



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ACOMPANHAMENTO ESPECIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE
HIV ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO NZETO, NO IIº
TRIMESTRE 2023**

Autor: Francisco Ntieme Luvungu

Orientadora: Professor Eduardo Afonso Nzambi, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ACOMPANHAMENTO ESPECIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE
HIV ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO NZETO, NO IIº
TRIMESTRE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação do Professor. Eduardo Afonso Nzambi, MSc.

Autor: Francisco Ntieme Luvungu

Orientadora: Professor Eduardo Afonso Nzambi, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ACOMPANHAMENTO ESPECIAL DE CRIANÇAS PORTADORAS DE
HIV ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO NZETO, NO IIº
TRIMESTRE 2023**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

A minha a família, especialmente aos meus pais: João Luvungu e Nsukula Kinkela, por todo amor e apoio incondicional depositado, e por terem sempre me motivado no percurso da minha formação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui e por me ajudar a superar cada obstáculo que surgiu ao longo do caminho e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir, pois sem ele não seria possível alcançar os meus objectivos.

A minha família, especialmente, aos meus pais, irmãos, tios, sobrinhos, por todo apoio e incentivo que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível.

Ao meu orientador: Professor. Eduardo Afonso Nzambi, MSc., pelo apoio e dedicação no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que ajudaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos intervenientes que colaboraram na minha pesquisa de campo, principalmente o Professor. Lic., Artur Vaz Monteiro.

Aos meus colegas e amigos, especialmente aqueles que sempre estiveram presente em todos os momentos dessa longa caminhada.

EPÍGRAFE

“Não basta fazer acompanhamento ao paciente e dar um bom feedback a eles, é preciso fazer com que eles superem as enfermidades que enfrentam”.

Azulay e Avello (2015)

RESUMO

O presente trabalho tem como tema: “Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023”. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, observacional, prospectiva de tipo transversal quanto o modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa. Para o efeito formamos as seguintes hipóteses: Os exames de rotina ajudam no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV, os exames de sangue auxilia no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV. hemograma completo contribui no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV. Traçamos os como objectivo Geral: Analisar o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no segundo trimestre 2023. Como objectivos específicos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço; identificar os factores de risco em crianças portadores de VIH/SIDA atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no segundo trimestre 2023; Descrever os procedimentos técnico assistencial em crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no segundo trimestre 2023; Propor sugestões para melhorar o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto. No presente trabalho extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos que usamos durante a pesquisa. Concluiu-se que no Hospital municipal do Nzeto, existe um índice elevado de profissionais com o tempo de serviço de 10 à 18 anos. Sugestões: Que Hospital municipal do Nzeto, trabalhe no sentido de capacitar o pessoal técnico.

Palavras chave: Atendimento diferenciado, Paciente, especial e HIV.

ABSTRACT

The theme of this work is: "Special monitoring of children with HIV treated at the Nzeto Municipal Hospital, in the II^o quarter of 2023". The methodology applied in this work was descriptive, observational, prospective cross-sectional research and the approach model used qualitative-quantitative research. To this end, we form the following hypotheses: Routine exams help in the special monitoring of children with HIV, blood tests help in the special monitoring of children with HIV. Complete hemogram contributes to the special monitoring of children with HIV. We set out the following as a General objective: Analyze the special monitoring of children with HIV treated at the Nzeto Municipal Hospital, in the II^o quarter of 2023. As specific objectives: Characterize the sociodemographic profile according to the variables: age group, academic level, length of service; identify risk factors in children with HIV/AIDS treated at the Nzeto Municipal Hospital, in the second quarter of 2023; Describe the technical assistance procedures for children with HIV treated at the Nzeto Municipal Hospital, in the II^o quarter of 2023; Propose suggestions to improve the special monitoring of children with HIV treated at the Nzeto Municipal Hospital. In the present work we extracted a sample of thirty (30) individuals that we used during the research. It was concluded that at the Nzeto Municipal Hospital, there is a high number of professionals with a length of service of 10 to 18 years. Suggestions: That Nzeto Municipal Hospital works to train technical staff.

Key Words: Differentiated care, Patient and Triage.

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV----- Vírus da imunodeficiência humana.

TARV----- Terapia antirretroviral.

T CD4-----É uma molécula que se expressa na superfície de algumas células.

TMF-----Transmissão da mãe para o filho.

ZDV-----zidovudina.

CDC ----- Centers for Disease Control and Prevention.

OMS-----Organização Mundial da Saúde.

SCR----- Sarampo-caxumba-rubéola.

AIDS----- Síndrome da Imunodeficiência adquirida.

SIDA-----Síndrome de Imunodeficiência adquirida

CDC-----Centers for Disease Control

RNA----- Ácido Ribonucleico

DNA-----Ácido Desoxirribonucleico

PCR-----Proteína C Reativa

NATs-----Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

ARV-----Antirretrovirais

INNTR-----Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos

HLA-----Antígenos Leucocitários Humanos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	47
Tabela nº 2- Distribuição da amostra segundo o nível académico.....	48
Tabela nº 3- Distribuição da amostra o tempo que aderiu ao tratamento em crianças portadoras de HIV.....	49
Tabela nº 4- Como é feito o acompanhamento clínico e laboratorial em crianças portadoras de HIV.....	50
Tabela nº 5- Como são identificação dos factores de risco em crianças portadoras de HIV.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	47
Gráfico nº 2- Distribuição da amostra segundo o nível académico.....	48
Gráfico nº 3- Distribuição da amostra segundo o tempo que aderiu ao tratamento em crianças portadoras de HIV.....	49
Gráfico nº 4- Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento clínico e laboratorial em crianças portadoras de HIV.....	50
Gráfico nº 5- Distribuição da amostra quanto a identificação dos factores de risco em crianças portadoras de HIV.....	51

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1. Definição de termos e conceitos	21
2.2. Breve história sobre HIV	23
2.3. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em lactentes e crianças	24
2.4. Situação Epidemiológica do VIH e Sida em Angola	24
2.5. Transmissão do HIV	26
2.6. Os factores de risco para transmissão vertical.....	26
2.1.1. Classificação	27
2.1.2. Sinais e sintomas	28
2.1.3. Diagnóstico	31
2.1.4. Prognóstico	37
2.1.5. Tratamento	38
2.1.6. Indicações para TARV em crianças	39
2.2.1. Adesão.....	40
2.2.2. Acompanhamento clínico e laboratorial	42
2.2.3. Análise laboratorial de HIV antiretroviral drug resistance testing genotypic	42
2.2.4. Análise laboratorial HIV viral load	43
2.2.5. Vacinação.....	44
2.2.6. Prevenção	46
3. CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	54
3.1. Tipo de Pesquisa	54
3.2. Modelo de Abordagem.....	55
3.3. Nível de estruturação de métodos	55

3. 4. Técnicas de recolha de dados	57
3.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	IX
3.6. População e Amostra	
3.7. Dificuldades encontradas.....	
4. CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1. Apresentação e interpretação dos resultados	61
4.2. Discussão e Resultados	66
5. CONCLUSÕES	67
6. SUGESTÕES	69
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
8. APÊNDICE	
9. ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema: “Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023”. O HIV são vírus da imunodeficiência humana que comete o sistema imunológico do homem por destruir as células da série branca do sangue, responsável pela defesa do organismo contra agentes causadores de doenças.

Do ponto de vista clínico, a infecção é dividida em três fases: fase inicial, em que a sintomatologia é muito parecida com as manifestações encontradas nas síndromes gripais; seguida de uma fase assintomática, que pode se estender por décadas; o seu surgimento, nos anos 1980, revolucionou o papel da medicina e da ciência. Evidenciou, nesse período, mudanças no sistema público de saúde, assim como melhoria no controle de qualidade dos bancos de doação de sangue, além de elevar o status da área de imologia.

Estimamos que, no mundo, em 2008, viviam 33,4 milhões de pessoas infectadas por HIV. A África sub-sariana, continua a ser a região mais afectada pela epidemia, tendo 22,8 milhões de infectados. Os primeiros casos de Sida em Angola foram diagnosticados em 1985 e até ao primeiro semestre de 2009 onde foram diagnosticados 48.651 casos de infecção por HIV (64). A prevalência ronda os 5,0%, em 16 milhões de habitantes, mas nas zonas fronteira com a república do Congo (Kinshasa), Zambia e Namibia pode atingir os 10,0% (organização mundial da saúde, OMS, 12).

África Mediterrânea casos de HIV em 2017, aproximadamente 1,5 milhão de pessoas foram recém-infectadas pelo HIV, das quais cerca de 360.000 (28%) vivem com o HIV em 2017, aproximadamente 21% sabiam que eram positivas para HIV e 30% estavam recebendo tratamento. Em 2018, aproximadamente 650.000 pessoas morreram de doenças relacionadas à aids em todo o mundo, em comparação com 1,9 milhão em 2004 e 1,4 milhão em 2010 (Aguirre, 2015, p. 53).

Como muitas mulheres com infecção pelo HIV e seus lactentes são tratados ou tomam antirretrovirais profiláticos durante a gestação, a incidência da aids em crianças está diminuindo em muitos países africanos.

Nos dias actuais no Hospital Municipal do Nzeto, tem-se constatado a pouca eficiência no acompanhamento direito das crianças com HIV, por parte dos enfermeiros. visto que os profissionais devem ter um vínculo com os pacientes.

Tendo em conta o problema constatado, formulamos a seguinte pergunta de partida:

Qual é o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023?

•Hipóteses

Hipótese é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos explicar ou descobrir, e esclarece a dificuldade específica com a qual se defronta e que se pretende resolver por intermédio da pesquisa (Marconi & Lakato, 2010, p. 88).

Para compreendermos a problemática, achamos conveniente apresentar as seguintes hipóteses:

H1- Os exames de rotina ajudam no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV.

H2- Os exames de sangue auxiliam no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV.

H3- Hemograma completo contribui no acompanhamento especial das crianças portadoras de HIV.

• Objectivos

Objectivo é um fim ou resultado desejado das experiências. Objectivo é a descrição clara do que se pretende alcançar como resultado da nossa actividade (Diogo, 2012, p. 55).

Tendo em conta a investigação, traçamos os seguintes objectivos:

• Objectivo Geral:

- Analisar o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023.

• **Objectivos Específicos:**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico segundo as variáveis: faixa etária de 35 à 40 anos, nível académico, tempo de serviço dos técnicos do Hospital municipal do Nzeto de 10 à 18 anos.

- Identificar os factores de risco em crianças portadores de VIH/SIDA atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023;

- Descrever os procedimentos técnicos assistencial prestados em crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023;

- Propor sugestões para melhorar o acompanhamento especial em crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto.

• **Delimitação e limitação**

a) Delimitação:

Delimitamos o estudo, no Hospital Municipal do Nzeto no IIº trimestre 2023.

b) Limitação:

O presente trabalho foi limitado por seguintes intervenientes: Um (1) director geral, um (1) director clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, noventa (90) enfermeiros e seis (6) médicos.

