

## “SIDA na criança: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento”

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por “*Pneumocystis carinii*” e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível.

O HIV já foi isolado dos seguintes tecidos e fluidos corpóreos: medula óssea, tecido nervoso cerebral, sangue, sêmen, secreção vaginal e cervical, saliva, líquido cérebro-espinal, lágrimas, urina, leite materno e líquido amniótico. A transmissão do HIV pode ocorrer por contato sexual, por sangue contaminado ou seus derivados, da mãe para o filho e através do leite materno. A forma de transmissão mais freqüente é a que ocorre através de relações sexuais desprotegidas (vaginal ou anal).

HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

As principais formas de transmissão do HIV são:

sexual

sangüínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis, ou UDI); e

vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento).

Além dessas formas, mais freqüentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV.

### EPIDEMIOLOGIA

#### Global summary of the AIDS epidemic | 2015

<b>Number of people living with HIV in 2015</b>	<b>Total</b>	<b>36.7 million</b> [34.0 million – 39.8 million]
	<b>Adults</b>	<b>34.9 million</b> [32.4 million – 37.9 million]
	<b>Women (15+)</b>	<b>17.8 million</b> [16.4 million – 19.4 million]
	<b>Children (&lt;15 years)</b>	<b>1.8 million</b> [1.5 million – 2.0 million]

<b>People newly infected with HIV in 2015</b>	<b>Total</b>	<b>2.1 million</b> [1.8 million – 2.4 million]
	<b>Adults</b>	<b>1.9 million</b> [1.7 million – 2.2 million]
	<b>Children (&lt;15 years)</b>	<b>150 000</b> [110 000 – 190 000]

<b>AIDS deaths in 2015</b>	<b>Total</b>	<b>1.1 million</b> [940 000 – 1.3 million]
	<b>Adults</b>	<b>1.0 million</b> [840 000 – 1.2 million]
	<b>Children (&lt;15 years)</b>	<b>110 000</b> [84 000 – 130 000]

Segundo o UNAIDS, apenas 17,1 milhões entre as 36,9 milhões de pessoas soropositivas no mundo sabem que têm o vírus.

**7 out of 10** pregnant women living with HIV received antiretroviral treatment.

**77%** 77% [69–86%] of all pregnant women living with HIV globally received medicines that prevent transmission to their babies in 2015

**2.0 million** At least 2.0 million people newly enrolled on antiretroviral treatment (ART) in 2015 – one of the largest annual increases ever

**46%** 46% [43–50%] of people living with HIV were receiving antiretroviral treatment in 2015

As mulheres estão representando um contingente cada vez maior entre os casos de AIDS no mundo todo. No Brasil, desde 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%). Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes no Brasil, sendo 35,1% na região Sudeste, 28,1% no Sul, 20,0% no Nordeste, 11,2% no Norte e 5,5% no Centro-Oeste I, a relação entre homens e mulheres com AIDS

O primeiro caso de transmissão perinatal descrito no Brasil ocorreu em 1985; esse tipo de transmissão responde hoje por mais de 90% dos casos de AIDS pediátrico notificados. A transmissão perinatal do HIV a partir de uma mulher infectada (sintomática ou assintomática) para o seu filho pode ocorrer durante três períodos distintos: pré-natal, intra-parto e pós-natal.

### Vertical

A transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. Na África, são encontradas as maiores taxas desta forma de infecção pelo HIV, da ordem de 30 a 40%; entretanto, em outras partes do mundo, como na América do Norte e Europa, situam-se em torno de 15 a 29%, sem intervenção. Os principais motivos dessa diferença devem-se ao fato de que, na África, a transmissão heterossexual é mais intensa, e que neste continente, o aleitamento materno é muito mais freqüente do que nos países industrializados.

A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez; porém é menos freqüente no primeiro trimestre. As infecções ocorridas nesse período não têm sido associadas a malformações fetais. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas. Um estudo realizado nos Estados Unidos (Aids Clinical Trial Group 076 ou ACTG-076) demonstrou redução na transmissão vertical de 25,6% para 8,3% com o uso de AZT durante a gravidez. A transmissão pelo leite materno é evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano processado em bancos de leite, que fazem aconselhamento e triagem das doadoras.

