



Características de saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV

Kelin Roberta Zabtoski
Sílvia Pereira da Cruz Benetti

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar características de saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Participaram 112 cuidadores de crianças e adolescentes com idades entre seis e dezoito anos que faziam acompanhamento em dois serviços de atendimento especializado de Porto Alegre, Brasil. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sociodemográficos e o *Child Behavior Checklist* (CBCL). De acordo com os resultados do CBCL, 59% da amostra apresentou critério clínico para problemas de saúde mental. Os dados apontam para a necessidade de ampliar a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV, além do incentivo às práticas de revelação do diagnóstico.

Palavras-chave: saúde mental, HIV, psicologia.

Characteristics of mental health of children and adolescents living with HIV

Abstract: The objective of the present study was to determine the mental health characteristics of children and adolescents with HIV. The sample was comprised of 112 caregivers of children and adolescents aged 6 to 18 years who were being treated in two specialized care centers in Porto Alegre, Brazil. A sociodemographic questionnaire and the Child Behavior Checklist (CBCL) were used. We found that 59% of the sample met the clinical criteria for mental health problems according to the CBCL. The data points to the need of amplifying the attention to mental health of children and adolescents living with HIV, besides the incentive to the practices of diagnosis disclosure.

Keywords: Mental health, HIV, psychology.

Introdução

O panorama epidemiológico mundial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem apresentado alterações quanto ao diagnóstico, transmissão e tratamento no decorrer dos 30 anos de descoberta. Inicialmente, a atenção estava voltada para melhora diagnóstica, profilática e terapêutica (Machado, Succi, & Turato, 2010). Com o advento de esquemas antirretrovirais altamente ativos (HAART), proporcionando a diminuição da morbidade e mortalidade, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição de saúde crônica (Benton, 2011; Remien & Mellins, 2007; Battles & Wiener, 2002). Estima-se que haja, em todo mundo, 3,4 milhões de crianças e adolescentes, com idade até 15 anos, infectados pelo HIV (UNAIDS, 2012).

No Brasil, a implementação de políticas públicas que garantem a distribuição universal e gratuita da terapia antirretroviral e os avanços nos tratamentos têm possibilitado a redução da mortalidade em decorrência de doenças relacionadas à aids, prolongando a expectativa de vida (Pinto, Pinheiro, Vieira, & Alves, 2007). O uso da terapia antirretroviral na prevenção da transmissão vertical também tem possibilitado

a redução das taxas de infecção (Brito, Sousa, Luna, & Dourado, 2006). Além disso, seu uso no tratamento das crianças infectadas pelo HIV através de transmissão vertical tem permitido que atinjam a idade adulta (Vaz, Eng, Maman, Tshikandu, & Behets, 2010; Trejo, Palacio, Mosquera, Blasini, & Tuesca, 2009; Klitzman, Marhefka, Mellins, & Wiener, 2008; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005).

A perspectiva de crescimento dessas crianças tem trazido novos desafios relacionados ao impacto do HIV no desenvolvimento físico e psicológico (Palacio, Figueiredo & Souza, 2012; Seidl *et al.*, 2005), em relação aos padrões de crescimento, relacionamento afetivo, puberdade e sexualidade (Havens, Mellins & Ryan, 2005). Além disso, demandas relacionadas à revelação do diagnóstico (Rabuske, 2009; Marques *et al.*, 2006) e dificuldades de adesão ao tratamento (Guerra & Seidl, 2010; Trombini & Schermann, 2010; Kourrouski & Lima, 2009) estão presentes no cotidiano dos cuidadores e profissionais dos serviços de acompanhamento especializado a esta população.

Segundo Mellins *et al.*, (2009), jovens infectados pelo HIV através de transmissão vertical apresentam risco elevado para problemas de saúde mental tais como transtornos de ansiedade, depressão, queixas somáticas, comportamento de quebra de regras, comportamento agressivo (Mendoza *et al.*, 2007), *déficit* de atenção, hiperatividade, transtornos de conduta, transtorno desafiador opositor (Mellins, Brackis-Cott, Dolezal, & Abrams, 2006) e comportamento delinquente (Bomba *et al.*, 2010). Sabe-se que problemas de saúde mental são fatores de risco para a adesão aos cuidados de saúde e ao tratamento antirretroviral (Benton, 2011). Somado a isso, o não controle da carga viral do vírus devido à má adesão à terapia antirretroviral também contribui para que o sistema nervoso central sofra a ação do HIV, podendo resultar em transtornos na função cognitiva, causando *déficits* em processos mentais, tais como atenção, aprendizagem, memória, processamento da informação, capacidade de resolução de problemas, bem como sintomas sensoriais e motores (Christo, 2010).

