Doenças Infecciosas e Parasitárias
Edição XII

Capítulo 13

CUIDADOS INTEGRADOS À CRIANÇA VIVENDO COM HIV: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

ANDREINA KARIELLEN SILVA GARCEZ LOPES[1]
CELSO ANTÔNIO MAGALHÃES RAMOS[2]
EMYLLIE DE FÁTIMA CASTRO CAVALCANTE[3]
ISABELE CASSIANE CABRAL RODRIGUES DE OLIVEIRA[3]
ISABELLE BARROS COSTA[1]
JULYANNE DE ANDRADE MATOS[1]
KELLEN DE JESUS FARIAS DA LUZ[2]
LAUANNA COSTA GUIMARÃES[3]
LAYANNE SILVA OLIVEIRA[2]
LEONARDO SILVA MELO[1]
LÍVIA SOUSA DE MATOS[2]
MARCOS ANTONIO MARTINS PEREIRA[2]
POLYANA GABRIELE RODRIGUES LEAL[3]
VITORIA MARIA CAVAIGNAC SOUSA[2]
YASMIM MARTINS PEREIRA DE SOUSA[1]

1. Discente – Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
2. Discente – Medicina da Universidade Federal do Maranhão.
3. Discente – Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Palavras-chave:
Criança; HIV; Equipe de assistência ao paciente.

Doi 10.59290/978-65-6029-129-4.13

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), mais conhecida pela sigla em inglês AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*), é causada por um arbovírus considerado um problema de saúde pública devido ao seu elevado poder endêmico e sua gravidade depressora do sistema imune (CORRÊA & SÁ, 2018). Existem várias formas de transmissão dessa síndrome, em geral com contato direto com sangue ou fluidos corporais, como relações sexuais desprotegidas, contato com sangue infectado, de mãe para filho (transmissão vertical) e em acidentes ocupacionais, o que abre espaço para infecções oportunistas, neoplasmas secundárias e manifestações neurológicas resultantes da infecção (CORRÊA & SÁ, 2018; RUFINO *et al.*, 2021).

Das formas de transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), uma das maiores preocupações está diretamente ligada à transmissão vertical durante o período de gestação, parto ou aleitamento, tendo em vista um número cada vez maior de mulheres infectadas pelo HIV, o que é considerado o principal motivo de contaminação em crianças (MACHADO *et al.*, 2007; LIMA & PEREIRA, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, na exposição ao vírus entre os indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos teve a transmissão vertical como via de infecção (CAMPELO *et al*., 2017).

Mediante essa problemática, a prevenção da transmissão vertical é uma ação conjunta que visa proteger mães e bebês do vírus por meio de várias estratégias que atuam em conjunto para minimizar a chance de uma criança se tornar infectada por exposição ao HIV da mãe, que utilizam como base o acompanhamento pré-natal de qualidade, medicações antirretrovirais (ARV) que reduzem a possibilidade de transmissão durante gravidez e parto, cuidados com a saúde mental e social e na alimentação infantil, instruindo a não ingestão de leite materno (CORRÊA & SÁ, 2018; UNAIDS, 2009).

Ademais, estudos apontam que crianças e adolescentes portadores do vírus HIV possuem maior risco de apresentar problemas de ajustamento psicológico em função da diversidade de estressores, tais como a manutenção do segredo sobre o diagnóstico e as alterações das rotinas de vida em decorrência da quantidade diária de medicamentos (SEIDL *et al*., 2005; KHOURY & KOVACS, 2001). Além disso, muitas dessas crianças e suas famílias vivem em condições de pobreza, com acesso precário aos recursos médicos e sociais, o que impulsiona a problemática e realça o papel crucial da família e da equipe multiprofissional com o cuidado integrado à criança com HIV ao explorar cuidados abrangentes e personalizados (LEWIS, 2001).

O presente estudo tem por objetivo explorar como a equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais, pode promover a otimização da qualidade de vida e dos resultados clínicos de crianças com HIV por meio da implementação de um modelo de cuidado integrado abrangente e personalizado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, acerca da temática sobre o cuidado integral à criança vivendo com HIV, explorando uma abordagem multiprofissional para melhoria da qualidade de vida e resultados clínicos. Realizou-se buscas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar e PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS) no período de abril de 2024. Os descritores utilizados foram “Criança”, “HIV”, “Infecção”, “Equipe de assistência ao paciente” e “Terapêutica”. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa.

Selecionou-se publicações, as quais foram inteiramente lidas, de forma minuciosa e cuidadosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: critérios para o diagnóstico na Medicina, comorbidades associadas, tratamento convencional, assistência de Enfermagem a crianças vivendo com HIV, aspectos nutricionais, aspectos psicossociais, repercussão, vivências e qualidade de vida de pais e/ou cuidadores de crianças com o vírus da imunodeficiência humana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É essencial realizar o diagnóstico precoce das crianças infectadas pelo vírus do HIV para evitar futuras intercorrências e outros distúrbios (BRASIL, 2023). Em crianças com idade menor ou igual a 18 meses, não deve ser realizado o diagnóstico por meio de exames que detectam os anticorpos anti-HIV, pois, durante a gestação, há a passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG. Por isso, nessa faixa etária, são realizados exames para observar a carga viral do HIV (CV-HIV) e de DNA pró-viral do HIV (BRASIL, 2023).

A CV-HIV deve ser coletada imediatamente após o nascimento, no caso de a mãe ser HIV positiva. O exame deve ser coletado por punção periférica de preferência e antes do início da profilaxia com ARV (antirretrovirais) (BRASIL, 2023). Se o resultado for uma carga viral detectável, deve-se indicar a coleta para realizar o exame de DNA pró-viral ou a coleta de uma nova carga viral, saindo o resultado desses exames, e o DNA pró-viral tiver detectável ou a carga viral ser maior ou igual a 100 cópias/ml, é considerado que houve a transmissão vertical da doença (BRASIL, 2023). Se durante a investigação a carga CV-HIV, na segunda coleta, for menor que 100 cópias/ml, deverá ser realizada a coleta imediata do DNA pró-viral; se esse for detectável, também pode ser confirmada a transmissão vertical (BRASIL, 2023). Quando o resultado da primeira ou segunda coleta da CV-HIV ou do DNA pró-viral não é detectável, as crianças deverão continuar em investigação; quando for encontrada criança com CV-HIV detectável, o tratamento deve ser realizado imediatamente; em situação em que a criança que foi exposta nunca fez a coleta de CV-HIV, o exame deve ser coletado imediatamente também.

Dessa forma, o seguimento laboratorial da criança exposta ao vírus HIV deve realizar o exame de CV-HIV, segundo o Ministério da Saúde: ao nascimento, 14 dias de vida, 2 semanas após o término da profilaxia, 8 semanas após o término da profilaxia. A exclusão definitiva que a criança tenha HIV é pelos seguintes critérios: pelo menos duas CV-HIV indetectável após a suspensão da profilaxia, boas condições clínicas que inclui um desenvolvimento psicomotor satisfatório e sem déficit imunológico (BRASIL, 2023).

