

HIV/AIDS

ABORDANDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS
AFETADAS E SUAS FAMÍLIAS**Tami D Benton, Anusha Lachman & Soraya Seedat**

Edição em Português

Editores: Bruna Tarifa, Yoichi Takaki Konno

Tradutores: João Victor Martins Pereira, Thatiana Ferreira Maia



'Amelia, 13, (à direita) e sua irmã Mamdiuana, 7, no interior da porta de sua casa próximo a Moçambique. As irmãs agora moram sozinhas, com o apoio de sua comunidade, depois de ambos os pais morrerem de AIDS. O apoio comunitário para os órfãos do HIV/AIDS tornou-se uma prioridade para muitas comunidades. Líderes rapidamente perceberam que os efeitos do HIV e das doenças relacionadas são sentidos pelas comunidades inteiramente - não apenas por aqueles que estão infectados com a doença. Como resultado, as respostas da comunidade à pandemia são necessárias.'

Imagem e texto: Andy Clark, [PhotoSensitive](#)

Tami D Benton MD

The Children's Hospital of Philadelphia & University of Pennsylvania School of Medicine, USA

Conflitos de interesse: nada a declarar

Anusha Lachman MBChB, DCH, FCPsych, MMed (Psych), Cert Child Psych, MPhil

Tygerberg Adolescent Psychiatric Unit & Stellenbosch University, Cape Town, South Africa

Conflitos de interesse: nada a declarar

Soraya Seedat MBChB, MMed (Psych), PhD

Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Cape Town, South Africa

Conflitos de interesse: bolsas de pesquisa do National Institutes of Health e de várias empresas farmacêuticas (Lundbeck, GlaxoSmithKline e Astra-Zeneca), honorários de

Esta publicação destina-se a profissionais em formação ou prática em saúde mental e não ao público em geral. As opiniões expressas são dos autores e não representam necessariamente as opiniões dos editores ou do IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas com base nas evidências científicas disponíveis no momento da redação, conforme avaliadas pelos autores e pode mudar como resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento aos pacientes de acordo com as diretrizes e leis da prática em seu país. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas dos medicamento uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejados são mencionados. Organizações, publicações e sites são citados ou vinculados para ilustrar questões ou como fonte de informações adicionais. Isso não significa que os autores, o Editor ou o IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, que devem ser avaliadas criticamente pelo leitor. Os sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2013. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso não seja comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpond.net.au

Citação sugerida: Benton TD, Lachman A, Seedat S. HIV/AIDS. Abordando as necessidades de saúde mental de crianças afetadas e suas famílias.. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2013.

AIDS: síndrome da imunodeficiência adquirida.

AIDS-definição clínica: uma lista de doenças associadas à AIDS (publicada pela United States Center for Disease Control and Prevention, CDC).

ARTs: medicamentos anti-retrovirais, termo usado para descrever todos os medicamentos utilizados para tratar a doença HIV.

Antagonistas de CCR5: medicamentos antirretrovirais que se ligam ao receptor de CCR5 em células CD4 para evitar que o vírus HIV entre em linfócitos, interferindo assim na sua infectividade.

CD4: uma glicoproteína encontrada na superfície das células T auxiliares, que é um receptor para o vírus HIV.

Linfócitos T-citotóxicos (CTLs): células T assassinas que destroem células infectadas por vírus.

Inibidores de fusão: classe de medicamentos antirretrovirais que evitam a fusão do vírus HIV com células CD4+, interferindo assim na sua replicação.

HAART: terapia antirretroviral altamente ativa.

HIV: a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. O HIV infecta e destrói as células T, eventualmente levando à síndrome de deficiência imune adquirida (SIDA).

HIV-1: a cepa mais comum de vírus da imunodeficiência.

Demência associada ao HIV (também conhecido como complexo de demência-AIDS, demência de HIV e encefalopatia de HIV): rapidamente progressiva, é a demência associada à infecção por HIV e caracterizada por déficits cognitivos numa variedade de domínios.

HIV-positivo: refere-se a indivíduos que estão infectados com o vírus HIV. Denota-se HIV-positivo a confirmação da presença de uma infecção por HIV.

Inibidores da integrase: medicamentos antirretrovirais que evitam que o DNA viral se integre com o DNA de células CD4, impedindo assim a replicação do vírus HIV.

Inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídeos (NNRTI): classe de

medicamentos antirretrovirais que bloqueia a transcriptase reversa do HIV, uma enzima que faz a ligação a um local diferente do que o NRTIs, mas também resulta na inibição da replicação viral.

Inibidores da transcriptase reversa (NRTIs): classe de medicamentos antirretrovirais que bloqueia a transcriptase reversa do HIV e, portanto, inibe a replicação do vírus HIV.

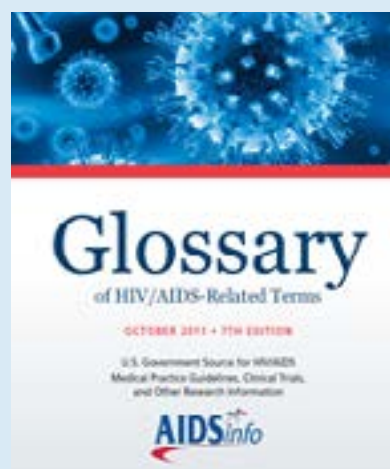
Encefalopatia progressiva do HIV-1: uma doença neurológica progressiva resultante do avançar da infecção por HIV ou SIDA, caracterizada por perda de memória, retardo de movimentos e mudanças de comportamento.

Inibidores de protease: classe de medicamentos antirretrovirais que bloqueiam a ativação de uma enzima protease do HIV envolvida na síntese de novas partículas virais.

Inibidores da transcriptase reversa (ITR): classe de medicamentos antirretrovirais que inibem a atividade de transcriptase reversa, uma DNA viral polimerase que é necessária para a replicação do HIV e outros retrovírus.

Carga viral (VL): A quantidade de HIV em uma amostra de sangue. Carga viral (CV) é relatada como o número de cópias de RNA do HIV por mililitro de sangue. Um objetivo importante da terapia é suprimir a CV de uma pessoa a um nível indetectável ou um nível demasiado baixo.

Viremia: presença de vírus no sangue.



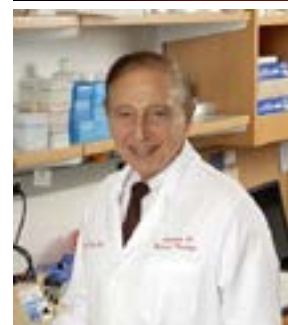
Clique na figura para acessar o glossário abrangente dos termos relevantes sobre HIV/AIDS

O progresso na prevenção e tratamento do HIV/AIDS nos últimos 20 anos tem sido notável. Uma doença que, inicialmente, resultou em rápida mortalidade, tornou-se uma condição crônica. Tanto é assim que um adolescente diagnosticado com HIV pode esperar viver 60 anos ou mais e será mais provável que sucumba a doenças do envelhecimento, como doença cardíaca e não à sua infecção pelo HIV (Insel, 2012). A pandemia do HIV/AIDS tem impactado severamente a saúde mental de crianças e famílias em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 34 milhões de pessoas viviam com o HIV no final de 2010 (WHO, 2011). Muitos dos afetados são mulheres e crianças. Estes dados, embora alarmantes, não chegam a refletir o impacto desta doença em crianças, famílias e comunidades. HIV/AIDS é uma doença biopsicossocial, cujo impacto se estende muito para além dos seus sintomas físicos. Estigma, fatores sociais e econômicos, e o ambiente político contribuem para a carga de HIV/AIDS. Relatórios que descrevem as taxas de novos casos e a prevalência de infecção por HIV informam nossa compreensão do alcance dessa doença, mas eles não capturam seu real fardo. O número de casos de HIV não é proporcional ao impacto desta doença. Os esforços para identificar os casos, para o tratamento de HIV e para prevenir a sua progressão—e em muitos casos, para diminuir o número de novos casos—têm sido eficazes. No entanto, nós apenas começamos a compreender os efeitos sobre a saúde mental do HIV em crianças, adolescentes e suas famílias. Além disso, o reconhecimento e tratamento daqueles com o duplo estigma associado ao HIV e doença mental tem ficado muito por trás do nosso conhecimento sobre o próprio vírus HIV. Neste capítulo, descreveremos o que se sabe sobre comorbidades psiquiátricas e neurológicas associadas à doença HIV, seqüela psicossocial da doença em países industrializados e em desenvolvimento e intervenções baseadas em evidências atuais para jovens e famílias lidarem com esta doença.

EPIDEMIOLOGIA

Apesar dos avanços significativos na prevenção, detecção e tratamento de HIV, milhões de homens, mulheres e crianças em todo o mundo continuam a ser recém-infectados (ver Tabela I.3.1). Embora o número de novos casos esteja diminuindo, eles permanecem alarmantes. Cerca de 2,5 milhões de adultos e crianças contraíram o HIV em 2011, 20% menos que as estimativas globais de novas infecções notificadas em 2001. As crianças foram responsáveis por aproximadamente 330 mil desses novos casos, uma queda de 24% desde 2009. No final de 2011, 0,8% dos adultos de 15-49 anos estavam vivendo com HIV, com variações consideráveis entre as regiões (ver Quadro I.3.2). Os mais nítidos declínios na incidência de HIV ocorreram no Caribe e na África Subsaariana. África Subsaariana, no entanto, é responsável por 69% das pessoas que vivem com HIV. Apesar da redução contínua de novos casos de HIV no mundo todo, algumas regiões tenderam para taxas mais elevadas: foram observados aumentos de 35% nas infecções por HIV no Oriente Médio e Norte da África desde 2001, refletindo um aumento de 27.000 novos casos para 37.000 novos casos até 2011 (UNAIDS, 2012).

palestrante da Pfizer, Servier, Dr Reddy's, Sanofi-Aventis e Eli-Lilly.



Doutores Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, França (topo) e Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer dos EUA são creditados com a descoberta do HIV. Luc Montagnier foi premiado com o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina de 2008.

Fotos: Wikimedia Commons

Tabela I.3.1 Prevalência de HIV e novas infecções em adultos e crianças

Região	Infectados com HIV (prevalência)	Novos infectados (incidência)
África Sub-Sahariana	23,5 milhões	1,8 milhões
Oriente Médio e Norte da África	300.000	37.000
Sul e Sudeste da Ásia	4 milhões	280.000
Leste da Ásia	830.000	89.000
Oceania	53.000	2.900
América Latina	1,4 milhões	83.000
Caribe	230.000	13.000
Europa Oriental e Ásia Central	1,4 milhões	140.000
Europa Ocidental e Central	900.000	30.000
América do Norte	1,4 milhões	51.000
Mundo	34 milhões	2,5 milhões

Fonte: UNAIDS (2012)

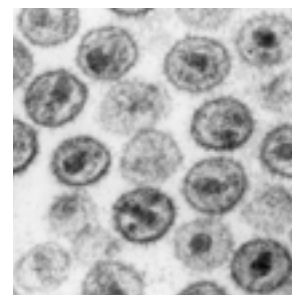
Infecção perinatal

O sucesso na redução de novas infecções pelo HIV ocorreu principalmente através da prevenção da transmissão de mãe para filho; um declínio de 43% na transmissão vertical tem ocorrido desde 2003. A África Subsaariana—a região com mais de 90% das crianças com HIV globalmente—viu uma redução de 24% de novos casos entre 2009 e 2011. Declínios também foram atingidos em Caribe, Oceania, Ásia, América Latina, Europa Oriental e Ásia Central. Não houve redução de crianças infectadas no Oriente Médio e Norte da África (UNAIDS, 2012).

Deteção pré-natal de mulheres infectadas pelo HIV e terapias antirretrovirais altamente ativas (HAARTs) produziram reduções significativas nos novos casos de HIV congenitamente adquirido. Uso de HAARTs resultou em diminuição da mortalidade em crianças por adquirir o HIV por transmissão vertical. Em muitos países, crianças que nasceram com HIV estão vivendo a idade adulta e muitas estão trabalhando, prosseguindo o ensino superior e começando suas próprias famílias (Donenberg & Pao, 2005).