Apesar de existirem na literatura nacional e internacional muitos estudos sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, ainda são escassos os relacionados às crianças e adolescentes vivendo com HIV (Benton, 2011; Mellins *et al.*, 2009). Segundo a literatura científica, a incidência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vivendo com HIV varia de 31% (Bomba *et al.*, 2010) a 61% (Mellins *et al.*, 2009) e está relacionada, em parte, ao baixo nível socioeconômico das populações estudadas (Ananworanich, Jupimai, Mekmullica, Sosothijul, & Pancharoen, 2008; Mendoza *et al.*, 2007), à exposição a problemas psicológicos e doenças dos pais (Bomba *et al.*, 2010), à perda dos pais, ao baixo nível educacional dos cuidadores, ao estado de saúde e à negligência infantil (Mendoza *et al.*, 2007).

Sabe-se que o enfrentamento de diagnósticos graves durante o desenvolvimento infantil e na adolescência constitui-se como uma situação impactante e com consequências a longo prazo; incluindo fator de risco para problemas emocionais e de comportamento (DeMaso, Martini & Caben, 2009). No entanto, Santamaria *et al.*, (2011) apontam que a revelação do diagnóstico contribui para a promoção

da saúde e para a diminuição do comportamento de risco de adolescentes, sendo, juntamente com o suporte social, um dos preditores de saúde mental (Lam, Naar-King & Wright, 2007).

As estimativas quanto ao número de crianças e adolescentes que vivem com HIV e que conhecem o seu diagnóstico são imprecisas e diversificadas, variando de 75% (Thorne *et al.*, 2002; Wiener, Battles, Heilman, Sigelman & Pizzo, 1996), a 70% (Santamaria *et al.*, 2011), 37,8% (Menon, Glazebrook, Campain & Ngoma, 2007), 30% (Mellins *et al.*, 2002) e até 3% (Vaz *et al.*, 2010). Essas diferenças podem ser compreendidas devido à dificuldade de investigar o conhecimento de crianças e adolescentes vivendo com HIV em relação ao seu próprio diagnóstico. Em geral, esse dado é fornecido pelos cuidadores, podendo haver discrepâncias entre as informações fornecidas pelas crianças e adolescentes (Butler *et al.*, 2009; Vaz *et al.*, 2008, Mellins *et al.*, 2002). Além disso, apesar de as diretrizes atuais para a revelação do diagnóstico HIV positivo (WHO, 2011) encorajarem que seja realizada precocemente, como parte de um processo contínuo, que deve ser iniciado na infância (American Academy of Pediatrics [AAP], 1999); estudos indicam que os cuidadores tendem a postergar o momento da revelação do diagnóstico para crianças e adolescentes infectados pelo HIV (Vaz, *et al.*, 2010; Abadia-Barrero & LaRusso, 2006; Seidl *et al.*, 2005; Lester *et al.*, 2002; Mellins *et al.*, 2002).

Portanto, estudar e ampliar a compreensão sobre esses aspectos contribui não somente para aqueles que trabalham especificamente com famílias de portadores de HIV, como possivelmente com outras patologias crônicas. Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar características de saúde mental de crianças e adolescentes com HIV, considerando aspectos relativos ao conhecimento do diagnóstico.

Método

Participaram da pesquisa os cuidadores – pais ou responsáveis legais – de crianças e adolescentes infectados pelo HIV através de transmissão vertical que realizavam acompanhamento em dois serviços de atendimento especializado (SAE), em Porto Alegre, RS. Os critérios de inclusão dos cuidadores foram: ser pai/mãe ou responsável legal de criança ou adolescente infectado através de transmissão vertical com idade entre seis e 18 anos, realizar acompanhamento ambulatorial nos serviços e consentir em participar do estudo.

Do total de 173 crianças e adolescentes acompanhados pelos serviços de atendimento especializado, 30 tinham até seis anos de idade, não preenchendo os critérios para a inclusão no estudo. Das 143 que apresentavam critérios de inclusão, cinco cuidadores recusaram-se a participar e 26 não compareceram nos serviços durante o período de coleta de dados. Desta forma, a amostra foi constituída por 112 cuidadores de crianças e adolescentes com idade entre seis e 18 anos.

Das 112 crianças e adolescentes estudados, a 50% era do sexo masculino e 50% do sexo feminino, sendo que a média da idade foi de 12 anos ($DP \pm 3$). Segundo a faixa etária, 50% tinham entre 11 e 14 anos e 87% estavam cursando o ensino fundamental.