• **Justificativa**

Durante o período do estágio curricular no referido Hospital Municipal do Nzeto, que ainda existe poucos hábitos culturais de acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV.

A escolha deste tema foi motivada por razões de ordem pessoal e profissional do pesquisador. A nível pessoal, pela convicção de que o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV é para as crianças de modo geral e em particular do Hospital Municipal de Nzeto, uma oportunidade fundamental para a salvaguarda da saúde física, mental e social das crianças.

A nível profissional porque, ao longo do percurso de mais de 10 anos, o pesquisador trabalha como técnico de administrativo na referida unidade hospitalar onde o fenómeno de crianças com HIV se regista.

A nível social, o impacto directo do estudo em relação a comunidade, acredita-se ser relevante, pois poderá servir, de orientação para se repensarem novas metodologias no acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV de no Hospital Municipal do Nzeto.

A nível académico, acreditamos que esse trabalho venha contribuir para os futuros pesquisadores que tenham interesse em aprofundar esta temática, constituindo-se assim no material de consulta para estudantes em seus trabalhos académicos ou de subsídio de apoio a alguma disciplina que aborde assuntos relacionados com esta problemática.

Uma vez que somos estudante o tema em cima referido vai nos ajudar no que diz respeito ao estudo sobre o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023. Através deste tema vamos ajudar outros profissionais de saúde que não tinham conhecimento sobre o assunto em causa.

Por isso, escolhemos este tema no sentido de dar uma visão mais clara e aprofundar a temática sobre acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, pois que é de extrema importância analisar essa problemática por ser uma preocupação da sociedade.

Motivação pessoal pela escolha do tema, durante o período do estágio curricular no referido Hospital Municipal do Nzeto, é por termos constatado que ainda existe poucos hábitos culturais de acompanhamento especial inesperado nas crianças portadoras de HIV.

Esperamos que esse trabalho sirva como um instrumento de pesquisa e que os académicos aprofundem mais sobre acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV.

•Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No Iº capítulo abordou-se a fundamentação teórica,
- No IIº capítulo apresentou-se a metodologia de pesquisa.
- No IIIº capítulo tratou-se dos resultados e discussão, e por fim fizemos menção das conclusões, sugestões, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

2. CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Definição de termos e conceitos

É a formulação de uma ideia por meio de palavras ou recursos visuais ou, seja representação mental de uma coisa concreta ou abstrata. O conceito é uma unidade abstrata criada a partir de uma combinação única de características.

•Acompanhamento especial

Acompanhamento especial é feito por técnicos de saúde com a finalidade de acompanhar a evolução médica e medicamentosa do paciente (Ferreira, 2010, p. 80).

Acompanhamento especial é quando um profissional da área da assistência ao paciente, fazer o acompanhamento e os registros dos dados e dos exames físicos (Azulay e Avello 2015, p. 28).

Acompanhamento especial é feito pelos técnicos de saúde nas unidades hospitalar (Lima e Barbosa, 2011, p. 37).

Diante do exposto, entendemos que acompanhamento especial é prestar atenção ao paciente e estar par a paço durante a medicação.

•Criança

Criança é um ser humano que ainda não chegou à fase da puberdade (Falbo, 2012, p. 26).

Criança é aquele indivíduo que transcorre pela primeira instância da vida conhecida como infância e que é anterior à puberdade (Noletto, 2014, p. 65).

Criança é um ser humano no início de seu desenvolvimento ele é chamado de recém-nascido depois de um mês de chamado de bebê de acordo (Silveira 2010, p. 37).

Percebemos que, criança é uma pessoa que está na infância e que ainda tem poucos anos de vida.

•Portadora

Portadora é uma pessoa ou animal que sofre de uma doença infecciosa (Houaiss, 2015, p. 66).

Portadora trata-se do indivíduo que está infectado com vírus ou germes de doenças de acordo (Ferreira, 2010, p. 31).

Portadores é são indivíduos infectados com uma doença infecciosa (Ximenes, 2011, p. 55).

Na nossa óptica portadora trata-se da pessoa que carrega uma doença infecciosa.

•HIV

Vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que provoca uma disfunção imunológica crônica no organismo pelo declínio dos linfócitos CD4 (Organização Mundial da Saúde OMS, 2018).

Vírus da imunodeficiência humana (HIV) são aqueles que tem como alvo o sistema imunológico e enfraquece os sistemas de defesa das pessoas contra infecções e alguns tipos de câncer (Universidade Federal do rio grande do sul, 2020).

Vírus da imunodeficiência humana (HIV) são vírus causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4 é uma molécula que se expressa na superfície de algumas células a sociedade (Brazileira de imunização, 2019).

Na nossa óptica HIV ou VIH são vírus da imunodeficiência humana que afectam e enfraquecem o sistema que defende o organismo das infecções e das doenças.

•Atendimento

Atendimento é todo suporte dado pela instituição aos seus utentes, ou seja, estabelecer conversas e contactos que permitam atender às suas dúvidas, ouvir as suas reclamações, entre outros pontos (Merhy, 2015. P. 24).

Atendimento é acto feito de atender e o modo como geralmente são atendidos profissionalmente os clientes ou os utilizadores de determinado produto, e serviço personalizado (Duarte, 2014, p. 90).

Atendimento é a promoção do bem-estar do paciente, promovendo um cuidado técnico, e se preocupando com estado emocional do utente (Ferreira, 2010, p. 67).

Na nossa visão atendimento é dar espaço para utente manifestar as suas dúvidas ou reclamações, esclarecendo todos seus questionamentos, bem como apontar e oferecer possibilidades que melhorem a sua experiência.

2.2. Breve história sobre HIV

Os estudos mostram que a transmissão dos vírus da imunodeficiência humana (HIV) de macacos para humanos pode ter acontecido ainda no século XIX. Durante décadas, o vírus se espalhou lentamente pela África e mais tarde por outras partes do mundo. Nós sabemos que o vírus existe nos Estados Unidos desde a metade dos anos 70 e no Brasil no início da década de 80.

Os primeiros casos de HIV surgiram nos Estados Unidos, Haiti e África Central definida em 1982. Confirmação do primeiro caso de Aids no Brasil e identificação da transmissão por transfusão sanguínea.

Nos meses seguintes, outros relatos que incluíam haitianos heterossexuais usuários de drogas intravenosas e em seguida, hemofílicos com sinais típicos da doença, evidenciaram que o agente etiológico não era transmissível somente pelo sexo entre homossexuais, mas também por sexo heterossexual, e por sangue e hemoderivados contaminados, no entanto o agente causador permanecia desconhecido (Centers For Disease Control, et al. 1982b).

Nesse mesmo ano, também publicou recomendações para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis a doença antes mesmo de apresentar os sintomas, o que tornaria mais difícil a identificação dos infectados.

Em Angola os primeiros casos HIV foram diagnosticado em 1985, e no primeiro semestre de 2009 foram notificados 48.651 casos de infecção por VIH (64). A prevalência ronda os 5,0%, em 16 milhões de habitantes, nas zonas fronteiriças com a República do Congo (Kinshasa), Zâmbia e Namíbia pode atingir os 10,0%.

Estudos retrospectivos revelaram que o VIH-1 surgiu na África, derivado do Vírus da 20 Imunodeficiência de Símios (do inglês, *Simian Immunodeficiency Virus*, SIV) que infectava chimpanzés e, após mutações, passou a infectar humanos (Gao et al., 1999; DE Cock, Jaffe e Curran, 2011).

2.3. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em lactentes e crianças

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada pelo retrovírus HIV-1 é menos frequente, pelo retrovírus HIV-2 (Abadia & Castro 2012, p. 54).

Na perspectiva de Aguirre e Arruda (2010, p. 71), “a infecção leva a deterioração imunológica progressiva, infecção por germes oportunistas e câncer.

A fase final corresponde à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). O diagnóstico é feito pela presença de anticorpos virais em crianças com 18 meses o tratamento é com combinações de antirretrovirais (Cunningham e Ellis, 2016).

2.4. Situação epidemiológica do VIH e Sida em Angola

Chamba e Silva (2010) relatam que em Angola os primeiros 4 casos de Sida foram diagnosticados em 1985.

Angola é um dos países com prevalência do VIH entre as mais baixas da região subsaariana. Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS, 2015-2016), o país tem 2% de prevalência na média nacional, e grandes assimetrias regionais.

A epidemia do VIH no país é classificada como generalizada pela prevalência do VIH >1% na população geral, destacando-se as relações sexuais desprotegidas como a principal via de transmissão do VIH que afecta sobretudo o sexo feminino.

Cerca de três décadas após os primeiros casos relatados, o número de doentes infectados pelo HIV em todo mundo, segundo o boletim da Unids, e de aproximadamente 36,1 milhões e a epidemia continua crescendo, principalmente em regiões mais pobres, quase todos os países relatam casos de doenças e pode se afirma que as regiões ainda não atingidas, um dia enfrentaram (Anderson & Kaplan, 2011).

A nível mundial mais de 95% das crianças infectadas pelo HIV adquiriram a infecção a partir da mãe, antes ou no momento do nascimento (transmissão vertical). A maioria dos outros casos (incluindo pacientes com hemofilia ou outras coagulopatias) se deu por infusão de sangue ou hemoderivados contaminados. Alguns casos foram resultado de abuso sexual (Blasini & Diaz, 2014).

A transmissão vertical diminuiu significativamente no mundo de 25% em 1991 (resultando em > 1.600 crianças infectadas anualmente) para $\leq 1\%$ em 2018 resultando em apenas aproximadamente 100 crianças infectadas anualmente (Faria & Piccinini, 2011).

A transmissão vertical foi reduzida utilizando triagem serológica abrangente e tratamento das gestantes infectadas durante a gestação e o parto e fornecendo profilaxia antirretroviral de curta duração para o recém-nascidos expostos (Salter-Goldie e Brophy, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), afirma que:

O número de adolescentes e adultos jovens dos (13 a 24 anos de idade) infectados pelo HIV continua aumentando, apesar do notável sucesso na diminuição idade infecção perinatal pelo HIV. Esse aumento paradoxal é o resultado da maior sobrevivência das crianças infectadas no período perinatal e aquisição de novos casos de infecção pelo HIV adquirida por transmissão sexual entre adolescentes e adultos jovens (especialmente, entre homens jovens que fazem sexo com homens).

A redução da transmissão do HIV entre homens jovens que fazem sexo com homens continua sendo um foco importante dos esforços norte-americanos do controle do HIV assim como é a continuidade da redução da transmissão vertical (Draimin & Hudis, 2011).

Em todo o mundo, cerca de 1,7 milhões de crianças têm infecção pelo HIV (4% dos casos totais notificados no mundo todo). A cada ano, cerca de 160.000 novas crianças são infectadas (9% de todas as novas infecções), e cerca de 100.000 crianças morrem (Earls & Carlson, 2013).

