo sorologia anti-HIV e rastreio inicial para imunodeficiência, porém a mãe não coletou os exames e não retornou para reavaliação clínica. Em agosto de 2015 foi admitido para internação hospitalar com queixa de quadro pulmonar arrastado e emagrecimento (não quantificado), sendo realizado o diagnóstico de HIV na época. A mãe relatava hipertrofia bilateral de parótidas e linfadenomegalia generalizada de dois anos de evolução na criança. À admissão, o paciente apresentava quadro pulmonar com dissociação clinicoradiológica (criança clinicamente bem com imagem radiológica significativa) e linfadenopatia associada, com ultrassonografia cervical evidenciando degenerações císticas em linfonodos. A mãe apresentava-se emagrecida, com tosse

persistente, de duração superior a três semanas. Tendo em vista epidemiologia sugestiva, a hipótese clínica inicial foi de tuberculose (TB) pulmonar na mãe e na criança. O paciente apresentava ainda velocidade de hemossedimentação (VHS) de 104 mm/h. Devido à história epidemiológica materna sugestiva de TB, confirmada posteriormente, seguiu-se à investigação diagnóstica. Para melhor avaliação pulmonar e de linfonodos, foi solicitada tomografia computadorizada de tórax, que não evidenciou achados sugestivos de TB. A ultrassonografia de abdome não evidenciou linfadenomegalia periportal. O teste tuberculínico (PPD) foi não reator. Tendo em vista exames radiológicos pouco conclusivos, prosseguiu-se à pesquisa com broncoscopia endoscópica, constatando árvore traqueobrônquica sem anormalidades. Lavado broncoalveolar com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e cultura para *Mycobacterium* negativos, além de genotipagem para TB (teste Xpert) negativa.

Optou-se por iniciar o tratamento para TB com rifampicina, isoniazida e pirazinamida para a criança pela história epidemiológica materna, pelo emagrecimento, pelo quadro pulmonar arrastado e pela dissociação clinicoradiológica. Fez-se o diagnóstico de infecção pelo HIV da criança (duas sorologias anti-HIV positivas). A contagem de CD4+ evidenciou 254 células/mm³ (16,1%) e a carga viral do HIV foi de 11.450 cópias/ml. Durante a internação foram iniciados os tuberculostáticos e posteriormente a TARVC com zidovudina, lamivudina e efavirenz. A criança ganhou 3 kg de peso no final do primeiro mês de tratamento da TB. Depois de 56 dias de internação, o paciente recebeu alta hospitalar com encaminhamento para o Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital

Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF), onde completou seis meses de tratamento da TB. Após 12 semanas do início da TARVC apresentou contagem de CD4+ de 384 células/mm³ (28%) e carga viral indetectável. Segue com controle clínico adequado, com boa adesão e acompanhamento rigoroso pelo Serviço Social, visando a uma boa adesão ao tratamento.

DISCUSSÃO

No Brasil, o SUS tem avançado na consolidação de um programa de atenção à saúde de pessoas com HIV/Aids que abrange desde medidas preventivas, como educação sexual e disponibilização de métodos preventivos, até a viabilização de terapia antirretroviral nos casos identificados.¹ Especificamente em relação à saúde materno-infantil, o setor público oferece gratuitamente acompanhamento pré-natal para as gestantes que, caso sejam diagnosticadas como portadoras do vírus HIV, têm direito ao tratamento necessário para evitar a transmissão vertical do vírus. As políticas públicas desenvolvidas no país para a atenção às pessoas com HIV/Aids são reconhecidas mundialmente. Além disso, o programa de HIV/Aids é um dos mais integrais do sistema de saúde brasileiro, por acompanhar o usuário desde a prevenção até o seu tratamento e reabilitação, sendo exemplar no que tange à produção de cuidado integral e de qualidade no setor público.¹³