Como relatado, a amamentação é contraindicada em casos de mães com HIV; caso tenha ocorrido, deve-se interromper a prática, fazer o exame de CV-HIV, dar início a profilaxia pós-exposição (PEP) e fazer a CV-HIV duas e oito semanas após o uso da PEP (BRASIL, 2023). Em crianças com idade superior a 18 meses, o diagnóstico é realizado de maneira diferente, pois é considerado que a criança não possui mais os anticorpos maternos que poderiam ter sido transferidos pela placenta, assim o diag-

nóstico é semelhante ao realizado em adultos (BRASIL, 2023).

Profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV (PTVHIV)

As crianças com diagnóstico de infecção pelo HIV confirmado são atendidas no serviço de referência especializado e na Atenção Primária de referência, sendo o cuidado compartilhado. Aquelas que foram expostas ao HIV e não estão infectadas podem ser acompanhadas na Atenção Primária, contudo, é recomendado a continuidade do acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência, visto que elas foram expostas tanto ao HIV quanto aos ARV (BRASIL, 2023).

O recém-nascido (RN) que apresentou contato com o HIV deve iniciar, o mais precocemente possível, ainda em sala de parto, a profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV (PTVHIV) de preferência nas quatro primeiras horas após o nascimento (BRASIL, 2023). O esquema de profilaxia depende da classificação de risco de transmissão vertical (TV) elaborado pelo Ministério da Saúde, conforme o **Quadro 13.1** apresentado abaixo.

Quadro 13.1 Indicação de ARV para a profilaxia da transmissão vertical do HIV

Risco de TV	Indicação	ARV	IG do RN (semanas)	Posologia	Duração total
Baixo risco	Uso de TARV na gestação E CV+HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre E sem falha na adesão à TARV	Zidovudina (VO)	35 ou mais	4 mg/kg/dose, de 12/12 horas	4 semanas
			Entre 30 e 35	2 mg/kg/dose de 12/12 horas por 14 dias + 3 mg/kg/dose de 12/12 horas a partir do 15º dia	
			Menos de 30	2 mg/kg/dose de 12/12 horas; se for necessário, a dose intravenosa corresponde a 75% da dose VO, de 12/12 horas	
Alto risco	Mães sem pré-natal OU Mães sem TARV durante a gestação OU Mães com indicação de profilaxia e que não receberam no momento do parto OU Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU Mães que receberam ARV somente no	Zidovudina (VO) Lamivudina (VO)	35 ou mais	4 mg/kg/dose de 12/12 horas	4 semanas
			Entre 30 e 35	2 mg/kg/dose de 12/12 horas, por 14 dias + 3 mg/kg/dose de 12/12 horas, a partir do 15º dia	
			Menos de 30	2 mg/kg/dose de 12/12 horas Se for necessário, a dose intravenosa corresponde a 75% da dose VO, de 12/12 horas	
			32 ou mais	Do nascimento até 4 semanas de vida: 2	

	intraparto OU Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU Mães com CV+HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU Mães sem CV+HIV conhecida OU Mães com TR+ para HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio)			mg/kg/dose de 12/12 horas	
		Raltegravir (VO)	37 semanas ou mais	1ª semana: 1,5 mg/kg/dose, 1x por dia A partir da 2ª semana até a 4ª semana: 3 mg/kg/dose, 2x por dia	4 semanas

Fonte: BRASIL, 2023.

Um aspecto que merece destaque está no fato da solução oral de raltegravir granulado de 100 mg está indicada apenas para os RN expostos ao HIV a partir de 37 semanas da idade gestacional (IG), com até 4 semanas de vida, sendo contraindicado para os RN que não possuam as características já comentadas (BRASIL, 2023).

Para as crianças com alto risco de TV com IG entre 34 e 37 semanas ao nascimento e com massa inferior a 2 kg, o esquema para a PTVHIV deve ser a associação da zidovudina, lamivudina e nevirapina, suspensão oral por 28 dias. As crianças com IG menor que 34 semanas devem fazer uso exclusivamente de zidovudina por 28 dias, independente do risco de exposição ao HIV que apresentem (BRASIL, 2023). O **Quadro 13.2** traz informações sobre os antirretrovirais que devem fazer parte do grupo de medicamentos da TARV segundo a IG e o risco de exposição.

Quadro 13.2 Utilização de antirretrovirais na profilaxia de criança exposta conforme a idade gestacional e o risco de exposição

Risco	Idade gestacional	Zidovudina	Lamivudina	Raltegravir	Nevirapina
Baixo risco	Qualquer	Indicado	Não usar	Não usar	Não usar
Alto risco	≥ 37 semanas	Indicado	Indicado	Indicado	Não usar
	34 a 37 semanas	Indicado	Indicado	Não usar	Indicado
	< 34 semanas	Indicado	Não usar	Não usar	Não usar

Fonte: BRASIL, 2023.

Para as crianças que não podem fazer a TARV via oral (VO), a zidovudina injetável é uma possibilidade, sendo que nessa situação a dose corresponde a 75% da dose VO. Em esquemas com associação da lamivudina e do raltegravir, que possuem apenas apresentações VO, deve-se analisar a possibilidade de administração dos medicamentos por sonda nasoen-

teral (BRASIL, 2023). O **Quadro 13.3** apresenta o esquema de administração da zidovudina injetável.

Quadro 13.3 Esquemas de administração de zidovudina injetável a serem utilizados na impossibilidade de administração por via oral

Idade gestacional no nascimento	Dose de zidovudina (IV)	Duração
35 semanas ou mais	3 mg/kg de 12/12 horas	4 semanas
Entre 30 e 35 semanas	1,5 mg/kg/dose de 12/12 horas nos primeiros 14 dias de vida + 2,3 mg/kg/dose de 12/12 horas a partir do 15º dia de vida	4 semanas
Menos de 30 semanas	1,5 mg/kg/dose de 12/12 horas	4 semanas

Fonte: BRASIL, 2023.

Os RN que as mães apresentaram teste rápido (TR) positivo sem diagnóstico anterior ou uso prévio do TARV são considerados de alto risco para TV e devem receber PTVHIV, não recebendo aleitamento materno até o diagnóstico definitivo da mãe (**Quadro 13.1**). Em casos em que o diagnóstico materno é confirmado, segue-se o preconizado para PTVHIV, além do uso da cabergolina para inibição da lactação. Por outro lado, se a infecção for excluída, a profilaxia deve ser suspensa e o aleitamento instituído (BRASIL, 2023).

