

Caracterização da morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS em serviço de referência no Sul do Brasil

Cristiane Cardoso de Paula*, Crhis Netto de Brum**, Samuel Spiegelberg Zuge**, Andressa Peripolli Rodrigues**, Lidiane da Cruz Tolentino***, Stela Maris de Mello Padoin*

Resumo: Objetivou-se caracterizar a morbimortalidade de crianças com HIV/AIDS atendidas em um Hospital Universitário no Sul do Brasil. Estudo quantitativo, documental, retrospectivo, descritivo. Foram incluídas crianças menores de 13 anos com HIV/AIDS. As informações foram extraídas dos prontuários, de maio de 2011 a janeiro de 2012. Das 47 crianças 44,7% encontravam-se entre 10 a 12 anos. Em 91,5% o modo de transmissão foi o vertical e em 93,6% dos prontuários não apresentava descrição sobre a revelação do diagnóstico. No último ano, 46,8% das crianças tiveram entre 4 a 6 consultas e das crianças que se encontravam em tratamento, 31,1% com tempo de tratamento de 1 a 3 anos. Identificou-se 6,4% óbitos. Evidenciou-se a necessidade de um cuidado integral as crianças com HIV/AIDS, que contemple o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento e de sua condição de saúde.

Descritores: Saúde da criança; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

Characterization of morbimortality in children with HIV/AIDS in a reference centre in the South of Brazil

Abstract: The aim was to characterize morbimortality in children with HIV/AIDS assisted in a University Hospital in the south of Brazil. Quantitative, documental, retrospective and descriptive study. Children under 13 years old with HIV/AIDS were included. Information were extracted from medical records. From May 2011 to January 2012. Of 47 children, 44,7% were between 10 and 12. In 91,5%, transmission was vertical and in 93,6% didn't have description of diagnosis disclosure in the medical records. In last year, 46,8% of children had between 4 to 6 appointments and of children that were in treatment, 31,1% with treatment period from 1 to 3 years. 6,4% deaths were identified. It became evident the need of full care to children with HIV/AIDS, that contemplates their growth and development evaluation in their health condition.

Descriptors: Child health; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing.

*Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Docente no departamento de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

**Mestrando em enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

***Graduanda em enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

A criança é um ser vulnerável, tanto ao vivenciar a saúde quanto a doença e, portanto, necessita de cuidados específicos à sua singularidade. Dentre as situações de vulnerabilidade, destaca-se a possibilidade de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).¹

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) bem como seu agente etiológico, o HIV, foram reconhecidos como um desafio à ciência, ao mesmo tempo em que compreende-se o importante enfrentamento biopsicossocial das famílias que possuem uma criança infectada.²

No Brasil, as notificações evidenciam a inserção da criança desde o início da epidemia. No período de 1980-2011, foram notificados 10.857 casos entre crianças menores de cinco anos de idade e 3.519 casos na faixa etária entre 5 a 12 anos.³

Dessa forma, as crianças com HIV/AIDS vem ganhando destaque no contexto da epidemia seja pelo seu crescimento epidemiológico, em decorrência do processo de feminização, ou pelo aumento da sobrevivência daquelas que foram infectadas por meio da transmissão vertical.^{4,5}

Esse fato foi evidenciado a partir do avanço da Terapia Antirretroviral (TARV), que possibilitou uma modificação no curso da epidemia, alterando a tendência da morbimortalidade no Brasil. Essa modificação é resultado das ações de controle da infecção, da profilaxia da transmissão vertical do HIV, do manejo clínico das infecções oportunistas, e do impacto sobre a morbidade de crianças expostas. Assim, a AIDS pode ser caracterizada como uma doença crônica, que evidencia novas perspectivas, como a transição da infância para adolescência daquelas com HIV/AIDS por transmissão vertical.⁶⁻⁹

Esse grupo de crianças apresenta uma demanda de saúde pela dependência da tecnologia medicamentosa para sobreviver. Portanto, estão inseridas e classificadas no grupo que busca visibilidade, denominado de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).^{4,10,11}

Diante do quadro epidemiológico há demanda para as políticas públicas do Sistema Único de Saúde, de ações de prevenção para o controle da transmissão vertical; de vigilância de casos na infância; da assistência à saúde no acompanhamento das crianças expostas e infectadas pelo HIV, de tratamento daquelas com AIDS e de proteção dos seus direitos garantidos pela legislação.^{7,11}