**Brasília - 2014**

**Guia Rápido****Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes****1. Manejo de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV:****a) Quimioprofilaxia da infecção pelo HIV em recém-nascidos expostos:**

Cenários	Indicação	ARV	Posologia	Duração Total
Cenário 1	-Uso de ARV no pré-natal e peri-parto, com carga viral documentada <1.000 cp/mL no 3º trimestre	AZT (VO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, de 12 em 12h</li> <li>- RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia.</li> <li>- RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h</li> </ul>	4 semanas
Cenário 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não utilização de ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto</li> <li>- Uso de ARV na gestação, mas carga viral desconhecida ou maior ou igual a 1.000 cópias/ml no 3º trimestre</li> </ul>	AZT (VO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais - 4mg/kg/dose, de 12 em 12h</li> <li>- RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional -2mg/kg/dose, de 12 em 12h nos primeiros 14 dias e 3 mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia.</li> <li>- RN com menos de 30 semanas de idade gestacional - 2mg/kg/dose, de 12 em 12h</li> </ul>	4 semanas
		NVP (VO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso de nascimento &gt; 2 kg: 12mg/dose (1,2ml)</li> <li>- Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8ml)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ª dose: primeiras 48h de vida</li> <li>2ª dose: 48h após 1ª dose</li> <li>3ª dose 96h após 2ª dose</li> </ul>
			- Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP.	

**b) Posologia do AZT profilático para recém-nascidos expostos que não podem receber por via oral:**

**Recém-nascido com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 3mg/kg IV 12/12h**

**Recém-nascido entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 1,5mg/kg IV 12/12h nos primeiros 14 dias de vida e 2,3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia.**

**Recém-nascido com menos de 30 semanas de idade gestacional: 1,5mg/kg IV 12/12h**

**c) Recomendações para profilaxia primária de P. jiroveci para crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV**

<b>Idade</b>	<b>Recomendação</b>
Nascimento até 4 a 6 semanas	Não indicar profilaxia
4 a 6 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia
4 a 12 meses: - Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada - Criança não infectada (2 CV indetectáveis)	Iniciar ou manter profilaxia  Não indicar/ suspender
Após os 12 meses: - Criança infectada	Indicar de acordo com contagem de LT-CD4+

**Indicação de profilaxia primária: SMX-TMP 750mg de SMX/m<sup>2</sup>/dia de 12/12h, 3x/semana em dias consecutivos, ou às 2<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 6<sup>as</sup> feiras**

## d) Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV

Exames	Idade				
	Ao nascer ou na primeira consulta ambulatorial	1-2 meses	4 meses	6-12 meses	12-18 meses
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, ALT, GGT, FA, Bilirrubinas	X	X			X
Glicemia	X	X	X		X
Sorologia HIV*	X	X			X**
Carga Viral§		X	X		
TORCHE	X				
Sífilis	X				
VHB e VHC#	X				
LT-CD4+/CD8		X	X		
HTLV 1/2##	X				

### CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTAS OU INFECTADAS PELO HIV

Grupo alvo	Idade	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP	HIB	PNEUMO 10	Rotavirus	MENINGO C	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	TRIPLICE VIRAL	VARICELA	HEPATITE A	PNEUMO 23	HPV	dT
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao Nascer														
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose	1ª dose									
	3 meses								1ª dose								
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose	2ª dose									
	5 meses								2ª dose								
	6 meses			3ª dose	3ª dose		3ª dose			1ª dose							
	7 meses									2ª dose							
	9 meses											Dose inicial					
	12 meses							Reforço					1ª dose	1ª dose	1ª dose		
	15 meses			1ª reforço	1ª reforço					Reforço			2ª dose (com tetra viral)	2ª dose (com tetra viral)			
	18 meses													2ª dose			
	2 anos														1ª dose		
	4 anos				2ª reforço (com DTP)	2ª reforço											
6 anos									2ª dose						2ª dose		
Adolescente	10 a 19 anos		4 doses <sup>(1)</sup>		2 doses <sup>(1)</sup>			2 doses <sup>(1)</sup>			1 dose a cada 10 anos	2 doses <sup>(1)</sup>	2 doses <sup>(1)</sup>			3 doses	Reforço a cada 10 anos

