

**TONY TANNOUS TAHAN**

**ANÁLISE DAS CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV  
ACOMPANHADAS PELO SERVIÇO DE INFECTOLOGIA  
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR,  
COM ÊNFASE NO NEURODESENVOLVIMENTO.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de **Mestre**, ao **Programa de Pós-Graduação em Pediatria**, Área de Concentração **Infectologia Pediátrica**, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

Orientadora:

*Profa. Dra. Marion Burger*

Co-orientadores:

*Prof. Dr. Isac Bruck*

*Profa. Dra. Cristina Rodrigues da Cruz*

**CURITIBA  
2002**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais e irmãos

Tannous e Daad; Ricardo, Fernando, Soraya e Cida

Pelo exemplo de vida e amor profundo

À família do Líbano, do Brasil e à família Pediátrica

Por sempre me tocarem o coração

E por serem gratificantes

Aos meus amigos

Pela alegria, orgulho e harmonia

Por sempre estarem presentes

Aos “pacientinhos”

Pelo carinho e incentivo

*SENHOR,*

*Fazei-me instrumento de vossa paz,*

*Onde houver ódio, que eu leve o amor,*

*Onde houver ofensa, que eu leve o perdão,*

*Onde houver discórdia, que eu leve a união,*

*Onde houver dúvidas, que eu leve a fé,*

*Onde houver erro, que eu leve a verdade,*

*Onde desespero, que eu leve a esperança,*

*Onde houver tristeza, que eu leve a alegria,*

*Onde houver trevas, que eu leve a luz.....*

(Trechos da Oração de São Francisco)

## **AGRADECIMENTOS**

*A todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho, e que tenho certeza, sem a colaboração de cada uma delas não teria chegado ao bom termo, o meu mais profundo agradecimento, em especial:*

À Profa. Dra. Marion Burger do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da UFPR, orientadora deste trabalho, por seu incentivo a minha formação profissional, acadêmica e de vida; por ter me aceito como seu orientando; pela sua humildade e acessibilidade; apoio constante; alegria e brilho; amizade e conhecimento, o meu sincero respeito, admiração e agradecimento. Agradeço também a compreensão de sua família e entes queridos nos momentos finais da dissertação Mário, Isabela e Vinícius, Lúcia e Tayla.

Ao Professor Dr. Isac Bruck, do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínica da UFPR, que com sua sabedoria, experiência, tranquilidade e carisma me estimulou, norteou e encorajou a cada etapa do trabalho, um verdadeiro mestre, Muito Obrigado.

À Professora Dra. Cristina Rodrigues da Cruz, do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínica da UFPR, a quem devo muito dos meus conhecimentos teórico-práticos. Tenho orgulho de ser seu aluno. Obrigado por tudo.

Ao Professor Dr. Izrail Cat por toda história de vida e ensinamentos, por sua batalha incessante pela Pediatria e pelo aprendizado, por sua compreensão e carinho, te agradeço por tudo.

Aos Professores Dr. Bonald Cavalcante de Figueiredo e Dr. Nelson Augusto Rosário Filho, Coordenadores do Curso de Pós-Graduação em Pediatria, muito obrigado.

A todo Departamento de Pediatria, na pessoa do Professor Dr. Mitsuru Miyaki, muito obrigado por todos esses anos no Departamento.

Aos Professores Dra. Leide Parolin Marinoni, Dr. Dinarte José Giraldi, Dra. Luzilma Terezinha Flenik Martins e Dra. Marizilda Martins Gavrilloff, que despertaram inspiração acadêmica no início dos meus aprendizados.

À toda equipe do Comitê de Infectologia Pediátrica e à Sociedade Paranaense de Pediatria honrosamente presidida pela Dra. Eliane Mara Pereira Maluf.

Ao Professor Luis Gonzaga Caleffe, pelos ensinamentos claros e preciosos e supervisão dos dados estatísticos.

Às Secretárias do Departamento de Pediatria, pelo trabalho, dedicação, apoio burocrático e emocional, em especial à secretária do Curso de Pós-Graduação em Pediatria, Clara Lara de Freitas.