Embora esses números representem uma quantidade assustadora de casos da doença, novos programas criados para fornecer terapia antirretroviral (TARV) para gestantes e crianças reduziram o número anual de novas infecções na infância

e mortes em crianças em 33-50% nos últimos anos (1) (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

As crianças infectadas ainda não recebem TARV tão frequentemente quanto os adultos, e interromper a transmissão vertical e fornecer tratamento para crianças infectadas pelo HIV continuam sendo os dois objectivos mais importantes da medicina pediátrica global contra o HIV de acordo (Ellis & Secord, 2015, p, 63).

2.5. Transmissão do HIV

Estima-se que o risco de infecção para uma criança nascida de mãe HIV-positiva e que não recebeu terapia antirretroviral durante a gestação seja de 25% (intervalo de 13 a 39%) (Organização Mundial da Saúde, 2018).

2.6. Os factores de risco para transmissão vertical

- Soroconversão durante a gestação ou amamentação (principal risco)
- Concentração plasmática alta de RNA viral (principal risco)
- Doença materna avançada
- Baixa contagem materna de células T CD4+ periféricas

Ruptura prolongada das membranas não é mais considerada um factor de risco importante.

Para o parto cesariana antes do início do trabalho de parto activo reduz esse risco de transmissão da mãe para o filho (TMF). Entretanto, está claro que a TMF pode ser reduzida significativamente com a terapia antirretroviral de combinação, geralmente incluindo zidovudina (ZDV) para mãe e recém-nascido (Prevenção). (Faria & Piccinini, 2011, p. 71).

A monoterapia com ZDV reduz a TMF de 25% para aproximadamente 8%; e a actual TARV de combinação a reduz para $\leq 1\%$. No leite materno humano, detectou-se a presença do HIV tanto nas células como nas fracções livres de células (Kmita & Niemiec, 2012).

a incidência de transmissão pela amamentação é de aproximadamente 6/100 crianças alimentadas no peito/ano. Estimativas do risco global de transmissão pela

amamentação são de 12 a 14%, refletindo a variação do tempo de amamentação (Forsyth, 2013, p. 45).

Essa transmissão parece ser maior em mães com altas concentrações plasmáticas de RNA viral (p. ex., mulheres que se infectaram durante a gestação ou durante o período de amamentação (King & Patel, 2016).

2.1.1. Classificação

A infecção pelo HIV provoca um espectro amplo de doenças, das quais a aids é a mais grave. Esquemas anteriores de classificação epidemiológica estabelecidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definiam a progressão do declínio clínico e imunológico (Gossart & Moss, 2010).

Essas categorias clínicas e imunológicas começam a ter menos relevância clínica na era da TARV de combinação. Quando a TARV é tomada como prescrito, ela quase invariavelmente diminui os sintomas e aumenta as contagens de células T CD4 + (Franklin & Havens, 2015).

As categorias são mais úteis para pesquisa clínica e descrição da gravidade da doença no momento do diagnóstico em crianças < 13 anos de idade (O'Hare & Southall, 2015, p. 45).

O sistema de classificação para adolescentes > 13 anos de idade e adultos agora simplesmente inclui a contagem de linfócitos T CD4+ como o principal componente do estadiamento, a menos que as condições definidoras da aids (p. ex., infecções oportunistas) estejam presentes (Categorias clínicas para crianças < 13 anos de idade portadoras de infecção pelo HIV) (Rotheram-Borus & Lester, 2015).

• Categorias clínicas

As categorias clínicas em crianças < 13 anos (Categorias clínicas para crianças < 13 anos de idade portadoras de infecção pelo HIV) são definidas pela presença ou pela ausência de certas infecções oportunistas comuns ou cânceres; Essas categorias são: (Organização Mundial da Saúde, 2018).

- N = Não sintomática

- A = Levemente sintomática
- B = Moderadamente sintomática
- C = Gravemente sintomática

- **Categorias imunológicas**

As categorias imunológicas (estágios da infecção pelo HIV) em crianças < 13 anos (Categorias imunológicas (estágios da infecção pelo HIV) para crianças < 13 anos com infecção pelo HIV com base na porcentagem ou contagem de células T CD4+ específica para a idade) refletem o grau de imunossupressão baseada na contagem de células T CD4+ (contagem absoluta e como porcentagem da contagem total dos linfócitos): (Miller & Bortner, 2016).

- 1 = Nenhuma evidência de supressão imunitária
- 2 = Supressão moderada
- 3 = Supressão grave

Uma criança classificada no estágio B3 deve ter sintomas clínicos moderadamente avançados e grave comprometimento imunitário. (Rotheram-Borus & Lester, 2015).

As categorias clínicas e imunológicas formam uma hierarquia unidireccional; uma vez classificada em certo nível, a criança não pode ser reclassificada para um nível menos grave, independentemente da melhora clínica ou imunológica (Schiff & Rakusan, 2011).

2.1.2. Sinais e sintomas

- **História natural em crianças não tratadas**

Lactentes infectados no período perinatal geralmente são assintomáticos durante os primeiros meses de vida, mesmo se nenhuma TARV de combinação for iniciada (Gewirtz & Gossart, 2010, p. 23).

Para Organização Mundial da Saúde (2018), embora a média de idade para o início dos sintomas seja por volta dos 3 anos, algumas crianças permanecem

assintomáticas por > 5 anos e, com TARV apropriada, a expectativa é que sobrevivam até a fase adulta.

Na mesma senda Organização Mundial da Saúde (2018), realça que na era pré-TARV, cerca de 10 a 15% das crianças apresentavam progressão rápida da doença, com ocorrência dos sintomas no primeiro ano de vida e morte entre 18 e 36 meses, admitindo-se que elas tenham adquirido a doença em vida intrauterina.

As maiores das crianças adquirem a infecção provavelmente perto do nascimento e tem menor progressão da doença (sobrevivendo além dos 5 anos, mesmo antes da TARV ter sido rotineiramente utilizada) (Lester & Wara, (2012, p. 91).

De acordo Simoni & Malow (2018), diziam que:

As manifestações mais comuns da infecção pelo HIV em crianças que não recebem a TARV incluem linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia, má evolução ponderal, candidíase oral, doenças do sistema nervoso central (incluindo retardo de desenvolvimento, que pode ser progressivo), pneumonite intersticial linfóide, bacteremia recorrente, infecções oportunistas, diarreia recorrente, parotidite, miocardiopatia, hepatite, nefropatia e doenças malignas.

• **Complicações do HIV em crianças**

Quando ocorrem complicações, elas normalmente envolvem infecções oportunistas (e raramente câncer). A TARV combinada tornou essas infecções incomuns, e agora elas ocorrem principalmente em crianças não diagnosticadas que ainda não receberam TARV ou em crianças que não aderem à TARV (Thomason e Campos, 2013).

Quando ocorrem infecções oportunistas, a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é a causa mais comum e grave e tem alta taxa de mortalidade (Lwin & Melvin, 2011, p. 32).

A pneumonia pelo *Pneumocystis* pode ocorrer em idades precoces como 4 a 6 semanas, embora seja mais frequente entre as idades de 3 a 6 meses em lactentes que adquiriram a infecção antes do nascimento ou na ocasião deste (Wiener e Spencer, 2013).

Lactentes e crianças maiores com pneumonia por *Pneumocystis* desenvolvem caracteristicamente pneumonite sub-aguda, difusa, com taquipneia e dispneia em repouso, dessaturação do oxigênio, tosse não produtiva e febre (em contraste com aqueles adultos e crianças imunocomprometidos com infecção não HIV nos quais o início é mais agudo e fulminante) (Aguirre & Arruda, 2010).

Para King & Patel (2016), realçam que:

Outras infecções oportunistas em crianças imunocomprometidas incluem esofagite por *Candida*, infecção por citomegalovírus disseminada, infecção pelo vírus do herpes simples disseminada ou crônica, infecção pelo vírus varicela-zoster e, menos frequentemente, infecções complexas por *Mycobacterium tuberculosis* e *M. avium*, enterite crônica causada por *Cryptosporidium* ou outros organismos e criptococos disseminados ou do sistema nervoso central ou infecção pelo *Toxoplasma gondii*.

Doenças malignas em crianças imunologicamente comprometidas com infecção pelo HIV são relativamente raras, porém leiomiossarcomas e certos linfomas, incluindo os do sistema nervoso central e os não Hodgkin de células B (tipo Burkitt), ocorrem muito mais frequentemente do que em crianças imunocompetentes (Lovrin, 2015).

O sarcoma de Kaposi é muito raro em crianças infectadas pelo HIV. Ver Cânceres comuns em pacientes infectados pelo HIV (Seidl & Meireles 2015, p. 29).

• Crianças que recebem terapia antirretroviral combinada (ART)

A TARV de combinação alterou significativamente as manifestações clínicas da infecção HIV na Pediatria (Salter-Goldie e Brophy, 2019).

Embora a pneumonia bacteriana e outras infecções bacterianas (p. ex., bacteremia, otite média recorrente) ainda ocorram com maior frequência em crianças infectadas pelo HIV as infecções oportunistas e o déficit de crescimento são muito menos frequentes do que na era pré-TARV (Lester & Wara, 2012).

Novos problemas são relatados, como dislipidemias, hiperglicemia, má distribuição gordurosa (lipodistrofia, lipoatrofia), nefropatia e osteonecrose; entretanto, a incidência é menor em crianças do que em adultos infectados pelo HIV. Embora a TARV de combinação melhore claramente o achado de neurodes

envolvimento, parece haver aumento dos problemas de comportamento e cognitivos nas crianças infectadas pelo HIV tratadas (Simoni & Rana, 2017).

Não está claro se esses problemas são causados pelo próprio HIV pelas fármacos terapêuticos ou por outros factores biopsicossociais entre as crianças infectadas pelo HIV (Trad & Greenblatt, 2014, p. 82).

Não se sabe se quaisquer efeitos adicionais da infecção pelo HIV ou TARV durante períodos críticos do crescimento e desenvolvimento se manifestarão mais tarde na vida. Entretanto, nenhum desses efeitos foi observado em crianças infectadas no período perinatal que foram tratadas com TARV e agora são adultos jovens (Willemsen & Anscombe, 2011).

Para detectar esses efeitos adversos, os profissionais de saúde terão de monitorar as crianças infectadas pelo HIV ao longo do tempo (Forsyth (2013, p. 71).

2.1.3. Diagnóstico

- Testes serológicos de anticorpos

- Testes de ácido nucleico virológicos (NATs; incluem reacção em cadeia da polimerase do DNA do HIV ou ensaios do RNA do HIV)

• Exames específicos para HIV

Em crianças com > 18 meses de idade, o diagnóstico da infecção pelo HIV é feito usando um imunoensaio de 4ª geração de uma combinação antígeno/anticorpo para HIV-1/2 no soro, seguido de ensaio de 2ª geração de diferenciação de anticorpos para HIV-1/2 e, se necessário, ensaio qualitativo de RNA do HIV-1 (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2018).