Juventude

Novas infecções são mais frequentes entre os adolescentes mais velhos e adultos jovens. As mulheres jovens são responsáveis por mais de 60% de todos os jovens que vivem com HIV em todo o mundo. Este número é ainda maior na África subsaariana (71%). Em 2010, adolescentes de 15-24 anos responderam por 42% das novas infecções pelo HIV em pessoas de 15 anos ou mais. Globalmente, as mulheres do grupo etário 15-24 anos estão infectadas duas vezes mais que os homens jovens, e representam 22% de todas as novas infecções pelo HIV e 31% das novas infecções na África Subsaariana. Enquanto novas infecções continuam a ser elevadas, houve progresso em 21 de 24 países que relatam a prevalência do HIV,



Virus HIV.

Hardin Library for the Health Sciences, University of Iowa, US.

<http://hardinmd.lib.uiowa.edu/cdc/948.html>

Tabela I.3.2 Prevalência de HIV em pessoas com idade entre 15-24 anos, segundo região (%)

Região	Mulher	Homem
África Sub-Sahariana	3,1	1,3
Oriente Médio e Norte da África	<0,1	<0,1
Sul e Sudeste da Ásia	0,1	0,1
Leste da Ásia	<0,1	<0,1
Oceania	0,1	0,1
América Latina	0,1	0,2
Caribe	0,6	0,3
Europa Oriental e Ásia Central	0,5	0,7
Europa Ocidental e Central	<0,1	0,1
América do Norte	0,2	0,3
Mundo	0,6	0,3

Fonte: UNAIDS (2012)

especialmente na África Subsaariana. Mulheres e meninas são desproporcionalmente oprimidas pela doença HIV, o que em parte relaciona-se com a desigualdade de gênero e violência de gênero em muitos países. Por exemplo, as taxas de sexo forçado entre adolescentes menores de 15 anos foram estimadas em 11% a 48% a nível mundial (UNICEF, 2011).

As mortes por HIV

Estima-se que mais de 20 milhões de pessoas tenham morrido de HIV/AIDS desde a descoberta do vírus em 1981 (UNAIDS, 2004). O número de mortes relacionadas com a AIDS começou a declinar durante a primeira década do século 21, devido a maior educação pública, um declínio em novas infecções e maior disponibilidade de medicamentos antirretrovirais. A taxa de mortes relacionadas com a AIDS continua a diminuir. Em 2011, 1,7 milhões de pessoas morreram de causas relacionadas à AIDS em todo o mundo, em comparação com 2,3 milhões em 2005 (UNAIDS, 2012). Com acesso a medicamentos antirretrovirais, a AIDS tornou-se uma condição crônica, mesmo em áreas com poucos recursos, hiperendêmicas (UNAIDS, 2012).

MECANISMO DE INFECÇÃO

Transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gravidez, parto, e através do leite materno. A transmissão entre indivíduos pode ocorrer através de transfusões—avanços na detecção de HIV em produtos sanguíneos resultaram em reduções relacionadas com a transmissão através da transfusão (CDC, 2011)—compartilhamento de agulhas ou contato sexual. Um declínio na transmissão perinatal do HIV ocorreu a nível mundial devido aos esforços internacionais de agências com foco na rotina de teste de HIV entre mulheres grávidas e tratamento

Tabela I.3.3 Classificação CDC de doença definidora de AIDS em populações pediátricas

Imunodeficiência associada ao HIV	Valores de CD4 relacionados à idade			
	<11 meses (% CD4+)	12-35 meses (% CD4+)	36-59 meses (% CD4+)	>5 anos (número absoluto por mm ² or % CD4+)
Nenhuma ou não significativa	>35	>30	>25	>500
Leve	30-35	25-30	20-25	350-499
Avançada	25-29	20-24	15-19	200-349
Severa	<25	<20	<15	<200 ou <15%

Fonte: WHO (2006).

Transmissão da mãe para o bebê

O teste de HIV é recomendado para todas as mulheres grávidas. O HIV pode ser transmitido a partir de uma mulher soropositiva para o seu filho durante a gravidez, parto ou através da amamentação. Na Europa e nos EUA, cerca de 15% a 20% dos bebês nascidos de mulheres HIV-positivas que não tomaram drogas anti-HIV são infectados. Menos de 2% dos bebês são infectados se a mãe está tomando medicação para o HIV.

Como o HIV pode ser transmitido através do leite materno, as recomendações iniciais sugeriam que as mulheres infectadas com HIV não deviam amamentar seus bebês. No entanto, recentemente a OMS produziu orientações para a amamentação por mães infectadas pelo HIV que irão otimizar a sobrevivência saudável dos seus filhos. Estas diretrizes recomendam a amamentação para as mulheres que estão recebendo medicamentos antirretrovirais eficazes e que não têm alternativas disponíveis para a alimentação de seus bebês.

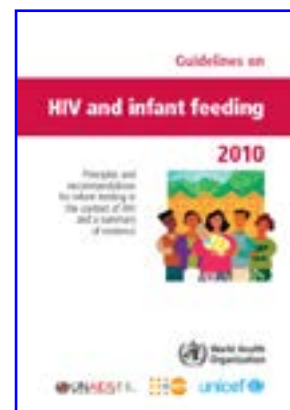
Embora o risco seja muito baixo, o HIV pode também ser transmitido através de alimentos que foram previamente mastigados (pré-mastigado) por uma mãe ou cuidador infectado com HIV. Para ser seguro, os bebês não devem ser alimentados com alimentos pré-mastigados. O HIV não pode ser transmitido através do contato casual, como abraçar e beijar de boca fechada. Também não pode ser transmitido por artigos tais como assentos sanitários, maçanetas das portas, ou pratos usados por uma pessoa infectada com HIV.

As mulheres que estão recebendo um regime de droga antirretroviral combinada no pré-parto devem continuar com este regime, tanto quanto possível antes e durante o trabalho de parto, incluindo o parto por cesariana. Zidovudina intravenosa deve ser administrada perto do parto para as mulheres infectadas pelo HIV com HIV RNA ≥ 400 cópias/mL (ou RNA HIV desconhecido), independentemente da regime de pré-parto ou do modo de parto. Zidovudina intravenosa não é necessária para as mulheres infectadas pelo HIV que recebem uma combinação de regimes antirretrovirais e que têm RNA HIV <400 cópias/mL perto do parto. Para mulheres que receberam medicamentos antirretrovirais no pré-parto, mas que têm a supressão viral abaixo do ideal perto do parto (isto é, o RNA HIV > 1000 cópias/mL), é recomendada a cesariana programada.

Mulheres cujo status de HIV é desconhecido que se apresentam em trabalho de parto devem ser submetidas a rápido teste de anticorpos. Se os resultados forem positivos, o teste de confirmação deve ser feito o mais rapidamente possível e a terapia materna (zidovudina intravenosa)/infantil (profilaxia antirretroviral combinada) deve ser iniciada antes dos resultados pendentes do teste confirmatório. Se o teste de confirmação do HIV é positivo, medicamentos antirretrovirais infantís devem ser continuados por seis semanas. Se o teste for negativo, os medicamentos infantís devem ser interrompidos.

Para algumas mães infectadas pelo HIV (por exemplo, aquelas que não receberam medicamentos anti-HIV durante a gravidez ou têm uma carga viral maior que 1.000 cópias/ml) uma cesariana em 38 semanas de gravidez (2 semanas antes da data final) pode reduzir o risco de transmissão de mãe para filho. Ou as 6 semanas de zidovudina isoladamente ou em combinação com outros agentes é recomendado para crianças nascidas de mães que receberam zidovudina intravenosa no parto.

Fonte: AIDS Info



Clique na imagem para acessar as diretrizes de alimentação infantil da OMS.

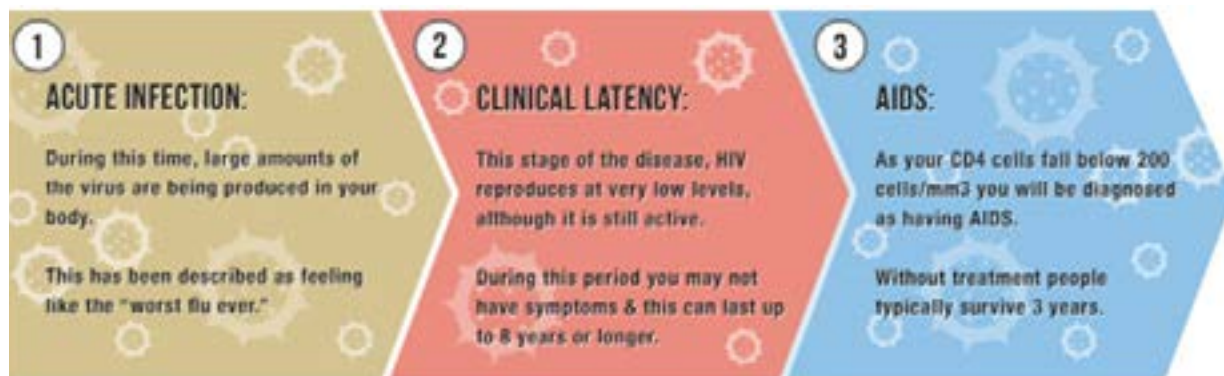


Figura I.3.1 Estágios da infecção pelo HIV (Fonte: Aids.Gov)

com medicamentos antirretrovirais pré-parto, parto e durante a amamentação (ver caixa). As diretrizes atuais que recomendam o teste voluntário de rotina em todos os serviços de saúde para os indivíduos com idade entre 13 e 64 anos e teste anual para os indivíduos de risco e os seus parceiros sexuais devem diminuir ainda mais novos casos de infecção pelo HIV.

O mecanismo de infecção viral é bem conhecido. Após a exposição, o Vírus HIV infecta as células T auxiliares, se replicando no sangue periférico e em órgãos linfóides. Linfócitos T citotóxicos que reconhecem o vírus são gerados num esforço para matar as partículas virais. A viremia que sucede a infecção inicial é vivida como uma síndrome semelhante à gripe do indivíduo infectado. Os linfócitos T citotóxicos gerados no início da infecção, reduzem a viremia e induzem uma fase assintomática (*latência clínica*) que pode durar anos. Eventualmente, no entanto, o sistema imune deteriora-se com o aumento da viremia e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) desenvolve-se. Quando a contagem de linfócitos T auxiliares cai abaixo de 200 células/ml ou uma condição definidora de AIDS ocorre, o diagnóstico de AIDS é feito.

Tomar medicamentos antirretrovirais pode reduzir significativamente a progressão de infecção pelo HIV para AIDS, assim, a detecção precoce é fundamental para um tratamento eficaz. Novas tecnologias permitem a detecção precoce mais rápida e precisa do vírus HIV. Testes rápidos de diagnóstico usando saliva podem fornecer resultados de rastreio em tão pouco tempo quanto 20 minutos. As amostras de soro, no entanto, ainda são necessárias para confirmar a presença de infecção pelo HIV, em geral, por meio da detecção do vírus ou do seu anticorpo, 2-12 semanas após a infecção inicial (ver caixa). Quando o HIV verticalmente adquirido é suspeitado em crianças, a detecção de anticorpos HIV não pode ser usada para fazer um diagnóstico do HIV. Ensaios virológicos—para identificar anticorpos contra o vírus, reação em cadeia da polimerase DNA e RNA—são feitos dentro de 48 horas após o nascimento, em 1-2 meses e em 3-6 meses para distinguir os anticorpos da criança de anticorpos maternos, que devem diminuir com o tempo. Critérios para definição de AIDS na população pediátrica são semelhantes aos dos adultos, com algumas exceções (Caldwell et al, 1994). Um sistema de classificação alternativo foi desenvolvido para crianças expostas ao HIV, cujo estatuto ainda precisa ser determinado (Tabela 1.3.4).

Testes para HIV

O teste mais comum é o **teste de anticorpo anti-HIV**. Geralmente leva cerca de 3 meses a partir do momento da infecção para que o corpo produza anticorpos suficientes para serem detectados por um teste de anticorpos anti-HIV (para algumas pessoas, pode levar até seis meses). O período de tempo entre a infecção e a aparecimento de anticorpos anti-HIV detectáveis é chamado a período de janela. Porque os anticorpos anti-HIV não são ainda detectáveis, o teste de anticorpos não é útil durante o período de janela.