Aos meus colegas e amigos de mestrado: Sérgio, Mônica, Eduardo, Carla, Giovana, Sílvia, Paulo, Paula, Joseli, Taísa e Lethusa pela amizade e companheirismo, incentivo e convivência nas aulas.

Aos amigos do Serviço de Infectologia Pediátrica: Luciana, Victor, José Ricardo, Flávio e Ella pelo convívio. E aos amigos do Serviço de Neurologia Pediátrica: Dr. Sérgio Antoniuk, Dra. Lúcia Coutinho, Eduardo, Adriane, Sílvia, Laís, Marcelo, Silvio, Ana Paula que ajudaram nos testes de neurodesenvolvimento.

Aos participantes do estudo, pela paciência e compreensão, a minha gratidão.

A todos os residentes e amigos de agora e outrora, doutorandos e acadêmicos por muitas palavras de força e incentivo, obrigado; e que sempre estiveram prontos a me ajudarem, e que me fazem sempre estar disposto e bem-humorado, meu profundo agradecimento pela amizade nesta jornada.

Agradecimento especial à turma de residentes de término em 2003 - Caroline, Ella, Paulyne, Flávio, Lizandro, Rebeca, Maria Mônica, Priscila, Grégor, Guilherme, Luciane, Laura, Mariana, Jean, Maria Helena e Andréa.

Agradecimento especial a Mônica de Castro Volpato por tudo.

À toda equipe de enfermagem do Isolamento na pessoa de Maria Luiza e Juliana pelos anos de convívio, amizade e o carinho com os pacientes. Ao Serviço Social, Marlene e Yara pelos nobres esforços e amizade. À equipe da Psicologia, em especial à Psicóloga Cristina, muito obrigado pelos incentivos e trabalho grandioso.

Aos secretários Jorge, Luzinete, Lorita, Éster, Rose e à especial Dona Dirce pelos apoios constantes. E a toda equipe do arquivo hospitalar que sempre me apoiou prontamente com a entrega de prontuários para a coleta de dados.

À APAV e à ACOA pelo carinho e amizade, pelo amor e cuidados a muitas crianças deste estudo.

À Sueli Massumi Nakatani, Dra. Carmem Lúcia Oliveira da Silva (Porto Alegre) e Rebeca Toassa Gomes por suas ajudas valiosas, meu sincero Obrigado.

Aos pais, irmãos e tios Habib, Paulo, Victor e Jorge e famílias. Obrigado, muito obrigado por tudo.

E a todas as pessoas que não citei, mas que estão presentes em minha vida, e faz com que ela seja feita de carinho, alegrias e aprendizado.

*uma pessoa educada só  
se tornará nobre  
quando colocar em prática  
tudo que tiver aprendido,  
e não apenas através  
de suas palavras*

(CAMINHOS DA TRANQUILIDADE– DALAI LAMA)

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	x
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	xii
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	xiii
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS</b> .....	xiv
<b>RESUMO</b> .....	xvi
<b>ABSTRACT</b> .....	xvii
<b>1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	1
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	3
2.1 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA .....	4
2.2 AIDS NA INFÂNCIA .....	11
2.3 COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO DA AIDS .....	21
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	26
3.1 PERÍODO .....	26
3.2 PACIENTES .....	26
3.2.1 Critérios de inclusão .....	27
3.2.2 Critérios de exclusão .....	28
3.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	28
3.3.1 Perfil clínico-laboratorial .....	28
3.3.2 Avaliação Neurológica .....	29
3.3.2.1 Exame neurológico .....	29
3.3.2.2 Tomografia Axial Computadorizada (TAC) de Crânio .....	30
3.3.2.3 Teste CAT/CLAMS .....	30
3.3.2.4 Teste de Denver I e II .....	31
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	32
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
<b>4 RESULTADOS</b> .....	34
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS .....	35