Nesse sentido, compreende-se a necessidade em desenvolver ações de intervenção junto às crianças e suas famílias, de modo que possam viabilizar um acompanhamento integral mediado por ações de promoção à saúde que minimizem os danos que a infecção ocasiona. Estas inquietações tem sido suscitadas pelos resultados das vivências e experiências oriundas de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos no serviço de acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário, na última década.¹²

Assim, este estudo tem por objetivo caracterizar a morbimortalidade das crianças com HIV/AIDS atendidas em um hospital universitário do sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo documental, retrospectivo e descritivo. A pesquisa foi realizada no Sistema de Registro de Prontuários (SAME) de um hospital universitário localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, sendo considerado um serviço de referência para o atendimento das pessoas com HIV/AIDS.

A população do estudo foi composta por crianças com HIV/AIDS, com idade inferior a 13 anos, segundo critério etário estabelecido pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Brasil.⁶ A lista das crianças foi obtida junto ao serviço, por meio da agenda de atendimento do Ambulatório Ala C de Doenças Infecciosas e na Unidade Dispensadora de Medicamentos, ambos localizados no Hospital Universitário. Os óbitos foram obtidos junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Os critérios de inclusão foram: o diagnóstico de HIV/AIDS, acompanhamento no serviço de infectologia e o período de 1998 a 2011, salienta-se que o serviço de atendimento pediátrico foi implantado em 1998. Foi utilizado como critérios de exclusão os prontuários com inconsistências nos registros.

A partir da lista foram encontradas 185 crianças em acompanhamento no serviço, sendo 47 destas incluídas no estudo. As demais foram excluídas por apresentarem diagnóstico de outras doenças infecciosas, pela exposição ao HIV com desfecho sorológico negativo para o mesmo, e pela inacessibilidade aos registros.

As informações foram extraídas dos prontuários, de maio de 2011 a janeiro de 2012, por meio de um instrumento que contemplava características sociodemográficas, história clínica, evolução clínica e mortalidade.

Para análise das variáveis foi desenvolvido um banco de dados de forma eletrônica, a partir do software Epi Info versão 7.0, com digitação dupla independente para garantir exatidão dos dados. Foi realizada análise descritiva de frequência por meio do software Statistical Package for Social Science (SPSS) 17.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número CAAE 0262.0.243.000-10.

Resultados e discussão

A partir dos dados sociodemográficos da população do estudo, foi possível observar que 51,1% (24) residiam no Município de Santa Maria, os demais se alocavam entre outros 17 municípios vinculados à 4ª e 11ª Coordenadorias Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciando o serviço ambulatorial de infectologia do HUSM como uma das referências no estado.

Os ambulatórios de infectologia de todo o país tem se tornado referência nas doenças infectocontagiosas atendendo a proposta vinculada ao Ministério da Saúde.⁶ Os serviços prestados nos ambulatórios permitem responder à complexidade da epidemia, estabelecendo a oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, sustentada na integralidade da atenção às pessoas com HIV/AIDS.¹³

Em 61,7% (29) dos sujeitos predominou o sexo feminino e, na classificação de cor ou raça, 66,0% (31) eram brancos. Na caracterização da faixa etária, 44,7% (21) encontravam-se entre 10 a 12 anos de idade. As características sociodemográficas do estudo vão ao encontro dos dados publicados pelo último Boletim Epidemiológico de Aids/DST no Brasil, o qual apresenta predominância do sexo feminino para esta faixa etária.⁵

Identificou-se também que 68,2% (32) das crianças tiveram como principal responsável a mãe, e os demais prontuários identificaram mais de um responsável (Tabela 1). A mãe é a principal responsável pela criança, ganhando realce a partir da imagem do amor materno, que começou a ser construída no final do século XVIII e no XIX, com a política higienista. Essa política promoveu mudanças significativas na estrutura familiar e social, conferindo à mulher o poder e a admiração pelo cuidado aos filhos.¹⁴

A mãe como cuidadora é definida como a pessoa da família com o dever moral de ficar com a criança, e se sente na obrigação de cuidar do filho, uma vez que a própria criança a elege como protetora dentre os outros familiares. Além de acreditar que ninguém está à altura de, como ela, cuidar e proteger o seu filho.¹⁵

Tabela 1 — Características sociodemográficas das crianças menores de 13 anos com HIV/AIDS. Santa Maria, 2012. N= 47