Em qualquer contexto em que exista a situação de soro diferença entre a puérpera e o companheiro, o uso da PrEP durante toda a amamentação é de fundamental importância como medida para prevenção da transmissão vertical do HIV. A depender do cenário da carga viral da mãe e do companheiro, assim como da adesão dele à TARV, pode ser necessário ou não interromper a amamentação, sem, contudo, inibir a lactação (RODGER *et al.*, 2016; SEIDMAN *et al.*, 2016; BROOKS, *et al.*, 2017; BRASIL, 2023).

As crianças infectadas pelo HIV apresentam maior susceptibilidade a diversas infecções oportunistas (IO). Independente da presença de alguma IO, recomenda-se que todas as crianças expostas ao HIV recebam a profilaxia de sulfametoxazol com trimetoprima (SMX-TMP) a partir da quarta semana de vida até que apresentem, pelo menos, duas CV-HIV indetectáveis, coletadas entre a sexta e décima segunda semana de vida (BRASIL, 2023).

Crianças com diagnóstico confirmado de HIV, ou enquanto a infecção for indeterminada, realizam a profilaxia com SMX-TMP até um ano de idade, independentemente do valor de LT-CD4+. Em situações em que a investigação conclui a não infecção, a profilaxia deve ser suspensa (BRASIL, 2023). Crianças com mais de um ano devem ser submetidas à profilaxia com SMX-TMP, segundo o **Quadro 13.4**.

Quadro 13.4 Recomendações para profilaxia primária de *P. jirovecii* em crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

Idade	Recomendação
Nascimento até 4 semanas	Não indicar profilaxia
4 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia até definição diagnóstica, independente do status de LT-CD4
4 meses a 12 meses - Criança não infectada - Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	- Não indicar ou suspender profilaxia - Indicar e manter profilaxia até a definição diagnóstica. Para as crianças infectadas, a profilaxia será mantida até pelo menos os 12 meses

Até os 12 meses - Criança infectada	Indicar profilaxia de acordo com a contagem de LT-CD4+: - De 1 a 6 anos: se LT-CD4+ inferior a 500 células/mm^3 ou menor que 22%. - Entre 6 e 12 anos: se LT-CD4+ inferior a 200 células/mm^3 ou menor que 14%.

Fonte: BRASIL, 2023.

Terapia antirretroviral de crianças vivendo com HIV

A terapia antirretroviral (TARV) deve ser administrada nas crianças que vivem com HIV, que são aquelas em que a PTVHIV não foi capaz de evitar a infecção, ou então, o diagnóstico ocorreu após o período em que a profilaxia para evitar a transmissão vertical poderia apresentar eficácia (BRASIL, 2023).

O início da TARV na criança vivendo com HIV deve ocorrer independente de aspectos clínicos, CV-HIV ou contagem de LT-CD4+, uma vez que quanto mais cedo a TARV for instituída melhor prognóstico existe tanto com relação à evolução da infecção quanto à menor mortalidade (GROUP TISS, 2015; WHO, 2016; BRASIL, 2023).

O HIV nas crianças progride mais rápido que nos adultos; além disso, a manutenção da replicação viral é associada ao comprometimento de vários sistemas, como cardiovascular e renal, dentre outros, o que torna necessário o controle precoce da replicação viral nesse público (VIOLARI *et al*., 2008; BRASIL, 2023).

A literatura demonstra que o início precoce da TARV nesse público tem impactado não só a melhora dos padrões imunológicos, como também, na menor mortalidade, menor risco de doenças e desenvolvimento puberal regular. Logo, controlar a replicação viral colabora para preservar o sistema imune (SI), prevenir a resistência do vírus e evitar que a imunodeficiência avance (VIOLARI *et al*., 2008; CHIAPPINI *et al*., 2009; CAGIGI *et al*., 2014; SZUBERT *et al*., 2015; SCHOMAKER *et al*., 2016; BRASIL, 2023).

O público de crianças menores de 12 meses com HIV merece atenção especial, visto que o sistema imunológico não possui maturidade plena e, dessa forma, o quadro infeccioso evolui de maneira mais rápida que nas demais crianças. Nessa faixa etária, quanto cedo a TARV for iniciada melhor é a evolução clínica, sendo observada redução da carga viral e do processo inflamatório (TOBIN & ALDROVANDI, 2013; CAGIGI *et al*., 2014; BRASIL, 2023).

As crianças que em algum momento tiveram exposição ao HIV, seja na gestação ou no parto, e que têm carga viral detectável devem receber de imediato o tratamento preemptivo, até o diagnóstico ser confirmado. A partir disso, deve-se adaptar a TARV segundo idade, clínica e aspecto laboratorial (BRASIL, 2023).

A classificação da imunossupressão pelo HIV no público pediátrico leva em conta a contagem absoluta de CD4, como apresentado no **Quadro 13.5**.

Quadro 13.5 Classificação imunológica do HIV com base em LT-CD4+, em números absolutos e percentuais, e de acordo com a idade

Classificação de imunossupressão	**Contagem do LT-CD4+ por idade**					
	< 1 ano		**1 a 6 anos**		**≥ 6 anos**	
	células/ mm^3	**%**	**células/ mm^3**	**%**	**células/ mm^3**	**%**
1 - Ausente	≥ 1.500	≥ 34	≥ 1.000	≥ 30	≥ 500	≥ 26

2 - Moderada	750-1.490	26-33	500-999	22-29	200-499	14-25
3 - Grave	< 750	< 26	< 500	< 22	< 200	< 14

Fonte: FRIEDEN *et al*., 2014.

O valor absoluto de CD4 é priorizado com relação ao valor percentual até os cinco anos de idade. É importante enfatizar, que na presença de infecção oportunista, a imunossupressão é considerada grave independente da contagem de CD4 (BRASIL, 2023).

O início da terapia antirretroviral vai além da prescrição dos medicamentos, envolve a análise de fatores associados à adesão e a tolerabilidade ao tratamento, assim como adoção de condutas para adesão a curto e longo prazo, além de monitorar o efeito destas. Nesse sentido, a equipe multiprofissional composta por diversos profissionais como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros, torna-se fundamental para o sucesso da TARV (BRASIL, 2023).

Devido a maioria das crianças apresentarem antecedentes de contato prévio com antirretrovirais desde a vida uterina e até mesmo após o nascimento, não é incomum que estas manifestem resistência à terapêutica antes mesmo do seu início, inclusive aos medicamentos zidovudina e nevirapina, que são disponíveis para essa faixa etária (BRASIL, 2023).

Diante disso, torna-se importante que a genotipagem seja realizada antes do início da TARV, a fim de ser um norteador para ajustes necessários que possam ser realizados. Porém, a TARV deve iniciar antes da liberação do laudo da genotipagem. A adaptação da TARV pode ser realizada após o resultado da genotipagem ser emitido (LOCKMAN *et al*., 2007; MACLEOD *et al*., 2010; BRASIL, 2023).