O algoritmo desse teste de diagnóstico suplantou o teste sequencial anterior por imunoensaio do soro e confirmação de Western blot. Apenas muito raramente, em crianças maiores infectadas pelo HIV o anticorpo HIV está ausente devido à presença de hipogamaglobulinemia significativa (Kmita & Niemiec, 2012, p. 82).

Segundo Simoni & Rana, S. (2017), afirma que:

Crianças com < 18 meses retêm os anticorpos maternos, gerando resultados falso-positivos mesmo com o imunoensaio de 4ª geração de uma combinação antígeno/anticorpo para

HIV-1/2, assim o diagnóstico é feito com ensaios virológicos, como ensaios qualitativos de RNA (p. ex., amplificação mediada por transcrição do RNA) ou ensaios de PCR para DNA (coletivamente conhecidos como NATs), que podem diagnosticar cerca de 30% a 50% dos casos ao nascimento e perto de 100% ao redor dos 4 a 6 meses de idade.

A cultura do vírus HIV tem sensibilidade e especificidade aceitáveis, mas foi substituída por NATs porque é tecnicamente mais exigente e perigosa.

O ensaio quantitativo de RNA do HIV (i. e., ensaios da carga viral no plasma usados para monitorar a eficácia do tratamento) é um tipo de NAT cada vez mais utilizado para testes diagnósticos em lactentes (Aguirre & Arruda, 2010).

Os ensaios qualitativos com RNA provavelmente são tão sensíveis quanto o PCR para DNA em lactentes não expostos a terapia TAV, são menos dispendiosos e estão mais amplamente disponíveis do que outros NATs (Lester & Wara, 2012).

Deve-se tomar cuidado ao utilizar o ensaio RNA para o diagnóstico de lactentes, porque a especificidade é incerta em baixas concentrações de RNA (< 5.000 cópias/mL) e a sensibilidade é desconhecida em lactentes cujas mães estão em completa supressão viral sob tratamento, por ocasião do parto (Thomason e Campos, 2013).

Pode-se realizar testes rápidos de imunoensaio para a detecção do HIV em secreções orais, sangue total ou soro e os resultados são fornecidos em questão de minutos a horas (Forsyth, 2013, p. 78).

Testes rápidos de imunoensaio são mais utilizados durante o período de trabalho de parto para testar mulheres cujas condições sorológicas para o HIV são desconhecidas, permitindo assim aconselhamento, instituição da TARV para prevenir a TMF e testes para lactentes a ser programados ao nascimento (Blasini & Diaz, 2014, p. 20).

Do mesmo modo, as vantagens aumentam em outros locais (p. ex., prontos-socorros, clínicas de adolescentes, clínicas de doenças sexualmente transmissíveis) e nos países em desenvolvimento (Cunningham e Ellis, 2016).

Realça que os ensaios rápidos normalmente requerem testes de confirmação, como um segundo ensaio de antígenos/anticorpos, ensaio de diferenciação de anticorpos para HIV-1/2 ou um NAT (Draimin & Hudis, 2011).

Esses testes confirmatórios são especialmente importantes porque, em áreas onde a prevalência esperada do HIV é baixa, mesmo um ensaio específico rápido fornece resultados falso-positivos na maioria das vezes (baixo valor preditivo positivo pelo teorema de Bayes).

Quanto maior a probabilidade pré-teste do HIV (soroprevalência), maior o valor preditivo positivo do teste (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

À medida que mais laboratórios são capazes de realizar testes com resultado no mesmo dia usando imunoensaios de 4ª geração de combinação de antígeno/anticorpo para HIV-1/2, haverá menos necessidade de imunoensaios rápidos comparativamente menos sensíveis e menos específicos (Earls & Carlson, 2013).

Antes de submeter a criança aos testes para HIV a mãe ou os responsáveis (e a criança, se tiver idade suficiente) devem ser orientados quanto aos possíveis riscos e benefícios psicossociais do teste (Abadia & Castro, 2012, p. 38).

Deve-se obter consentimento informado oral (ou escrito) e deve-se registrá-lo no prontuário do paciente, de acordo com a regulamentação do estado, local, regras e política do hospital (Blasini & Diaz, 2014).

A necessidade de orientação e consentimento não deve impedir o teste se houver indicação para a medicação; a recusa do consentimento por parte do paciente ou do responsável não libera o médico de suas responsabilidades profissional e legal, e algumas vezes a autorização para a realização dos testes precisa ser obtida de outra forma (p. ex., por ordem judicial) (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2018).

Os resultados dos testes devem ser discutidos pessoalmente com a família, com o responsável e, se tiver idade suficiente, com a criança. Se a criança for HIV-positiva, deverão ser providenciados orientação apropriada e seguimento subsequente (Gossart & Moss, 2010).

em todos os casos, é essencial que se mantenha uma conduta confidencial. Crianças e adolescentes que atendem os critérios da infecção pelo HIV ou aids devem ser encaminhadas para o departamento de saúde pública apropriado.[Para

perguntas sobre o diagnóstico neonatal, nos EUA, os médicos podem ligar para a Perinatal HIV Consultation and Referral Services Hotline: 1-888-HIV-8765 (1-888-448-8765).] (Rotheram-Borus & Lester, 2015).

• **Cronogramas de testes de HIV na exposição perinatal**

Os cronogramas de testes variam dependendo se o lactente exposto no período perinatal ao HIV por uma mãe com infecção pelo HIV tinha baixo ou maior risco de transmissão; lactentes de alto risco são testados com mais frequência. Define-se baixo risco de transmissão perinatal do HIV como: (Miller & Bortner, 2016, p. 29).

- A mãe recebeu terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação.
- A mãe fez bom controle virológico (como mostrado pela carga viral plasmática de HIV de < 50 cópias/mL) próximo do parto.
- Não houve preocupações em relação à adesão da mãe à TARV.

É recomendado exames para recém-nascidos de baixo risco nas idades: (OMS, 2018).

- 14 a 21 dias
- Um a dois meses (pelo menos 2 semanas após a interrupção da profilaxia ARV)
- 4 a 6 meses

Define-se risco aumentado de transmissão perinatal do HIV em caso de uma mãe que tem infecção pelo HIV e um ou mais dos fatores a seguir: (Gossart & Moss, 2010).

- Não receberam cuidados pré-natais;
- Não receberam TARV durante a gestação;
- Não receberam antirretrovirais pré-parto ou intraparto;
- Receberam apenas fármacos intraparto;
- Iniciada a TARV tardiamente na gestação (durante o final do 2.º ou no 3.º trimestre);
- Diagnosticada com infecção aguda pelo HIV durante a gestação;

- Tiveram carga viral plasmática do HIV desconhecida ou detectável (≥ 50 cópias/mL) perto do parto (particularmente quando o parto foi normal);
- Tem infecção aguda ou primária pelo HIV durante a gestação ou o aleitamento materno (caso em que deve-se interromper o aleitamento materno);

Recomendam-se exames para lactentes com maior risco nas idades: (Faria & Piccinini, 2011).

- Nascimento;
- 14 a 21 dias;
- 1 a 2 meses
- 2 a 3 meses (2 a 6 semanas após a interrupção da profilaxia com ARV);
- 4 a 6 meses;

Confirmar um teste positivo imediatamente utilizando o mesmo teste ou outro teste virológico; dois testes positivos confirmam a infecção pelo HIV. Se os testes serológicos para HIV são negativos em ≥ 2 semanas e em ≥ 4 semanas e na ausência de qualquer doença definidora de sida, considera-se o lactente presumivelmente não infectado (i.e., com $> 95\%$ de precisão) (Simoni & Rana, 2017).

se os testes virológicos para HIV também são negativos em ≥ 4 semanas e em ≥ 4 meses, e novamente na ausência de qualquer doença definidora de sida, considera-se o lactente definitivamente não infectado (i.e., com cerca de 100% de precisão) (Brasil, 2010).

De acordo Draimin & Hudis (2011), afirmam que:

Muitos especialistas continuam a recomendar testes de acompanhamento para anticorpos (1 ensaio combinado de antígenos/anticorpos em lactentes > 18 meses ou, alternativamente, 2 ensaios realizados entre 6 e 18 meses) para excluir definitivamente infecção pelo HIV e confirmar a soro-reversão (perda de anticorpos HIV adquiridos passivamente). Se um lactente com < 18 meses com anticorpo positivo, porém, com teste virológico negativo, desenvolve uma doença que define aids (categoria C-Categorias clínicas para crianças < 13 anos de idade portadoras de infecção pelo HIV), fica confirmado o diagnóstico de infecção pelo HIV.

Outros testes. A infecção, uma vez diagnosticada, deve ser complementada por outros testes:

- Contagem de células T CD4+
- Contagem de células T CD8+

- Concentração plasmática de RNA viral

As crianças infectadas necessitam de avaliação de contagem de células T CD4+ e CD8+ e concentração plasmática de RNA viral (carga viral) para auxiliar na avaliação do grau da doença, prognóstico e efeitos da terapia (Abadia & Castro, 2012).

As contagens de CD4+ podem estar inicialmente normais (p. ex., acima dos pontos de corte específicos para a idade da categoria 1 na tabela Categorias imunológicas (estágios da infecção pelo HIV) para crianças < 13 anos infectadas pelo HIV com base na porcentagem ou contagem de linfócitos T CD4+ específicos para a idade), mas, com o tempo, caem (Blasini & Diaz, 2014).

Para Thomason e Campos (2013), a contagem de CD8+ geralmente aumenta no início e não diminui até a fase tardia da infecção. Essas alterações na população celular resultam da diminuição da relação CD4+:CD8+, o que é uma característica da infecção pelo HIV (embora, às vezes, possa ocorrer em outras infecções).

as concentrações plasmáticas de RNA viral em crianças < 12 meses não tratadas são tipicamente muito altas (média ao redor de 200.000 cópias de RNA/mL). Até os 24 meses, em crianças não tratadas, as concentrações virais diminuem (para média ao redor de 40.000 cópias de RNA/mL) (Trad & Greenblatt, 2014, p. 77).

Apesar das amplas variações nas concentrações do RNA HIV nas crianças tornarem os dados de morbidade e mortalidade menos preditivos do que nos adultos, a determinação das concentrações plasmáticas virais, somada às contagens do CD4+, ainda fornece informações prognósticas mais acuradas do que a determinação isolada de marcadores (Wiener e Spencer, 2013).

A substituição por marcadores é uma alternativa de custo menor, como as contagens totais de linfócitos e níveis séricos de albumina, que também podem prognosticar a mortalidade entre crianças portadoras de aids, o que pode ser útil em países em desenvolvimento (Miller & Bortner, 2016).

Embora não sejam avaliadas rotineiramente, as concentrações séricas de imunoglobulinas, particularmente IgG e IgA, estão frequentemente elevadas, mas algumas crianças desenvolvem pan-hipogamaglobulinemia ocasionalmente. Os

pacientes podem ser anérgicos aos testes antigênicos cutâneos (Cunningham e Ellis, 2016).

