

**ANOREXIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE HIV/AIDS  
 POR TRANSMISSÃO VERTICAL**

Vânia Couso Francisquetti<sup>1</sup>

**RESUMO**

A síndrome da imunodeficiência adquirida-AIDS é uma infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que progride para AIDS depois que a pessoa infectada desenvolve uma infecção oportunista, ou tumor (que não poderia ter se formado se o HIV não estivesse presente) ou teve uma contagem de linfócitos T helper no sangue inferior à (200 células/mm<sup>3</sup>). O aumento em mulheres infectadas pelo HIV levou ao aumento do número de casos em crianças, sendo a maioria devido à transmissão vertical. O HIV pode ser transmitido por meio de troca de fluidos corporais durante o contato sexual, recepção de sangue infectado em transfusões, compartilhamento de agulhas contaminadas para uso de drogas intravenosas ou da mãe infectada pelo HIV para o neonato; Atualmente as crianças representam 15%-20% da população afetada. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos, portadores de HIV/AIDS, descrever as principais alterações metabólicas e nutricionais com o uso de terapia anti-retroviral e demonstrar a importância da nutrição para crianças e adolescentes soropositivos. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através de bases de dados científicos, onde se concluiu que a nutrição desempenha um papel essencial na saúde de pessoas com HIV, melhorando o prognóstico clínico, bem como a qualidade de vida destes indivíduos.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, Transmissão Vertical, Anorexia, Crianças e Adolescentes.

1-Programa de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Gama Filho - Obesidade e Emagrecimento

**ABSTRACT**

Anorexia in children and teenagers with HIV/AIDS through vertical transmission

The Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS is an infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which progresses to AIDS after an infected person develops an “Opportunistic” infection, or a tumor (That wouldn’t have been formed without the HIV presence) or had a T helper Lymphocytes count lower than 200 cells/mm<sup>3</sup> the blood. The raise of the number of HIV-infected women brought the increase of the number of cases in children, mostly by vertical transmission. HIV also can be transmitted through exchange of body fluids during the sexual contact, receive infected blood in transfusions, share contaminate used needles for drug application, or received through an HIV-infected mother to her newborn baby, children currently represent 15% - 20% of the affected population. The aim of this paper is to evaluate the nutritional status of seropositive teenagers and children (0-18 years old), to describe the major nutritional and metabolic changes with the administer of antiretroviral therapy, and demonstrate who important it is the nutrition for those kids. It is an updated database, based on all of the literature about it, which conclude that the alimentation and the nutrition plays a key role to the HIV carrier health, improving the clinical outcome and the quality of life of those individuals.

**Key Words:** HIV/AIDS, Vertical Transmission, Teenagers, Children and Anorexia.

E-mail:  
vcfrancis@terra.com.br

Endereço para correspondência:  
Rua: Dona Cecília Santana, 72 - apto 13  
Vila Granada - São Paulo - São Paulo  
CEP 03622-010

## INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS é uma infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que progride para AIDS depois que a pessoa infectada desenvolve uma infecção “oportunistas” (IO) ou tumor (que não poderia ter se formado se o HIV não estivesse presente) ou teve uma contagem de linfócitos T helper no sangue inferior à (200 células/mm<sup>3</sup>) (Escott-Stump, 2007).

O aumento em mulheres infectadas pelo HIV levou, ao aumento do número de casos em crianças, sendo a maioria devido à transmissão vertical. Aproximadamente 75 a 80% das crianças portadoras do HIV são infectadas desta forma (Ortigão, 1995).

O sistema imunológico é o alvo e torna a pessoa infectada suscetível a infecções e neoplasias, devido à diminuição da capacidade de elaborar uma resposta imune adequada. A desnutrição e suas complicações comprometem ainda mais o organismo. Com o desenvolvimento das manifestações avançadas da AIDS no paciente com HIV, ocorreram interações mutuamente prejudiciais entre nutrição, imunidade e infecção (Mahan, 2005).