Em relação ao responsável, 29% tinham os pais biológicos, 9% tinham pais adotivos e 12% viviam em abrigos. Relacionado ao diagnóstico de HIV, 60% conhecia seu *status* sorológico. Dos que conheciam o seu diagnóstico, 66% tomaram ciência através de um familiar entre os nove e 12 anos de idade em 48% dos casos, chegando a uma média de 10 anos ($DP \pm 3$). A tabela 1 apresenta a caracterização amostral.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (N=112).

		Frequência	Porcentagem
Crianças e adolescentes			
Sexo	Masculino	56	50%
	Feminino	56	50%
Idade	De 6 a 10 anos	32	29%
	De 11 a 14 anos	56	50%
	De 15 a 18 anos	24	21%
Escolaridade	Não frequente	3	3%
	Ensino fundamental	98	87%
	Ensino médio	10	9%
	Escola especial	1	1%
Responsável	Pais biológicos	33	29%
	Mãe biológica	28	25%
	Pai biológico	4	3%
	Irmã	2	2%
	Pais adotivos	10	9%
	Tios	11	10%
	Avós	11	10%
	Abrigo	13	12%
Conhece o diagnóstico	Não	45	40%
	Sim	67	60%
Quem revelou	Familiar	44	68%
	Profissional saúde	17	25%
	Descobriu sozinho	6	9%
Idade da revelação	Até 8 anos	26	39%
	De 9 a 12 anos	32	48%
	13 anos ou mais	9	13%

Para avaliação dos dados sociodemográficos, foi utilizado um questionário contemplando as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, responsável, conhecimento a respeito do diagnóstico, idade em que foi realizada a revelação e quem lhe forneceu esta informação. Para avaliação da saúde mental, foi utilizada a versão brasileira do *Child Behavior Checklist for ages 6-18* (CBCL/6-18, Achenbach, 2001), destinado à faixa etária de seis a 18 anos.

O CBCL é um questionário composto de 138 itens, sendo que 20 são destinados à avaliação das competências sociais e 118 itens avaliam problemas comportamentais. Os itens do questionário listam uma série de comportamentos desejáveis e disruptivos,

e para cada um deles o respondente deve marcar a frequência com que ocorrem. Atribui-se para cada resposta um valor, sendo 0 para quando o comportamento não é considerado verdadeiro, 1 se é um pouco verdadeiro e 2 se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. A pontuação total é realizada a partir da soma dos escores em cada uma das 11 subescalas que compõem o instrumento e correspondem a diferentes problemas de comportamento.

A primeira parte do instrumento avalia a competência social e é constituída por três escalas individuais: atividades, sociabilidade e escolaridade. A segunda parte possui oito subescalas de síndromes para avaliar problemas de comportamento: retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas do pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente e comportamento agressivo. As três primeiras subescalas correspondem à escala de comportamentos do tipo internalização, enquanto as duas últimas subescalas correspondem à escala de comportamentos do tipo externalização. Em relação às escalas, a soma dos valores convertidos em escores padronizados, conforme gênero e idade, permite a classificação em categoria não clínica, escores T abaixo de 60 pontos, categoria limítrofe entre 60 e 63 pontos e categoria clínica, acima de 63 pontos. Em relação às subescalas, categoria não clínica corresponde a escores T abaixo de 63, limítrofe entre 64-69 e acima de 70 clínico. De acordo com Achenbach (2001), dependendo dos objetivos do estudo, as categorias de classificação dos resultados do CBCL podem ser reduzidas a clínica e não clínica, através da inclusão dos casos limítrofes na categoria clínica. Neste estudo, os casos limítrofes foram incluídos na categoria clínica.

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, com caráter exploratório, visto que o tema é pouco investigado, especialmente no Brasil. Os cuidadores foram abordados nas salas de espera, enquanto aguardavam a realização da consulta médica. Cabe ressaltar que os serviços de atendimento especializados nos quais a coleta de dados foi realizada não disponibilizam atendimento psicológico ou psiquiátrico. Foram explicados os objetivos e procedimentos e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, os instrumentos foram aplicados individualmente em sala privada das próprias instituições no cuidador que se identificou como sendo responsável pela criança ou adolescente e que o acompanhava no momento.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a outubro de 2012. Os locais foram escolhidos por ser referência no atendimento de crianças e adolescentes que vivem com HIV em Porto Alegre, RS.