O **teste de RNA no plasma** (também chamado um teste de carga viral) pode detectar HIV no sangue de uma pessoa, em 9 dias de infecção, antes que o corpo desenvolva anticorpos anti-HIV detectáveis. O teste plasmático do RNA do HIV é recomendado quando infecção muito recente é provável, por exemplo, logo depois que uma pessoa teve sexo sem proteção com um parceiro infectado pelo HIV. Os resultados de ambos os testes estão geralmente disponíveis dentro de um alguns dias.

Fonte: AIDS Info

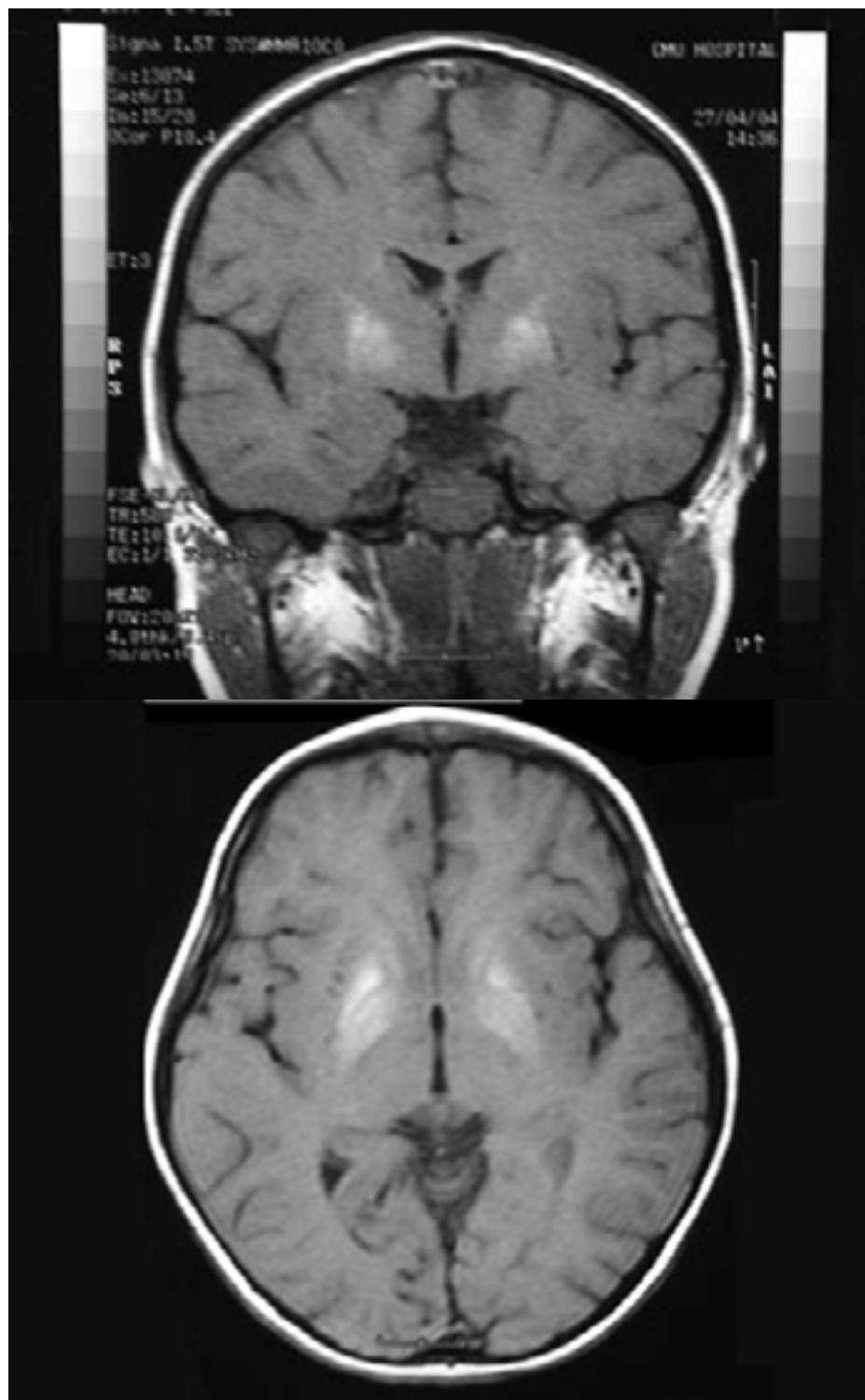


Figura I.3.2

A tomografia computadorizada digitalizada de uma criança de 11 anos com encefalopatia progressiva secundária ao HIV, mostrando infecção e atrofia cerebral difusa, além de calcificações bilaterais nos gânglios da base

Fonte http://www.rhes.cmu.ac.th/Ped_HIV/06-cli_present/s4_09.html

EFEITO NEUROLÓGICOS

Os principais alvos da infecção por HIV do sistema nervoso central são a micróglia e os macrófagos. Acredita-se que os efeitos neurotóxicos do HIV resultam principalmente a partir da sua capacidade para induzir fatores inflamatórios que causam à célula neuronal danos e eventual morte. Os efeitos tardios do dano celular e da morte neuronal provocam a demência associada ao HIV observada entre os adultos infectados com o HIV. Dois tipos de encefalopatia foram descritos em

crianças e adolescentes com HIV com envolvimento do SNC:

Encefalopatia progressiva pelo HIV-1, caracterizada pela tríade clássica (a) microcefalia, (b) atraso ou perda de marcos de desenvolvimento (motor adquirido, cognitivo e de linguagem) e (c) déficits motores do trato piramidal.

A encefalopatia estática não envolve deterioração insidiosa e é caracterizada pelo desenvolvimento significativamente atrasado e aquisição de novas competências a um ritmo muito mais lento do que seria esperado com base da idade da criança. Estas crianças podem exibir capacidades cognitivas que vão desde baixa média escolar até uma média bastante prejudicada. Um subconjunto de crianças soropositivas tem sido observado por exibir déficits neurocognitivos suaves com média intelectual global funcionante, mas com problemas de aprendizagem específicos, linguagem e déficits visuomotores, desregulação da atenção e comprometimento sócio-emocional.

No começo da epidemia, encefalopatia progressiva grave foi a apresentação em 50% a 90% das crianças nascidas com HIV; no entanto, a melhoria do tratamento alterou esse padrão (Tardieu et al, 2000). Estimativas recentes de encefalopatia por HIV apresentando atrofia cerebral, atrasos cognitivos e déficits motores entre as crianças infectadas estão na faixa de 13% a 23% (Tardieu et al, 2000). Achados radiológicos associados com encefalopatia pelo HIV incluem calcificações nos gânglios da base, atrofia cerebral global, ventrículos e sulcos corticais aumentados (ver Figura I.3.2). As evidências sugerem, ainda, que as cargas virais mais elevadas estão associadas à atrofia cerebral mais grave (Brouwers et al, 2000).

A apresentação da infecção por HIV no sistema nervoso é influenciada pelas múltiplas variáveis que interagem, incluindo a duração da doença, a sua gravidade e o tratamento. O padrão depende em que fase do desenvolvimento do cérebro a infecção ocorre. Atrasos no desenvolvimento neurocognitivo podem ser devido a vários fatores tais como o efeito direto do HIV, a toxicidade de drogas antirretrovirais, ou fatores psicológicos e socioeconômicos (Willen, 2006). Muitas crianças infectadas podem não ter sintomas médicos e seu progresso de desenvolvimento pode ser mais influenciado pela pobreza e a falta de recursos do que pela própria infecção. Para aqueles que apresentam sintomas comportamentais e de desenvolvimento, a etiologia específica destes sintomas sempre é clara. A determinação se o déficit neuro-comportamental de uma criança é relacionado ao HIV—ao contrário de outros fatores ambientais, sociais ou médicos—é crítica por causa de suas implicações para o tratamento.

Avaliar os sintomas neurológicos no contexto do HIV requer considerar muitos fatores. Globalmente, o contexto social de muitas crianças soropositivas inclui pobreza, baixo nível socioeconômico, falta de recursos, e perdas familiares interagindo com estressores ambientais e negligência. Baixos níveis de alfabetização materna, má qualidade de interação entre cuidadores e crianças, baixo peso ao nascer e anemia são muitas vezes mais frequentes em crianças HIV-positivas (Brown et al, 2000). Em países em desenvolvimento, a deficiência de zinco, desnutrição, encefalopatias na infância como a malária cerebral e meningite bacteriana contribuem com um fardo adicional. Em áreas fortemente impactadas pelo HIV, como a África Subsaariana, poucos estudos têm examinado outros riscos para doença neurológica, limitando a capacidade de desenhar conclusões

definitivas quanto ao risco (Abubakar et al, 2008). A falta de medidas padronizadas de resultados neurocognitivos da infância para a África— e países de baixa renda em medidas gerais—e medidas insuficientemente sensíveis limitam ainda mais a triagem para déficit. Isto é especialmente importante devido a dados que sugerem que alguns dos déficits comportamentais e emocionais presentes em crianças HIV-positivas foram observados entre as crianças HIV-negativas que viviam no mesmo ambiente social (Mellins et al, 2003).

Padrões de disfunção neurocognitiva

A infecção pelo HIV não tratada em crianças tem sido associada a déficits cognitivos, motores, da linguagem e déficits psicológicos de desenvolvimento (Smith et al, 2006). Fatores de risco para o envolvimento do SNC em crianças incluem o momento da infecção, doença materna avançada no momento do parto, a progressão rápida, com início avançado da disfunção imune. Na ausência de tratamento antirretroviral, as crianças com um progressão rápida e uma doença mais agressiva são propensas a morrer antes da idade de 2 anos, um evento muito mais comum em ambientes de recursos limitados.

Neuro-patogênese

O padrão da doença depende da fase do desenvolvimento do cérebro quando a infecção pelo HIV ocorre. Como já destacado, atrasos de desenvolvimento neurocognitivo podem ser devidos ao efeito direto do HIV, toxicidade antirretroviral, ou fatores psicológicos e socioeconômicos (Willen, 2006). Sinais neurológicos e do desenvolvimento são frequentemente marcadores de HIV em bebês e podem preceder outros sinais da progressão da doença. Infecção pelo HIV em crianças causa impactos sobre o cérebro imaturo e manifesta-se como uma encefalopatia estática ou progressiva pelo HIV. Uma diferença entre adulto e criança (especialmente crianças menores de 1 ano de idade) é de que a doença HIV do SNC em crianças ocorre mais frequentemente *antes* que haja imunossupressão significativa.

Como resultado da melhoria do tratamento, as crianças estão sobrevivendo na adolescência e déficits neurocognitivos estão sendo observados. A adolescência é um período crítico para o desenvolvimento do cérebro, mielinização de nervos, poda sináptica—processos sinápticos neurais cruciais para funções de alta ordem (por exemplo, processamento de informação eficiente, a decisão tomada). O vírus HIV afeta a substância branca subcortical e sistemas fronto-estriatais que são importantes para a regulação das emoções e do comportamento, aumentando o risco na adolescência de tomada de decisões prejudicada, pobre controle de impulsos, comportamento sexual arriscado e agressividade. Para jovens infectados no período perinatal expostos ao HIV grave, as ramificações psicossociais da doença—incluindo o estigma, a divulgação do status de HIV para os outros, e a perda de oportunidades acadêmicas e sociais—podem ter um impacto significativo sobre os resultados de saúde mental. Em ambientes com poucos recursos, esta é muitas vezes agravada por outros fatores como a pobreza, a exposição à violência, a substâncias de abuso, gangues de bairro, transtornos psiquiátricos dos pais, uso de substâncias, adaptação à doença e morte dos pais, transições de cuidados, orfandade e desintegração da família (Mellins & Malee, 2013).

As crianças estão vivendo mais, mas muitas vezes elas fazem isso com grave



Clique na imagem para acessar a palestra “HIV: Manifestações da Doença” por Lisa Hightow-Weidman, MD (51:22).

atraso de desenvolvimento ou incapacidade devido a encefalopatia pelo HIV. As crianças necessitam de habilidades motoras para manter os níveis de confiança e independência nas atividades diárias e interagir com os pares. Crescimento cognitivo e maturação social, ambos têm sido associados com o desenvolvimento de habilidades motoras (Hilburn et al, 2010). Prevenção da encefalopatia através da iniciação precoce de regimes HAART altamente penetrantes no SNC é o tratamento de escolha (Violari et al, 2008). Em ambientes com poucos recursos, onde o acesso aos antirretrovirais é limitado, problemas de desenvolvimento relacionados com o HIV devem ser reconhecidos e manejados o mais cedo possível.