A terapia anti-retroviral surgiu a partir da década de 1990, cujos medicamentos começaram a mudar as perspectivas de vida nos portadores de HIV (Coelho, 2005).

A terapia anti-retroviral combina inibidores de proteases e da transcriptase reversa e seu uso tem proporcionado aumento na sobrevida, redução de infecções oportunistas e melhora na qualidade de vida em portadores de HIV, porém seu efeito colateral tem gerado distúrbios metabólicos sérios como transtornos gastrintestinais, náuseas, vômitos, dor abdominal, hiperlipidemia, lipodistrofia e intolerância à glicose, podendo resultar em diabetes tipo 2 (Oleske, 2006).

Os efeitos imunossupressores do HIV colocam as crianças e adolescente sob elevado risco nutricional precocemente, que desencadeia falhas no crescimento e desenvolvimento, nos períodos iniciais da vida. O diagnóstico de HIV na infância obriga um rigoroso acompanhamento nutricional desde o início (Osimo, 2007).

O sistema imunológico é altamente dependente de uma boa nutrição e em

pacientes soropositivos para HIV e desnutridos podem apresentar os sintomas da AIDS mais rapidamente do que em pacientes com bom estado nutricional (Oleske, 2006).

A perda de peso, a desnutrição e a caquexia tem forte relação com o HIV/AIDS e foram observadas desde que a doença foi identificada e sua gravidade tem forte relação com o nível de morbidade e mortalidade (Osimo, 2007).

A orientação e a supervisão nutricional precoce e em todos os estágios, desde a infecção pelo HIV, são necessárias e de extrema importância para a manutenção do bom estado nutricional e a prevenção de deficiências de vitaminas e minerais (Oleske, 2006).

O objetivo deste estudo é avaliar a gravidade da desnutrição e anorexia em crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos incompletos portadores de HIV/AIDS; descrever as suas principais alterações metabólicas e nutricionais com o uso de terapia anti-retroviral; demonstrar a importância da nutrição para adolescentes soropositivos e verificar a necessidade de Suplementação para esses pacientes.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através de bases de dados como Scielo, Bireme, OMS, revistas científicas nacionais e internacionais e livros.

Foram obtidos cerca de 300 artigos, porém após análise destes, selecionados e utilizados 15 artigos.

O critério utilizado para seleção foram os termos: HIV/AIDS, Transmissão Vertical, Anorexia, Crianças e Adolescentes e que continham amostras de crianças e adolescentes de idade de 0 a 18 anos incompletos de ambos os gêneros.

## REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Silva, 2010 a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi identificada em 1981 e, desde então, tem se mantido endêmica no mundo. A AIDS tem afetado, em proporção cada vez maior, mulheres de todas as camadas sociais, especialmente aquelas que vivem em condição de pobreza e de baixa escolaridade (Ortigão, 1995).

Ocorreu no Brasil um importante deslocamento no perfil da AIDS, incluindo cada vez mais mulheres de 15-40 anos em plena idade reprodutiva. Essa heterossexualização e feminização da epidemia têm numerosas conseqüências, dentre elas, o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV tendo a transmissão vertical como principal via de infecção.

Até o presente, como ainda não foram desenvolvidos tratamentos curativos nem uma vacina anti-HIV eficaz, a melhor estratégia para combater a infecção perinatal continua sendo a prevenção, o que torna fundamental a compreensão dos mecanismos de transmissão (Ortigão, 1995).

O impacto da AIDS na população pediátrica se faz sentir não apenas sobre as crianças infectadas. Os problemas socioeconômicos, físicos e psicológicos oriundos da doença dos pais afetam diretamente o bem-estar da criança independentemente da sua situação sorológica (Ortigão, 1995).

O aumento em mulheres infectadas pelo HIV levou, ao aumento do número de casos em crianças, sendo a maioria devido à transmissão vertical. Estima-se que 11,8 milhões de jovens de 15 a 24 anos vivem na atualidade com HIV/AIDS em todo o mundo (Moreno 2006).