<sup>1</sup> Se não tiver recebido o esquema completo na infância

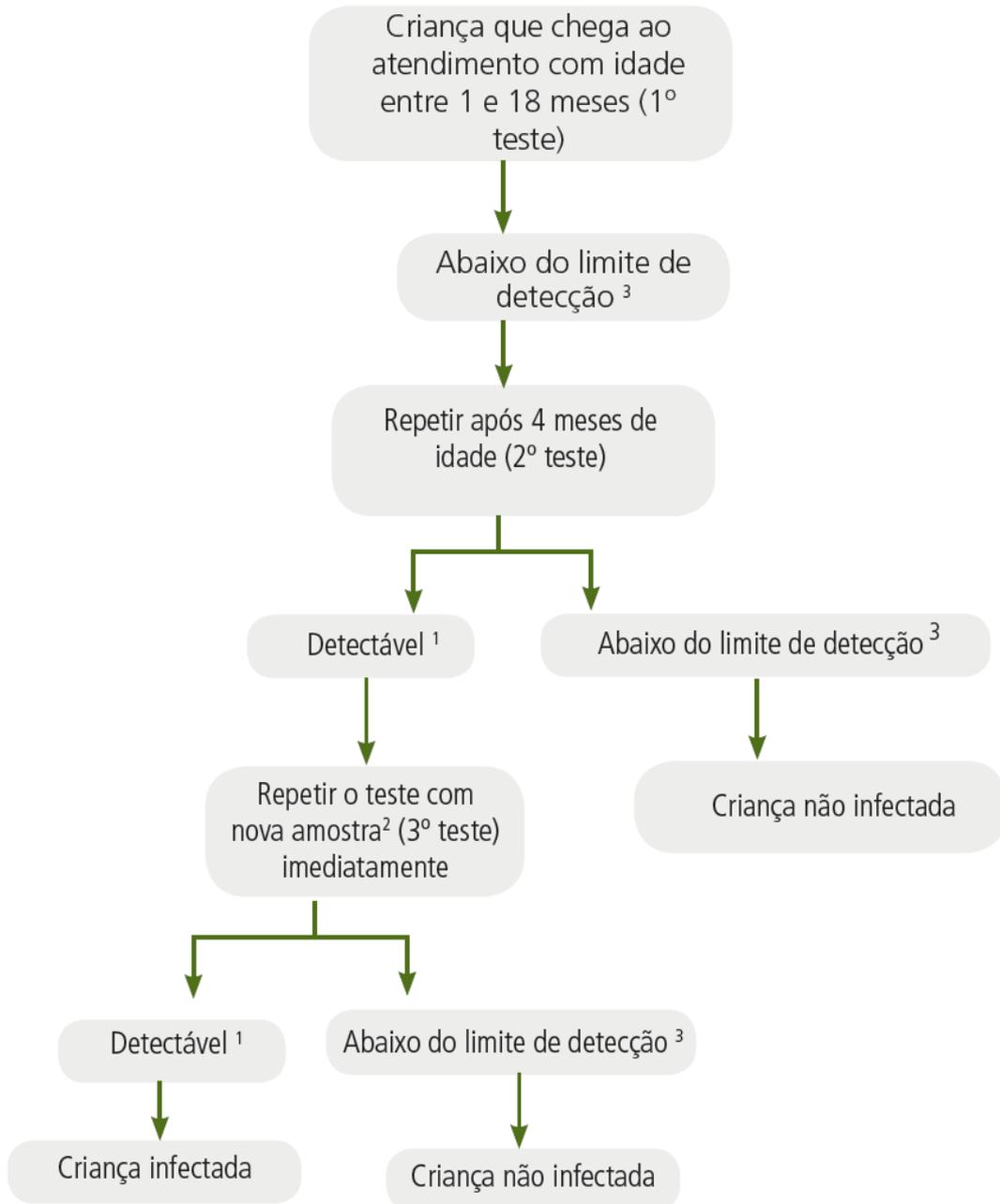
### 3. Diagnóstico da infecção pelo HIV em menores de 18 meses de idade:

Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral – carga viral em crianças entre 1 e 18 meses

#### Situação 1: CV detectável no 1º teste



## Situação 2: CV abaixo do limite de detecção no 1º teste



### Notas:

1. Este algoritmo foi elaborado para o uso de testes de quantificação do RNA viral plasmático - carga viral. Valores até 5.000 cópias/ml sugerem resultados falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação assim que possível.
2. Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.
3. Recomenda-se realizar a sorologia anti-HIV nas crianças com mais de 12 meses para documentar a sororeversão.