Embora a demência associada ao HIV encontrada em adultos não tem sido bem descrita em adolescentes, estudos de caso recentes descrevendo demência em adolescentes sugerem que esta síndrome pode ser observada com mais frequência no futuro (Scharko et al, 2006). Em adultos, a demência associada ao HIV apresenta-se como demência subcortical, uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da cognição, distúrbios da memória, dificuldade com tarefas intelectuais complexas, como resolução de problemas, anormalidades visuoespaciais e distúrbios de humor. A deterioração da atenção, funções executivas e memória de trabalho têm sido associadas com o afinamento progressivo frontocortical encontrados na demência associada ao HIV. Para adolescentes, a prevenção da doença do SNC requer a adesão à terapia antirretroviral, que pode ser um desafio para eles. A fraca adesão aos antirretrovirais, que podem requerer múltiplas doses por dia, pode conduzir a resistência, a cargas virais mais elevadas, e aumenta susceptibilidade à infecção do SNC. Entre os adolescentes que adquirem a doença do HIV através de comportamentos de risco ou transfusões, antirretrovirais têm prolongado a sobrevivência. No entanto, os adolescentes que vivem mais tempo com HIV são mais propensos a experimentar sequelas no SNC incluindo déficits de atenção, memória e processamento cognitivo. Similar para adultos, adolescentes que desenvolvem AIDS apresentam alterações neurocognitivas finais com bradicinesia progressiva, espasticidade, e alucinações (Watkins et al, 2000).

Terapias antirretrovirais e os resultados neurocognitivos

Terapia antirretroviral altamente ativa e encefalopatia progressiva por HIV-1

A evidência sugere que a encefalopatia progressiva do HIV-1 é uma potencial complicação reversível com uma alta probabilidade de melhora neurobiológica. No entanto, a literatura discorda em relação ao tratamento. Apesar de um início precoce do HAARTs ser considerado neuroprotetor, existe um risco elevado de recaída em pacientes com encefalopatia se o controle viral é perdido (Joska et al, 2010). Há taxas mais elevadas de déficits cognitivos e escolares residuais em crianças com diagnóstico prévio de encefalopatia progressiva do HIV-1. As pontuações de QI tendem a melhorar, mas ainda permanecem inferiores do que na população em geral, do que crianças HIV negativas nascidas de mães HIV-positivas (expostas no período perinatal, mas não infectadas), e menores do que nas crianças HIV-negativas.

Terapias antirretrovirais altamente ativas em crianças em idade escolar

Puthanakit et al (2010) demonstraram que as crianças HIV-positivas em idade escolar têm o funcionamento cognitivo inferior ao de crianças HIV-negativas. O tratamento a longo prazo com HAARTs não traz melhorias no funcionamento

cognitivo de base apesar do controle virológico e índices imunológicos normais (contagem de células CD4 normal). Crianças soropositivas têm desempenho mais fraco em testes cognitivos, independentemente do estágio da doença, do estado imunológico ou medicação (Van Loon, 2009). Assim, o início precoce da HAART em lactentes e crianças jovens deve ser considerado a fim de *preservar* o funcionamento neurocognitivo.

Efeitos a longo prazo sobre o funcionamento cognitivo

Apesar dos benefícios globais da HAARTs, a sua eficácia a longo prazo na redução de déficits neurocognitivos continua a ser demonstrada. Prevalência mundial de deficiência neurocognitiva foi apenas marginalmente afetada pelo uso generalizado de HAARTs. Há poucos estudos de países de baixa e média renda dos efeitos da iniciação antirretroviral nos resultados neurocognitivos em crianças e adolescentes infectados no período perinatal. As evidências da Tailândia, Camboja e África do Sul sugerem uma falha de melhoria das funções cognitivas, na sequência de iniciação antirretroviral, mesmo com supressão virológica e recuperação imunológica (Laughton et al, 2013). Benefícios e *reversão* de déficits também variam significativamente entre os indivíduos. A gravidade do comprometimento cognitivo na data de início da HAART parece ser o mais forte preditor de déficits persistentes apesar da HAART longo prazo (Tozzi et al, 2007).

SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

A OMS recomenda o tratamento para problemas de saúde mental em indivíduos que são HIV-positivos. Para esse efeito, o reconhecimento de sintomas psiquiátricos em jovens em situação de risco para a infecção pelo HIV e as pessoas já infectadas é extremamente importante. Doença psiquiátrica pode ser um fator predisponente para a infecção pelo HIV ou um fator de perpetuação de comportamentos de risco em jovens infectados pelo HIV. A infecção pelo HIV também pode ocorrer como consequência do próprio transtorno psiquiátrico. Adolescentes psiquiatricamente doentes são mais propensos a se tornarem sexualmente ativos em uma idade mais jovem, participar em relações sexuais desprotegidas, ter múltiplos parceiros sexuais, ter história de doenças sexualmente transmissíveis, o uso de drogas ou álcool e menos propensos a usar preservativos (Donenberg & Pao, 2005; Brown et al, 2000).

Tal como acontece com sintomas neurológicos, o reconhecimento de distúrbios psiquiátricos é complicado por vários fatores que interagem. Os sintomas podem ocorrer como um resultado de efeitos diretos ou indiretos do vírus no SNC, fatores genéticos, infecções oportunistas, exposição a substâncias no pré-natal, má nutrição, acesso limitado a tratamento médico, e outros fatores psicossociais e ambientais. Outros aspectos que possam ter impacto sobre a apresentação de sintomas comportamentais em jovens que vivem com HIV incluem o fato de que a maioria vive em áreas carentes afetadas pela pobreza, violência, conflito familiar, uso de drogas ou em países de baixa renda com acesso limitado a saúde.

As estimativas da prevalência de transtorno psiquiátrico em jovens infectados no período perinatal ou que adquiriram a infecção pelo HIV variam muito, com relatórios baseados em clínica sugerindo altos índices de problemas



'Uma das maneiras mais eficazes de levar uma mensagem ao seu público-alvo é imprimi-lo alto e claramente na parte de trás de uma camiseta. Isso é o que esses jovens quenianos têm feito, "HIV/AIDS - Relaxe e viva mais tempo" é a sua mensagem; é uma mensagem abstinente, o que eles sentem é uma ferramenta que deve ser utilizada em sua comunidade.'

Texto and imagem: Patti Gower, PhotoSensitive

de saúde mental (Gaughan et al, 2004). Crianças com contagem de CD4 inferior (menor número de células CD4 medido após infecção pelo HIV), maiores cargas virais e doenças definidoras de diagnósticos da AIDS parecem estar em maior risco de neurodesenvolvimento cognitivo mais pobre, ressaltando a necessidade para início precoce do tratamento antirretroviral. Scharko et al (2006) revisaram estudos publicados sobre o diagnóstico psiquiátrico na juventude de infectados no período perinatal; eles encontraram altos índices de TDAH (29%), transtornos de ansiedade (24%) e depressão (25%). No entanto, os autores observam que os estudos tinham sérias limitações tais como amostras de pequenas dimensões, métodos diagnósticos diferentes, uma variedade de idades e falta de um grupo de controle. Outros estudos também encontraram taxas elevadas de transtorno psiquiátrico, variando de 48% a 61% (Wood et al, 2009, Mellins et al, 2009). No entanto, um estudo controlado de problemas comportamentais em crianças infectadas no período perinatal encontrou taxas de problemas comportamentais que não diferem das taxas de um grupo controle de crianças que foram expostas por via perinatal, mas não foram infectadas com o HIV, o que sugere que os problemas comportamentais observados não foram o resultado de infecção por HIV (Mellins et al, 2003).

Em um dos poucos estudos usando uma entrevista diagnóstica estruturada para obter diagnóstico psiquiátrico, Pao and colleagues (2000), examinaram uma amostra de 34 adolescentes soropositivos que frequentam uma clínica urbana. Os pesquisadores descobriram taxas muito altas de diagnósticos psiquiátricos durante a vida com 68% preenchendo critérios para a depressão, 59% para o abuso de substâncias e 29% para transtorno de conduta. No entanto, a maioria teve um distúrbio psiquiátrico anterior seu diagnóstico de HIV, com aproximadamente metade deles tendo um transtorno afetivo atual.



Clique na imagem para acessar o US Office of AIDS Research - Orientações do Conselho Consultivo para o uso de agentes antirretrovirais.

Estudos de diagnóstico psiquiátrico infantil em países de baixa renda são escassos e os poucos estudos existentes são dificultados pelo pequeno tamanho das amostras e a utilização de instrumentos de diagnóstico que não foram validados nessas configurações. No entanto, estudos em crianças infectadas com o HIV sugerem maiores taxas de sintomas psiquiátricos. Um estudo realizado no Quênia examinou síndromes psiquiátricas entre crianças e adolescentes congenitamente infectados pelo HIV e relataram taxas globais de 48% para qualquer transtorno (depressão, fobia social, transtorno desafiador-opositor, e TDAH), com 25% tendo mais de um diagnóstico (Kamau et al, 2012). Um estudo da Uganda de adolescentes HIV positivos encontrou altos índices de ansiedade, depressão, somatização e mania (Musisi & Kinyanda, 2009). Estudos estão emergindo na África do Sul e Índia, que mostram associações entre fatores psicossociais e HIV/AIDS (Collins et al, 2006). Estudos realizados no Brasil encontraram taxas elevadas de sintomatologia psiquiátrica entre os adolescentes que procuram o teste de HIV que eram HIV-positivos (Bassols et al, 2007). Enquanto mais pesquisas são necessárias, os dados atuais sugerem uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças infectadas no período perinatal ou através de outros mecanismos, apontando para a necessidade de triagem, identificação precoce e tratamento. Mellins et al (2003) descobriu que os problemas de comportamento observados em jovens infectados no período perinatal não eram diferentes de jovens expostos ao HIV, mas não infectados, destacando os desafios enfrentados ao fazer o diagnóstico de saúde mental no contexto da infecção pelo HIV. É notável que houveram poucos estudos de intervenção em saúde mental com base em provas em jovens infectados no período perinatal e não publicaram-se estudos randomizados controlados de tratamento para o distúrbios psiquiátricos específicos nesta população.

TRATAMENTO DO HIV

Os tratamentos eficazes para a infecção pelo HIV têm transformado a vida de pessoas que vivem com HIV em todo o mundo, em países desenvolvidos e em nações em desenvolvimento. As sequelas neurológicas da infecção por HIV, comuns no início desta epidemia, são agora observadas com muito menos frequência. A encefalopatia que se desenvolve com a progressão da doença por HIV pode ser impedida ou revertida com HAARTs (McCoig et al, 2002; Brouwers et al, 1990).

O tratamento antirretroviral é baseado no uso de seis grandes classes de medicamentos, determinadas por seus mecanismos de combate ao vírus HIV:

- Inibidores da transcriptase reversa (NRTIs)
- Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN)
- Inibidores da protease
- Inibidores de fusão
- CCR 5 antagonistas, e
- Inibidores da integrase.

Terapia antirretroviral altamente ativa interrompe a capacidade do vírus HIV de infectar e se reproduzir, interrompendo os mecanismos de infecção em mais de um sítio, diminuindo assim a eficácia do vírus. O uso de três ou mais HAARTs de pelo menos duas classes de medicamentos diferentes é recomendado



Sem tratamento adequado, a metade das 370.000 crianças recém-infectadas com HIV em 2010 morrem antes de chegarem ao seu segundo aniversário. Mas poucos medicamentos são projetados e adaptados especificamente para crianças, e são acessíveis e práticos de usar nos lugares onde vivem. Clique na figura para assistir a um podcast dos *Doctors without Borders* discutindo essas questões, particularmente no que se refere a crianças muito pequenas (menores de 3 anos de idade), do tamanho dos comprimidos até ao gosto e à acessibilidade (13:51).

para maximizar os benefícios terapêuticos (OARAC).