O HIV pode ser transmitido por meio de troca de fluidos corporais durante o contato sexual, recepção de sangue infectado em transfusões de sangue, compartilhamento de agulhas contaminadas para uso de drogas intravenosas ou da mãe infectada pelo HIV para o neonato; atualmente as crianças representam 15%-20% da população afetada (Escott-Stump, 2007).

O CD4 é uma molécula encontrada em algumas células de defesa, linfócitos, responsável pelo combate ao HIV, e que diminuem com o avanço dessa infecção, já que a reprodução do vírus acarreta a sua destruição (Ministério da Saúde, 2004).

A ampliação da oferta de cuidados pré-natais e a melhora da qualidade são condições essenciais para ocorrer à redução efetiva da transmissão vertical (Stefani, 2004).

A adolescência é marcada por modificações físicas, psíquicas, comportamentais e sociais. É a transição entre a infância e a vida adulta, definida pela (OMS) como o intervalo que compreende os 10 aos

19 anos (Moreno 2006). Os adolescentes necessitam de uma nutrição adequada para manter a saúde, possibilitar um crescimento apropriado e, também, adequar o balanço nutricional, em função da constante atividade física (Lameu, 2005).

O grupo de aquisição vertical do HIV em adolescentes são progressores lentos, apresentando comprometimento imunológico e exposição à ARVs variáveis. Normalmente encontra-se em estágios da puberdade, podendo ocorrer retardo puberal, alteração do desenvolvimento neuro-cognitivo e seqüelas de doenças anteriores. Parte deste grupo chega à adolescência em tratamento com ARVs e apresentam vários efeitos adversos, com poucas perspectivas de controle da infecção. Nestes casos, cuidados paliativos e psicossociais para a manutenção da qualidade de vida são prioritários (Ministério da Saúde, 2007).

A adolescência deve ser vista como uma etapa importante para a aprendizagem da nutrição adequada como processo fundamental para a preservação e manutenção da saúde. A meta na assistência é a promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis do jovem e de sua família (Ministério da Saúde, 2007).

As deficiências na resposta imune aparecem na maioria das crianças infectadas pelo HIV e, em geral, precedem a deficiência de células T, que resultam em infecções bacterianas. Essa disfunção ocorre devido à imaturidade do sistema imune do feto, recém-nascido e lactente, diferenciando a doença do adulto e da criança (Cimerman, 2004).

A desnutrição protéico-energética (DPE) é comum em pacientes com AIDS e pode preceder outras manifestações da doença. Seu desenvolvimento é multifatorial, incluindo condições que levam à diminuição do consumo de alimentos, alterações no metabolismo intermediário e má-absorção de nutrientes (Leandro-Merhi, 2001).

A disfunção do trato gastrointestinal, a má nutrição e as infecções crônicas ou recorrentes interagem e contribuem para as deficiências nutricionais e os problemas de crescimento observados nas crianças infectadas pelo HIV (Leandro-Merhi, 2001).

Com a introdução dos inibidores de protease, em 1996, a mortalidade anual caiu em 70% nos casos pediátricos capazes de tolerar tratamento crônico com três drogas de

pelo menos duas das principais classes de antiretrovirais.

Esse marco é atribuído à diminuição na carga viral e à conseqüente reconstituição do sistema imune e redução drástica nas infecções oportunistas que antes eram freqüentemente a causa de morte precoce nas crianças infectadas pelo HIV no período perinatal. A restauração do sistema imune também permitiu às crianças evitar o tratamento com drogas antimicrobianas, que apresentam elas toxicidade significativa, além de acrescentar perfis de medicamentos adversos àqueles da terapia anti-retroviral (Oleske, 2006).

A síndrome da lipodistrofia é caracterizada pela perda de tecido gorduroso das regiões facial e periféricas, principalmente nas extremidades, podendo causar dislipidemias. A dislipidemia da lipodistrofia é caracterizada por hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e diminuição do HDL-C (Martinez e Fernandes, 2009).