As respostas ao CBCL foram analisadas através do *Assessment Data Manager* (ADM), que é o programa utilizado para a sua correção. A partir dos resultados fornecidos pelo ADM, foram realizadas análises através do programa estatístico *SPSS for Windows* versão 18.0. Foi realizada a análise estatística descritiva e teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5 %, para verificar possíveis associações entre as subescalas do CBCL e as variáveis sociodemográficas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o número do processo 12/002 e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, sob o número do processo 12-015; segundo a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Em relação à escala total de problemas de comportamento, que inclui os escores nas escalas internalizantes, externalizantes e de outros problemas no CBCL/6-18, verificou-se que 59% dos participantes apresentaram escore clínico para problemas de saúde mental; sendo que um mesmo participante pode apresentar escore clínico em diferentes escalas. Especificamente, 28% apresentaram sintomas somáticos, 34% sintomas depressivos, 25% problemas sociais, 19% problemas de pensamento, 22% dificuldades de atenção, 29% comportamento delinquente, e 36% comportamento agressivo. A tabela 2 apresenta os resultados do CBCL aplicado à amostra estudada.

Tabela 2 – Resultados do CBCL (N=112).

	Não clínica		Clínica	
	n	%	n	%
Sintomas somáticos	81	72%	31	28%
Sintomas depressivos	74	66%	38	34%
Problemas sociais	84	75%	28	25%
Problemas de pensamento	91	81%	21	19%
Dificuldades de atenção	87	78%	25	22%
Comportamento delinquente	80	71%	32	29%
Comportamento agressivo	72	64%	40	36%
Escala total	46	41%	66	59%

Foi realizado o teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5%, para verificar possíveis associações entre as subescalas do CBCL e os fatores sociodemográficos. Verificou-se associação entre sintomas depressivos e comportamento agressivo ($p < 0,001$, $\chi^2 18,867$), sendo o índice de comportamento agressivo para quem tem sintomas depressivos foi de 63% contra 22% para o grupo que não tem.

Relacionado ao sexo, o item comportamento delinquente demonstrou associação, sendo que participantes do sexo masculino apresentaram incidência de 38% contra 20% do sexo feminino. A tabela 3 apresenta o resultado do cruzamento entre os resultados do CBCL e o sexo.

Tabela 3 – Cruzamento entre os resultados do CBCL e sexo (N=112).

Item	Resultado	Sexo		p-valor	X ²
		Masculino	Feminino		
Sintomas somáticos	Não	38 (68%)	43 (77%)	0,291	1,115
	Sim	18 (32%)	13(23%)		
Sintomas depressivos	Não	38(68%)	36 (64%)	0,690	0,159
	Sim	18(32%)	20 (36%)		
Problemas sociais	Não	41 (73%)	43 (77%)	0,663	0,190
	Sim	15 (27%)	13 (23%)		
Problemas de pensamento	Não	42 (75%)	49 (88%)	0,090	2,872
	Sim	14 (25%)	7 (13%)		
Dificuldades de atenção	Não	40 (71%)	47 (84%)	0,112	2,523
	Sim	16 (29%)	9 (16%)		
Comportamento delinquente	Não	35 (63%)	45 (80%)	0,036*	4,375
	Sim	21 (38%)	11 (20%)		
Comportamento agressivo	Não	33 (59%)	39 (70%)	0,237	1,400
	Sim	23 (41%)	17 (30%)		
Escala total	Não	19 (34%)	27 (48%)	0,124	2,361
	Sim	37 (66%)	29 (52%)		

* Significância estatística ao nível de 5%

No cruzamento dos resultados do CBCL com a idade dos participantes, verificou-se que crianças entre seis e 10 anos de idade apresentaram maior incidência de sintomas depressivos, problemas sociais, problemas de pensamento, dificuldades de atenção, comportamento agressivo e categoria clínica. A Tabela 4 apresenta os cruzamentos entre os resultados do CBCL e a faixa etária.

Tabela 4 – Cruzamento entre os resultados do CBCL e a faixa etária (N=112).

Item	Resultado	Faixa Etária			p-valor	X ²
		6 a 10 anos	11 a 14 anos	15 a 18 anos		
Sintomas somáticos	Não	19 (59%)	42 (75%)	20 (83%)	0,115	4,334
	Sim	13 (41%)	14 (25%)	4 (17%)		
Sintomas depressivos	Não	16 (50%)	38 (68%)	20 (83%)	0,031*	6,957
	Sim	16 (50%)	18 (32%)	4 (17%)		
Problemas sociais	Não	18 (56%)	46 (82%)	20 (83%)	0,015*	8,413
	Sim	14 (44%)	10 (18%)	4 (17%)		
Problemas de pensamento	Não	21 (66%)	49 (88%)	21 (88%)	0,028*	7,179
	Sim	11 (34%)	7 (13%)	3 (13%)		
Dificuldades de atenção	Não	21 (66%)	43 (77%)	23 (96%)	0,026*	7,269
	Sim	11 (34%)	13 (23%)	1 (4%)		
Comportamento delinquente	Não	20 (63%)	41 (73%)	19 (79%)	0,360	2,042
	Sim	12 (38%)	15 (27%)	5 (21%)		
Comportamento agressivo	Não	12 (38%)	40 (71%)	20 (83%)	0,001*	15,037
	Sim	20 (63%)	16 (29%)	4 (17%)		
Escala total	Não	5 (16%)	27 (48%)	14 (58%)	0,002*	12,697
	Sim	27 (84%)	29 (52%)	10 (42%)		