Aderência

Embora eficaz, existem muitos desafios associados com a adesão ao tratamento do HIV. O não cumprimento completo de regimes de tratamento pode resultar em falha do tratamento e o desenvolvimento de resistência ao medicamento, particularmente um problema para adolescentes (Williams et al, 2006). Regimes HAART, embora simplificados pelo desenvolvimento de comprimidos combinados, permanecem complicados pela necessidade de tomar medicação várias vezes ao dia, efeitos colaterais significativos, e as interações com outros medicamentos, drogas psicotrópicas e alimentos que possam interferir com a sua eficácia. HAARTs também podem exacerbar os sintomas inicialmente. Por exemplo, inibidores da transcriptase reversa (NRTIs) podem exacerbar encefalopatia progressiva e neuropatia (Tamula et al, 2003; Church et al, 2001).

O benefício máximo do tratamento exige quase 100% de conformidade. Adesão inconsistente pode resultar em resistência à droga, aumentando a carga viral e a progressão para a AIDS (Feingold et al, 2000). Em países em desenvolvimento, a presença de doenças psiquiátricas tem mostrado impactar negativamente a adesão aos antirretrovirais (Murphy et al, 2005). Uma revisão sistemática que examinou as relações entre doença mental e doença do HIV em adultos não encontrou relações semelhantes entre transtorno mental (depressão) e a adesão a ARTs (Nachega et al, 2004). Um estudo Sul-Africano descobriu que o medo da rejeição, estigma e violência sexual por um parceiro está associada com menos de 95% de adesão ao HAARTs (Nachega et al, 2004). Os estudos que examinam a adesão entre os adolescentes HIV-positivos que não foram infectados congenitamente encontraram uma associação entre a presença de depressão e baixa adesão aos antirretrovirais (Donenberg & Pao, 2005; Murphy et al, 2005). Estudos de crianças infectadas com HIV perinatal descobriram que a não-adesão aumentou com o aumento da idade, o sexo feminino, a carga viral detectável, os recentes acontecimentos estressantes, reprovação escolar, e a presença de depressão ou ansiedade (Williams et al, 2006). Em resumo, os fatores encontrados para reduzir a adesão entre crianças e adolescentes incluem o aumento da idade, a complexidade e a palatabilidade do regime de tratamento, a doença HIV sintomática, a saúde mental dos cuidadores, sistemas familiares de crenças, status de revelação e apoio social familiar (Dodds et al, 2003; Wiener et al, 2004). Há uma série de intervenções baseadas em evidências de sucesso para melhorar a aderência antirretroviral para adultos e jovens com abordagens de comportamento (Rotheram-Borus et al, 2001a).

Impacto do tratamento antirretroviral

Terapia antirretroviral em crianças está associada com aumento da sobrevivência, melhora da função cognitiva, redução na incidência de infecções oportunistas, e melhor qualidade de vida. No entanto, apesar do início do tratamento antirretroviral, as crianças com HIV continuam a ficar para trás dos seus pares não-infectados pelo HIV em termos de crescimento e desenvolvimento. Dados de ensaios clínicos em países de alta, média e baixa renda têm confirmado os benefícios imunológicos e virológicos de medicamentos antirretrovirais (Ciaranello et al, 2009).

Há um maior risco de morte e progressão da doença na infância do que na

idade adulta e é bem sabido que a contagem de CD4 e carga viral são preditores pobres de progressão da doença em lactentes. Os resultados do estudo CHER demonstraram que o tratamento precoce com antirretrovirais reduziu a mortalidade em 76% e progressão do HIV em 75% (Violari et al, 2008). Isto resultou em uma mudança nas diretrizes, agora recomendando que todas as crianças infectadas pelo HIV com menos de 12 meses de idade recebam antirretrovirais imediatamente. Essas diretrizes apresentam desafios particulares em países de baixa renda, onde o acesso aos cuidados de saúde após o nascimento é limitado e onde há uma falta de testes infantis precoces, programas de prevenção da transmissão vertical, e acompanhamento do tratamento. Proporcionar antirretrovirais para crianças em países com poucos recursos exige uma abordagem *holística*, que vai além da simples administração de pílulas.

TRATAMENTO DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Tratamento dos sintomas psiquiátricos no contexto da infecção pelo HIV requer uma avaliação cuidadosa e consideração da interação orgânica e psicossocial de fatores que contribuem para a apresentação de um indivíduo (Brown et al, 2000). Por exemplo, diferenciar os sintomas médicos da doença HIV dos sintomas depressivos que se manifestam como preocupação somática de depressão em si pode ser muito difícil (Benton, 2008). Além disso, fatores culturais influenciam a resposta psicológica à infecção por HIV (Ponton & Lees, 1998). Como mencionado anteriormente neste capítulo, os jovens HIV-positivos podem apresentar depressão, déficit de atenção, mania, e até mesmo sintomas psicóticos, resultando em sofrimento, resistência em tomar ou a baixa adesão ao tratamento antirretroviral, e desrespeito aos comportamentos sexuais seguros (Lightfoot et al, 2005). Assim, o tratamento de sintomas psiquiátricos pode aliviar a angústia, melhorar adesão ao tratamento e funcionamento geral.

Intervenções psicossociais

Enquanto os estudos mais controlados de terapias psicológicas e comportamentais possuem foco na prevenção do HIV em países em desenvolvimento, alguns estudos de tratamento sugerem que as psicoterapias baseadas em evidências que são eficazes para indivíduos doentes não medicados podem ser eficazes para doenças mentais em pessoas HIV-positivas (Donenberg & Pao, 2005; Olatunji et al, 2006). Estudos sugerem que tratamentos psicossociais e comportamentais que utilizam uma ampla variedade de intervenções incluindo apoio social, terapia interpessoal, TCC, e gerenciamento do estresse comportamental em formatos individuais ou em grupo são eficazes em adultos e adolescentes (Olatunji et al, 2006; Harding et al, 2011). Uma revisão sistemática de adultos e adolescentes com HIV concluiu que o indivíduo, a família e os tratamentos baseados em grupos todos demonstraram eficácia na melhoria de enfrentamento, funcionamento familiar e na redução psicológica da angústia e isolamento social. As intervenções foram efetivamente entregues em um formato individual ou de grupo—particularmente relevante para países com poucos recursos (Harding et al, 2011). Um estudo realizado em Uganda testou a eficácia da psicoterapia interpessoal para a depressão em comunidades rurais, com alta prevalência de HIV e alta mortalidade relacionada com a AIDS. Neste estudo, 30 aldeias foram randomizadas para 16 semanas de psicoterapia interpessoal ou uma condição de

Indivíduos HIV-positivos tendem a ser mais sensíveis para os efeitos colaterais de drogas e psicotrópicos e muitas vezes respondem a doses mais baixas.

Tabela I.3.4 Interações comuns entre medicamentos antirretrovirais e medicamentos psicotrópicos

Droga	Interação
Citalopram	<ul style="list-style-type: none"> • Lopinavir/ritonavir (ritonavir aumenta níveis de citalopram)
Fluoxetina e Fluvoxamina	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta níveis de amprenavirdelavirdine, efavirenz, indinavir, opinavir/ritonavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir. • Nevirapina diminui níveis de fluoxetina
Paroxetina	<ul style="list-style-type: none"> • Lopinavir/ritonavir (ritonavir aumenta níveis de paroxetina)
Sertralina	<ul style="list-style-type: none"> • Lopinavir/ritonavir (ritonavir aumenta níveis de sertralina)



Clique na imagem para acessar informações detalhadas sobre interações medicamentosas.

controle. Os resultados mostraram reduções significativas nos sintomas depressivos para o grupo de intervenção quando comparados com os controles, o que sugere que as intervenções baseadas em evidências são viáveis em comunidades com recursos limitados e poucos profissionais de saúde mental (Bolton et al, 2003). Entre as populações pediátricas, serviços que focaram na saúde mental de famílias foram considerados úteis para melhorar o funcionamento da família, reduzindo o isolamento social e aumentando a utilização de outros serviços de apoio (Brown et al, 2000), reduzindo problemas de comportamento e emocionais (Rotheram-Borus et al, 2001a).

Dados substanciais suportam a eficácia de intervenções comportamentais para a prevenção da transmissão do HIV entre adultos e jovens. Mais de 144 intervenções demonstraram eficácia em ensaios clínicos randomizados realizados em ambos os de alta renda e nações com poucos recursos (Rotheram-Borus et al, 2009). Para os adolescentes HIV-positivos, os programas de prevenção geralmente se concentram na adesão à medicação e mudanças no estilo de vida, prevenção da transmissão, melhor autocuidado e qualidade de vida, parceria com profissionais de saúde, gerenciamento de efeitos colaterais de medicações, divulgação e comportamentos positivos para a saúde (Rotheram-Borus et al, 1995; 1998; 2001a; 2001b).

Usando medicação psicotrópica

Existem dados limitados sobre o tratamento medicamentoso para os sintomas psiquiátricos em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. As recomendações são em grande parte empíricas e principalmente extrapoladas de estudos em adultos (Evans et al, 2005). No entanto, recomenda-se precaução ao prescrever qualquer medicação psicotrópica para jovens HIV-positivos que estão usando antirretrovirais. Ambos HAARTs e psicotrópicos são largamente metabolizados enzimas pela 3A4 e 2D6 do citocromo (CYP) p450, sistema com um elevado potencial subsequente para interações medicamentosas. Como resultado, os níveis sanguíneos de antirretrovirais e medicamentos psicotrópicos podem ser

aumentados, diminuídos ou ambos, por inibição ou indução destas enzimas. Alguns antirretrovirais são conhecidos por ter um impacto particular e apresentar riscos para os indivíduos com HIV. Os inibidores de protease, especialmente *ritonavir*, são inibidores potentes de 3A4, e em menor extensão 2D6. *Efavirenz* é um potente indutor de CYP 3A4, diminuindo níveis plasmáticos de outros medicamentos que são metabolizados por esta via.

Alguns dos antirretrovirais podem também causar sintomas psiquiátricos. O mais estudado a este respeito é o *efavirenz*. Os primeiros relatórios sugeriram que início súbito de ideação suicida e depressão eram potenciais efeitos colaterais. Relatórios sugerem que mais de 50% dos indivíduos que utilizam *efavirenz* pode experimentar depressão, ideação suicida, pesadelos vívidos, ansiedade, insônia, psicose, disfunção cognitiva e comportamento antissocial. Dados mais recentes sugerem que sonhos vívidos e disfunção vestibular foram muito mais frequentes com *efavirenz* nos doentes tratados com um regime de nucleosídeo triplo. No entanto, estes efeitos indesejados foram transitórios e resolvidos dentro de 4 semanas (Ferrando, 2013).

Ao considerar o consumo de psicofármacos no contexto do HIV pediátrico e tratamento antirretroviral, os clínicos devem examinar fatores além da apresentação de queixa comportamental. A avaliação psiquiátrica e psicossocial profunda determina inclusive fatores de desenvolvimento, as questões ambientais e sociais e circunstâncias familiares ocorridas. Estressores recentes também devem ser elucidados. Informações da escola, dos prestadores de cuidados primários, especialistas, conselheiros e dos membros da família devem ser obtidos antes de chegar a conclusões diagnósticas. Distúrbios neurológicos também devem ser avaliados como uma potencial causa de sintomas comportamentais e como um fator de risco para efeitos colaterais dos medicamentos. Uma revisão completa do esquema antirretroviral deve identificar potenciais precipitantes de mudanças comportamentais.

Dada a ausência de provas para orientar a prescrição de psicofármacos nesta população, é preciso tomar cuidado. Ao escolher a medicação e a dosagem, o médico deve considerar os estágios de Tanner, peso corporal e o índice de massa, bem como a condição de saúde da criança. Os medicamentos devem ser selecionados tendo em consideração os seus perfis de efeitos secundários, começando com a menor dose terapêutica, e titulando gradualmente para minimizar os efeitos adversos. Indivíduos HIV-positivos tendem a ser mais sensíveis aos efeitos colaterais e muitas vezes respondem a menores doses (Benton, 2010).