## 4. Política de revelação diagnóstica nos serviços

- Levantamento das crianças desconhecedoras de sua condição sorológica para convocação dos familiares e elaboração conjunta de plano estratégico para a revelação diagnóstica.
- Para as crianças e adolescentes com diagnóstico revelado, torna-se fundamental incentivar a expressão de suas dúvidas, sentimentos e inquietações.
- A equipe deve ampliar o cuidado às crianças e/ou adolescentes que não são infectados pelo HIV, mas que são afetados pela convivência com pais e irmãos soropositivos.
- Em se tratando dos adolescentes, os profissionais devem estar capacitados para apoiá-los nas decisões que envolvem a revelação diagnóstica a terceiros, especialmente no que diz respeito aos parceiros sexuais.
- O mais importante é compreender que a divulgação não é um evento único. A revelação diagnóstica é um processo individualizado, gradual e dinâmico que envolve informações sobre os processos de saúde e doença.

## 6. Tratamento antirretroviral

Solicitar genotipagem do HIV antes da introdução da terapia antirretroviral inicial em crianças. Não é necessário aguardar o resultado para início da TARV.

## a. Quando Iniciar?

Idade	Crítérios	Recomendação
<12 meses	Independentemente de manifestações clínicas, <b>LT-CD4+</b> e carga viral	Tratar
1 a 4 anos	Crítérios clínicos: - Categoria <b>CDC B*</b> ou C ou	Tratar
	Crítérios laboratoriais: - <b>LT-CD4+</b> : <25% ou	Tratar
	-Carga viral: >100.000 cópias/ml	Tratar
≥5 anos	Crítérios clínicos: - Categoria <b>CDC B*</b> ou C ou	Tratar
	Crítérios laboratoriais: - <b>LT-CD4+</b> : <500 células/mm <sup>3</sup>	Tratar
	OU	
	Carga viral: >100.000 cópias/ml	Tratar

\* Exceto pacientes com um único episódio de pneumonia bacteriana

## b. Como Iniciar?

### b1. Primeira linha de tratamento – composição do esquema ARV com ITRNN

#### Esquema de terapia inicial – primeira linha

Crianças e adolescentes <35kg de peso corporal

**AZT + 3TC + ITRNN**

NVP: crianças <3 anos

EFZ: crianças ≥3 anos

Crianças e adolescentes ≥ 35kg de peso corporal

**TDF + 3TC + EFV\***

\* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

### Casos excepcionais

Para os casos de crianças e adolescentes com peso maior ou igual a 35 Kg em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:

#### Substituir o TDF por:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário.

### b.2 Segunda linha de tratamento

Em casos de crianças com histórico de exposição intraútero ou perinatal à nevirapina ou situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:

#### **2 ITRN + IP/r**

**O lopinavir com booster de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema.**

#### Alternativas ao uso do LPV/r:

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r (a partir de 6 anos)	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r (a partir de 2 anos)	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

### **c. Exames laboratoriais recomendados antes do início do uso dos antirretrovirais:**

- PT
- Quantificação de RNA-HIV (carga viral);
- Contagem de LT-CD4+;
- Hemograma com plaquetas;
- Função hepática (TGO, TGP, FA, GGT\* e bilirrubinas) e renal (uréia e creatinina);
- Bioquímica (ionograma, glicemia, colesterol e frações, triglicerídios, amilase, lipase\*);
- Radiografia de tórax; e
- Análise do sedimento urinário.

\* de acordo com disponibilidade de cada serviço.

### **d. Periodicidade e intervenções sugeridas no monitoramento da efetividade (resposta terapêutica) e segurança (efeitos adversos) do uso de antirretrovirais**

<b>Tempo de uso da terapia</b>	<b>Toxicidade</b>	<b>Adesão e Efetividade</b>
Antes do início da terapia	História clínica, hemograma e bioquímica <sup>1</sup>	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação psicológica e social. Carga viral e contagem de LT-CD4+
2-4 semanas	História clínica <sup>2</sup>	Avaliação da adesão
8-12 semanas	História clínica, hemograma e bioquímica	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação da adesão. Carga viral e contagem de LT-CD4+
A cada 3-4 meses	História clínica, hemograma e bioquímica	Avaliação da adesão. Carga viral e contagem de LT-CD4+
A cada 6-12 meses	Lipidograma completo	

<sup>1</sup>Bioquímica: ionograma, glicemia, testes de função hepática e renal, cálcio e fósforo. Lipase e amilase em caso de drogas com toxicidade pancreática.