A escolha do esquema da TARV leva em consideração diversos aspectos, a saber, eficácia comprovada, conhecimento da incidência de eventos adversos, caracteres organolépticos, formas farmacêuticas disponíveis, facilidade de aprazamento e posologia, assim como possíveis interações medicamentosas.

Em posse desses dados, o profissional médico é capaz de realizar a montagem do esquema terapêutico composto por três antirretrovirais, sendo dois inibidores de transcriptase reversa (ITRN), associados a outro ARV de outra classe, a exemplo, inibidores da integrase (INI) ou inibidores de protease (IP/r). Em algumas situações, podem também ser utilizados inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN). A escolha de todos os ARN da TARV leva em consideração a faixa etária (BRASIL, 2023).

É importante destacar que o dolutegravir 5 mg é recomendado para as crianças vivendo com HIV/aids (CV-HA) que tenham idade igual ou superior a quatro semanas de vida ou massa igual ou maior a 3 kg. Ele é utilizado em acréscimo a profilaxia pós-exposição ao HIV, para as crianças com até seis anos de idade com massa entre 3 kg e 19 kg (BRASIL, 2023). O **Quadro 13.6** apresenta de forma detalhada o esquema para a administração dolutegravir.

Quadro 13.6 Esquemas de administração de dolutegravir 5 mg comprimido dispersível

Peso	**Dose**	**Quantidade de comprimidos**
3 a 6 kg	5 mg	1 comprimido 1x/dia
6 a 10 kg (pacientes com até 6 meses de idade)	10 mg	2 comprimidos 1x/dia
6 a 10 kg (pacientes acima de 6 meses de	15 mg	3 comprimidos 1x/dia

idade)		
10 a 14 kg	20 mg	4 comprimidos 1x/dia
14 a 20 kg	25 mg	5 comprimidos 1x/dia
≥ 20 kg	30 mg	6 comprimidos 1x/dia

Fonte: TIVICAY, [2024].

Para as CV-Ha com 20 kg ou mais, o tratamento de escolha será com o uso de comprimidos revestidos de dolutegravir de 50 mg. Entretanto, para as crianças com indicação de uso dessa forma farmacêutica que ainda não conseguem deglutir o comprimido, pode-se fazer uso desse INI na forma de comprimido dispersível de 5 mg. Todas as dúvidas sobre uso deste ARV devem ser sanadas pela consulta da bula aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2023).

O **Quadro 13.7** traz o esquema completo da TARV para crianças até 12 anos. A instituição da TARV depende da avaliação individual da equipe assistencial, assim como da faixa etária e massa corporal (BRASIL, 2023).

Quadro 13.7 Esquema completo de TARV para crianças até 12 anos

Faixa etária	Preferencial		Alternativo	
	ITRN	3º ARV	ITRN	3º ARV
1º mês	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Raltegravir (RAL)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (a partir do 14º dia de vida)
2º mês a 3 anos	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Abacavir[a] + Lamiduvina (ABC + 3TC) (preferencial a partir do 3º mês	Dolutegravir[b] (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
3 a 6 anos	Abacavir[a] + Lamiduvina (ABC + 3TC)	Dolutegravir[b] (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Tenofovir[d] + Lamivudina (TDF + 3TC)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ou Darunavir[c] + Ritonavir (DRV + RTV)
6 a 12 anos	Abacavir[a] + Lamiduvina (ABC + 3TC)	Dolutegravir[b] (DTG)	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC) ou Tenofovir[d] + Lamivudina (TDF + 3TC)	Darunavir[c] + Ritonavir (DRV + RTV) ou Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Fonte: BRASIL, 2023.

A dupla de ITRN é escolhida como membro da base do esquema terapêutico pela segurança, fornecimento de barreira genética e ótima eficácia. Dentro da pediatria, as associações preferenciais envolvem dois medicamentos, por exemplo, zidovudina com lamivudina (AZT + 3TC), tenofovir com lamivudina (TDF + 3TC) ou abacavir com lamivudina (ABC + 3TC) (BRASIL, 2023).

O uso do abacavir tem associação com reação de hipersensibilidade nas pessoas com presença do antígeno HLA*5701. Por isso, faz-se necessário a realização do exame HLA* 5701, para avaliar essa possível predisposição genética. Logo, o uso desse ARV na TARV só pode ocorrer após a emissão do laudo do exame supracitado (BRASIL, 2023).

Enquanto o laudo não é emitido, a TARV deve ser iniciada com uso de outro ITRN. Caso seja possível, deve-se realizar a inclusão do ABC com membro da TARV após o resultado do exame que avaliou a predisposição genética (BRASIL, 2023).

O terceiro membro da TARV são medicamentos da classe INI, que possuem boa tolerabilidade e baixa interação medicamentosa. O dolutegravir, já mencionado, é a primeira escolha como terceiro ARV para crianças a partir do segundo mês de vida. A escolha dele ocorre, dentre outros aspectos, por sua alta barreira genética que leva a rápida indetecção viral. Para as CV-HA no primeiro mês de vida, o ratelgravir é o medicamento de escolha (BRASIL, 2023).

As crianças que convivem com HIV/AIDS que apresentam contraindicação de uso do arsenal terapêutico de ARV podem fazer uso inibidores de protease com reforço de ritonavir (IP/r), a exemplo, o lopinavir/r. Os inibidores de protease, de maneira geral, apresentam eficácia clínica, imunológica e virológica. Os IP/r, em acréscimo, ainda têm elevada barreira imunológica, o que torna mais difícil o desenvolvimento da resistência (BRASIL, 2023).

O lopinavir/r tem dados robustos da literatura sobre segurança e eficácia que permitem que ele possa ser usado nas CV-HA entre 14 dias e seis anos de idade. Uma alternativa seria o darunavir (DRV) com reforço do ritonavir, que é o IP/r de escolha para crianças infectadas com mais de 3 anos e a partir de 15 kg (BRASIL, 2023).

Por mais que os IP/r apresentem efeitos benéficos para o tratamento das CV-HA, é relevante salientar, que o uso dessa formulação pode acarretar mudanças no metabolismo das crianças, como dislipidemia, resistência à insulina, lipodistrofia ou mudanças na palatabilidade (BRASIL, 2023). Logo é necessária uma avaliação em conjunto da equipe multidisciplinar antes do início do uso dessa classe terapêutica, assim como durante o tratamento, a fim de avaliar o impacto metabólico destes e, assim, adotar medidas em conjunto, com vista a minimizar ao máximo esses efeitos negativos sobre a saúde da CV-HA.

Os esquemas em que um dos componentes são da classe dos ITRNN, a exemplo do efavirenz, possuem o benefício de menor risco de desenvolvimento de dislipidemia e lipodistrofia, em comparação aos esquemas com IP/r, além de menor número de comprimidos e meia vida maior que permite melhor posologia (BRASIL, 2023).

Todavia, esquemas de TARV com medicamentos do grupo dos ITRNN podem ser comprometidos quanto a sua eficácia contra o HIV, devido essa classe terapêutica apresentar baixa capacidade de barreira genética. Dessa maneira, uma única mutação pode levar a resistência e prejudicar a TARV (BRASIL, 2023).