Transtornos de humor

Depressão e transtorno bipolar aumentam em frequência da infância para a adolescência entre jovens HIV-positivos e HIV-negativos (Geller et al, 2002; Lewinsohn et al, 1993). Os critérios para o diagnóstico de depressão em adolescentes que são HIV-positivos são os mesmos que para os adolescentes que não são HIV-positivos. No entanto, fazer um diagnóstico de depressão é complicado no jovem com HIV pela sobreposição dos sintomas vegetativos de depressão com sintomas de HIV si ou efeitos colaterais do tratamento antirretroviral. Sintomas comuns em depressão, como fadiga, anorexia, anedonia e outras queixas somáticas também pode sugerir a progressão da doença pelo HIV. A avaliação clínica deve incluir uma avaliação de piora do estado de saúde, baixa adesão aos antirretrovirais resultantes



HIV pediátrico: a realidade de uma doença negligenciada.

Clique na figura para assistir um videoclipe discutindo alguns dos problemas enfrentados no tratamento de crianças com HIV em países de baixa renda (4:42).

da resistência aos medicamentos, e estressores recentes (p.ex., transtornos de ajustamento) ou dor devido a perda de familiares ou amigos.

ISRSs são os antidepressivos mais utilizados para os jovens que vivem com o HIV; eles são os antidepressivos de escolha devido a sua eficácia em adolescentes e o seu perfil favorável de efeitos colaterais. Embora não existam dados de suporte sobre a eficácia diferencial entre os ISRS, fluoxetina tem a base mais forte de evidência e é aprovada nos EUA e outros países para o tratamento de depressão em crianças com mais de 8 anos de idade (Emslie et al, 1997). Os antidepressivos tricíclicos não demonstraram ser superiores ao placebo em ensaios controlados nos jovens e são tóxicos, em especial em caso de superdosagem. Outros agentes normalmente utilizados para o tratamento de depressão no contexto da infecção pelo HIV incluem a mirtazapina, devido à sua segurança e menores riscos de interações medicamentosas. A mirtazapina tem sido útil para dormir e na promoção do ganho de peso, embora ainda faltem dados de estudos controlados. Semelhante a outros grupos com depressão, uma monitorização cuidadosa do surgimento de ideação suicida é justificada (Benton, 2010). A prevalência de transtornos bipolares em pacientes HIV-positivos na juventude não tem sido sistematicamente estudada e recomendações para o tratamento são baseadas em diretrizes de tratamento pediátrico e adulto atuais.

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Enquanto altas taxas de prevalência de déficit de atenção e hiperatividade em jovens infectados pelo HIV foram relatados (Mellins et al, 2009; Scharko, 2006), existem poucos ensaios clínicos de tratamento medicamentoso entre os jovens HIV-positivos. Psicoestimulantes são bem estudados em jovens com TDAH que não são medicamente doentes, sendo o tratamento de escolha para esta doença em pessoas que são HIV-positivas também. A eficácia de estimulantes para o TDAH em jovens HIV-positivos não foi estudado, apesar de serem comumente prescritos para esta população. A prática corrente é que as crianças que exibem sintomas de TDAH, no contexto da infecção pelo HIV podem ser tratadas com medicação estimulante nas doses recomendadas para crianças não HIV-positivas. Porque medicamentos estimulantes têm poucas interações medicamentosas, são relativamente seguros em combinação com antirretrovirais.

Transtornos ansiosos

Altas taxas de transtorno de ansiedade têm sido relatadas entre os HIV-positivos na juventude, no entanto, a prevalência de transtornos específicos não é clara (Mellins et al, 2009). Fobias sociais, fobias específicas, ansiedade de separação, agorafobia, transtorno do pânico, e transtorno obsessivo compulsivo têm sido relatados nesta população, bem como altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (Mellins et al, 2009). Tal como acontece com outros transtornos de ansiedade, o tratamento deve ser iniciado quando os sintomas interferem com o funcionamento normativo. As terapias cognitivas e comportamentais têm eficácia demonstrada em crianças e adolescentes para o tratamento de ansiedade e deve ser a primeira linha de tratamento para jovens HIV-positivos com transtornos de ansiedade (Brown et al, 2000). Os ISRS devem ser considerados para os transtornos de ansiedade que não o respondem a intervenções comportamentais.



Clique na imagem para ver uma palestra sobre "Prevenção do HIV Pediátrico, cuidados e tratamento" no Lesoto por Lindy C Fenlason MD, do Baylor International Pediatric AIDS Initiative (BIPAI) (48:17).

Outra fonte de ansiedade para crianças e adolescentes infectados pelo HIV está relacionada com procedimentos médicos durante o tratamento para sua doença. Distrações técnicas e psicoterapias têm sido úteis, muitas vezes utilizadas em conjunto com benzodiazepínicos em doses baixas, como lorazepam.

Transtorno de estresse pós-traumático

A epidemiologia do HIV nos países industrializados e de renda baixa aumenta o risco de exposição ao trauma em jovens. Por exemplo, a maioria dos jovens expostos no período perinatal nos EUA vive em cidades do interior onde estresse, pobreza e trauma são endêmicos (Havens et al, 2008). Ambos os eventos traumáticos e procedimentos médicos aumentam ainda mais o risco de transtorno de estresse pós-traumático ou estresse traumático (Stuber et al, 2003). Isto é muito relevante, dada a associação entre exposição ao trauma e a adesão a práticas de sexo seguro e ao tratamento antirretroviral para os jovens HIV-positivos (Radcliffe et al, 2006). Em um estudo sobre TEPT e estresse pós-traumático em 30 adolescentes HIV-positivos e jovens adultos, as taxas de TEPT (13%) e síndrome de estresse pós-traumático (23%) tiveram alta resposta ao ser diagnosticado com a infecção pelo HIV, mas ainda maiores quando se examinam outros eventos traumáticos que ocorrem entre os mesmos jovens, dando mais apoio ao impacto do trauma contínuo na vida dos jovens HIV-positivos (Radcliffe et al, 2006).

Terapias cognitivo-comportamentais focadas no trauma foram consideradas eficazes para os sintomas de TEPT. Os medicamentos podem ser úteis para alguns jovens; no entanto, suporte empírico para o uso de medicação é fraco (Foa et al, 2000).

Delirium

A apresentação clínica do delirium em adolescentes é semelhante à dos adultos. Comprometimento da atenção e capacidade de resposta, desorientação, confusão, labilidade afetiva, alterações no nível de consciência, e distúrbios do sono podem estar presentes. Embora paranoia, distúrbios de percepção e perda de memória sejam menos comuns em crianças mais novas, os critérios diagnósticos para delirium são aplicáveis em toda a vida útil. Na maioria dos casos de delirium pediátrico a etiologia é uma condição médica ou medicamentosa (Turkel & Taware, 2003).

O tratamento consiste em estratégias para manter a orientação espacial e ambiental. O tratamento farmacológico para delirium na infecção pelo HIV baseia-se principalmente na segunda geração de antipsicóticos em baixa dose. Os efeitos adversos dos antipsicóticos, incluindo extrapiramidais, são limitados; tanto os antipsicóticos típicos como os de segunda geração são igualmente eficazes. Lorazepam provoca um agravamento de delirium com desinibição, ataxia, confusão e sedação excessiva, sugerindo que os benzodiazepínicos não devem ser utilizados para delirium nesta população (Ferrando, 2013).

OUTROS FATORES PSICOSSOCIAIS QUE AFETAM O TRATAMENTO PARA AS FAMÍLIAS AFETADAS PELO HIV/AIDS



Clique na figura para acessar a orientação da OMS para o Aconselhamento de Divulgação de HIV de Crianças até os 12 anos de idade.

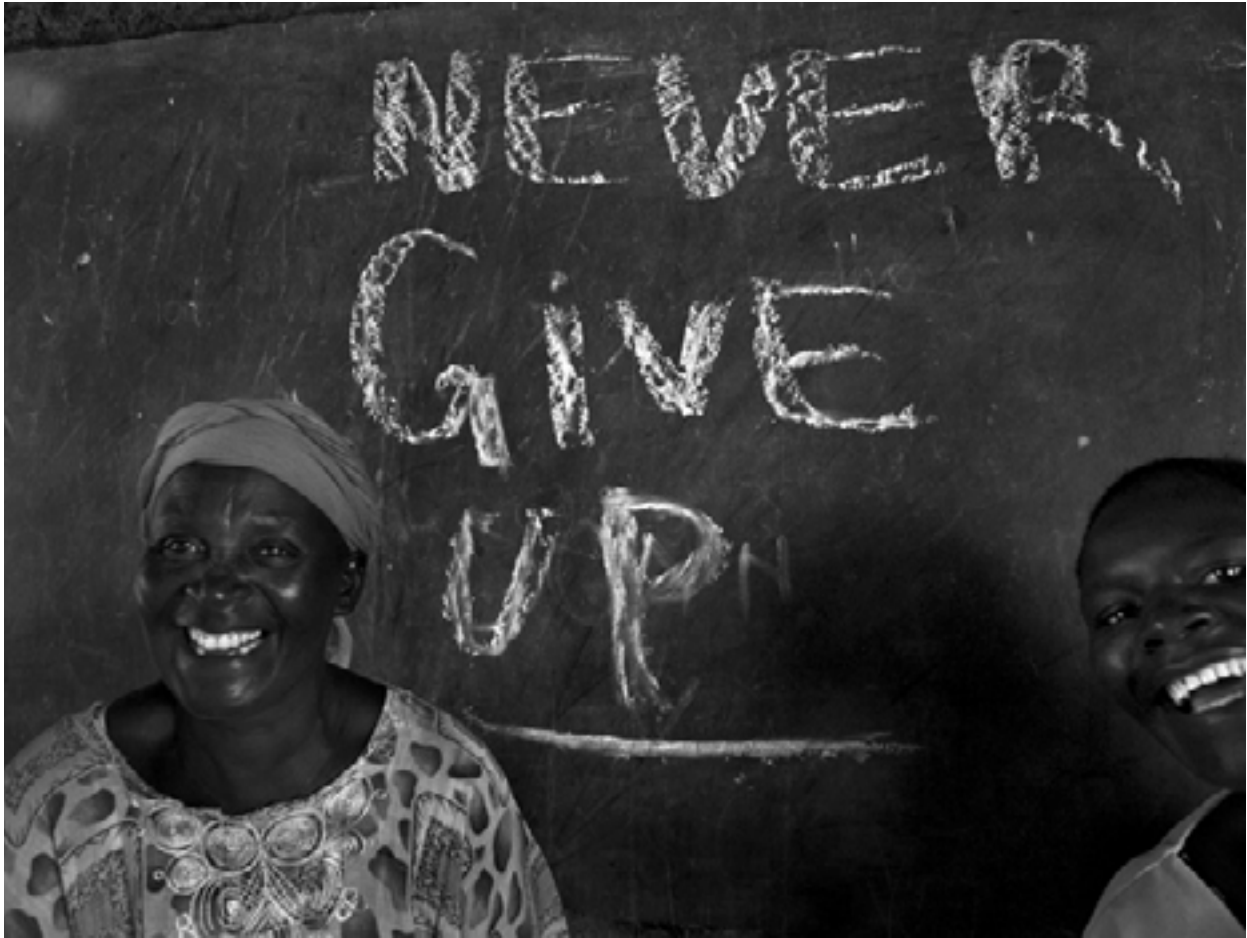


Imagem: Patti Gower,
PhotoSensitive

Luto

A UNICEF relata que 15,2 milhões de crianças ficaram órfãs devido à AIDS em todo o mundo até 2005, e que 13,7 milhões de crianças perderam um ou ambos os pais para a AIDS apenas na África do Sul. O número de órfãos está previsto para chegar a 2,3 milhões em 2020 (Dorrington et al, 2005). Perda parental coloca ainda mais em risco a saúde mental de crianças e adolescentes. Evidências sugerem que as crianças que ficaram órfãs por causa do HIV/AIDS têm vários riscos para os maus resultados incluindo cuidados médicos pobres e nutrição. Além disso, crianças órfãs com idade entre 16 a 24 apresentam menor grau de escolaridade, são mais propensas a sofrer abusos e ter maiores taxas de HIV (Cluver et al, 2007). Além disso, crianças e adolescentes com HIV muitas vezes enfrentam o duplo infortúnio de viver com a sua própria vida limitada pela doença e enfrentando a morte de entes queridos (Roth et al, 1994). Frequentemente, a perda multiplica o peso por causa da doença do HIV. O estigma e sigilo comumente em torno da morte por HIV/AIDS podem complicar o processo de luto, privando esses jovens do apoio de que necessitam e reforçando um sentimento de vergonha sobre a morte de seus pais. A divulgação de uma causa de morte relacionada com a AIDS pode resultar em estigmatização, envergonhando familiares, e ostracismo provocado por seus pares, interferindo com o processo de luto e prejudicando ainda mais a capacidade de uma criança de lidar com a perda (Siegel & Gorey, 1994).