A lipodistrofia é um novo desafio e exige trabalho em equipe, por alterar corpo e mente comprometer e modificar a auto-imagem e auto-estima, interferindo diretamente na adesão ao tratamento (Adão e Caraciolo, 2002).

Os sintomas incluem acúmulo de gordura no abdômen, região peitoral e nas vísceras, curvatura cervical denominada "corcova de búfalo" e perda de tecido adiposo na face, nádegas e membros inferiores e superiores (Fernandes e colaboradores, 2007).

O acúmulo de gordura corporal pode mascarar a desnutrição em pacientes HIV (Adão e Caraciolo, 2002).

As infecções oportunistas, resultantes da queda da contagem dos linfócitos, afetam diretamente o estado nutricional e contribui negativamente na recuperação destes quadros. A febre e mal-estar alteram o apetite. As infecções do trato digestivo pioram a absorção de nutrientes, ou pela dor em lesões orais e esofagianas ou pela diarreia causada por microorganismos. Isto leva o adolescente de médio a longo prazo, desenvolver desnutrição crônica causada pelas deficiências de vitaminas e minerais (Osmo, 2007).

O cuidado nutricional em crianças e adolescentes infectados com o HIV tem como objetivos: preservar a massa corporal magra, mantendo a velocidade de crescimento do

peso e da altura; corrigir as deficiências nutricionais e o sobrepeso/obesidade; minimizar os efeitos colaterais associados com o uso de medicamentos e trabalhar a valorização da imagem corporal (Ministério da Saúde, 2006).

Vários fatores estão direta ou indiretamente relacionados ao estado nutricional dos adolescentes vivendo com HIV e AIDS, desta forma o atendimento deve ser efetuado preferencialmente por abordagem interdisciplinar. Anemia, desnutrição, diarreia, estados emocionais alterados, hipovitaminose, isolamento social, bem como, aspectos da vida pessoal e familiar, econômicos, psicossociais e clínicos, podem modificar o quadro de expectativa da evolução clínica do adolescente vivendo com HIV/AIDS (Ministério da Saúde, 2006).

Dependendo da gravidade da infecção e da resposta imune do hospedeiro, as alterações metabólicas podem acarretar a desnutrição aguda, à síndrome da disfunção múltipla de órgãos e à morte. Nos hospitais, a desnutrição, muitas vezes é pouco reconhecida e nem sempre é tratada, com conseqüente aumento de morbidade e mortalidade, principalmente por infecções (Oliveira, 2005).

Os pacientes soropositivos para HIV necessitam de um aumento de calorias para lutar contra a infecção, renovação celular e também para repor nutrientes, pois a absorção é ineficiente. A nutrição desempenha um papel essencial na saúde de pessoas com HIV. A avaliação nutricional incluindo padrões antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos é recomendada (Almeida e Jaime, 2006).

O tratamento dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS devem ser estudados e planejados, levando-se em consideração as necessidades nutricionais individuais de acordo com a idade, desenvolvimento físico e psicológico (Ministério da Saúde, 2006).

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que é marcante a presença da desnutrição em adolescentes e crianças soropositivos e é de extrema importância uma intervenção nutricional adequada a este grupo de pacientes.

A nutrição é, portanto fundamental como parte do tratamento clínico e necessária

após alta hospitalar para evitar riscos de recaídas e recuperação nutricional também em estatura, o que geralmente demanda maior tempo de tratamento.

A terapia nutricional tem como responsabilidade promover o desenvolvimento do adolescente como um todo, realizar um trabalho educativo junto aos familiares e responsáveis pelo adolescente, de modo a acelerar o processo de recuperação, fortalecer ou capacitar a mãe/responsável na identificação e na busca de soluções para suas dificuldades, através de reeducação alimentar e diagnosticar e instruir a mãe/adolescente sobre os erros alimentares inadequados. Um suporte nutricional adequado contribui para a redução da prevalência e magnitude da desnutrição, melhorando o prognóstico clínico, bem como a qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS.