Dentro da pediatria, a literatura relata alta prevalência de resistência primária à nevirapina e efavirenz (FERREIRA *et al*., 2020). Logo, o uso fica reservado para esquemas específicos e com realização de genotipagem, comprovando a sensibilidade a essa classe terapêutica (BRASIL, 2023).

Reintrodução da terapia antirretroviral após interrupção de tratamento

A avaliação da adesão à TARV pode ser realizada a partir da avaliação de três aspectos, a saber, supressão virológica, recuperação imunológica e ausência de infecções oportunistas (BRASIL, 2023).

As CV-HA aderentes ao esquema possuem benefícios quanto ao seu desenvolvimento como um todo, por outro lado, a adesão irregular leva a progressão do HIV, desenvolvimento de resistência e maior chance na falha virológica (BENSON *et al*., 2020; FORD *et al*., 2019; BALDÉ *et al*., 2020).

As crianças apresentam aspectos particulares que se tornam muitas vezes barreiras para adesão, como a necessidade de um cuidador nas

primeiras fases da vida para administrar os medicamentos que muitas vezes apresentam caracteres organolépticos desagradáveis, a exemplo, o sabor, além de apresentarem difícil administração (BRASIL, 2023).

Ademais, outros fatores como tolerância aos medicamentos, aceitação e reconhecimento do diagnóstico e as comorbidades acentuadas são pontos que dificultam a adesão satisfatória a TARV (BRASIL, 2023).

Diante de um contexto de abandono do tratamento e devido aos múltiplos aspectos relacionados à adesão da TARV, é necessária a integração de uma equipe multidisciplinar para avaliar a causa e adotar medidas para reverter o quadro. Dentro do escopo da medicina, o médico responsável por acompanhar o paciente que não está aderindo de forma satisfatória a TARV deve levar em consideração aspectos associados ao abandono, barreira genética e possíveis mutações que podem surgir (BRASIL, 2023).

A classe dos ITRNN possui maior fragilidade, sendo assim, seu uso irregular é associado a pressões seletivas e surgimento de mutações. Por isso, não são a classe de escolha para reinício (SCHWEIGHARDT *et al.*, 2002; MOURADJIAN *et al*., 2020; BRASIL, 2023).

Se as CV-HA deixarem de fazer uso das classes INI e IP, o retorno deve ser com IP, seguido da genotipagem pós-início do tratamento. Permanecendo a crianças com carga viral indetectável, é possível que seja realizada a troca pelo dolutegravir com realização de CV-HIV entre 4 e 6 semanas após a troca. Caso exista a suspeita de imunossupressão, deve-se adotar medidas para diagnosticar de forma rápida e efetiva (BRASIL, 2023).

Se após a reintrodução da TARV a carga viral permanecer maior que 500 cópias/ml, deve-se seguir o que preconiza as orientações da falha virológica (BRASIL, 2023). O **Quadro 13.8** traz de maneira resumida o esquema para fazer a reintrodução.

Quadro 13.8 Esquemas para reintrodução

Abandono	Opções de esquema de reintrodução	Comentários
2 ITRN + 1 ITRNN	2 ITRN + 1 IP/r	O IP/r pode ser lopinavir/ritonavir, darunavir + ritonavir ou atazanavir + ritonavir
2 ITRN + IP/r	2 ITRN + IP/r (outros IP/r)	-
2 ITRN + INI	2 ITRN + 1 IP/r 2 ITRN + DTG 12/12h	1 comprimido de dolutegravir a cada 12 horas

Fonte: BRASIL, 2023.

Assistência de Enfermagem

O crescimento da incidência de casos de gestantes com resultado positivo para HIV nos últimos anos no Brasil evidencia a necessidade de cuidados voltados para a redução do risco de transmissão vertical, principal via de infecção em menores de 13 anos (RUFINO *et al.*, 2021). Nesse contexto, o profissional de enfermagem apresenta relevância na assistência a mulheres e crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, visto que sua atuação se estende do pré-natal ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

O cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho portador de HIV será diferente levando em consideração as dificuldades enfrentadas por eles nos âmbitos da vida social, familiar e da saúde física e mental para a integralidade e resolutividade dessa assistência. Nesse sentido, é elaborado um planejamento assistencial com uma abordagem completa para o bebê e sua mãe expostos ao HIV, considerando os aspectos sociais, econômicos e familiares (PAULA & LIMA, 2021).

Para a mãe, é necessário realizar orientações sobre as alternativas alimentares do seu recém-nascido e o manejo adequado do leite artificial, pois o preparo incorreto pode levar à insuficiência nutricional no infante (MACHADO *et al.*, 2007). Após a alta hospitalar, cada mãe já recebe a fórmula de leite recomendada para a nutrição do bebê até o primeiro semestre de vida, a qual substituirá o leite materno, haja vista que a amamentação não poderá ser feita diretamente pela mãe e que ainda há possibilidade de contraindicação para amamentação cruzada (PAULA & LIMA, 2021).

Além do suporte informativo, a equipe de enfermagem também auxilia no aspecto familiar e psicológico, visto que, pela sua proximidade e contato com a gestante, esses profissionais tornam-se essenciais na demanda e acolhimento dela, no fortalecimento do vínculo familiar e no incentivo da adesão ao tratamento deixando-a mais segura e confiante sobre sua saúde (PACHECO *et al.*, 2019). Perceber sentimentos como a frustração e a culpa expressos pelas gestantes e lactantes em relação a via de parto e amamentação, bem como identificar os fatores associados à falta de interesse no tratamento retroviral, são avaliações que requerem conhecimento e empatia no atendimento e se tornam essenciais para a implementação das ações e realização de encaminhamentos para outros profissionais da saúde (PAULA & LIMA, 2021).

Em relação ao recém-nascido, a equipe de enfermagem exerce alguns protocolos logo ao nascer para a segurança do RN, como conservar as membranas coronarianas intactas, fechar e cortar o cordão umbilical, fazer a higienização e aspirações, realizar o Método Canguru e administrar Azidotimidina. O profissional também propõe um plano de cuidados contemplando as necessidades do recém-nascido para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável (PAULA & LIMA, 2021).

A atuação do enfermeiro é importante, sobretudo, na administração dos medicamentos, onde é necessário que os cuidadores estejam familiarizados com as medicações disponíveis pelo Sistema Único de Saúde para o tratamento. Dentre as medicações utilizadas estão: a Cabergolina, escolha padrão que deve ser administrada após o parto para suprimir a lactogênese em 2 comprimidos de 0,5mg, via oral, em dose única, no primeiro dia pós-parto, ou ½ comprimido de 0,25 mg, a cada 12 horas, por 2 dias; o Mesilato de Bromoergocriptina, que é administrado para cessar a produção de leite em 1 comprimido 2,5 mg, por dia, via oral, por 2 semanas, ou ½ comprimido, via oral, 12/12h, por 14 dias; e a Lisurida em 1 comprimido 0,2 mg, via oral, de 8/8h, por 14 dias (PAULA & LIMA, 2021). O uso adequado dessas medicações é fundamental para o tratamento das mães positivas para HIV/Aids, especialmente considerando a impossibilidade de amamentar.