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	18	38,3
Feminino	29	61,7
Cor e raça		
Branca	31	66,0
Parda	1	2,1
Sem resposta no prontuário	15	31,9
Faixa etária		
1 a 3 anos	5	10,6
4 a 6 anos	7	14,9
7 a 9 anos	14	29,8
10 a 12 anos	21	44,7
Responsável		
Mãe	32	68,2
Pai	7	14,9
Pais adotivos	2	4,2
Avó/Avô	8	17,0
Tio/Tia	2	4,2
Irmãos	1	2,1
Sem resposta no prontuário	1	2,1

De acordo com a História Clínica das crianças, em 91,5% (43) dos casos foi encontrada a categoria vertical de exposição ao HIV, e em 8,5% (4) esta informação não constava no prontuário. Em relação à revelação do diagnóstico do HIV/AIDS para a criança, em 6,4% (3) já havia sido realizada. Entretanto, 93,6% (44) dos prontuários não apresentavam descrição a respeito da revelação.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a revelação seja realizada para crianças em idade escolar e para os adolescentes.¹⁶ Também há indicação de que deva ser realizada o mais breve possível.¹⁷

O fato de adiar o momento da revelação do diagnóstico é uma tendência dos familiares e cuidadores de crianças. No entanto, esta demora pode levar à descoberta por outras vias, aumentando as chances de as informações sobre a enfermidade serem incorretas e imprecisas, podendo ocasionar confusão e desconfiança por parte das crianças.¹⁸

Em relação ao agendamento de consulta das crianças no serviço, tem-se que no último ano 46,8% (22) tiveram entre quatro e seis agendamentos. Obtiveram mais de seis agendamentos 25,5% (12) das crianças, e 14,9% (7) tiveram de um a três agendamentos. Em 8,5% (4) dos prontuários não constava agendamento de consulta, e em 3% (2) não houve descrição, pois as crianças foram a óbito antes de 2011.

Relacionado à assiduidade nas consultas no serviço, 51,1% (24) das crianças estiveram presentes em todas as consultas, e 34,0% (16) apresentaram de uma a três faltas. Em 10,6% (5) dos prontuários não constava tal informação, e em 4,3% (2) não houve descrição, pois as crianças foram a óbito antes de 2011.

Destaca-se a importância do seguimento ambulatorial contínuo e permanente no serviço de referência, a fim de identificar as necessidades de cada criança. Uma vez que o manejo da doença é complexo e exige acompanhamento específico, tais como marcadores biológicos, evolução da doença, adesão à TARV, entre outros.

A assiduidade e a frequência das crianças nas consultas demonstram que o acesso ao serviço de referência está sendo efetivo, existindo a compreensão da necessidade do seguimento para manutenção da saúde. No entanto, algumas crianças ainda têm dificuldade na continuidade do acompanhamento, que poderá ter relação com a estrutura do serviço quanto à distância, espaço próprio para essa população, vínculo com a equipe e preparo desta para atender às demandas específicas dessa fase do desenvolvimento, entre outros.^{19,20}

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento no Ambulatório em questão foi realizado em 89,4% (42) das crianças. Em 80,8% (38) o profissional que fez o acompanhamento e orientação foi o médico, em 12,8% (6) foi o enfermeiro, e em 6,4% (3) esse dado não constava no prontuário. Na maioria das vezes, as informações estão centradas no crescimento, desenvolvimento, questões clínicas e de controle da doença.

Considera-se que o acompanhamento clínico é voltado para o controle das doenças e atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas oriundos da infância.¹⁰

Os serviços de saúde precisam estar preparados para desenvolver ações integrais voltadas à saúde da criança com HIV/AIDS. Implica em realizar o diagnóstico, verificar suas manifestações clínicas e estar em convergência com as transformações epidemiológicas da síndrome.²¹ Essas ações em saúde tornam-se fundamentais na condição de cronicidade que a criança vive e implicações nessa fase.^{1,8}

Segundo as características da Evolução Clínica, foi possível determinar que a TARV foi realizada em 97,9% (46) das crianças, sendo que 30,4% (14) com tempo de tratamento de 1 a 3 anos. Quanto à complexidade do esquema medicamentoso, 93,5% (43) com o esquema triplo (terapia combinada com três drogas antirretrovirais, incluindo duas classes de fármacos diferentes) e 13,0% (6) necessitaram suspender o tratamento por algum período (Tabela 2).