As recomendações da OMS (2011) sobre a revelação do estado sorológico para crianças*

- As crianças devem ser informadas de sua condição de HIV positivo; crianças mais novas devem ser informadas sobre o seu estado de forma incremental para acomodar suas habilidades cognitivas e maturidade emocional, em preparação para a plena revelação (forte recomendação, baixa qualidade das provas).
- As crianças devem ser informadas sobre o status de HIV de seus pais ou cuidadores; crianças mais novas devem ser informadas de forma incremental para acomodar suas habilidades cognitivas e maturidade emocional (recomendação condicional, baixa qualidade das provas).
- A decisão sobre quem vai divulgar para a criança deve ser orientada pela intenção de melhorar/promover o bem-estar da criança e minimizar o risco para o seu bem-estar e para a qualidade de relacionamento entre a criança e o pai/cuidador (recomendação condicional, ausência de provas).
- As iniciativas deverão ser postas em prática para reforçar a proteção da privacidade e políticas, leis e normas que impeçam a discriminação do instituto e promover a tolerância e a aceitação das pessoas que vivem com o HIV. Este pode ajudar a criar ambientes onde a revelação do estado sorológico é mais fácil (forte recomendação, baixa qualidade das provas).

*6 a 12 anos de idade.

WHO (2011) Guideline on HIV Disclosure Counselling for Children up To 12 Years of Age. WHO Press, Geneva, Suíça



Clique na imagem para acessar os recursos da educação da Baylor International Pediatric AIDS Initiative.

Além da perda, os demais membros da família muitas vezes são contados para fornecer cuidados e apoio para as crianças restantes. O impacto da orfandade tem sido mais profundamente vivido em países de baixa renda. Estima-se que cerca de 9% das crianças na África Subsaariana perderam pelo menos um dos pais com HIV/SIDA durante a década de 90 (Monasch & Boerma, 2004). Na maioria dos casos, demais membros da família assumem o papel de guarda, assumindo financeiramente e emocionalmente o fardo de cuidar dessas crianças com várias necessidades médicas e emocionais (Earls et al, 2008). Além disso, estudos longitudinais sugerem que tanto o HIV/AIDS em órfãos e em seus cuidadores prediz o aumento das taxas de depressão, ansiedade e sintomas de estresse pós-traumático em órfãos anos depois, destacando a necessidade de se concentrarem intervenções em jovens infectados e seus cuidadores (Cluver et al, 2012).

Revelação

Motivos que influenciam a decisão de dizer a uma criança ou adolescente o seu estado de HIV-positivo são complexas. Questões culturais, equívocos e desinformação sobre a doença—por parentes, professores, profissionais de saúde, bem como pela comunidade—são fatores que têm impacto sobre a revelação (Bakeera-Kitaka et al, 2008). Além disso, a revelação do estado sorológico de uma criança também pode revelar o status de HIV dos pais, que podem enfrentar o estigma e a discriminação como resultado (Pinzon-Iregui et al, 2013).

A OMS, a Academia Americana de Pediatria (AAP, 1999) e o Centro Internacional de Atenção à AIDS e Programas de Tratamento (Abrams et al, 2004) endossaram a revelação para as crianças mais velhas (10 anos de idade ou mais) de seu status de HIV (ver caixa). Essas organizações também publicaram diretrizes

para auxiliar os médicos e as famílias que estão lutando com esta questão complexa. Apesar dessas recomendações, a maioria dos estudos sobre a revelação em todo o mundo sugere que muitas crianças e adolescentes infectados pelo HIV não têm conhecimento do seu estado sorológico (Pinzon-Iregui et al, 2013). A proporção de crianças que conhecem sua estado é menor em países de renda baixa e média (20,4%), quando comparado com os países industrializados (43,1%) (Pinzon-Iregui et al, 2013; Vreeman et al, 2010). Por exemplo, um estudo realizado na Tailândia revelou que apenas 1 em cada 5 jovens infectados pelo HIV com idades compreendidas entre os 5-16 anos tinha conhecimento de seu diagnóstico de HIV (Boon-Yasidhi et al, 2005).

Um mundo sem AIDS está ao
nosso alcance.

A ambivalência de cuidadores e provedores de revelar a soropositividade de uma criança é alimentada por preocupações realistas sobre as possíveis consequências da revelação. Algumas das razões comumente citadas são: o medo do trauma emocional para a criança, o medo de que a criança seja muito jovem para entender e não poder guardar um segredo, o medo de revelação para os outros por causa do estigma, que as crianças podem não ter interesse em saber, e cuidadores não saberem como iniciar a discussão (Domek, 2010). Pinzon-Iregui et al (2013) fornecem uma abrangente revisão das práticas de revelação de informações em nível global. O medo mais citado foi o de trauma psicológico para a criança. Para complicar ainda mais esta questão há o conflito de resultados de estudos que examinam a revelação. Alguns estudos relatam maior auto-estima, promoção da confiança, melhora da adesão ao tratamento e uma melhor saúde e bem-estar (Mellins et al, 2002). Estudos sugerem ainda que a revelação pode diminuir o sofrimento psicológico e a depressão e melhorar a saúde mental global de cuidadores em comparação com aqueles que não revelam (Wiener et al, 1998). Outros estudos têm sugerido que a revelação pode aumentar o sofrimento e contribuir para ansiedade, depressão, e problemas comportamentais (Tubman et al, 2003). No entanto, a maioria encontra uma associação positiva entre a divulgação e a qualidade da adesão ao tratamento antirretroviral (Vreeman et al, 2010). O conhecimento das crianças de sua estado tem sido associado com contagens de CD4 e cargas virais mais baixas, menor probabilidade de ser classificado como não-aderente (Vreeman et al, 2010), melhor adesão ao tratamento antirretroviral (Blasini et al, 2004), e diminuição da vulnerabilidade ao risco comportamental (Bakeera-Kitaka et al, 2008).

Uma discussão bem planejada sobre o status sorológico de uma criança pode ter muitos benefícios. O ideal é que a discussão deva ocorrer em um ambiente estruturado com a coordenação entre os pais ou responsáveis e sua equipe de saúde. A informação deve ser transmitida para a criança de uma forma adequada ao desenvolvimento, sócio-culturalmente e de maneira sensível. Os pais e cuidadores devem também estar preparados para a reação da criança à revelação. As crianças podem não responder imediatamente, mas ter um atraso de reação, que pode variar desde a ausência de sinais de sofrimento ao sofrimento grave. Os cuidadores devem também ter em mente que a maioria das crianças e adolescentes se ajustam e aprendem a lidar com a sua doença (Weiner et al, 2003).

Revelação para adolescentes

A revelação para adolescentes que eles são HIV-positivos é ainda mais complicada. Os adolescentes estão começando a tomar decisões sobre a atividade sexual, outros riscos comportamentais, como a experimentação de drogas e

planejamento sobre o seu futuro incluindo relacionamentos e paternidade. Preocupações realistas sobre a rejeição por seus pares podem afetar a disposição dos adolescentes para uma adesão ao tratamento antirretroviral e práticas de sexo seguro para evitar levantar suspeitas sobre o seu estado sorológico. É essencial que os adolescentes conheçam o seu estado sorológico e compreendam o seu tratamento, a fim para maximizar os seus comportamentos promotores de saúde e diminuir o risco de transmissão. Revelação e discussão aberta sobre a sua doença pode melhorar entre os adolescentes a aceitação de orientação, apoio e habilidades necessárias para lidar com sua doença (Benton, 2011).

Revelação do estado HIV dos pais

Outra questão única para os jovens HIV-positivos diz respeito ao status de HIV dos pais e divulgação dos pais do seu estado sorológico. As razões dos pais para revelarem são muitas vezes, o planejamento de custódia e o imperativo moral de fazer o certo para seu filho (Pilowsky et al, 2000). Estudos sobre o impacto da revelação do estado sorológico dos pais sobre a juventude têm produzido resultados conflitantes. Alguns estudos sugerem aumento dos problemas comportamentais e angústia, aumento do comportamento sexual de risco e uso de drogas, enquanto outros sugerem nenhum efeito sobre funcionamento psicológico. A relação positiva entre a criança e o pai parece ser um melhor preditor da resposta de uma criança ou adolescente à revelação (Donenberg & Pao, 2005).

CONCLUSÕES

O progresso está sendo feito em direção a visão global de um mundo em que a AIDS foi eliminada. A redução de novos casos em todo o mundo, a diminuição da transmissão mãe-filho e a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral sugerem fortemente que visão da UNAIDS para zero novas infecções pelo HIV e zero mortes relacionadas com a AIDS é realizável. Tratamentos antirretrovirais têm sido bem sucedidos no prolongamento da vida e em transformar a AIDS em uma doença crônica.

Dados crescentes continuam a demonstrar a eficácia do tratamento antirretroviral. As discrepâncias entre o tratamento antirretroviral eficaz e de baixas taxas de supressão viral podem ser parcialmente explicadas por fatores comportamentais. Mesmo a maioria dos tratamentos eficazes é inútil se o paciente não tomar a medicação. Atingir uma geração livre da AIDS vai exigir teste universal integrado nos cuidados médicos primários para que todos saibam o seu estado, tratar aqueles que são encontrados como HIV-positivos e garantir que os indivíduos permaneçam engajados em sua tratamento, aderindo às recomendações e mantendo-se no cuidado do HIV (Cohen et al, 2011).

O tratamento para problemas de saúde mental desses pacientes requer uma abordagem semelhante em indivíduos HIV-positivo como em outros grupos: detecção precoce, tratamento precoce e envolvimento do paciente. Ambos HIV e transtorno psiquiátrico requerem mudanças de comportamento para que o sucesso do tratamento seja possível. Intervenções comportamentais eficazes no contexto do HIV/AIDS e seu tratamento podem salvar vidas.

A melhor forma de tratamento para crianças e adolescentes com HIV/AIDS envolve programa multidisciplinar de cuidados, integrado, que inclui cuidados pediátricos, cuidados de saúde mental, revelação, gestão de casos oferecendo

ligações a serviços, e um continuum de cuidados globais dentro do contexto dos cuidados primários. Embora se recomende esta abordagem de tratamento, o acesso a esses programas é limitado em países industrializados e em muito maior grau, em países de baixa renda onde os serviços de saúde mental são muito mais limitados ou inexistentes. Isto foi reconhecido pela OMS, que tem desenvolvido uma série de cinco partes do treinamento de materiais e recursos para a integração de cuidados de saúde mental com cuidado do HIV (Collins et al, 2010).