* Significância estatística ao nível de 5%

Relacionado ao diagnóstico de HIV, o grupo que desconhece seu *status* sorológico apresentou índice maior de problemas sociais, chegando a 36%. Da mesma forma, a presença de categoria clínica está associada a indivíduos que desconhecem o diagnóstico, com índice de 71%. A Tabela 5 apresenta os resultados do cruzamento do CBCL com o conhecimento do diagnóstico.

Tabela 5 – Cruzamento entre os Resultados do Instrumento CBCL e Conhecimento do Diagnóstico.

Item	Resultado	Sabe diagnóstico		p-valor	X ²
		Não	Sim		
Sintomas somáticos	Não	30 (67%)	51 (76%)	0,273	1,202
	Sim	15 (33%)	16 (24%)		
Sintomas depressivos	Não	27 (60%)	47 (70%)	0,266	1,237
	Sim	18 (40%)	20 (30%)		
Problemas sociais	Não	29 (64%)	55 (82%)	0,034*	4,470
	Sim	16 (36%)	12 (18%)		
Problemas de pensamentos	Não	33 (73%)	58 (87%)	0,079	3,095
	Sim	12 (27%)	9 (13%)		
Dificuldades de atenção	Não	32 (71%)	55 (82%)	0,171	1,871
	Sim	13 (29%)	12 (18%)		
Comportamento delinquente	Não	32 (71%)	48 (72%)	0,951	0,004
	Sim	13 (29%)	19 (28%)		
Comportamento agressivo	Não	25 (56%)	47 (70%)	0,114	2,497
	Sim	20 (44%)	20 (30%)		
Escala total	Não	13 (29%)	33 (49%)	0,032*	4,613
	Sim	32 (71%)	34 (51%)		

* Significância estatística ao nível de 5%

Discussão

O presente estudo teve por objetivo identificar características de saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Apesar de existirem poucos estudos sobre a saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV (Benton, 2011; Mellins *et al.*, 2009), o tema mostra-se relevante à medida que, com o uso da terapia antirretroviral, as crianças que foram infectadas pelo HIV através de transmissão vertical estão atingindo adolescência e chegando à idade adulta (Machado, Succi & Turato, 2010).

Em relação aos dados sociodemográficos, verificou-se que 71% da amostra encontram-se na faixa etária correspondente à adolescência. Essa característica reflete que com o uso da terapia antirretroviral, as crianças infectadas pelo HIV através da transmissão vertical têm tido uma sobrevida maior, atingindo a adolescência em virtude de uma melhor qualidade de vida (Vaz *et al.*, 2010; Trejo *et al.*, 2009; Klitzman *et al.*, 2008; Seidl *et al.*, 2005). Já em relação aos cuidadores, verificou-se que 57% da amostra tinha como responsáveis os pais, o que pode estar relacionado, em partes, ao aumento da sobrevida das pessoas vivendo com HIV, proporcionado pelo uso da terapia antirretroviral (Pinto *et al.*, 2007). Também chamam a atenção a ocorrência de adoção e

a permanência com outros familiares, o que transmite a ideia de uma aceitação familiar e social dessas crianças e adolescentes.

Relacionado ao diagnóstico, 60% das crianças e adolescentes tinham conhecimento de seu *status* sorológico, estando dentro da faixa de estimativa de 3% (Vaz *et al.*, 2010) a 75% (Thorne *et al.*, 2002; Wiener *et al.*, 1996) apontada pela literatura científica. Contudo, considerando a faixa etária dos participantes, esse dado é considerado baixo, uma vez que as diretrizes atuais para a revelação do diagnóstico HIV positivo (WHO, 2011) encorajam que o processo de revelação tenha início na infância; em crianças em idade escolar (AAP, 1999).

Quanto à idade, verificou-se que a revelação do diagnóstico foi realizada entre os nove e os 12 anos (média de 10 anos e desvio padrão de ± 3 anos), corroborando os achados de Santamaria *et al.*, (2011), Butler *et al.*, (2009) e Thorne *et al.*, (2002). No entanto, apesar de a literatura científica apontar que os cuidadores frequentemente relatam não se sentirem preparados (Marques *et al.*, 2006, Seidl *et al.*, 2005), verificou-se que em 68% dos casos a revelação do diagnóstico foi realizada pela família. Esse dado demonstra que, apesar das dificuldades, os cuidadores reconhecem a necessidade de realizar, em algum momento, a revelação do diagnóstico para as crianças e adolescentes.