O fato de essas crianças apresentarem dependência da tecnologia medicamentosa remete a uma demanda aos ambulatórios. Com o diagnóstico precoce e com o tratamento adequado, vem-se proporcionando a longevidade e a melhora na qualidade de vida dos pacientes.¹² Entretanto, apesar do benefício gerado por essa terapia, existem ainda dificuldades a serem superadas, sendo uma delas a adesão ao tratamento.²²

A complexidade do esquema está em consonância com o Consenso do Programa Nacional de AIDS, que recomenda a terapia combinada com três ARVs, incluindo duas classes de fármacos diferentes, sem interrupção do tratamento. A experiência acumulada permite concluir que esta é a melhor estratégia para maximizar a supressão da replicação viral, preservar e/ou restaurar o sistema imune, retardar a progressão da doença e aumentar a sobrevida.⁶

O esquema medicamentoso utilizado para a TARV se mostrou singular a cada criança, independente dos dados clínicos e da resistência medicamentosa. Os antirretrovirais mais utilizados foram: 30,4% (14) Lamivudina; 28,2% (13) Zidovudina (AZT); 23,9% (11) Kaletra; 15,2% (7) Efavirenz; 13,0% (6) Didanozina; 10,8% (5) Zidovudina; 8,7% (4) Abacavir; 6,5% (3) Neviparina; 4,3% (2) Biovir; 2,1% (1) Lopinavir, 2,1% (1) Estavudina.

Existem questões que tornam o esquema medicamentoso para o HIV mais complexo na infância. Uma dessas questões vincula-se ao sistema imunológico da criança, em virtude de estar em desenvolvimento e, portanto, mais suscetível aos efeitos negativos da infecção pelo vírus,²³ os quais podem levar a mudanças no esquema medicamentoso.

Neste estudo, 73,3% (33) das crianças necessitaram realizar alguma mudança no esquema medicamentoso, sendo que o principal motivo pela troca em 54,3% (25) foi por indicação terapêutica. Quanto aos efeitos colaterais causados pela TARV na criança, 15,2% (7) foram náuseas e vômitos (Tabela 2).

Os ajustes do esquema medicamentoso da TARV nas crianças ocorreram devido os efeitos colaterais, que podem interferir na adesão. O que poderá implicar no aparecimento rápido de resistência, no comprometimento da qualidade de vida e na redução de opções terapêuticas em caso de falência de tratamento.²⁴

Além da TARV, 34,8% (16) das crianças necessitavam utilizar outras medicações, a fim de tratar outras patologias. No que se refere às doenças oportunistas, 43,5% (20) das crianças desenvolveram algum tipo de infecção, sendo que 32,6% (15) apresentaram pneumonia/pneumocitose (Tabela 2).

Em decorrência do HIV/AIDS e das doenças oportunistas, 63,0% (29) das crianças necessitaram de internação hospitalar e 43,5% (20) com períodos de internação que variavam de 1 a 10 dias (Tabela 2).

As doenças oportunistas em pessoas com HIV/AIDS são recorrentes, uma vez que há o comprometimento imunológico e o risco elevado de infecções, sejam bacterianas, fúngicas, parasitárias e virais. Dessa forma, o uso de medicamentos profiláticos se mostra essencial à manutenção da saúde.⁶

A profilaxia visa, principalmente, a prevenção de pneumonia, frequente em pessoas soropositivas e que pode se manifestar com rapidez e alta letalidade. Quando o tratamento não é efetivo, poderá haver a necessidade de internações hospitalares.^{6,25,26}

Em geral, as internações hospitalares deixam as crianças ansiosas, pois, além do fator doença, existem os sentimentos provenientes da separação do ambiente escolar, familiar e social, tendo em vista que o processo histórico e cultural de um ambiente hospitalar não permite oferecer-lhes uma situação de bem-estar.²⁷

Geralmente, a hospitalização é uma das primeiras crises com que a pessoa com HIV/AIDS se depara, a qual é representada pela modificação do seu estado usual de saúde e de sua rotina diária. Essas crises podem ser influenciadas pela idade de seu desenvolvimento; experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas; a gravidade do diagnóstico e o sistema de suporte disponível.²⁸

Tabela 2 — Características da Evolução Clínica das crianças que realizaram TARV. Santa Maria, 2012. N=46.