4.2 AVALIAÇÕES NEUROLÓGICAS.....	53
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>78</b>
5.1 DADOS DEMOGRÁFICOS.....	78
5.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	80
5.3 DADOS FAMILIARES.....	82
5.4 DADOS CLÍNICOS-IMUNOLÓGICOS.....	84
5.5 TERAPÊUTICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA.....	86
5.6 NEURODESENVOLVIMENTO.....	89
5.6.1 Testes de triagem.....	90
5.6.2 Neurodesenvolvimento em crianças expostas ao HIV.....	92
5.7 EXAME NEUROLÓGICO.....	95
5.8 TAC DE CRÂNIO.....	96
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	

## LISTA DE TABELAS

1. DISTRIBUIÇÃO DAS AMOSTRAS DE ACORDO COM AS FREQUENCIAS DO NÚMERO DE IRMÃOS .....	39
2. DISTRIBUIÇÃO DA INSTRUÇÃO MATERNA E PATERNA .....	44
3. DISTRIBUIÇÃO CONFORME RENDA .....	46
4. FREQUENCIA DA AMOSTRA X CANAL DE PESO.....	48
5. FREQUENCIA DA AMOSTRA X CANAL DE ESTATURA.....	48
6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-IMUNOLÓGICA-GRUPO 1 (HIV POS).....	50
7. FREQUENCIA DE INTERNAMENTOS NO GRUPO 1 (HIV POS).....	51
8. DISTRIBUIÇÃO DAS AVALIAÇÕES NEUROLÓGICAS DE ACORDO COM OS GRUPOS E AS FAIXAS ETÁRIAS .....	53
9. GRUPOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE AVALIAÇÕES NEUROPSICOMOTORAS .....	54
10. NÚMERO DE PACIENTES COM AVALIAÇÃO POR CAT/CLAMS E/OU DENVER E/OU EXAME NEUROLÓGICO .....	54
11. ESCORE MÉDIO DO CAT/CLAMS DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS - 1 - 12 MESES COMPARANDO GRUPOS 1 E 2 .....	55
12. ESCORE MÉDIO DO CAT/CLAMS DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS -12,1 - 24 MESES COMPARANDO GRUPOS 1 E 2 .....	55
13. ESCORE MÉDIO DO CAT/CLAMS DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS - 24,1 - 36 MESES COMPARANDO GRUPOS 1 E 2 .....	56
14. ESCORES DE CAT/CLAMS >70 .....	57
15. QUOCIENTE MÉDIO DE CAT/CLAMS DE ACORDO COM A INSTITUIÇÃO X FAMÍLIA NO GRUPO 1 (HIV POS) .....	57
16. USO DE AZT NEONATAL X CAT/CLAMS NO GRUPO 2 (HIV NEG) .....	59
17. TESTE DE DENVER I E II DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS - 1 A 12 MESES - COMPARANDO GRUPOS 1 (HIV POS) E 2 (HIV NEG).....	60

18. TESTE DE DENVER I E II DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS – 12,1 A 24 MESES - COMPARANDO GRUPOS 1 (HIV POS) E 2 (HIV NEG).....	60
19. TESTE DE DENVER I E II DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS – 24,1 A 36 MESES - COMPARANDO GRUPOS 1 (HIV POS) E 2 (HIV NEG).....	60
20. TESTE DE DENVER I E II DE ACORDO COM AS FAIXAS ETÁRIAS – 36,1 A 72 MESES - COMPARANDO GRUPOS 1 (HIV POS) E 2 (HIV NEG).....	61
21. IMUNOSSUPRESSÃO DE ACORDO COM A TABELA CDC, UTILIZANDO A % DO CD4 X MÉDIA DO CAT/CLAMS E TESTE DENVER NO GRUPO 1 (HIV POS) ....	63
22. IMUNOSSUPRESSÃO DE ACORDO COM A TABELA CDC, UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA (N,A,B,C) X MÉDIA DO CAT/CLAMS E TESTE DENVER NO GRUPO 1 (HIV POS) .....	64
23. CARGA VIRAL X CAT/CLAMS E TESTE DENVER I E II .....	65
24. EXAMES NEUROLÓGICOS POR FAIXA ETÁRIA NOS GRUPOS .....	66
25. DISTRIBUIÇÃO POR PERÍMETRO CEFÁLICO NO GRUPO 1 (HIV POS).....	69
26. DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS TAC DE CRÂNIO NO GRUPO 1 (HIV POS) .....	71
27. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA NA 1 <sup>A</sup> CONSULTA DE CRIANÇAS COM AIDS EM DIFERENTES ESTUDOS.....	86
28. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA EVOLUTIVA DE CRIANÇAS COM AIDS EM DIFERENTES ESTUDOS.....	88