Os resultados do CBCL demonstram que 59% da amostra apresentou critérios clínicos para problemas de saúde mental. Estes dados, corroboram estudos que apontam a incidência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vivendo com HIV entre 31% (Bomba *et al.*, 2010) a 61% (Mellins *et al.*, 2009). No entanto, como se trata de um estudo descritivo, com caráter exploratório, não foram investigados fatores que pudessem explicar a alta incidência de problemas de saúde mental na população estudada. Acredita-se que, além de fatores como baixo nível socioeconômico (Ananworanich, Jupimai, Mekmullica, Sosothijul & Pancharoen, 2008; Mendoza *et al.*, 2007), exposição a problemas psicológicos e doenças dos pais (Bomba *et al.*, 2010), perda dos pais, baixo nível educacional dos cuidadores, estado de saúde e negligência infantil (Mendoza *et al.*, 2007) apontados pela literatura científica, outros fatores podem estar relacionados a problemas de saúde mental dessa população, tais como genética, comportamento e psicopatologia dos pais e questões familiares diversas, sendo necessários mais estudos na área.

Ainda relacionado à saúde mental, verificou-se que existe uma associação entre comportamento agressivo e sintomas depressivos. Conforme Giessen *et al.*, (2013), a co-ocorrência de agressividade e sintomas depressivos tem sido documentada a partir da idade escolar média e início da adolescência e, na maioria dos casos, associando-se a quadros depressivos futuros. No entanto, são necessários mais estudos nesse sentido. Também foi observado que a faixa etária entre seis e 10 anos de idade está mais propensa a apresentar escore clínico para problemas de saúde mental, sintomas depressivos, problemas sociais, problemas de pensamento, dificuldades de atenção e comportamento agressivo. Dados semelhantes foram encontrados por Mendoza *et al.*, (2007), sustentando que é por volta dos seis anos que a criança passa a tomar ciência de sua condição física, bem como da perda da mãe como cuidador primário, já que

frequentemente ocorre o falecimento dos pais. No entanto, tais fatores também não foram investigados no presente estudo.

Corroborando os achados de Borsa, Souza e Bandeira (2011), participantes do sexo masculino apresentam maior incidência de comportamento delincente. Em geral, autores (Besser & Blatt, 2007; Knowlton, Buchanan, Wissow, Pilowski & Latkin, 2007) apontam que problemas de comportamento externalizante em crianças estão associados ao sexo masculino. Knowlton *et al.*, (2007) também identificaram essa associação em um grupo de crianças americanas vivendo com HIV. Esses mesmos autores constataram que tais achados estavam positivamente associados à presença de limitações físicas dos pais e à proporção de uso de drogas na rede de apoio; aspectos esses que não foram investigados no presente estudo.

Finalizando, os resultados obtidos da associação entre o conhecimento do diagnóstico e os escores do CBCL demonstraram relações importantes, indicando que a presença de categoria clínica para problemas de saúde mental e problemas sociais está associada à não revelação do diagnóstico. Esses dados contrapõem a ideia que os cuidadores possuem de adiar a revelação do diagnóstico para evitar danos emocionais (Trejo *et al.*, 2009; Menon *et al.*, 2007; Lester *et al.*, 2002). Pelo contrário, adiar a revelação do diagnóstico pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e para a manifestação de problemas sociais. Autores como Santamaria *et al.*, (2011) apontam que a revelação do diagnóstico contribui para a promoção da saúde e para a diminuição do comportamento de risco de adolescentes, sendo, juntamente com o suporte social, um dos preditores de saúde mental (Lam, Naar-King & Wright, 2007).

Conclusão

Em relação à revelação do diagnóstico, 60% das 112 crianças e adolescentes participantes neste estudo conhecia seu diagnóstico, sendo que em 68 % dos casos a revelação foi realizada pela família entre os 10 e 12 anos de idade. Por sua vez, a não revelação do diagnóstico estava associada a maior presença de categoria clínica no CBCL e problemas sociais nas demais participantes.

Sabe-se que a adolescência é um período de transição marcado por mudanças físicas, emocionais, sociais e cognitivas, tendo como desafios o desenvolvimento da autonomia e o estabelecimento de relações afetivas externas à família, entre outros. Acredita-se que o desconhecimento do diagnóstico pode prolongar a dependência dos pais, dificultando o desenvolvimento da autonomia e o autocuidado. Por outro lado, tendo autonomia, o adolescente é capaz de assumir os cuidados necessários à sua saúde sem depender dos pais, o que, por sua vez, irá afetar a adesão ao tratamento e o comportamento de risco. Da mesma forma, em relação aos aspectos relacionais, mais especificamente no que diz respeito ao exercício da sexualidade, situações que por si só já são vivenciadas com dificuldades na adolescência, tornam-se ainda mais desafiadoras por envolver uma doença crônica transmissível e incurável, envolta ainda em muito preconceito, como é o caso do diagnóstico de HIV positivo.