2.1.4. Prognóstico

De acordo Earls & Carlson (2013), realçam que:

Na era pré-TARV, 10 a 15% das crianças de países industrializados e possivelmente 50 a 80% das de países em desenvolvimento morriam antes dos 4 anos de idade; no entanto, com esquemas apropriados TARV de combinação, a maioria das crianças infectadas no período perinatal sobrevive bem na adolescência. Um número cada vez maior desses adultos jovens infectados no período perinatal deu à luz ou gerou seus próprios filhos.

Todavia, se ocorrerem infecções oportunistas, particularmente pneumonia por *Pneumocystis*, doença neurológica progressiva ou doença consuntiva grave e, se a terapia TARV de combinação não conseguir recuperar o controle virológico e imunológico. o prognóstico é reservado (Anderson & Kaplan, 2011).

Na pneumonia pelo *Pneumocystis*, a mortalidade é de 5 a 40%, quando tratada, e quase 100%, quando não tratada. O prognóstico também é ruim para aqueles casos em que o vírus é detectado cedo (até 7 dias de vida) ou quando os sintomas desenvolvem-se no primeiro ano de vida (Draimin & Hudis, 2011).

Houve um único caso bem documentado de um adulto em quem replicação competente do HIV foi erradicada (a pessoa foi "curada" por > 5 anos). Esse adulto infectado pelo HIV exigiu transplante de células-tronco hematopoiéticas para leucemia (Forsyth, 2013).

As células do doador eram homozigóticas para a mutação CCR5-delta 32, o que tornou os linfócitos enxertados resistentes à infecção por HIV-CCR5 trópico; subsequentemente, o HIV permaneceu indetectável. É provável que TARV, ablação da medula óssea e doença enxerto-versus-hospedeiro também tenham contribuído para a cura dessa pessoa (Aguirre & Arruda, 2010, p. 85).

Outros receptores de transplante infectados pelo HIV não apresentaram cura; alguns poucos casos bem documentados de lactentes com erradicação transitória de replicação de HIV também foram notificados (Gossart & Moss, 2010).

Uma dessas crianças nasceu de uma mãe infectada pelo HIV que não tinha recebido cuidados pré-natais nem TARV pré-natal (ou intraparto). A partir do segundo dia de vida, o lactente recebeu TARV combinada em doses elevadas ainda sem conhecer o grau de segurança e eficácia de uso nas primeiras 2 semanas de vida (King & Patel, 2016).

A TARV foi administrada por cerca de 15 meses, e então foi inadvertidamente interrompida. Entretanto, aos 24 meses de idade o lactente não tinha RNA do vírus replicante detectável ("cura funcional"), mas tinha DNA pró-viral detectável. Subsequentemente, porém, houve replicação do HIV (Rotheram-Borus & Lester, 2015, p. 76).

Existe vários casos semelhantes de lactentes com interrupção temporária da replicação do HIV foram relatados; nenhum foi "curado" da infecção pelo HIV e ainda não se sabe se a cura é possível (Salter-Goldie e Brophy, 2019).

O que é conhecido, porém, é que a infecção por HIV é uma infecção tratável que já é compatível com uma sobrevivência a longo prazo se TARV eficaz é administrada. Pesquisas futuras sem dúvida descobrirão maneiras de melhorar a tolerância à TARV, sua eficácia e talvez ajudar a alcançar o objectivo da terapia curativa. Actualmente, não se recomenda a interrupção da TARV (Schiff & Rakusan, 2011).

2.1.5. Tratamento

- **Antirretrovirais (ARV):**

TARV de combinação mais comumente inclui inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos 2 (INTRs), mais um inibidor da protease (PI) ou um inibidor da transferência da cadeia da integrase (INSTI); às vezes administra-se um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo (INNTR) com 2 INTRs.

O sucesso do tratamento para VIH/SIDA depende da adesão ao tratamento, sendo assim, os serviços de saúde exercem um papel importante para a adesão, garantindo o acesso ao TARV e à assistência ofertada pelos profissionais de saúde, baseada na educação em saúde, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional, na realização de oficinas e

grupos de adesão. Podendo favorecer o processo de adesão e tornar o paciente o principal sujeito deste processo de mudança (Paschoal et al., 2014 p.67,).

O enfermeiro pode utilizar para melhorar a adesão, tais como: disponibilização de livros e cartilhas com orientações; diário para registo do uso de anti-retrovirais; tabelas de horários; e grupos de apoio (Silva et al., 2017, p.45).

O enfermeiro, enquanto membro da equipe interdisciplinar em saúde, é o profissional apontado como aquele que possui uma actuação de destaque, colaborando para a efectividade do tratamento esclarecendo dúvidas quanto aos efeitos colaterais do tratamento.

• Cuidados de suporte

Por causa do sucesso da TARV de combinação, boa parte do foco actual está voltado para a conduta da infecção pelo HIV como uma doença crônica, objectivando questões médicas e sociais (Lwin & Melvin, 2011, p. 46)

Questões médicas importantes a longo prazo incluem a necessidade de administrar complicações metabólicas relacionadas com o HIV e com os fármacos e as considerações sobre alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica relacionadas com a idade (Lester & Wara, 2012).

Questões sociais incluem a necessidade de enfrentar a pressão do parceiro adolescente não infectado, assegurar o sucesso escolar, a escolha apropriada da carreira e a orientação da criança sobre o risco da transmissão (Kmita & Niemiec, 2012).

Os adolescentes geralmente têm dificuldade de observar e de seguir a orientação dos cuidados de saúde e precisam de ajuda para aderir ao tratamento. Crianças e adolescentes devem ser tratados com a colaboração de especialistas que têm experiência no tratamento da infecção pediátrica pelo HIV (Gossart & Moss, 2010).

2.1.6. Indicações para TARV em crianças

Em 2005, convindo a reestruturar e adequar o estado organizativo do então Programa Nacional de Luta Contra o VIH e SIDA, para uma melhor coordenação à

resposta nacional a epidemia, é criado por Decreto Executivo do Conselho de Ministros, o Instituto Nacional de Luta Contra o VIH e SIDA (Instituto Nacional de Luta Contra Sida (INLS), 2006, p. 16).

Para responder ao aumento ao tratamento significativo de pacientes com VIH/SIDA, é criado o Hospital Esperança (HE) integrante do INLS, para ser o centro de referência para o diagnóstico, assistência e tratamento anti-retroviral de Angola.

Dessa forma, garantindo o acesso gratuito ao tratamento Anti-retroviral (TARV) e infecções oportunistas (IO) com suporte de todos os exames para-clínicos necessários para o seguimento adequado desses pacientes.

O início da TARV em crianças é semelhante ao de adultos; essencialmente, todas as crianças com infecção pelo HIV devem receber TARV o mais rápido possível (início rápido após 1 a 2 semanas do diagnóstico (O'Hare & Southall, 2015).

o objectivo da terapia é semelhante àquele para adultos: suprimir a replicação do HIV (como medida no plasma pela carga viral por PCR do RNA do HIV) e manter ou alcançar contagens do CD4+ normais para a idade e percentual mínimo de toxicidade (Faria & Piccinini, 2011, p. 57).

Antes de tomar a decisão de iniciar o tratamento, o médico deve avaliar totalmente a disposição e adesão do responsável e da criança à administração de fármacos ARV e discutir os potenciais benefícios e riscos do tratamento.

Como as opiniões dos especialistas em estratégias terapêuticas mudam rapidamente, é veementemente aconselhável consultar especialistas (Abadia & Castro, 2012).

2.2.1. Adesão

A terapia com antirretrovirais só será bem-sucedida se houver adesão a possível tratamento médico complexo por parte da família e da criança. A não adesão não apenas conduz ao fracasso do controle do HIV como também estimula a resistência aos fármacos, o que reduz escolhas terapêuticas futuras (Salter-Goldie e Brophy, 2019).

De acordo Blasini & Diaz, (2014), afirmam que:

As barreiras à adesão devem ser abordadas antes de iniciar o tratamento. Barreiras incluem disponibilidade e palatabilidade das pílulas ou suspensões, efeitos adversos (incluindo aqueles decorrentes de interações de fármacos com a terapia actual), factores farmacocinéticos, como a necessidade de administrar alguns fármacos com o alimento ou em jejum, o fato de a criança depender de outros para a administração do fármaco (pais infectados pelo HIV podem ter problemas relacionados com o próprio tratamento). Regimes mais recentes de combinação uma ou 2 vezes/dia e formulações pediátricas mais palatáveis podem ajudar a melhorar a adesão.

A adesão pode ser especialmente problemática em crianças, infectados no período perinatal ou adquiriram a infecção pelo HIV mais tarde por meio de actividade sexual (Draimin & Hudis, 2011).

No entanto, a adesão ao tratamento depende de factores que vão além da criação de políticas de saúde, como: factores sociais; factores económicos; comprometimento da equipe de saúde; e conhecimento do paciente acerca de sua doença. É com base na eficácia dessa adesão que se obtém respostas nos casos – seja para manutenção da saúde ou para complicações secundárias,

As crianças têm problemas biopsicossociais complexos, como baixa autoestima, estilos de vida caóticos e não estruturados, medo de ser excluído por causa da doença e, às vezes, falta de apoio familiar, todos os quais podem reduzir a adesão aos fármacos (Gewirtz & Gossart, 2010).

Além disso, as crianças podem não ter a capacidade de entender por que os fármacos são necessários durante os períodos de infecção assintomática e eles podem se preocupar muito como os efeitos adversos (Simoni & Rana, 2017).

Apesar de contato frequente com o sistema de saúde, as crianças infectados no período perinatal podem temer ou negar sua infecção pelo HIV não confiar nas informações fornecidas pela equipe de cuidados de saúde e fazer a transição para o sistema de saúde de crianças de modo inapropriado (Trad & Greenblatt, 2014).

Segundo Anderson & Kaplan (2011), diziam que:

Regimes de tratamento para crianças devem levar em consideração essas questões. Embora o objectivo seja fazer as crianças aderir o melhor possível a um regime potente de fármacos ARV, uma avaliação realista da maturidade do adolescente e dos sistemas de suporte pode sugerir que o plano de tratamento comece focando em evitar doenças oportunistas e fornecer informações sobre os serviços de saúde reprodutiva, habitação e como ser bem-sucedido na escola. Depois os membros da equipe de tratamento estão

seguros de que a criança está recebendo o apoio adequado, eles podem decidir exatamente quais fármacos ARV são os melhores.

2.2.2. Acompanhamento clínico e laboratorial

De acordo com Sousa e Nunes, (2008, p.67), adesão pode ser entendida como a conduta que uma pessoa, tomar fármacos, acompanhar o regime ou fazer modificações de estilo de vida, que aceita os conselhos dos profissionais de saúde.

No entanto, a adesão ao tratamento depende de factores que vão além da criação de políticas de saúde, como: factores sociais; factores económicos; comprometimento da equipe de saúde; e conhecimento do paciente acerca de sua doença. É com base na eficácia dessa adesão que se obtém respostas nos casos – seja para manutenção da saúde ou para complicações secundárias, (Sanare, 2017).