<sup>2</sup>Avaliação de função hepática em crianças em uso de nevirapina: a cada 2 semanas nas primeiras 4 semanas de terapia, a seguir, mensalmente por 3 meses e, posteriormente, a cada 3-4 meses.

## 5. Métodos para a avaliação da adesão à TARV:

MÉTODO	INTERVENÇÃO
Entrevistar a criança e o cuidador: - Reavaliar os últimos 3 a 7 dias Quem dá o medicamento? Em qual horário? Quais os nomes dos medicamentos? Onde são guardadas?	Identificar os membros da família que podem ajudar. Estabelecer a rotina dos medicamentos. Explicar os nomes e mostrar os medicamentos
Checar a retirada do medicamento na farmácia (conforme nota técnica) Observar a administração do medicamento	Mecanismos de convocação de indivíduos que não retiraram os medicamentos no período previsto. Simplificar os esquemas e horários, quando possível. Utilizar acessórios que possam ajudar: alarmes, caixinhas de comprimidos, etc.
Avaliação psicológica	Avaliar dificuldades, aceitação do diagnóstico pelo paciente/cuidador, revelação do diagnóstico.

### 7- Falha terapêutica : genotipagem com especialista

#### Classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

##### Alteração imunológica - Ausente (1)

N1 Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos

A1 Sinais e/ou sintomas clínicos leves

B1 Sinais e/ou sintomas clínicos moderados

C1 Sinais e/ou sintomas clínicos graves

##### Alteração imunológica - Moderada (2)

N2 Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos

A2 Sinais e/ou sintomas clínicos leves

B2 Sinais e/ou sintomas clínicos moderados

C2 Sinais e/ou sintomas clínicos graves

##### Alteração imunológica - Grave (3)

N3 Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos

A3 Sinais e/ou sintomas clínicos leves

B3 Sinais e/ou sintomas clínicos moderados

C3 Sinais e/ou sintomas clínicos graves

## **Categorias clínicas**

### **Categoria N – Assintomática:**

Ausência de sinais e/ou sintomas ou com apenas uma das condições da categoria A.

### **Categoria A – Sinais e/ou sintomas leves:**

Presença de dois ou mais das condições abaixo, porém sem nenhuma das condições das categorias B e C:

- linfadenopatia (maior que 0,5 cm em mais de 2 cadeias diferentes);
- hepatomegalia;
- esplenomegalia;
- parotidite; e
- infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

### **Categoria B – Sinais e/ou sintomas moderados:**

- anemia (Hb < 8g/dl), neutropenia (<1.000/mm<sup>3</sup>) ou trombocitopenia (<100.000/mm<sup>3</sup>), por mais de 30 dias;
- meningite bacteriana, pneumonia ou sepse;
- TB pulmonar (critérios CDC modificados pelo MS)
- candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- miocardiopatia;
- infecção por Citomegalovírus (CMV), antes de 1 mês de vida;
- diarreia recorrente ou crônica;
- hepatite;
- estomatite pelo vírus do Herpes Simples (HSV) recorrente (mais do que 2 episódios/ano);
- pneumonite ou esofagite por HSV, com início antes de 1 mês de vida;
- herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- pneumonia intersticial linfocítica (LIP);
- nefropatia;
- nocardiose;
- febre persistente (> 1 mês);
- toxoplasmose antes de 1 mês de vida; e
- varicela disseminada ou complicada.