Além disso, o enfermeiro precisa garantir que as gestantes recebam as medicações recomendadas pelo Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o HIV, disponibilizadas pelo SUS, para uma gestação mais próxima do normal; uma vez que, de acordo com o tratamento, o enfermeiro deve realizar orientações aos pacientes quanto a reconhecimento das medicações, importância do uso correto, dosagem, horários e regularidade na obtenção nos centros de distribuição (PAULA & LIMA, 2021).

Em alguns casos, quando o HIV é diagnosticado tardiamente nas crianças, aumenta ainda mais as chances de internações hospitalares por doenças oportunistas, como anemia crônica e infecções bacterianas; assim como a omissão do diagnóstico e o medo da rejeição, podem acabar influenciando negativamente o comportamento das crianças (PACHECO *et al.*, 2019).

Portanto, para uma relação segura e saudável entre mãe e bebê expostos ao HIV, a atuação da enfermagem é substancial desde a gestação até o desenvolvimento da criança para impedir a transmissão vertical. A capacitação permanente dos enfermeiros relacionada à aplicação das recomendações do Ministério da Saúde durante o acolhimento com a detecção precoce no início do pré-natal e durante o seguimento do cuidado com a informatização das mulheres quanto ao tratamento e transmissibilidade da doença é imprescindível para controlar o contágio materno-infantil (SANTOS *et al.*, 2015). Abordar os aspectos emocionais das mães para manter um equilíbrio saldável na relação mãe-filho e promover a socialização da criança, bem como exercer a educação em saúde das mulheres portadoras e da família que possivelmente lidará com o ensino e preparo da saúde do infante no caso de soropositividade, é essencial para uma conduta eficaz (PACHECO *et al.*, 2019).

Aspectos nutricionais

Um dos aspectos nutricionais, orientados desde o pré-natal às gestantes HIV positivo, mesmo naquelas com CV-HIV indetectável e em uso regular de antirretrovirais, diz respeito à contraindicação à amamentação (BRASIL, 2023). A ausência da amamentação transfere a ingestão nutricional, preferencialmente, ao uso da fórmula láctea infantil até os seis primeiros meses de vida e depois à alimentação complementar, o que requer cuidados no preparo nos âmbitos microbiológicos, de diluição e quantidade de acordo com a idade (SAMPAIO *et al*., 2021). Em crianças já na fase da introdução alimentar, as recomendações quanto à alimentação devem ser seguidas de modo a possibilitar o crescimento, o amadurecimento das funções corpóreas e a prevenção dos distúrbios nutricionais, a fim de fornecer os substratos necessários de maneira acessível, aceitavel, viável e segura (BICK *et al*., 2019).

Os aspectos nutricionais de crianças vivendo com HIV devem ser avaliados considerando o acompanhamento individualizado e monitorado de acordo com cada caso e de acordo com as suas especificidades. É importante apontar que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) acelera o ciclo vicioso de ingestão inadequada de alimentos levando à desnutrição que por sua vez promove a progressão da doença, aumentando a vulnerabilidade imunológica do indivíduo, o expondo a diversos impactos pós-infecção e o condicionando a evolução de um prognóstico ruim da doença (LEMOS *et al.*, 2021). Essas deficiências nutricionais aumentam o risco de infecção pelo HIV e, consequentemente, acentuam os desfechos clínicos desfavoráveis, tais como a supressão incompleta do RNA viral, redução de linfócitos CD4 ao longo do tempo, a perda de massa corporal, a diminuição da qualidade de vida e o aumento das infecções oportunistas, das hospitalizações e da mortalidade (BICK *et al*., 2019).

Além desses fatores, é necessário compreender, dentro dos aspectos nutricionais, que alguns antirretrovirais podem causar importantes reações adversas se combinados com certos alimentos, por essa razão, existem diferentes indicações em relação ao esquema terapêutico, como, por exemplo, se ingeridos com alimentos ou em jejum. Observa-se que as interações entre TARV, alimentos e nutrição são importantes tanto na absorção medicamentosa quanto no impacto nutricional nesses indivíduos (PEREIRA *et al*., 2019).

Diante de todos esses fatores, é impres-

sibilidade de influência medicamentosa da terapia antirretroviral no período gestacional, e, durante os primeiros meses de vida, a partir da o uso de medicamento e a privação de anticorpos materno pela ausência do aleitamento (SAMPAIO *et al*., 2021).

Aspectos psicossociais

O diagnóstico de HIV pode desencadear uma série de repercussões psicossociais significativas, tanto para a pessoa diagnosticada quanto para seus familiares e cuidadores. Alguns dos impactos psicossociais do diagnóstico de HIV incluem a discriminação, isolamento social e dificuldades de aceitação por parte do paciente e da família. O diagnóstico pode impactar também nas relações interpessoais do paciente, incluindo a dinâmica familiar, amizades, relacionamentos românticos e interações sociais, devido ao medo do estigma e à incompreensão sobre a doença (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Além desses aspectos, de acordo com Mizara e Andrade (2016), a obtenção do diagnóstico pode gerar medo do futuro, ansiedade em relação ao tratamento, preocupações com a saúde e o bem-estar, e incertezas sobre o prognóstico da doença, também podendo afetar a autoestima e a autoimagem do paciente, levando a sentimentos de desvalorização, vergonha e insegurança em relação à sua saúde.

Desse modo, uma questão enfrentada pelos familiares, em especial os cuidadores primários, é a adesão por parte da pessoa diagnosticada ao tratamento complexo e de longo prazo. Pois, segundo Seidl *et al*. (2005), a aderência ao tratamento antirretroviral está associada a questões práticas, como a dificuldade de criar o hábito de tomar os medicamentos nos horários recomendados, o gosto do remédio não ser agradável ao paladar da criança ou a associação deste medicamento a presença de efeitos colaterais. A falta de adesão também está associada à dificuldade de acesso por parte dos cuidadores aos serviços de saúde, onde são disponibilizados os antirretrovirais.

Ademais, outra dificuldade presente na adesão do tratamento são os comportamentos opositicionistas das crianças, ou seja, questionamentos e resistência sobre a necessidade do uso dos antirretrovirais. Logo, percebe-se que esta dificuldade é potencializada pela manutenção do segredo sobre o diagnóstico para a criança e as pessoas que a envolvem, o que dificulta o desenvolvimento da autonomia e o autocuidado dos menores com relação aos cuidados com o tratamento (ZABTOSKI & BENETTI, 2013).