O acompanhamento clínico laboratorial é importante na identificação da toxicidade do fármaco e o fracasso terapêutico (Lovrin, 2015).

- Ao começar o tratamento e iniciar a TARV (e se o esquema de TARV for alterado): exame físico, avaliação da adesão, hemograma completo, exames químicos de sangue incluindo electrólitos, testes de função hepática e renal, carga viral de RNA do HIV e contagem de linfócitos CD4 + e, para adolescentes do sexo feminino, teste de gravidez.
- A cada 3 ou 4 meses: exame físico, avaliação da adesão, hemograma completo, exames químicos de sangue como electrólitos, testes de função hepática e renal, carga viral de RNA do HIV no plasma e contagem de linfócitos CD4+
- A cada 6 a 12 meses: perfil lipídico e exame de urina Deve-se fazer o teste de resistência genotípica ao HIV no começo do tratamento e após alterações na TARV por causa da presumível falha virológica.

2.2.3. Análise laboratorial de HIV antiretroviral drug resistance testing genotypic

Se abacavir é administrado, deve-se testar o estado de HLA-B*5701; administrar abacavir apenas a pacientes negativos para HLA-B*5701. Realiza-se com frequência esse teste no início do tratamento, de modo que a segurança do possível uso futuro do abacavir seja conhecida (Rotheram-Borus & Lester, 2015).

Se o estado das crianças é estável durante o tratamento, i. e, RNA do HIV não detectável e contagens de linfócitos CD4 ajustadas para a idade normal sem sinais clínicos de toxicidade por pelo menos 12 meses, e sistema de apoio familiar estável, muitos médicos irão estender o intervalo dos exames laboratoriais para a cada 6 meses (Seidl & Meireles, 2015).

Entretanto, consultas médicas a cada 3 meses são valiosas porque os médicos têm a oportunidade de rever a adesão, monitorar o crescimento e sintomas clínicos e atualizar a dosagem dos fármacos ARV de acordo com o peso, conforme necessário (Trad & Greenblatt, 2014).

2.2.4. Análise laboratorial HIV viral load

- **Integração das crianças infectadas pelo HIV**

A criança infectada pelo HIV afeta a família toda. Recomendam-se testes sorológicos para os irmãos e os pais. O médico deve oferecer educação e aconselhamento contínuo (Rotheram-Borus & Lester, 2015).

A criança infectada deve ser instruída quanto aos cuidados de higiene e comportamento para reduzir riscos para outros. A idade e a maturidade da criança determinarão quando a doença será revelada a ela e até que ponto (Seidl & Meireles, 2015, p. 24).

As crianças maiores e os adolescentes devem estar cientes do diagnóstico e da possibilidade de transmissão sexual, devendo ser aconselhados apropriadamente. As famílias podem não desejar partilhar o diagnóstico com pessoas de fora e com os parentes, temendo que isso possa causar isolamento social. Sentimentos de culpa são comuns (Kmita & Niemiec, 2012, p. 82).

Os familiares, incluindo as crianças, podem tornar-se clinicamente depressivos e necessitar de aconselhamento. Como a infecção por HIV não é adquirida pelos tipos típicos de contacto que ocorrem entre as crianças (p. ex., de saliva ou lágrimas), a maioria das crianças infectadas pelo HIV deve frequentar a escola sem restrições (Gossart & Moss, 2010).

Do mesmo modo, não há razões para restringir a criação ou a adoção dessas crianças, condições de possíveis riscos para outras crianças (p. ex., mordidas

agressivas ou a existência de lesão exsudativa, lesões de pele que não podem ser encobertas) podem exigir precauções especiais (Simoni & Malow, 2018).

O número de pessoal da escola avisado das condições da criança deve ser o mínimo necessário para garantir cuidados próprios de segurança. A família tem o direito de informar a escola, mas o pessoal envolvido nos cuidados e na educação de uma criança infectada deve respeitar os direitos de privacidade da criança (Wiener e Spencer, 2013).

A revelação das informações deve ser feita somente com o consentimento informado dos pais ou dos tutores legais e da própria criança com idade apropriada (Thomason e Campos, 2013, p. 68).

2.2.5. Vacinação

Os protocolos de vacinação pediátricos de rotina (Calendário de vacinação infantil) são recomendados para crianças com infecção pelo HIV com várias exceções (Franklin & Havens, 2015).

Portanto Wiener e Spencer (2013), realçam que:

A principal exceção é a das vacinas com vírus vivo e bactérias vivas (p. ex., BCG [bacille Calmette–Guérin]), que devem ser evitadas ou utilizadas apenas em certas circunstâncias (Considerações para o uso de vacinas vivas em crianças com infecção pelo HIV). Além disso, 1 a 2 meses após a última dose da série da vacina de hepatite B, crianças infectadas pelo HIV devem ser testadas para determinar se o nível de anticorpos contra o antígeno de superfície da hepatite B (anti-HBs) é protetor (≥ 10 mUI/mL).

Crianças e adolescentes infectados pelo HIV < 18 anos de idade devem ser imunizados com a vacina pneumocócica conjugada 13-valente (PCV-13) é de 6 semanas e também com a vacina polissacáride pneumocócica (PPSV). Certas recomendações para o tratamento pós-exposição também diferem (Ellis & Secord, 2015).

A vacina oral contra o poliovírus vivo e a vacina de vírus vivo atenuado contra influenza não são recomendadas; entretanto, a vacina com vírus inativado contra pólio deve ser administrada de acordo com o cronograma de rotina e a vacinação com vírus inativado contra influenza deve ser administrada anualmente (Draimin & Hudis, 2011).

A vacina viva contra sarampo-caxumba-rubéola (SCR) e a vacina contra varicela não devem ser administradas a crianças com manifestações de imunossupressão grave (King & Patel, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), afirma que:

As vacinas SCR e vírus-zóster da varicela (separadamente; não combinada como vacina SCRv, que contém altos títulos do vírus da varicela atenuado e cuja segurança não está demonstrada para essa população) *podem* ser administradas a pacientes assintomáticos seguindo o esquema de rotina e para pacientes que tiveram sintomas de HIV mas que não estão gravemente imunocomprometidos (que não estão na categoria 3 [Categorias imunológicas (estágios da infecção pelo HIV) para crianças < 13 anos com infecção pelo HIV com base na porcentagem ou contagem de células T CD4+ específica para a idade], incluindo uma porcentagem de células T CD4+ de $\geq 15\%$).

As vacinas contra VVZ e SCR devem ser administradas aos 12 meses de idade em pacientes sintomáticos para aumentar a probabilidade de uma resposta imunitária, i. e, antes de o sistema imunitário se deteriorar (Abadia & Castro, 2012)

A 2ª dose de cada uma delas deve ser administrada logo 4 semanas mais tarde, na tentativa de induzir a soroconversão o mais cedo possível, embora, geralmente, um intervalo de 3 meses entre as doses da vacina de varicela seja preferível para crianças não infectadas < 13 anos de idade. Se o risco e exposição ao sarampo for elevado, como durante um surto, a vacina de sarampo deverá ser administrada mais cedo, entre 6 e 9 meses (Lovrin, 2015).

A vacina de rotavírus viva oral pode ser aplicada nas crianças expostas ou infectadas pelo HIV de acordo com o esquema de rotina. Dados de segurança e eficácia são limitados nos lactentes sintomáticos, mas, no geral, é bem provável que haja benefícios com a imunização, particularmente em áreas onde os rotavírus causam mortalidade significativa (Rotheram-Borus & Lester, (2015).

Cunningham e Ellis (2016), afirmam que:

BCG, é uma vacina bacteriana de organismos vivos, causou alguns danos em crianças infectadas pelo HIV mas provavelmente protege não infectados pelo HIV e até mesmo algumas crianças infectadas pelo HIV de adquirir TB. A OMS agora recomenda que as crianças em que sabe-se que estão infectadas pelo HIV mesmo assintomáticas, não mais devem ser imunizadas com a vacina BCG. No entanto, a BCG pode ser administrada para crianças assintomáticas de estado desconhecido de infecção pelo HIV nascidos de mulheres infectadas pelo HIV dependendo da incidência relativa de tuberculose e HIV na

região específica. BCG também pode ser dada a crianças assintomáticas nascidas de mulheres com estado desconhecido de infecção pelo HIV.

Em algumas regiões do mundo, as crianças rotineiramente recebem vacina contra febre-amarela; ela deve ser administrada apenas àquelas sem imunossupressão grave (Draimin & Hudis, 2011).

As crianças sintomáticas com infecção pelo HIV geralmente apresentam respostas imunológicas insatisfatórias às vacinas, elas devem ser consideradas suscetíveis quando expostas a doenças passíveis de prevenção pela vacina (p. ex., sarampo, tétano, varicela), independentemente da história de vacinação. (Aguirre & Arruda, 2010, p. 83).

Portanto, se houver indicação, elas devem receber imunização passiva com imunoglobulina IV. A imunoglobulina IV também deve ser administrada a todas as pessoas da casa, não imunizadas, expostas ao sarampo (Brasil, 2010).

Crianças seronegativas que convivem com pessoas sintomáticas infectadas pelo HIV devem receber vacina poliovírus inativada em vez da vacina da pólio oral (Anderson & Kaplan, 2011).

As vacinas de influenza (inativada ou viva), SCR, varicela e rotavírus devem ser administradas normalmente, porque esses vírus das vacinas geralmente não são transmitidos pelos vacinados (Forsyth, 2013).

Os contactos familiares de crianças devem receber a vacinação anual da influência (inativada ou viva) para reduzir o risco de transmissão de influência às pessoas infectadas pelo HIV (Gossart & Moss, 2010).

2.2.6. Prevenção

Conjunto de medidas ou preparação antecipada de algo que ajuda a prevenir uma doença, ou agir por antecipação. Portanto prevenção é pensar antes da ação, na questão de contaminação nos ajuda a munir de instrumentos que previne doenças.

- **Prevenção da transmissão perinatal**

TARV pré-natal apropriada tenta otimizar a saúde materna, interromper TMF e minimizar, in utero, a toxicidade ao fármaco (Rotheram-Borus & Lester, 2015, p. 71).

Nos países onde antirretrovirais estão disponíveis e testes para HIV estão prontamente disponíveis, o tratamento com antirretrovirais ARV é padronizado para todas as gestantes infectadas pelo HIV (Schiff & Rakusan, 2011).

Os testes rápidos para o HIV realizados em gestantes em trabalho de parto e sem documentação sérica para o HIV permitem instituir medidas imediatas (Franklin & Havens, 2015, p. 28).

Todas as gestantes infectadas pelo HIV devem iniciar a TARV combinada para prevenir a TMF, bem como para sua própria saúde, assim que o diagnóstico da infecção pelo HIV é feito e assim que elas estão prontas para aderir à TARV. Mantém-se a TARV combinada por toda a gestação (Wiener e Spencer, 2013).

A gestação não é uma contraindicação aos esquemas de TARV combinada; especificamente, o dolutegravir e o efavirenz não são contraindicados durante o 1º trimestre de gestação (Seidl & Meireles, 2015, p. 56).