Um mundo sem AIDS está ao nosso alcance, mas não sem a necessidade de abordar a saúde mental de indivíduos em risco de se infectar com o HIV, os que já estão infectados, e as famílias de indivíduos HIV-positivos. Reconhecer transtornos

REFERÊNCIAS

- AAP (1999). *Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatrics AIDS.*
- Abrams E, El-Sadr W, Rabkin M (2004). The Pediatric Clinical Manual. *The International Center for AIDS Programs Columbia University Mailman School of Public Health.*
- Abubakar A, Holding P, Van Baar A et al (2008). Monitoring psychomotor development in a resource-limited setting: an evaluation of the Kilifi Developmental Inventory. *Annals of Tropical Paediatrics.* 28:217-226.
- Bakeera-Kitaka S, Nabukeera-Barungi N, Nostlinger C et al (2008). Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv.* 20:426-433.
- Bassols AMS, Santos RA, Rohde LA et al (2007). Exposure to HIV in Brazilian adolescents: the impact of psychiatric symptomatology. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 16:236-242.
- Benton TD (2008). Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep.* 10:280-285.
- Benton TD (2010). Treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep.* 12:104-110.
- Benton TD (2011). Psychiatric considerations in children and adolescents with HIV/AIDS. *Pediatr Clin North Am.* 58:989-1002, xii.
- Blasini I, Chantray C, Cruz C et al (2004). Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: design, implementation, and evaluation. *J Dev Behav Pediatr.* 25:181-189.
- Bolton P, Bass J, Neugebauer R et al (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA.* 289:3117-3124.
- Boon-Yasidhi V, Kottapat U, Durier Y et al (2005). Diagnosis disclosure in HIV-infected Thai children. *J Med Assoc Thai.* 88 Suppl 8:S100-105.
- Brown LK, Lourie KJ, Pao M (2000). Children and adolescents living with HIV and AIDS: a review. *J Child Psychol Psychiatry.* 41:81-96.
- Brouwers P, Civitello L, DeCarli C et al (2000). Cerebrospinal fluid viral load is related to cortical atrophy and not to intracerebral calcifications in children with symptomatic HIV disease. *J Neurovirol.* 6:390-397.
- Brouwers P, Moss H, Wolters P et al (1990). Effect of continuous-infusion zidovudine therapy on neuropsychologic functioning in children with symptomatic human immunodeficiency virus infection. *J Pediatr.* 117:980-985.
- Caldwell MB, Oxtoby MJ, Simonds RJ et al (1994). *1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less than 13 Years of Age.* Centers For Disease Control
- CDC (2011). *Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, 2011.*
- Church JA, Mitchell WG, Gonzalez-Gomez I et al (2001). Mitochondrial DNA depletion, near-fatal metabolic acidosis, and liver failure in an HIV-infected child treated with combination antiretroviral therapy. *J Pediatr.* 138:748-751.
- Ciaranello AL, Chang YC, Margulis AV et al (2009). Effectiveness of pediatric antiretroviral therapy in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases.* 49:1915-1927.
- Collins CB Jr, Hearn KD, Whittier DN et al (2010). Implementing packaged HIV-prevention interventions for HIV-positive individuals: considerations for clinic-based and community-based interventions. *Public Health Rep.* 125 Suppl 1:55-63.
- Cluver L, Gardner F, Operario D (2007). Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *J Child Psychol Psychiatry.* 48:755-763.
- Cluver LD, Orkin M, Boyes ME et al (2012). AIDS-orphanhood and caregiver HIV/AIDS sickness status: effects on psychological symptoms in South African youth. *Journal of Pediatric Psychology.* 37:857-867.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine.* 365:493-505.
- Collins PY, Holman AR, Freeman MC et al (2006). What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS.* 20:1571-1582.
- Domek GJ (2010). Debunking common barriers to pediatric HIV disclosure. *J Trop Pediatr.* 56:440-442.
- Dodds S, Blakley T, Lizzotte JM et al (2003). Retention, adherence, and compliance: special needs of HIV-infected adolescent girls and young women. *J Adolesc Health.* 33:39-45.

- Donenberg GR, Pao M (2005). Youths and HIV/AIDS: psychiatry's role in a changing epidemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44:728-747.
- Dorrington R, Johnson L, Bradshaw D et al (2005). *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa*. <http://www.mrc.ac.za/bod/DemographicImpactHIVIndicators.pdf>
- Earls F, Raviola GJ, Carlson M (2008). Promoting child and adolescent mental health in the context of the HIV/AIDS pandemic with a focus on sub-Saharan Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49:295-312.
- Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 54:1031-1037.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L et al (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*. 58:175-189.
- Feingold AR, Rutstein RM, Meislich D et al (2000). Protease inhibitor therapy in HIV-infected children. *AIDS Patient Care STDS*. 14:589-593.
- Ferrando S. (2013). Psychopharmacological Treatment of Patients with HIV/AIDS. *Psychiatric Annals*. 43:223-231.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ et al (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines From the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.
- Gaughan DM, Hughes MD, Oleske JM et al (2004). Psychiatric hospitalizations among children and youths with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*. 113:e544-551.
- Geller B, Zimerman B, Williams M et al (2002). Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: Examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 12:3-9.
- Harding R, Liu L, Catalan J et al (2011). What is the evidence for effectiveness of interventions to enhance coping among people living with HIV disease? A systematic review. *Psychol Health Med*. 16:564-587.
- Havens JF, Mellins CA, Rutter M et al (2008). Psychiatric Aspects of HIV/AIDS in Childhood and Adolescence. In M Rutter, E Taylor (eds). *Child and Adolescent Psychiatry 5th Edition*. Oxford: Blackwell.
- Hilburn N, Potterton J, Stewart A (2010). Paediatric HIV encephalopathy in sub-Saharan Africa. *Physical Therapy Reviews*. 15:410-417.
- Insel T (2012). *Achieving an AIDS-free generation*. National Institute of Mental Health (NIMH).
- Joska JA, Gouse H, Paul RH et al (2010). Does highly active antiretroviral therapy improve neurocognitive function? A systematic review. *Journal of Neurovirology*. 16:101-114.
- Kamau JW, Kuria W, Mathai M et al (2012). Psychiatric morbidity among HIV-infected children and adolescents in a resource-poor Kenyan urban community. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*. 24:836-842.
- Laughton B, Cornell M, Boivin M et al (2013). Neurodevelopment in perinatally HIV-infected children: a concern for adolescence. *Journal of the International Aids Society*. 16:18603.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE et al (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 102:133-144.
- Lightfoot M, Swendeman D, Rotheram-Borus MJ et al (2005). Risk behaviors of youth living with HIV: pre- and post-HAART. *Am J Health Behav*. 29:162-171.
- McCoig C, Castrejon MM, Castano E et al (2002). Effect of combination anti retroviral therapy on cerebrospinal fluid HIV RNA, HIV resistance, and clinical manifestations of encephalopathy. *Journal of Pediatrics*. 141:36-44.
- Mellins C, Brackis-Cott E, Dolezal C et al (2002). Patterns of HIV status disclosure to perinatally HIV-infected children and subsequent mental health outcomes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 101-114.
- Mellins CA, Brackis-Cott E, Leu CS et al (2009). Rates and types of psychiatric disorders in perinatally human immunodeficiency virus-infected youth and seroreverters. *J Child Psychol Psychiatry*. 50:1131-1138.
- Mellins CA, Malee KM (2013). Understanding the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges. *Journal of the International Aids Society*. 16:18593. doi: 10.7448/IAS.16.1.18593.
- Mellins CA, Smith R, O'Driscoll P et al (2003). High rates of behavioral problems in perinatally HIV-infected children are not linked to HIV disease. *Pediatrics*. 111:384-393.
- Monasch R, Boerma JT (2004). Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*. 18 Suppl 2:S55-65.
- Murphy DA, Belzer M, Durako SJ et al (2005). Longitudinal antiretroviral adherence among adolescents infected with human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 159:764-770.
- Musisi S, Kinyanda E (2009). Emotional and behavioural disorders in HIV seropositive adolescents in urban Uganda. *East Afr Med J*. 86:16-24.
- Nachega JB, Stein DM, Lehman DA et al (2004). Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Soweto, South Africa. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 20:1053-1056.
- OARAC. *Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection*.
- Olatunji BO, Mimiaga MJ, O'Cleirigh C et al (2006). Review of treatment studies of depression in HIV. *Top HIV Med*. 14:112-124.
- Pao M, Lyon M, D'Angelo J et al (2000). Psychiatric diagnosis in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Arch Pediatric Adolesc Med*. 154:240-244.
- Pilowsky DJ, Sohler N, Susser E (2000). Reasons given for disclosure of maternal HIV status to children. *J Urban Health*. 77:723-734.
- Pinzon-Iregui MC, Beck-Sague CM, Malow RM (2013). Disclosure of their HIV status to infected children: a review of the literature. *Journal of Tropical Pediatrics*.

- 59:84-89.
- Ponton LE, Lees J (1998). The psychological trauma of HIV in India. *International Review of Psychiatry*. 10:201-207.
- Puthanakit T, Aурpibul L, Louthrenoo O et al (2010). Poor cognitive functioning of school-aged children in Thailand with perinatally acquired HIV infection taking antiretroviral therapy. *Aids Patient Care and Sids*. 24:141-146.
- Radcliffe J, Tanney M, Rudy B J (2006). Post-traumatic stress and adherence to medical treatment among youth with HIV. *Journal of Adolescent Health*. 38:110-111.
- Roth J, Siegel R, Black S (1994). Identifying the mental health needs of children living in families with AIDS or HIV infection. *Community Ment Health J*. 30:581-593.
- Rotheram-Borus MJ, Gwadz M, Fernandez MI et al (1998). Timing of HIV interventions on reductions in sexual risk among adolescents. *Am J Community Psychol*. 26:73-96.
- Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA et al (2001a). Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *American Journal of Public Health*. 91:400-405.
- Rotheram-Borus MJ, Mahler KA, Rosario M (1995). AIDS prevention with adolescents. *Aids Education and Prevention*. 7:320-336.
- Rotheram-Borus MJ, Murphy DA, Wight RG et al (2001b). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*. 24:227-237.
- Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Flannery D et al (2009). Common factors in effective HIV prevention programs. *Aids and Behavior*. 13:399-408.
- Scharko AM (2006). DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*. 18:441-445.
- Scharko AM, Baker EH, Kothari P et al (2006). Case study: delirium in an adolescent girl with human immunodeficiency virus-associated dementia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45:104-108.
- Siegel K, Gorey E (1994). Childhood bereavement due to parental death from acquired-immunodeficiency-syndrome. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 15:S66-S70.
- Smith DC, Hall JA, Williams JK et al (2006). Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *Am J Addict*. 15 (sup 1):131-136.
- Stuber ML, Shemesh E, Saxe GN (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 12:195-209.
- Tamula MA, Wolters PL, Walsek C et al (2003). Cognitive decline with immunologic and virologic stability in four children with human immunodeficiency virus disease. *Pediatrics*. 112:679-684.
- Tardieu M, Le Chenadec J, Persoz A et al (2000). HIV-1-related encephalopathy in infants compared with children and adults. *Neurology*. 54:1089-1095.
- Tozzi V, Balestra P, Bellagamba R et al (2007). Persistence of neuropsychologic deficits despite long-term highly active antiretroviral therapy in patients with HIV-related neurocognitive impairment. Prevalence and risk factors. *J AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 45:174-182.
- Tubman JG, Gil AG, Wagner EF et al (2003). Patterns of sexual risk behaviors and psychiatric disorders in a community sample of young adults. *J Behav Med*. 26:473-500.
- Turkel SB, Tavaré CJ (2003). Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 15:431-435.
- UNAIDS (2004). *2004 Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: 4th Global Report*. December 14, 2012.
- UNAIDS (2012). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*.
- UNICEF (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*.
- Van Loon SE (2009). The cognitive functioning of children infected with HIV/AIDS on antiretroviral treatment compared to a control group in South Africa. *Utrecht University*.
- Violari A, Cotton MF, Gibb DM et al (2008). Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. *N Engl J Med*. 359:2233-2244.
- Vreeman RC, Nyandiko WM, Ayaya SO et al (2010). The perceived impact of disclosure of pediatric HIV status on pediatric antiretroviral therapy adherence, child well-being, and social relationships in a resource-limited setting. *Aids Patient Care and Sids*. 24:639-649.
- Watkins JM, Cool VA, Usner D et al (2000). Attention in HIV-infected children: results from the Hemophilia Growth and Development Study. *J Int Neuropsychol Soc*. 6:443-454.
- WHO (2006). *Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards Universal Access. Recommendations for a Public Health Approach*.
- WHO (2011). *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress toward universal access*.
- Wiener LS, Battles HB, Heilman NE (1998). Factors associated with parents' decision to disclose their HIV diagnosis to their children. *Child Welfare*. 77:115-135.
- Weiner L, Havens J, Ng W (2003). Psychosocial problems in pediatric HIV infection. In W Shearer (ed), *Medical Management of AIDS in Children*. Philadelphia: WB Saunders.
- Wiener L, Riekert K, Ryder C et al (2004). Assessing medication adherence in adolescents with HIV when electronic monitoring is not feasible. *AIDS Patient Care STDS*. 18:527-538.
- Willen EJ (2006). Neurocognitive outcomes in pediatric HIV. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 12:223-228.
- Williams PL, Storm D, Montepiedra G et al (2006). Predictors of adherence to antiretroviral medications in children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*. 118:e1745-1757.
- Wood SM, Shah SS, Steenhoff AP et al (2009). The impact of AIDS diagnoses on long-term neurocognitive and psychiatric outcomes of surviving adolescents with perinatally acquired HIV. *AIDS*. 23:1859-1865.