Variável	N	%
Realizou a TARV		
Sim	46	97,9
Não	1	2,1
Tempo de Tratamento		
1 a 3 anos	14	30,4
4 a 6 anos	11	23,9
7 a 9 anos	8	17,4
Mais de 9 anos	7	15,2
Não tinha resposta no prontuário	6	13,0
Complexidade do Esquema Medicamentoso		
Mono	1	2,2
Duplo	2	4,3
Triplo	43	93,5
Suspensão do esquema		
Sim	38	82,6
Não	6	13,0
Não tinha resposta no prontuário	2	4,3
Mudança de Esquema Medicamentoso		
Sim	32	69,5
Não	13	28,2
Não tinha resposta	1	2,2

Motivo da mudança do Esquema Medicamentoso		
Efeitos colaterais	7	15,2
Indicação Terapêutica	23	50,0
Tiveram os dois motivos	2	4,3
Não tinha resposta no prontuário	5	10,9
Efeitos colaterais à TARV		
Náusea e Vômito	7	15,2
Diarréia	3	6,5
Inapetência	1	2,2
Ardência na garganta	1	2,2
Visão Turva	1	2,2
Cefaléia	1	2,2
Prurido	1	2,2
Dores lombares e Musculares	1	2,2
Não tinha resposta no prontuário	1	2,2
Utiliza alguma medicação que não os ARVs		
Sim	16	34,8
Não	30	65,2
Apresentou alguma patologia oportunistas		
Sim	20	43,5
Não	26	56,5
Patologias Oportunistas		
Pneumonia/Pneumocitose	15	32,6
Tuberculose	2	4,3
Mal de Pott	1	2,2
Neuro toxoplasmose	1	2,2
Candidíase Oral	1	2,2
Necessitou de Internação Hospitalar		
Sim	29	63,0
Não	17	36,9
Ficou internada quanto tempo		
1 a 10 dias	20	43,5
11 a 15 dias	1	2,2
Mais de 16 dias	8	17,4

No que tange à realização de exames laboratoriais durante o acompanhamento ambulatorial de saúde, 100% (47) das crianças realizaram hemograma, e 31,9% (15) genotipagem. Além disso, 23,4% (11) realizaram o exame parasitológico. O acompanhamento de saúde é imprescindível, sendo necessária a realização de exames laboratoriais periodicamente, e monitoramento de imunidade e efetividade do tratamento (CD4/CV), que permitem a indicação mais precisa dos medicamentos antirretrovirais por meio da genotipagem.⁶

Em relação à mortalidade das crianças, foi possível identificar 6,4% (3) de óbitos, tendo como principais causas: um caso de Tuberculose, um de Neurotoxoplasmose e outro de Cardiopatia, todos associados ao HIV/AIDS.

As reduções da morbimortalidade das pessoas soropositivas vêm ganhando destaque mundial pelo acesso universal à TARV, promovido pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, e pelos programas interministeriais, por meio de políticas de prevenção, pautadas em diálogos permanentes com os movimentos sociais e com a comunidade científica.²⁶

Conclusões

Entre as características sociodemográficas das crianças, destaca-se o fato da mãe ser a principal cuidadora, e isso implica na necessidade de reconhecer suas dificuldades no desempenho dos diferentes papéis sociais e no contexto familiar, o deslocamento até o serviço representa deixar os outros filhos em casa, e muitas vezes há impacto também na atividade laboral.

Estes fatores levam a necessidade de reconhecer o cuidador como alguém que também precisa de cuidados, que também pode ser usuária do serviço. Então, necessita-se de um espaço de escuta com vistas a conhecer suas dificuldades e minimizar suas dúvidas e sentimentos em relação à doença e potencializar suas facilidades no manejo da situação. Este espaço poderá ser, por exemplo, na consulta individual, ou coletiva, em grupos.

Propõe-se a implementação de novos estudos a fim de tratar as demandas específicas da condição sorológica, onde se considera importante a possibilidade do desenvolvimento de intervenções de promoção na revelação do diagnóstico e na adesão ao medicamento antirretroviral. Para tanto, considera-se imprescindível aprimorar o acesso ao serviço e o vínculo com os profissionais.

As características clínicas das crianças com HIV/AIDS evidenciaram a necessidade do cuidado integral, uma vez que a condição de saúde delas está implicada na sua sorologia, no seu crescimento e desenvolvimento, e nas questões relacionadas à vulnerabilidade desta população. Esse fato indica a necessidade de acompanhamento clínico, laboratorial e medicamentoso permanentes pela exposição a efeitos adversos, possibilidade de falhas terapêuticas e pela demanda de adesão ao tratamento.

Destaca-se que na fase de coleta de dados foram encontradas algumas limitações, como a falta de informações nos prontuários acerca da faixa etária em relação ao diagnóstico e a revelação do diagnóstico, indicando a necessidade de estratégias de gestão do serviço para minimizar essas falhas nos registros.