Embora um ensaio clínico realizado em Botsuana tenha mostrado uma ligação entre a exposição periconcepcional ao dolutegravir e um pequeno aumento nos defeitos do tubo neural no lactente, não se sabe se esse aumento foi realmente devido ao dolutegravir ou a outro factor, como deficiência de folato (Simoni & Malow, 2018).

As maiorias dos técnicos acreditam que mulheres infectadas pelo HIV que já recebiam a TARV combinada e que engravidam devem continuar a terapia, mesmo durante o 1º trimestre de gestação (Kmita e Niemiec, 2012).

Recomenda-se parto cesariana eletivo antes do início do trabalho de parto se a carga viral materna de HIV for > 1.000 cópias/mL. Se o trabalho de parto já começou, é menos certo que o parto Cesariana reduzirá a TMF (Miller & Bortner, 2016, p. 74).

Durante o trabalho de parto, administra-se ZDV IV na dose de 2 mg/kg IV na primeira hora e então 1 mg/kg/hora IV até o parto a mulheres com ≥ 1 dos seguintes: (Gossart e Moss, 2010).

- Carga viral plasmática recente do HIV > 1.000 cópias/mL;

- Carga viral sérica de HIV desconhecida próximo do parto;
- Considera-se que tiveram adesão incompleta à TARV;

Muitos especialistas agora acreditam que o ZDV IV não é necessário durante o trabalho de parto para as mulheres que recebem TARV combinada e que alcançaram cargas virais séricas de RNA do HIV < 50 cópias/mL próximo do parto (Aguirre & Arruda, 2010).

Realçam que deve-se considerar ZDV IV em mulheres com carga viral de 50 a 999 cópias/mL no ou próximo do parto; pode fornecer proteção adicional contra a transmissão perinatal (Draimin & Hudis, 2011).

Afirma que após o parto, a TARV combinada é mantida a todas as mulheres, mesmo aquelas que não recebiam TARV previamente (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2018).

Todos os recém-nascidos expostos ao HIV devem receber um esquema ARV pós-parto para reduzir o risco de infecção pelo HIV. Deve-se iniciar o tratamento o mais rápido possível, de preferência 6 a 12 horas após o parto (Ellis & Secord, 2015).

Determina-se o esquema ARV pelos fatores de risco maternos e infantis para transmissão perinatal do HIV ver diretrizes para o tratamento antirretroviral de neonatos com exposição perinatal ao HIV ou infecção pelo HIV (Brasil, 2010).

• Regimes preventivos são classificados como:

- Profilaxia ARV: um ou mais ARV são administrados a neonatos de baixo risco (< 0,5 a 1%).
- Terapia empírica contra o HIV: administra-se um esquema de dois ou três fármacos para neonatos com maior risco (1 a 25%) como profilaxia, servindo também como tratamento preliminar para aqueles mais tarde confirmados como portadores do HIV.

- **Lactentes de baixo risco**

De acordo Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), lactentes de baixo risco são candidatos à profilaxia com ARV. Incluem neonatos a termo nascidos de mulheres que tiveram bom controle virológico com TARV (como mostrado pela carga viral plasmática do HIV < 50 cópias/mL) perto do parto e nos quais não há preocupações relacionadas à adesão à TARV.

Lactentes de baixo risco devem receber profilaxia ARV com 4 mg/kg de ZDV por via oral, 2 vezes/dia, durante as primeiras 4 semanas de vida. ZDV é a base da profilaxia infantil e é utilizada em todos os lactentes nascidos de mulheres infectadas pelo HIV, independentemente dos fatores de risco (Brasil, 2010).

- **Lactentes de alto risco**

Lactentes de alto risco recebem terapia empírica contra o HIV (ver tabela Tratamento antirretroviral neonatal de acordo com o risco de infecção pelo HIV), com um esquema de dois fármacos de ZDV durante 6 semanas e nevirapina por 3 doses, ou com um esquema de três fármacos (Anderson & Kaplan, 2011).

Segundo Draimin & Hudis (2011), diziam que:

Alguns especialistas escolhem um esquema de profilaxia com dois fármacos se a carga viral plasmática materna do HIV é < 200 a 400 cópias/mL, os esquemas com três fármacos incluem 6 semanas de zidovudina, lamivudina e nevirapina (dose de tratamento) ou raltegravir (para dosagem, ver tabela Dosagem de antirretrovirais para neonatos submetidos à exposição perinatal ao HIV).

Afirmam que raros fármacos antirretrovirais (especificamente ZDV, nevirapina, lamivudina e raltegravir) são considerados seguros e eficazes para lactentes < 14 dias de idade, e são ainda mais raros os que contam com dados sobre a dosagem para lactentes pré-termo (apenas zidovudina, lamivudina e nevirapina) (King & Patel 2016).

Diziam que o regime de ARV ideal para neonatos nascidos de mulheres com vírus resistente a fármacos antirretrovirais é desconhecido (Simoni & Rana, 2017).

Lactentes que subsequentemente têm teste virológico positivo para HIV recebem TARV com três fármacos. Deve-se consultar imediatamente um

especialista em infecção pediátrica ou materna pelo HIV (ver informações em AIDSinfo ou National Clinician Consultation Center (Willemssen & Anscombe, 2011)).

- **Amamentação**

Amamentação ou doação para bancos de leite é contra-indicada a mulheres infectadas pelo HIV onde os cuidados e as fontes alternativas de alimentação são viáveis e estão facilmente disponíveis (Trad & Greenblatt, 2014).

Segundo O'Hare & Southall (2015), os países onde as doenças infecciosas e a desnutrição são causas importantes de mortalidade infantil precoce e o leite infantil industrializado seguro e barato não está disponível, a proteção oferecida pela alimentação com leite materno contra os riscos de mortalidade por infecções respiratórias e gastrointestinal contrabalança os riscos da transmissão do HIV.

Nesses países em desenvolvimento, a (OMS, 2018), recomenda que as mães infectadas pelo HIV continuem amamentando durante os primeiros 6 meses de vida da criança e então parem de amamentar e passem rapidamente para alimentos sólidos.

- **Prevenção de infecções oportunistas**

A profilaxia contra a pneumonia por *Pneumocystis* e *M. avium* e infecções complexas é indicada a certas crianças infectadas pelo HIV (Lwin & Melvin 2011, p. 56).

Os dados quanto ao uso de profilaxia para infecções oportunistas por outros organismos são limitados, como no caso de citomegalovírus, fungos e *Toxoplasma*. Orientações sobre profilaxia dessas infecções oportunistas e outras também estão disponíveis em AIDS info (Gewirtz & Gossart, 2010).

- **Profilaxia contra a pneumonia por *Pneumocystis* é indicada para:**

- Crianças infectadas pelo HIV ≥ 6 anos de idade com contagem de células CD4+ < 200 células/mL ou percentagem CD4+ $< 14\%$;

- Crianças infectadas pelo HIV com 1 a 6 anos de idade com contagem de CD4+ < 500 células/mL ou percentagem de CD4+ < 22%;

- Lactentes infectados pelo HIV < 12 meses de idade, independentemente da contagem ou percentagem de CD4;

- Lactentes nascidos de mães infectadas pelo HIV (com início dos 4 a 6 semanas de idade), até que a infecção pelo HIV esteja presuntiva (com 2 resultados virológicos negativos, 1 com ≥ 2 semanas de idade e 1 com ≥ 4 semanas de idade) ou definitivamente excluída (com 2 testes virológicos negativos, 1 com ≥ 1 mês de idade e 1 com ≥ 4 meses de idade). (NOTA: para essas definições de exclusão de HIV serem válidas, o lactente não deve ser amamentado).

Os autores Miller & Bortner (2016), realçam que:

Assim que ocorrer a reconstituição imunitária com TARV de combinação, a descontinuidade da profilaxia da pneumonia pelo *Pneumocystis* pode ser considerada no caso de crianças infectadas pelo HIV que receberam TARV de combinação por > 6 meses e cuja percentagem CD4+ e contagem CD4+ permaneceram mais elevadas do que o tratamento limite previamente descrito por > 3 meses consecutivos. Subsequentemente, a percentagem e a contagem CD4+ devem ser reavaliadas, pelo menos, a cada 3 meses, devendo a profilaxia ser restituída se os critérios originais forem alcançados.

O fármaco de escolha para a profilaxia contra *Pneumocystis* em qualquer idade é sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) SMX 375 mg/m²/TMP 75 mg por via oral 2 vezes/dia, 3 dias consecutivos/semana (p. ex., segundas-terças-quartas-feiras); esquemas alternativos incluem a mesma dose 2 vezes/dia todos os dias, a mesma dose 2 vezes/dia em dias alternados ou o dobro da dose (SMX 750 mg/m²/TMP 150 mg) por via oral uma vez ao dia durante 3 dias consecutivos/semana (Lovrin, 2015).

Alguns especialistas acham mais fácil usar a dosagem baseada no peso (TMP, 2,5 a 5 mg/SMX, 12,5 a 25 mg/kg, por via oral 2 vezes/dia). Para pacientes anos que não toleram sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP), a dapsona 2 mg/kg (não exceder 100 mg) por via oral uma vez ao dia é uma alternativa, especialmente para os < 5 anos de idade (Blasini & Diaz, 2014).

Atovaquona oral administrada diariamente ou pentamidina aerossol (300 mg via inalador para crianças ≥ 5 de idade) 1 vez por mês é uma alternativa adicional.

Pentamidina IV também é utilizada, mas é menos eficaz e mais tóxica (Earls & Carlson, 2013).

- **Profilaxia contra *Mycobacterium avium* está indicada a**

- Crianças ≥ 6 anos de idade com contagem CD4+ < 50/MI;
- Crianças de 2 a 6 anos com contagem CD4+ < 75/mL;
- Crianças de 1 a 2 anos com contagem CD4+ < 500/mL;
- Crianças < 1 ano com contagem CD4+ < 750/mL.

Azitromicina semanalmente ou claritromicina diariamente são fármacos de escolha, e rifabutina diariamente é uma alternativa (Aguirre & Arruda, 2010).

Quadro de- Pontos chaves

A maioria dos casos de HIV em lactentes e crianças resultam da transmissão da mãe para o filho (TMF) antes ou durante o parto, ou da amamentação em países onde não há fórmula para lactentes segura e a preço acessível.

A terapia antirretroviral (TARV) materna pode reduzir a incidência de TMF de cerca de 25% para 1%.

Diagnosticar crianças <18 meses utilizando ensaios qualitativos de RNA (P. ex., amplificação mediada por transcrição do RNA) ou ensaio de PCR (Polymerase chainreaction) do DNA.

Diagnosticar crianças <18 meses usando um imunoensaio de 4ª geração de combinação anticorpos de 2ª geração para HIV-1/2 e, se necessário um ensaio qualitativo de RNA do HIV-1.