A adesão ao tratamento também engloba a questão psicológica, pois tanto a criança como a família precisam lidar com os estressores associados a uma doença crônica. A realização do tratamento exige da pessoa com HIV uma mudança na rotina e consequentemente uma reorganização na vida, o que muitas vezes causa sofrimento psicológico para o indivíduo (FARIA *et al*., 2013).

Com relação a atuação do(a) psicólogo(a), a literatura aponta para um trabalho com diferentes possibilidades e focos de intervenção, realizado a partir de uma perspectiva de atenção integral e interdisciplinar, que evidencia o ser humano em sua integralidade. Segundo Seidl *et al.* (2005), podem ser implementados trabalhos psicoeducativos em grupo com cuidadores, com o objetivo de promover a troca de experiências, melhorar o nível de conhecimento sobre HIV e desenvolver habilidades de enfrentamento adaptativas. Além disso, podem ser realizados atendimentos individuais a famíliares e a crianças/adolescentes soropositivos.

Nesse processo de intervenção, o profissional deve considerar, além da subjetividade do paciente, as consequências e os impactos desse adoecimento, e todos os sujeitos envolvidos nesse processo, de forma a atuar para

promover melhorias na qualidade de vida e no bem-estar psicossocial do paciente e de seus pares (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, Miziara e Andrade (2016) ressaltam que "ao dar voz às crianças e adolescentes infectados pelo HIV pode-se compreender o que pensam, como cada um interioriza sua condição de soropositivo, o que pode subsidiar a adoção de estratégias de abordagem e intervenções mais adequadas à sua realidade".

Segundo Perucchi *et al.* (2011), os profissionais da Psicologia que atuam nesse contexto desenvolvem um papel fundamental em relação à "identificação de vulnerabilidades, à promoção dos direitos humanos, [...], em uma sociedade com tantas dificuldades de acesso aos direitos e exercício da cidadania". Na prática, algumas estratégias de intervenção podem ser realizadas como: "o aconselhamento, o plantão psicológico, as ações de educação em saúde, [...], o acompanhamento terapêutico, o atendimento à família, a avaliação psicodiagnóstica, a assistência domiciliar, discussões entre equipes multidisciplinares, interconsultas, trabalhos de adesão ao tratamento, ensino e pesquisa" (PERUCCHI *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

Com base na discussão, nota-se que a profilaxia da transmissão vertical do HIV (PTVHIV) é o tratamento mais adequado para prevenir a transmissão vertical (TV). Nesse sentido, destaca-se o uso da Zidovudina (VO) (em alguns casos, associada a outros medicamentos) como o medicamento mais indicado PTVHIV. Em casos de crianças que vivem com HIV, aquelas cuja PTVHIV não foi suficiente para prevenir a infecção, faz-se o uso da terapia antirretroviral (TARV). Sob essa perspectiva, o acompanhamento multiprofissional torna-se crucial, visto que o aumento da incidência dessa síndrome na parcela infantojuvenil afeta negativamente tanto a saúde física como a psicológica, além de possuir efeitos na esfera social. Dessa maneira, essa abordagem garante um viés holístico, ou seja, não considera apenas os aspectos médicos, mas também emocionais, educacionais e sociais, o que auxilia na melhoria do bem-estar das crianças soropositivas e das suas famílias.

A partir desse cenário, o cuidado da enfermagem no suporte informativo, emocional e parental ajuda em um planejamento de redução do risco de transmissão vertical e da piora clínica dos infantes, devido ao incentivo à adesão do tratamento e no esclarecimento no ato de reconhecer e administrar os medicamentos. Ademais, salienta-se a necessidade de atenção à segurança alimentar das crianças infectadas por HIV, uma vez que, se não for feita de maneira satisfatória, pode favorecer infecções oportunistas, bem como interferir na absorção dos antirretrovirais (ARV). Por conseguinte, a dinâmica psicológica obtém um papel importante no modelo de cuidado integrado, abrangente e personalizado, em razão das demandas relacionadas ao medo do estigma, à insegurança sobre como contar o diagnóstico, adaptação familiar à soropositividade e entre outras questões. Portanto, o cuidado integral à criança com HIV reside na garantia da ótica humanizada no diagnóstico, no atendimento, no tratamento e no acolhimento, visando um atendimento multiprofissional capacitado e inclusivo. Assim, é possível alavancar o desenvolvimento geral desse público, de forma saudável e plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDÉ, A. *et al*. Re-engagement in care of people living with HIV lost to follow-up after initiation of antiretroviral therapy in Mali: who returns to care? PLoS One, v. 15, e0238687, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0238687.

BENSON, C. *et al.* Antiretroviral adherence, drug resistance, and the impact of social determinants of health in HIV-1 patients in the US. AIDS and Behavior, v. 24, p. 3562, 2020. doi: 10.1007/s10461-020-02937-8.

BICK, M.A. *et al*. Feeding of HIV-exposed children in a city in south of Brazil: family capability, clinical and social conditions. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, p. 999, 2019. doi: 10.1590/1806-93042019000400015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Módulo 1 - Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Módulo 2: Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BROOKS, J.T. *et al*. Effects of antiretroviral therapy to prevent HIV transmission to women in couples attempting conception when the man has HIV infection - United States, 2017. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 66, p. 859, 2017. doi: 10.15585/mmwr.mm6632e1.

CAMPELO, C.L. *et al*. Assistência de enfermagem frente à criança portadora do vírus HIV: uma revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, p. 1043, 2017. doi: 10.46311/2318-0579.51.eUJ1334.

CAGIGI, A. *et al*. Early highly active antiretroviral therapy enhances B-cell longevity: a 5 year follow up. The Pediatric Infectious Disease Journal, v. 33, e126, 2014. doi:10.1097/INF.0000000000000144.

CHIAPPINI, E. *et al*. Five-year follow-up of children with perinatal HIV-1 infection receiving early highly active antiretroviral therapy. BMC Infectious Diseases, v. 9, 2009.

CORRÊA, A.F. & SÁ, C.S.C. Vulnerabilidade socioambiental e desenvolvimento motor de lactentes expostos ao HIV. Revista Ciência em Extensão, v. 14, p. 83, 2018.

CORREIA, F.V.P. *et al*. Crianças com HIV/AIDS no Brasil: fatores de risco predisponentes, uma revisão sistemática. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, p. 8142, 2021. doi: 10.34119/bjhrv4n2-344.

FARIA, E.R. *et al*. Intervenções psicológicas para crianças que vivem ou convivem com HIV/Aids. Psico-USF, v. 18, p. 65, 2013. doi: 10.1590/S1413-82712013000100008.

FERREIRA, A.A.C.M. *et al*. Surveillance of transmitted HIV drug resistance among treatment-naive children under 18 months in Brazil (2009 to 2018). Journal of the International AIDS Society, v. 23, p. 120, 2020.