Os resultados desta pesquisa identificam a importância do desenvolvimento de ações voltadas para o entendimento e a intervenção nos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes vivendo com HIV no Brasil. Portanto, há necessidade de se organizarem serviços de atenção à saúde mental de crianças, adolescentes e suas famílias, que contemplem atendimento psicológico integrado à assistência médica. Além disso, ressalta-se a importância do incentivo às práticas de revelação do diagnóstico mais precocemente.

Este estudo não teve como foco os fatores socioeconômicos, o tipo de cuidador, sua escolaridade e psicopatologias, aspectos clínicos e fatores de personalidade das crianças e adolescentes, estressores ambientais e dinâmica familiar, entre outros. Desta forma, são necessárias novas pesquisas que objetivem explicar a alta incidência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vivendo com HIV. Cabe salientar que os resultados deste estudo baseiam-se na percepção dos cuidadores sobre o comportamento das crianças e adolescentes, podendo ter sido influenciada por diversos fatores. Também se devem considerar as limitações do CBCL, visto que se trata de um instrumento longo, com alguns itens de difícil entendimento, que podem não estar de acordo com a realidade brasileira. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas que contemplem diretamente a avaliação da saúde mental dessa população no Brasil.

Referências

- Abadia-Barrero, C. E. & LaRusso, M. D. (2006). The disclosure model versus a developmental illness experience model for children and adolescents living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care*, 20(1), 36-43.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile*. Burlington: University of Vermont.
- American Academy of Pediatrics. (1999). Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatrics AIDS. *Pediatrics*, 103(1), 164-166.
- Ananworanich, J., Jupimai, T., Mekmullica, J., Sosothijul, D. & Pancharoen, C. (2008). Behavioral and emotional problems in Thai children with HIV infection compared to children with and without other chronic diseases. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 7(1), 52-53.
- Battles, H. B. & Wiener, L. S. (2002). From adolescence through young adulthood: Psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 161-168.
- Benton, T. D. (2011). Psychiatric considerations in child and adolescents with HIV/AIDS. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 989-1002.
- Besser, A. & Blatt, S. J. (2007). Identity consolidation and internalizing and externalizing problem behaviors in early adolescence. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 126-149.
- Bomba, M., Nacinovich, R., Oggiano, S., Cassani, M., Baushi, L., Bertulli, C. & Badolato, R. (2010). Poor health-related quality of life and abnormal psychosocial adjustment in Italian children with perinatal HIV infection receiving highly active antiretroviral treatment. *AIDS Care*, 22(7), 858-865.

- Borsa, J. C., Souza, D. S. & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 15-29.
- Brito, A. M., Sousa, J. L., Luna, C. F. & Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de AIDS após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(supl.), 18-22.
- Butler, A. M., Williams, P. L., Howland, L. C., Storm, D., Hutton, N. & Seage III, G. R. (2009). Impact of disclosure of HIV infection on health-related quality of life among children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*, 123(3), 935-943.
- Christo, P. P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 242-247.
- DeMaso, D. R., Martini, D. R. & Caben, L. A. (2009). Practice parameter for the psychiatric assessment and management of physically ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 213-233.
- Giessen, V. D., Branje, S., Overbeek, G., Frijns, T., Lier, P. A. C., Koot, H. M. & Meeus, W. (2013). Co-occurrence of aggressive behavior and depressive symptoms in early adolescence: A longitudinal multi-informant study. *European Review of Applied Psychology*, 4(3), 193-201.
- Guerra, C. P. P. & Seidl, E. M. F. (2010). Adesão em HIV/AIDS: Estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 781-789.
- Havens, J. F., Mellins, C. A. & Ryan, S. (2005). Child psychiatry: Psychiatric sequelae of HIV and AIDS. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry* (pp. 3434-3440). (8 ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Klitzman, R., Marhefka, S., Mellins, C. & Wiener, L. (2008). Ethical issues concerning disclosures of HIV diagnoses to perinatally infected children and adolescents. *Journal of Clinical Ethics*, 19(1), 31-42.
- Knowlton, A., Buchanan, A., Wisson, L., Pilowski, D. J. & Latkin, C. (2007). Externalizing behaviors among children of HIV seropositive former and current drug users: Parent support network factors as social ecological risks. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(1), 62-76.
- Kourrouski, M. F. C. & Lima, R. A. G. (2009). Treatment adherence: The experience of adolescents with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 947-952.
- Lam, P. K., Naar-King, S., & Wright, K. (2007). Social support and disclosure as predictors of mental health in HIV-positive youth. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(1), 20-29.
- Lester, P., Chesney, M., Cooke, M., Whalley, P., Perez, B., Petru, A. & Wara, D. (2002). Diagnostic disclosure to HIV-infected children: How parents decide when and what to tell. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(1), 85-99.
- Machado, D. M., Succi, R. C. & Turato, E. R. (2010). Transitioning adolescents living with HIV/AIDS to adult-oriented health care: An emerging challenge. *Jornal de Pediatria*, 86(6), 465-472.
- Marques, H. H. S., Silva, N. G., Gutierrez, P. L., Lacerda, R., Ayres, J. R. C. M., Della Negra, M. & Silva, M. H. (2006). A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 619-629.