## LISTA DE QUADROS

1. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	41
2. DIAGNÓSTICO MATERNO DE HIV POSITIVO.....	42
3. DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES NO EXAME NEUROLÓGICO NO GRUPO 1 (HIV POS).....	67
4. DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NO GRUPO 2 (HIV NEG) .....	68
5. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS NA FAIXA DE 1-12 MESES COM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DA FAIXA ETÁRIA .....	75
6. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS NA FAIXA DE 12,1-24 MESES COM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DA FAIXA ETÁRIA .....	76
7. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS NA FAIXA DE 24,1-36 MESES COM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DA FAIXA ETÁRIA .....	76
8. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS NA FAIXA DE 36,1 A 72 MESES COM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DA FAIXA ETÁRIA .....	77
9. COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS NA FAIXA DE 1-12 MESES COM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DA FAIXA ETÁRIA .....	77

## LISTA DE FIGURAS

1. ESTRUTURA DO HIV.....	5
2. CICLO DA REPLICAÇÃO DO HIV.....	6
3. INTERAÇÕES SEQUÊNCIAIS ENTRE AS MOLÉCULAS DE SUPERFÍCIE DE LINFÓCITOS TCD4+ E O HIV .....	8
4. HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV .....	10
5. FLUXOGRAMA PARA ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES HIV POSITIVAS.....	15
6. FLUXOGRAMA DA DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA .....	35
7. DISTRIBUIÇÃO DAS AMOSTRAS QUANTO AO SEXO .....	35
8. DISTRIBUIÇÃO QUANTO À COR DA PELE .....	36
9. DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À NATURALIDADE .....	37
10. DISTRIBUIÇÃO DAS AMOSTRAS QUANTO À PROCEDÊNCIA.....	38
11. DISTRIBUIÇÃO QUANTO À PROFISSÃO MATERNA.....	45
12. DISTRIBUIÇÃO QUANTO À PROFISSÃO PATERNA.....	45
13. QUADRO CLÍNICO DO GRUPO 1 (HIV POS) NA PRIMEIRA CONSULTA.....	47
14. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NO GRUPO 1 (HIV POS).....	49
15. ESCORE MÉDIO DE CAT/CLAMS ENTRE OS GRUPOS 1 E 2 NAS FAIXAS ETÁRIAS .....	56
16. ESCORE MÉDIO DE CAT/CLAMS X RELAÇÃO CD4/CD8.....	58
17. PORCENTAGEM DE REPROVAÇÕES DO TESTE DENVER I .....	61
18. RELAÇÃO ENTRE TESTE DENVER MOTOR E CAT NO GRUPO 1 (HIV POS) NA FAIXA ETÁRIA DE 24,1 A 36 MESES .....	62
19. MÉDIAS DE PERÍMETROS CEFÁLICOS NAS FAIXAS ETÁRIAS.....	
20. CALCIFICAÇÕES DE GÂNGLIOS DA BASE NA TAC DE CRÂNIO.....	72
21. AVALIAÇÃO INICIAL DO DPM.....	74