#### REFERÊNCIAS

- 1- Adão, V.M.; Caraciolo, J.M.M. Impacto Psicossocial da lipodistrofia. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de referência e Treinamento DST/AIDS. 2002.
- 2- Almeida, L.B.; Jaime, P.C. Aspectos Atuais Sobre Nutrição e AIDS na Era da Terapia Anti-retroviral de Alta Atividade. *Jornal Brasileiro de AIDS*. São Paulo. Vol.7. Num. 1. 2006. p.04-08.
- 3- Cimerman, S.; Cimerman, B. *Condutas em Infectologia*. São Paulo. Atheneu. 2004.
- 4- Coelho, D.F.; Motta, M.G.C. A compreensão do Mundo Vivido pelas Gestantes Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS). Vol.26. Num.1. 2005. p. 31-41.
- 5- Escott-Stump, S.; *Nutrição Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento*. 5ª edição. São Paulo. Manole. 2007.
- 6- Fernandes, A. P. M.; Sanches, R. S.; Mill, J; Lucy, D.; Palha, P. F.; Dalri, M. C. B. Síndrome da Lipodistrofia Associada com a Terapia Anti-retroviral em Portadores do HIV: Considerações para os Aspectos Psicossociais. *Revista Latino-Am*
- 7- Lameu, E. *Clinica Nutricional*. Rio de Janeiro. Revinter. 2005.
- 8- Leandro-Merhi, V.M.; Vilela, M.M.S.; Silva, M.N.; Filho, A.A.B. Características do Crescimento de Crianças Infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista de Pediatria*. São Paulo. Num. 1. 2001. p. 17-26.
- 9- Mahan, L. K.; Escott-Stump, S. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 11ª edição. São Paulo. Roca. 2005.
- 10- Martinez, T.L.R.; Fernandes, S.C. Alterações Metabólicas Presentes na Infecção pelo Vírus HIV. *Revista Atividade Científica*. São Paulo. 2009. p.3-18.
- 11- Ministério da Saúde. *Cuidando de Alguém com AIDS*. São Paulo. 2004.
- 12- Ministério da Saúde. *Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Pediatria*. São Paulo. 2007.
- 13- Ministério da Saúde. *Manual Clínico de Alimentação e Nutrição - Na Assistência a Adultos Infectados pelo HIV*. Brasília (DF). 2006.
- 14- Moreno, C. C. G. S.; Rea, M.F.; Filipe, E.V.; *Mães HIV Positivo e a Não-Amamentação*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife. Vol. 6. Num. 2. 2006.
- 15- Oleske, J. M. Quando Devemos Tratar Crianças com HIV? *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre. Vol. 82. Núm. 4. 2006.
- 16- Oliveira, A. F.; Oliveira, F.L.C.; Juliano, Y; Ancona-Lopez, F. *Evolução Nutricional de Crianças Hospitalizadas e Sob Acompanhamento Nutricional*. *Revista de Nutrição*. Campinas. Vol.18. Num.3. 2005.
- 17- Osmo, H.G. Alterações Metabólicas e Nutricionais em Pacientes Portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. São Paulo. Vol. 22. Num.4. 2007. p. 328-35.

**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**  
**ISSN 1981-9919 versão eletrônica**

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

**w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r**

---

18- Ortigão, M. B. AIDS em Crianças: Considerações Sobre a Transmissão Vertical. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 11. Num. 1. 1995. p. 142-148.

19- Silva, M.J. M.; e colaboradores. Perfil Clínico-laboratorial de Crianças Vivendo com HIV/AIDS por Transmissão Vertical em uma Cidade do Nordeste Brasileiro. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Maranhão. Vol. 43. Num. 1. 2010. p. 32-35.

20- Stefani, M.; Araújo, B. F.; Rocha, N. M. P. Transmissão Vertical do HIV em População de Baixa Renda do Sul do Brasil. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio Grande do Sul. Vol. 16. Num. 2. 2004. p. 33-39.

Recebido para publicação em 08/04/2011  
Aceito em 15/04/2011