FERREIRA, A.C.M *et al*. Características e fatores associados à linha de cuidado das crianças vivendo com HIV no Brasil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 26, p. 102516, 2022. doi: 10.1016/j.bjid.2022.102516.

FORD, N. *et al*. HIV viral resuppression following an elevated viral load: a systematic review and meta-analysis. African Journal of Reproduction and Gynaecological Endoscopy, v. 22, 2019. doi: 10.1002/jia2.25415.

FRIEDEN, T.R. *et al*. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board. Recommendations and Reports. MMWR Recommendations and Reports, v. 63, 2014.

GONÇALVES, B.C. *et al*. Fatores que influenciam a adesão da terapia antirretroviral (TARV). Revista Científica Multidisciplinar, v. 3, e341341, 2022. doi: 10.47820/recima21.v3i4.1341.

GROUP TISS. START initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. The New England Journal of Medicine, v. 373, p. 795, 2015. doi: 10.1056/NEIMoa1506816.

GUIMARÃES, S.R.O. *et al.* Psicologia da saúde e crianças com HIV: impactos psicológicos e formas de atuação. Caderno de Graduação, v. 5, p. 189, 2019.

KHOURY, M. & KOVACS, A. Pediatric HIV infection. Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 44, p. 243, 2001.

LEWIS, S.Y. Commentary: coping over the long haul: Understanding and supporting children and families affected by disease. Journal of Pediatric Psychology, v. 26, p. 359, 2001.

LEMOS, K.G.B.C. *et al*. Nutricional support in the treatment of human immunodeficiency vírus (HIV). Research, Society and Development, v. 10, e4510716378, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i7.16378.

LIMA, M.I. & PEREIRA, N.S.S. Conhecimento dos enfermeiros sobre a transmissão vertical do HIV. Revista de Enfermagem UNISA, v. 13, p. 7, 2012.

LOCKMAN, S. *et al*. Response to antiretroviral therapy after a single, peripartum dose of nevirapine. New England Journal of Medicine, v. 356, p. 135, 2007. doi:10.1056/NEJMoa062876.

MACÊDO, T.S. *et al*. Qualidade de vida em crianças portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Cadernos Saúde Coletiva, v. 28, p. 223, 2020. doi: 10.1590/1414-462X202028020233.

MACHADO, M.M.T. *et al*. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, p. 699, 2007.

MACLEOD, I.J. *et al*. Minor resistant variants in nevirapine-exposed infants may predict virologic failure on nevirapine-containing ART. Journal of Clinical Virology, v. 48, p. 162, 2010. doi: 10.1016/j.jcv.2010.03.017.

MIZIARA, L.A.F. & ANDRADE, S.M.O. O significado do HIV/Aids na vida de crianças e adolescentes que vivem com a doença. Boletim Academia Paulista de Psicologia, v. 36, p. 16-30, 2016.

MOURADJIAN, M.T. *et al*. Virologic suppression in patients with a documented M184V/I mutation based on the number of active agents in the antiretroviral regimen. SAGE Open Medicine, v. 8, p. 2050312120960570, 2020.

NIELSEN-SAINES, K. *et al*. Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection. New England Journal of Medicine, v. 366, p. 2368, 2012. doi:10.1056/NEJMoa1108275.

PACHECO, B.P. *et al*. Síndrome da imunodeficiência humana na criança: repercussões para a família. Revista de Enfermagem UFPE Online, v. 13, p. 15, 2019. doi: 10.5205/1981-8963-v13i1a237861p15-22-2019.

PAULA, L.S. & LIMA, R.N. Necessidade da assistência de enfermagem às gestantes e lactantes com vírus da imunodeficiência humana (HIV). Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 3, 2021.

PEREIRA, M.D. *et al*. Esquema terapêutico e consumo alimentar em pessoas vivendo com HIV/Aids. Archives of Health Investigation, v. 8, 2019. doi: 10.21270/archi. v8i7.4625.

PERUCCHI, J. *et al.* Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. Psicologia & Sociedade, v. 23, p. 72, 2011. doi: 10.1590/S0102-71822011000400010.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. Atualização da Epidemia da AIDS. 2009. Disponível em: https://www.unaids.org/en/topic/data. Acesso em: 22 abr. 2024.

RODGER, A.J. *et al*. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA, v. 316, p. 171, 2016.

RUFINO, S.O. *et al*. Cuidados em saúde às crianças expostas ao HIV. Revista de Enfermagem UFPE on-line, v. 15, e245688, 2021. doi: 10.5205/1981-8963.2021.245688.

SAMPAIO, C.O. *et al*. Insegurança alimentar em famílias de crianças verticalmente expostas ao HIV. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 9, p. 533, 2021. doi: 10.18554/refacs.v9i3.4713.

SEIDL, E.M.F. *et al.* Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 279, 2005. doi: 10.1590/S0102-37722005000300004.

SEIDMAN, D.L. *et al*. Use of HIV pre-exposure prophylaxis during the preconception, antepartum and postpartum periods at two United States medical centers. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 215, 2016. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.020.

SEIDMAN, D.L. *et al*. Offering pre-exposure prophylaxis for HIV prevention to pregnant and postpartum women: a clinical approach. Journal of the International AIDS Society, v. 20, 2017. doi: 10.7448/IAS.20.2.21295.

SCHWEIGHARDT, B. *et al.* Emergence of drug-resistant HIV-1 variants in patients undergoing structured treatment interruptions. Aids, v. 16, p. 2342, 2002. doi: 10.1097/00002030-200211220-00018.

SCHOMAKER, M. *et al*. Optimal timing of antiretroviral treatment initiation in HIV-positive children and 70 adolescents: a multiregional analysis from Southern Africa, West Africa and Europe. International Journal of Epidemiology, v. 46, p. 453, 2016. doi: 10.1093/ije/dyw097.

SILVA, S.F.M. Coorte retrospectiva de crianças e adolescentes, infectados pelo HIV por transmissão vertical, no Espírito Santo: comorbidades, mortalidade e sobrevida [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

SZUBERT, A.J. *et al*. Pubertal development in HIV-infected African children on first-line antiretroviral therapy. AIDS, v. 26, p. 609, 2015. doi: 10.1097/QAD.0000000000000590.

TIVICAY PD®. Rio de Janeiro: GSK, [2024]. bula de remédio. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=tivicay%20PD. Acesso em: 27 abr. 2024

TOBIN, N.H. & ALDROVANDI, G.M. Immunology of pediatric HIV infection. Immunological Reviews, v. 254, p. 143, 2013. doi:10.1111/imr.12074.

VIOLARI, A. *et al*. Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. New England Journal of Medicine, v. 359, p. 2233, 2008. doi: 10.1056/NEJMoa0800971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2. ed. [S.l.]: World Health Organization, 2016.

ZABTOSKI, K.R. & BENETTI, S.P.C. Características de saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HI. Aletheia, v. 41, p. 81, 2013.