22. AVALIAÇÃO FINAL DO DPM .....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%	Porcentagem
>	Maior
<	Menor
3TC	Lamivudina
Ag	Antígeno
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANOVA	Análise de variância
APAV	Associação Paranaense Alegria de Viver
ACOA	Associação Curitibana dos Órfãos da AIDS
AZT	Azidotimidina / Zidovudina
Ca <sup>++</sup>	Cálcio
CAT	Clinical Adaptive Test ( <i>Teste de Adaptação Clínica</i> )
CLAMS	<i>Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale</i> (Escala Linguística e Desenvolvimento Auditivo)
CD	<i>Cluster Diff</i>
CDC	Centers OF Disease Control
CN DST / AIDS	Coordenação Nacional DST / AIDS
D4T	Estavudina
DDST	Denver Developmental Screening Test Teste de Denver de Triagem de Desenvolvimento
DI-M	Teste de Denver I – Motor
DI-PL	Teste de Denver I – Pessoal-social/Linguagem
DII-M	Teste de Denver II – Motor
DII-PL	Teste de Denver II – Pessoal-social/Linguagem
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DP	Desvio Padrão
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DPM	Desenvolvimento Psicomotor
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
env	envelope
EX.	Exame
FDA	Food And Drug Administration
gp	Glicoproteína
GGT	Gama glutamiltransferase
GM-CSF	Fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos
HAART	<i>Highly Active Anti-Retroviral Therapy</i> (Terapia anti-retroviral altamente Potente)
HC	Hospital de Clínicas
HDL	Lipídeos de cadeia pesada
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV	Vírus da leucemia humana de célula T
IFI	Imunofluorescência Indireta
Ig	Imunoglobulinas
IL	Interleucina
LAV	Vírus associado a linfadenopatia
LDH	Desidrogenase láctica
LDL	Lipídeos de cadeia leve
<i>M. tuberculosis</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
MAI	<i>Mycobacterium avium intracelulare</i>
MEIA	<i>Microparticle enzyme immunoassay</i>
min.	Minutos
ml	Mililitro
mM	Milimolar
MS	Ministério da Saúde
nm	Nanômetros
N	número
NCHS	National Center of Health Statistics
neg	Negativo
°C	Graus Centígrados ou Celsius
<i>P. carinii</i>	<i>Pneumocystis carinii</i>
PACTG 076	<i>Pediatric AIDS Clinical Trials Group</i>
PCR	<i>Polimerase Chain Reaction</i>
PPD	Derivado protéico purificado
pos	Positivo
PR	Paraná
Prof.	Professor
QD	Quociente de Desenvolvimento
QI	Quociente de Inteligência
RNA	Ácido Ribonucléico
RTV	Ritonavir
SNC	Sistema Nervoso Central
<i>T. gondii</i>	<i>Toxoplasma gondii</i>
TAC	Tomografia Axial Computadorizada
UFPR	Universidade Federal do Paraná
WB	<i>Western-Blot</i>
WIPPSY-R	<i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## RESUMO