- Mellins, C. A., Brackis-Cott, E., Dolezal, C. & Abrams, E. J. (2006). Psychiatric disorders in youth with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 25(5), 432-437.
- Mellins, C. A., Brackis-Cott, E., Dolezal, C., Richards, A., Nicholas, S. W. & Abrams, E. J. (2002). Patterns of HIV status disclosure to perinatally HIV-infected children and subsequent mental health outcomes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 101-114.
- Mellins, C. A., Brackis-Cott, E., Leu, C. S., Elkington, K. S., Dolezal, C., Wiznia, A., ... Abrams, E. J. (2009). Rates and types of psychiatric disorders in perinatally human immunodeficiency virus-infected youth and seroreverters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1131-1138.
- Mendoza, R., Hernandez-Reif, M., Castillo, R., Burgos, N., Zhang, G. & Shor-Posner, G. (2007). Behavioural symptoms of children with HIV infection living in the Dominican Republic. *West Indian Medical Journal*, 56(1), 55-59.
- Menon, A., Glazebrook, C., Campaign, N. & Ngoma, M. (2007). Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(3), 349-354.
- Palacio, M. B., Figueiredo, M. A. C. & Souza, L. B. (2012). O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: Possibilidades de integração na assistência. *Psico*, 43(3), 360-367.
- Pinto, A. C. S., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C. & Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 19(1), 45-50.
- Rabuske, M. M. (2009). *Comunicação de diagnósticos de soropositividade para o HIV e de AIDS para adolescentes e adultos: Implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Remien, R. H. & Mellins, C. A. (2007). Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: Let's not forget the individual in our global response to the pandemic. *AIDS*, 21(5), 55-63.
- Santamaria, E. K., Dolezal, C., Marhefka, S. L., Hoffman, S., Ahmed, Y., Elkington, K. & Mellins, C. A. (2011). Psychosocial implications of HIV serostatus disclosure to youth with perinatally acquired HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(4), 257-264.
- Seidl, E. M. F., Rossi, W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F. & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: Aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 21(3), 279-288.
- Thorne, C., Newell, M. L., Botet, F. A., Bohlin, A. B., Ferrazion, A., Giaquinto, C. & Peltier, A. (2002). Older children and adolescents surviving with vertically acquired HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 29(4), 396-401.
- Trejo, A. M., Palacio, J. E., Mosquera, M., Blasini, I. & Tuesca, R. J. (2009). Revelación del estado serológico para VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes: Una revisión teórica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(3), 143-154.
- Trombini, E. S., & Schermann, L. B. (2010). Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2), 419-425.

- UNAIDS. (2012). *Together we will end AIDS*. Geneva: Switzerland.
- Vaz, L. M. E., Eng, E., Maman, S., Tshikandu, T. & Behets, F. (2010). Telling children they have HIV: Lessons learned from findings of a quality study in Sub-Saharan Africa. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(4), 247-256.
- Vaz, L., Corneli, A., Dulyx, J., Rennie, S., Omba, S., Kitetele, F. & Behets, F. (2008). The process of HIV status disclosure to HIV-positive youth in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *AIDS Care*, 20(7), 842-852.
- Wiener, L. S., Battles, H. B., Heilman, N., Sigelman, C. K. & Pizzo, P. A. (1996). Factors associated with disclosure of diagnosis to children with HIV/AIDS. *Pediatric AIDS and HIV infection: Fetus to adolescent*, 7(5), 310-324.
- World Health Organization. (2011). *Guideline on HIV disclosure counseling for children up to 12 years of age*. Geneva, Switzerland: Department of HIV/AIDS.

Recebido em dezembro de 2013

Aceito em abril de 2014

Kelin Roberta Zabtoski: Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Silvia Pereira da Cruz Benetti: Psicóloga, Doutora em Child and Family Studies pela Syracuse University, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professora adjunta do curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Endereço para contato: kelinrz@uol.com.br