### **Categoria C – Sinais e/ou sintomas graves.**

#### **Crianças com quaisquer das condições listadas abaixo:**

- Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, 2 episódios em intervalo de 1 ano): sepse, pneumonia, meningite, infecções osteoarticulares, abscessos de órgãos internos;
- candidíase esofágica ou pulmonar;
- coccidioidomicose disseminada;
- criptococose extra-pulmonar;
- criptosporidíase ou isosporíase com diarreia (> 1 mês);
- CMV em locais além do fígado, baço ou linfonodos, a partir de 1 mês de vida;
- encefalopatia pelo HIV (achados que persistem por mais de 2 meses), em razão de:
  - déficit do desenvolvimento neuropsicomotor;
  - evidência de déficit do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida identificada por medidas de perímetro cefálico ou atrofia cortical mantida em tomografias computadorizadas ou ressonâncias magnéticas sucessivas de crânio; E
  - déficit motor simétrico com 2 ou mais dos seguintes achados: paresias, reflexos patológicos, ataxia e outros;
- infecção por HSV, úlceras mucocutâneas com duração maior do que 1 mês ou pneumonite ou esofagite (crianças > 1 mês de vida);
- histoplasmose disseminada;
- Mycobacterium tuberculosis disseminada ou extrapulmonar;
- Mycobacterium, outras espécies ou não identificadas, disseminadas;
- Mycobacterium avium ou M. kansasii disseminados;
- pneumonia por Pneumocystis jiroveci;
- salmonelose disseminada recorrente;
- toxoplasmose cerebral com início após o 1º mês de vida;
- síndrome da caquexia, manifestada por:
  - perda de peso > 10% do peso anterior; OU
  - queda de dois ou mais percentis nas tabelas de peso para a idade; OU
  - peso abaixo do percentil 5, em duas medidas sucessivas; E
  - diarreia crônica (duração maior que 30 dias); OU
  - febre por 30 dias ou mais, documentada.
- leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- sarcoma de Kaposi; e
- linfoma primário do cérebro ou outros linfomas.

### **Categorias imunológicas**

Baseiam-se na contagem de LT-CD4+ de acordo com a idade, conforme quadro abaixo:

### Quadro. Categorias imunológicas da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

Alteração Imunológica	Contagem de LT-CD4+ Idade		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente (1)	> 1500 (> 25%)	≥ 1000 (≥ 25%)	≥ 500 (≥ 25%)
Moderada (2)	750 – 1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200 - 499 (15-24%)
Grave (3)	< 750 (< 15%)	< 500 (< 15%)	< 200 (< 15%)

#### Revelação do Diagnóstico e Confidencialidade

A revelação do diagnóstico é um aspecto fundamental da assistência à criança com infecção pelo HIV, devendo ser tratado como processo gradual e progressivo. Considerando-se que a abordagem deve ser individualizada, o momento apropriado, o nível de informação e a priorização dos assuntos dependerão do contexto psicossocial e familiar em que a criança estiver inserida.

O processo da revelação deve ser discutido e planejado com os pais ou responsáveis, podendo requerer várias visitas/consultas para se avaliar o nível de esclarecimento da criança e sua capacidade de enfrentá-lo. De preferência, a revelação deve ser conduzida em situação controlada na presença dos pais e profissionais de saúde capacitados.

A confidencialidade da condição de infectado pelo HIV deve ser assegurada em todas as esferas de convivência da criança. Dessa forma, a revelação do diagnóstico no contexto da escola deve se dar apenas quando houver benefício para a criança. A adoção universal das normas-padrão de biossegurança garante a proteção dos contactantes.

O diagnóstico da infecção pelo HIV transforma a vida de qualquer um. Quando se trata de uma criança, o cuidado deve ser maior. Dependendo da idade, a revelação é fundamental para o sucesso do tratamento desses jovens. Família e equipe médica precisam respeitar o momento de cada um, levando em conta o nível de informação, o contexto psicossocial e familiar.

Identificar o melhor momento e a forma de contar a soropositividade é um desafio. Não basta contar o diagnóstico. É preciso explicar todas as mudanças que a doença traz. Atualmente, é consenso entre os profissionais de saúde que a criança deve saber da infecção o quanto antes. O objetivo é chegar à adolescência consciente da doença, das suas responsabilidades e dos seus direitos.

A família ou os responsáveis pelas crianças e adolescentes soropositivos tendem a adiar a revelação, mesmo havendo indícios de que esses jovens já sabem ou desconfiam de sua condição. São várias as razões que levam os cuidadores a não contarem:

- Imaturidade da criança para compreender a doença;
- Possibilidade de reação emocional negativa;
- Medo do estigma;

- Receio de que a criança/adolescente fale sobre sua condição para outras pessoas, quebrando o sigilo e expondo a história familiar para terceiros (como a soropositividade da mãe e/ou dos pais);
- Sentimentos de culpa pela transmissão do HIV;
- Despreparo do adulto para falar sobre a doença.