Objetivou-se com o presente estudo analisar o perfil clínico-laboratorial de crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e detectar anormalidades neurológicas, principalmente no que se refere ao neurodesenvolvimento. Trata-se de um estudo prospectivo de março de 1995 a julho de 2002, no qual foram avaliadas 88 crianças infectadas pelo HIV [grupo 1 (HIV positivo)] e 84 crianças expostas ao HIV [grupo 2 (HIV negativo)]. Os resultados foram obtidos por meio de avaliação clínica geral e avaliação neurológica específica que incluiu exame neurológico clínico, neuroimagem e a aplicação dos testes de triagem do neurodesenvolvimento: Teste de Denver I (DDST), Teste de Denver II e Teste de CAT/CLAMS (Adaptação Clínica / Escala Linguística e Desenvolvimento Auditivo). Os dados gerais obtidos revelaram que a família de ambos os grupos é composta por 3 a 4 filhos, escolaridade dos pais com 1º grau incompleto e renda familiar de 1 a 5 salários mínimos mensais, mas grande parte das crianças com AIDS são institucionalizadas (30%) ou adotadas (27%). No início do acompanhamento das 88 crianças HIV-positivas, 65% apresentavam peso e estatura inferiores ao 25º percentil, 61% foram classificadas na categoria clínica moderada ou grave e 43% apresentavam imunossupressão grave. No que se refere às avaliações neurológicas e de neurodesenvolvimento, 82% dos pacientes HIV-positivos apresentavam alterações, contra 36% do grupo controle HIV-negativo. No teste CAT/CLAMS o quociente de desenvolvimento (QD) do grupo 1 (HIV pos) foi significativamente mais baixo que o do grupo 2 (HIV neg). O escore do CAT/CLAMS menor que 70 encontrado em 31% dos pacientes HIV positivos no primeiro ano de vida e apenas 1% dos pacientes do grupo 2 (HIV), comprova a validade deste teste de triagem para detecção precoce de alterações do neurodesenvolvimento em pacientes infectados. O mesmo ocorreu nos testes Denver I e II, com o grupo 1 apresentando reprovações mais frequentes que o grupo 2. Das 56 TAC de crânio que foram realizadas nas crianças do grupo 1 (HIV pos), 10 apresentavam alterações, sendo a calcificação de gânglios da base o principal achado. Conclui-se que há um padrão semelhante quanto aos dados demográficos e familiares entre pacientes HIV-positivos e crianças HIV-negativas expostas ao vírus materno. A classificação clínica - imunológica das crianças com AIDS é predominantemente moderada ou grave e a encefalopatia pelo HIV manifesta-se precocemente por atrasos do neurodesenvolvimento que podem ser detectados por testes de triagem já no primeiro ano de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** AIDS pediátrica, neuroaids, testes de neurodesenvolvimento

## SUMMARY

It was aimed at with the present study to analyze the profile clinical-laboratorial of children infected by the virus of the human imunodeficiência (HIV) and to detect neurological abnormalities, mainly in what he/she refers to the neurodesenvolvimento. it is Treated of a prospective study of March from 1995 to July of 2002, in which you/they were appraised 88 children infected by HIV [group 1 (positive HIV)] and 84 exposed children to HIV [group 2 (negative HIV)]. The results were obtained through general clinical evaluation and specific neurological evaluation that included clinical neurological exam, neuroimagem and the application of the tests of screen of the neurodesenvolvimento: Test of Denver I (DDST), Test of Denver II and Test of CAT/CLAMS (Clinical Adaptation / it Climbs Linguistics and Auditory Development). The obtained general data revealed that the family of both groups is composed by 3 to 4 children, the parents' education with 1o incomplete degree and surrender family from 1 to 5 monthly minimum wages, but the children's great part with AIDS is institutionalized (30%) or adopted (27%). In the beginning of the 88 HIV-positive children's accompaniment, 65% presented weight and stature inferior to the 25o percentil, 61% were classified in the moderate or serious clinical category and 43% presented serious imunossupressão. In what he/she refers to the neurological evaluations and of neurodesenvolvimento, 82% of the HIV-positive patients presented alterations, against 36% of the group it controls HIV-negative. In the test CAT/CLAMS the development quotient (QD) of the group 1 (HIV put) it was significantly lower than the one of the group 2 (HIV neg). THE score of smaller CAT/CLAMS than 70 found in 31% of the patients positive HIV the first year of life and only 1% of the patients of the group 2 (HIV), it proves the validity of this screen test for precocious detection of alterations of the neurodesenvolvimento in infected patients. The same happened in the tests Denver I and II, with the group 1 presenting more frequent reproofs than the group 2. Of 56 TAC of cranium that you/they were accomplished in the children of the group 1 (HIV put), 10 presented alterations, being the calcification of ganglions of the base the principal discovery. It is ended that there is a pattern similar with relationship to the demographic and family data among patient HIV-positive and children HIV-negatives exposed to the maternal virus. The clinical classification - the children's imunológica with AIDS is predominantly moderate or serious and the encefalopatia for HIV shows precocemente for arrears of the neurodesenvolvimento that can already be detected by screen tests in the first year of life.

WORD-KEY: Pediatric AIDS, neuroaids, neurodesenvolvimento tests