Bibliografia

1. Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. Rev Enferm UERJ. 2007; 15(2): 284-90.
2. Gomes AMT, Cabral IE. Ocultamento e silenciamento de familiares no cuidado à criança em terapia antirretroviral. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5): 719-26.
3. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST [online]. 2011 [acesso 2012 Mai 10]. Disponível em:
http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_AIDS_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf.
4. Gomes AMT, Cabral IE. O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 252-7.
5. Paula CC, Crossetti MGO. A existencialidade da criança com AIDS: perspectivas para o cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm. 2008; 12(1): 30-8.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV [online]. 2009 [acesso 2012 Mai 03]. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdf.
7. Paula CC, Padoin SMM, Ribeiro AC, Santos EEP, Brum CN. Saúde da criança que tem HIV/AIDS: as dimensões analíticas da produção científica brasileira. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. No prelo 2012.
8. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(3): 455-462.
9. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O cotidiano do ser-adolescente com aids: movimento ou momento existencial? Esc. Anna Nery R Enferm. 2009; 13(3): 632-39.
10. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O cotidiano de crianças infectadas pelo HIV no adolescer: compromissos e possibilidades do cuidado de si. DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2008; 20(3-4): 174-179.
11. Padoin SMM, Paula CC, Hoffmann IC, Valadão MC, Rodrigues AP, Langendorf TF. Alimentação de crianças que convivem com HIV/aids: vivências de familiares/cuidadores em atividade grupal. Revista de enfermagem da UFSM. 2012; 2(1): 213-221.
12. Padoin SMM, Paula CC, Ribeiro AC, Tronco CS, Santos EEP, Hoffmann IC et al. Criança que tem HIV/AIDS e seus familiares/ cuidadores: experiência de acompanhamento multidisciplinar. Saúde (Santa Maria) 2009 abr-jun, 35(2): 51-56.
13. Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Pernambuco. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(1): 147-56.
14. Schaurich D, Padoin SMM. Ser mulher cuidadora de criança com AIDS: compreensões existenciais à luz da filosofia de Buber. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(3): 569-577.
15. Neves ET, Cabral IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):527-38. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>.
16. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatrics AIDS. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. Pediatrics. 1999; 103(1): 164-166.

17. Vieira M, Padilha MI, Santos EKA. História de vida – mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1): 33-40.
18. Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/AIDS: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. *Paideia.* 2009; 19(42): 59-65.
19. Feitosa AC, Lima HJA, Caetano JA, Andrade LM, Beserra EP. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(3): 515-21.
20. Seidl EMF, Rossi WS, Viana K, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicol Teor Pesquisa.* 2005; 21(3): 279-88.
21. Reppold CT, Reppold L, Xavier A, Hutz C. AIDS pediátrica: aspectos epidemiológicos, clínicos e socioemocionais da síndrome entre crianças e adolescentes infectados e suas famílias. *Rev Psico (Porto Alegre).* 2004; 35(1): 79-88.
22. Feitosa AC, Lima HJA, Caetano JA, Andrade LM, Beserra EP. Dificuldades de adesão aos anti-retrovirais com crianças. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(3): 515-21.
23. Ferreira NCA, Feijó EJ, Santos CCC, Velloso, JQ. Terapia antiretroviral e assistência farmacêutica aos portadores do HIV. *Revista de Trabalhos Acadêmicos, América do Norte.* 2011; 2. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/view/346/228>. Acesso em: 23 Mai. 2012.
24. Macedo CR, Frauches DO, Macedo LR, Nader PRA, Silva SFM, Maciel ELN. Associação entre o esquema anti-retroviral e a idade da criança no início da terapia de AIDS. *Rev Cien méd biol.* 2009; 8(3): 245-249.
25. Ribeiro AC, Paula CC, Neves ET, Padoin SMM. Perfil clínico de adolescentes que têm HIV/AIDS. *Cogitare enferm.* 2010; 15(2): 256-62.
26. Szwarcwald CL, Castilho EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27 (Supl) 1:4-5.
27. Ribeiro CM, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4): 391-400.
28. Wong DL. Whaley & Wong enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Cristiane Cardoso de Paula

Endereço para correspondência — Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Bairro Camobi, Santa Maria/RS. CEP: 97105-900. Telefone: (55)32208938 ou (55)99993282

E-mail: cris_depaula1@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8247264269439154>

Recebido em 03 de julho de 2012.

Aprovado em 04 de outubro de 2012.