#### Atendimento prejudicado

Quando a criança ou o adolescente não sabem da doença, o atendimento médico pode ficar prejudicado, pois a equipe médica não conversa abertamente sobre a aids e suas implicações na vida. Além disso, compromete a adesão e o autocuidado, já que o paciente não se cuida corretamente.

Os adolescentes precisam conhecer sua sorologia e ser informados sobre os diferentes aspectos e consequências da infecção para se tratar de uma forma adequada. É importante nesse processo o apoio da família, amigos e dos médicos, porque ajuda o jovem a compreender sua condição e se fortalecer apesar da nova realidade.

### Quadro 5. Sugestão de ficha para avaliação clínica e laboratorial inicial de adolescentes vivendo com HIV

<b>Identificação e dados sociais</b>			
Nome			
Data de nascimento	Idade	Sexo	Procedência
Endereço			
Profissão, escolaridade, horário do colégio ou do trabalho, atividades extraclasse			
Pessoas com quem reside, quem é a pessoa mais próxima do adolescente, além do responsável legal, endereço e telefone para contato (perguntar se é possível contactá-lo por telefone; os adolescentes frequentemente perdem consultas agendadas, mas costumam responder bem a um telefonema por parte da equipe).			
Possíveis fontes de suporte social, pessoas que sabem do diagnóstico			
História de violência (física, emocional ou sexual)			
Situação legal (se é dependente dos pais ou emancipado)			
Problemas com a lei			
<b>Dados referentes à infecção pelo HIV e outros problemas de saúde</b>			
Razão para fazer o teste anti-HIV (se pertinente)			
Forma de aquisição do HIV			
Idade ao diagnóstico, classificação CDC na época do diagnóstico (se disponível)			
Histórico de infecções oportunistas, uso de profilaxias primárias e secundárias			
História de uso prévio de antirretrovirais			
Classificação CDC atual			
Sintomas presentes no momento da primeira consulta			

<b>Tabela com resultados de exames de avaliação de imunidade (CD4/CD8) e carga viral</b>
História de internações, doenças comuns da infância, alergias, problemas psiquiátricos (inclusive tentativas ou pensamentos de suicídio), contato ou história de tuberculose, vacinas (trazer cartão da infância; se o adolescente não o tiver, encaminhá-lo para vacina contra tétano e hepatite B, dependendo da sorologia)
Os pacientes provenientes de serviços de aids pediátrica devem ser encaminhados com resumo de seu acompanhamento.
<b>História de maturação e desenvolvimento sexual</b>
Data da pubarca, semenarca e menarca, periodicidade dos ciclos menstruais, data da última menstruação
Idade do início da vida sexual, padrão de relacionamentos sexuais, número e gênero de parceiros, se o(s) parceiro(s) conhecem seu status HIV, uso de anticoncepcionais, uso e frequência de preservativos, conhecimento sobre práticas de sexo seguro e formas de transmissão do HIV, história gestacional, número de filhos, status sorológico dos filhos em relação ao HIV e DST, abuso sexual.
<b>História de uso de substâncias psicoativas</b>
Uso e abuso de álcool, tabaco, maconha, ecstasy, cocaína, crack, opiáceos, esteroides anabolizantes ou outras drogas inalantes ou injetáveis. Especificar o tipo de droga, avaliar existência de dependência perguntando se têm ocorrido problemas relacionados ao uso da droga (escola, trabalho, família ou lei), a via de uso, a quantidade, frequência e história de tratamento.

Fonte: Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/aids, Ministério da Saúde

## BIBLIOGRAFIA

App PCDT Crianças e Adolescentes para Android:

[https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.pcdt\\_crianca](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.pcdt_crianca)

App PCDT Crianças e Adolescentes para iOS:

<https://itunes.apple.com/BR/app/id981526071?mt=8>

App PCDT Adultos para Android:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.org.datasus.pcdt>

App PCDT Adultos para iOS:

<https://itunes.apple.com/br/app/pcdt-adulto/id922055403?mt=8>