O papel do SUS em estruturar tal programa é essencial, sobretudo em um contexto no qual o acesso a medicamentos de HIV/Aids é extremamente caro, dificultando a possibilidade de famílias sustentarem esse gasto sem apoio governamental. Além disso, a infecção pelo HIV consiste em uma doença crônica, com profundas raízes sociais.¹⁴ Historicamente, a Aids foi associada a grupos marginalizados da população e, ainda hoje, carrega um estigma que dificulta seu diagnóstico precoce, a aceitação da doença e, consequentemente, de seu tratamento.¹⁴ Essa é a realidade da mãe do presente relato, que se recusava a informar a respeito da infecção pelo HIV, provavelmente por se sentir portadora de uma doença estigmatizante. Os fatores culturais envolvidos, em conjunção com problemas estruturantes do sistema público de saúde, como a dificuldade de acesso decorrente de um subfinanciamento crônico, contribuem para que o diagnóstico da Aids seja feito tardiamente, acarretando um pior prognóstico para o paciente.

Apesar de existir uma política pública destinada especificamente a evitar os casos de transmissão vertical do HIV, seguimos tendo casos de crianças infectadas pelo HIV que tiveram seu diagnóstico tardio, determinando maior gravidade e morbimortalidade pela doença. Nesse sentido, esses casos – assim como o apresentado neste estudo – são considerados oportunidades

perdidas, pois, mesmo com um aparato que fosse capaz de evitar a transmissão vertical do HIV, ou ainda identificá-la precocemente, isso não aconteceu na prática.¹⁵ No exemplo de V. S., a irregularidade do acompanhamento pré-natal e a limitação de entendimento da mãe em relação às orientações dadas pela equipe multidisciplinar durante a gestação e no pós-parto contribuíram para o diagnóstico tardio, interferindo diretamente na evolução do paciente.

Nesse sentido, é necessário refletir sobre a consolidação do programa de HIV/Aids para além dos aspectos biomédicos envolvidos. As falhas que determinam a ocorrência de oportunidades perdidas como a de V. S. extrapolam a esfera individual de uma mulher que não recebeu os cuidados necessários. Isso reflete também os problemas estruturais enfrentados pelo SUS, como a questão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e as barreiras encontradas na implementação prática de programas governamentais. Apenas resolvendo esses nós críticos será possível avançar na atenção à saúde integral da criança e do adolescente e no cumprimento do objetivo da Unids de eliminar completamente novos casos de infecção pelo HIV em crianças.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe de Pediatria do HUAP-UFF pelo atendimento do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 Unaid. Aids Epidemic Update 2015: annual report by Unaid and WHO. Geneva: Unaid and WHO; 2015 [acesso em 17 dez 2016]. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org>.
- 2 Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília: SVS/MS; 2014. 238 p.
- 3 Blanchette N, Smith ML, King S, Fernandes-Penney A, Read S. Cognitive development in school-age children with vertically transmitted HIV infection. *Dev Neuropsychol.* 2002;21:223-41.
- 4 Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, VanDyke R, Bey M, Shearer W, Jacobson RL et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 1994;331(18):1173-80.
- 5 Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C, Hayani K, Handelsman E, Smeriglio V, Hoff R, Blattner W, Women and Infants' Transmission Study Group. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J of Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;29(5):484-94.
- 6 Nogueira SA, Abreu T, Oliveira R, Araújo L, Costa T, Andrade M, Garcia Psic MF, Machado, Rodrigues K, Mercadante R, Fernandes I, Sapia MC, Lambert JS. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infec Dis.* 2001;5(2):78-86.
- 7 Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. [Trends in maternal-infant transmission of Aids after antiretroviral therapy in Brazil]. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(suppl):18-22. [Article in Portuguese]
- 8 Unaid. Countdown to zero: global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (2011-2015). Geneva: Unaid; 2011. 44 p.
- 9 Unaid. 2014 Global progress report on the global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015. Geneva: Unaid; 2014. 32 p.
- 10 Unicef. HIV and Aids complete global database. New York: Unicef; 2016 [acesso em 17 dez 2016]. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/>
- 11 Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV-Aids. Brasília: SVS/MS; 2014. 80 p.
- 12 Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: guia de tratamento. Brasília: SVS/MS; 2010. 168 p.
- 13 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R (Eds.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj; 2001. p. 43-68.
- 14 Bastos FI. *Aids na terceira década.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 104 p.
- 15 Kendall T. Consequences of missed opportunities for HIV testing during pregnancy and delayed diagnosis for Mexican women, children and male partners. *PLoS One.* 2014;9(11):e109912.