Tratar com urgência (usando início rápido) todos os lactentes infectados pelo HIV com <12 meses de idade; aqueles com 1 a menor de 6 anos de idade que apresentam infecções oportunistas definidoras em estágio 3 ou contagens de CD4 <500 células/mcl; e aqueles maior de 6 anos de idade com infecções oportunistas definidoras em estágio 3 ou contagens de CD4 <200 células/mcl.

Tratar todas as outras crianças e adolescentes infectados pelo HIV assim que as questões de adesão forem mais amplamente avaliadas e abordadas com as crianças e os profissionais de saúde.

Administra-se TARV combinada, de preferência usando um produto combinado de dose fixa, se viável, para melhorar adesão. Administrar profilaxia para infecções oportunistas com base na idade e contagem de CD4+.

Fonte: Ficha de inquérito

3. CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA

A metodologia é o estudo dos métodos, isto é, o estudo dos caminhos para se chegar a um determinado fim, com objectivo de analisar as características dos vários métodos indispensáveis tais como: avaliar capacidades, limitações e criticar os pressupostos quanto sua utilização.

3.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa enquadra-se na descritiva, observacional, prospectiva de tipo transversal.

Afirma que a pesquisa descritiva procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas. Pretende descrever com exactidão os factos e fenómenos de determinadas realidade (Zanella, 2013 p. 24).

Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise (Ramos e Naranjo, 2014, p. 54).

A pesquisa descritiva tem como objectivo primordial a descrição das características de determinadas populações, fenómenos ou, então o estabelecimento de relação entre variáveis (Gil, 2012. p. 42).

Argumenta que a pesquisa descritiva procura determinara natureza e grau de condições existentes (Zassala, 2017,p. 42).

O estudo descritivo transversal é aquele que descreve um fenómeno que decorre na população, comunidade ou instituição no determinado momento (Silva, 2014, p. 32).

Estudo observacional é todo estudo que tem por base uma mera observação do fenómeno biomédico ou social, não existindo por conseguinte qualquer intervenção experimental sobre o homem sã ou doente (Silva, 2014, p. 18).

A escolha do tipo de pesquisa descritiva, observacional, prospectiva e transversal nos permitiu colectar dados bem como na descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

3.2. Modelo de Abordagem

A pesquisa enquadra-se tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa). A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012, p. 110).

É utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritivas na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos (Oliveira, 2012, p. 115).

A abordagem quantitativa indica, significa, quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Oliveira, 2012, p. 120).

Optamos no modelo de abordagem qualitativa e quantitativa, pois esse tipo de abordagem nos permitiu obter as informações dos nossos interlocutores durante a nossa pesquisa, a abordagem quantitativa nos permitiu na interpretação das informações colectados em dados numéricos.

3.3. Nível de estruturação de métodos

a) Nível teórico

•Análise/Síntese

A análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as parte previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas (Koche, 2011, p. 103).

Este método nos auxiliou na orientação do diagnóstico e estudo sobre acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023, bem como na simplificação de um todo para estudá-lo detalhadamente, descobrindo os constrangimentos deste fenómeno que afecta a comunidade e elaborar propostas para aperfeiçoar este projecto.

•Histórico/Lógico

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto dado.

o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade hoje (Severino, 2013, p. 91).

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. O lógico reproduz no plano teórico o mais importante do fenómeno, facto ou processo do histórico e o que constitui a sua essência (Ramos e Naranjo, 2014, 14).

Este método nos ajudou na caracterização da evolução do processo sobre Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023.

•Hipotético/Dedutivo

Explicam que o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos a cerca da qual formula hipótese pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese (Carvalho & Edler, 2010).

Reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipóteses verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções (Ramos e Naranjo, 2014, p. 115).

Quando os conhecimentos sobre determinado assunto são insuficientes para explicação de um fenómeno surge um problema. Por isso formulam-se hipóteses, essas hipóteses deduzem-se consequências que deverão ser testadas.

b) Nível empírico/experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa serão, o inquérito por questionário aplicado aos membros da direcção do Hospital Municipal do Nzeto, e aos profissionais.

Este método permitiu-nos alcançar os objectivos propostos acerca da temática sobre acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

a) Nível estatístico/matemático

Os métodos estatísticos revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais (Marconi e Lakatos, 2010, p. 108).

Este método nos auxiliou a clarificar a investigação, acerca do acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023, o mesmo contribuiu para quantificar os dados coletados na pesquisa de campo.

3. 4. Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados as seguintes técnicas:

- ❖ Observação
- ❖ Inquérito
- ❖ Pesquisa bibliográfica.

É necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam (Severino, 2013, p. 38).

Optamos por esse método porque nos permitiu na observação estruturada e não estruturada.

Inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário (Gil, 2012, p. 50).

É uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado (Ramos e Naranjo, 2014, p. 144).

Afirmam que a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo

pesquisado, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o tema em estudo (Lakatos e Marconi, 2017, p. 66).

3.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

- Grelha de observação foi aplicado aos membros da direcção do Hospital municipal do Nzeto para adquirir informações sobre o tema em estudo.

A nossa observação consistiu em atendimento aos pacientes de consultas de pré-natais;

Acompanhamento de adesão do programa de tratamento de antirretrovirais (TARV). A mesma foi realizada nas duas últimas semana do mês de Novembro as quartas-feiras entre às 10 as 12 horas.

- Para o inquérito por questionário usamos o guião de questionário para adquirir informações sobre acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023. Depois de ter a permissão da direcção do Hospital em causa, acertamos uma data e hora para a distribuição dos questionários e a sua recolha.

- Usamos pesquisa bibliográfica como instrumento de recolha de dados teóricos, através da consulta dos livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas.

3.6. População e Amostra

•População

Considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo (Ganastra, 2015, p. 29).

A população é um conjunto de indivíduos que ocupam um determinado espaço geográfico (Morisi, 2013, p. 77).

A população foi constituída por cem (100) indivíduos na qual temos: Um (1) director geral, um (1) director clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, noventa (90) enfermeiros e seis (6) médicos.

•Amostra

Amostra é a parte da população ou do universo, seleccionado numa pesquisa (Lakato & Marconi, 2017, p. 55).

Na população extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos: Um (1) director geral, um (1) director clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, vinte e três (23) enfermeiros e três médicos seleccionados através de uma amostra intencional.

Quadro da população/Amostra

Inqueridos	População/Alvo	Amostra	Percentagem
Director geral	1	1	3,33%
Director clínico	1	1	3,33%
Administrador	1	1	3,33%
Chefe de saúde pública	1	1	3,33%
Enfermeiros	90	23	76,66%
Médicos	6	3	10%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria

A população da pesquisa é constituída por cem (100) indivíduos onde extraímos uma amostra na qual temos: Um (1) director geral, um (1) director clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, vinte e três (23) profissionais de enfermagem e três (3) médicos.

3.7. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a pesquisa sendo as principais as seguintes:

- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material bibliográfica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

4. CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em função dos dados recolhido durante a pesquisa de campo, apresentamos uma ilustração para analisarmos atenciosamente o acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no segundo trimestre 2023”

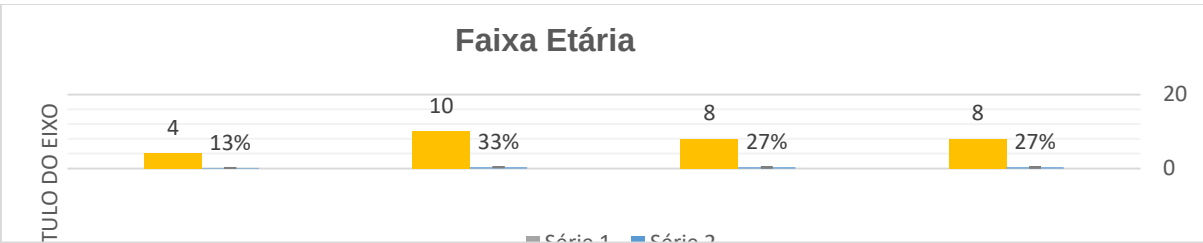
4.1. Apresentação e interpretação dos resultados

4.1.1 Tabela nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 à 35 anos	4	13%
35 à 40 anos	10	33%
40 à 50 anos	8	27%
50 à 55 anos	8	27%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 1



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 1 e o gráfico nº 1 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa os dados mostram que a maior percentagem foi dos técnicos profissionais que possuem uma idade dos 35 à 40 anos 33%, e a menor foi dos 25 à 35 anos de idade 13%.

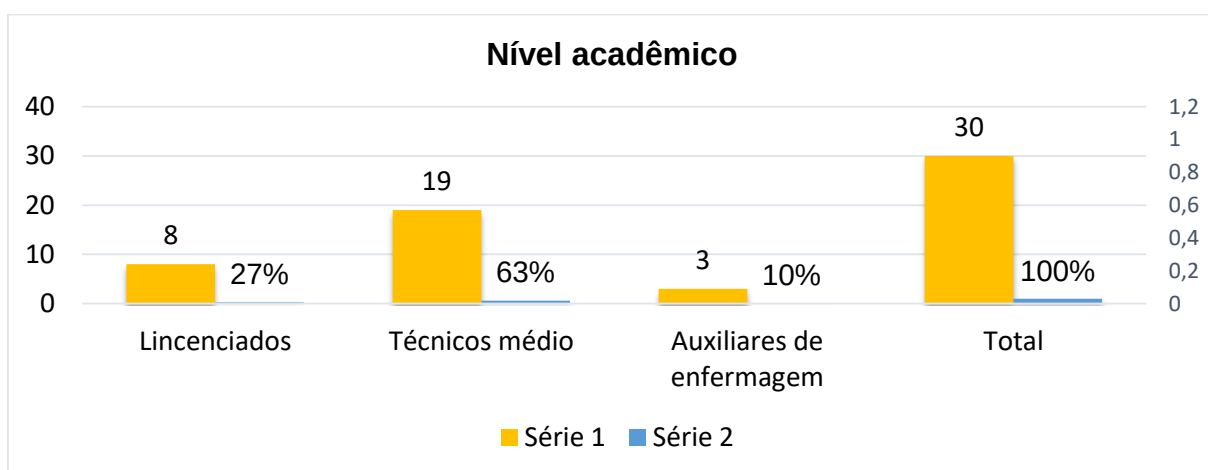
De acordo com os dados da nossa pesquisa notamos que a maior parte dos profissionais que prestam serviço especial de crianças portadoras de HIV no Hospital municipal do Nzeto apresentam idades entre 35 à 40 anos, que corresponde à 33%, na sua maioria dos profissionais com e idades de 25 à 35 anos são enviado nas comunas.

Tabela nº 2- Distribuição da amostra Segundo o nível académico.

Nível acadêmico	Frequência	Percentagem
Licenciados	8	27%
Técnicos médios	19	63%
Auxiliares de enfermagem	3	10%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 2



Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico nº 2 dos trinta (30) profissionais inqueridos em relação ao nível acadêmico, durante a pesquisa demonstra que maior percentagem foi dos técnicos médios com 63%, a menor percentagem foi dos auxiliares de enfermagem com 10%.

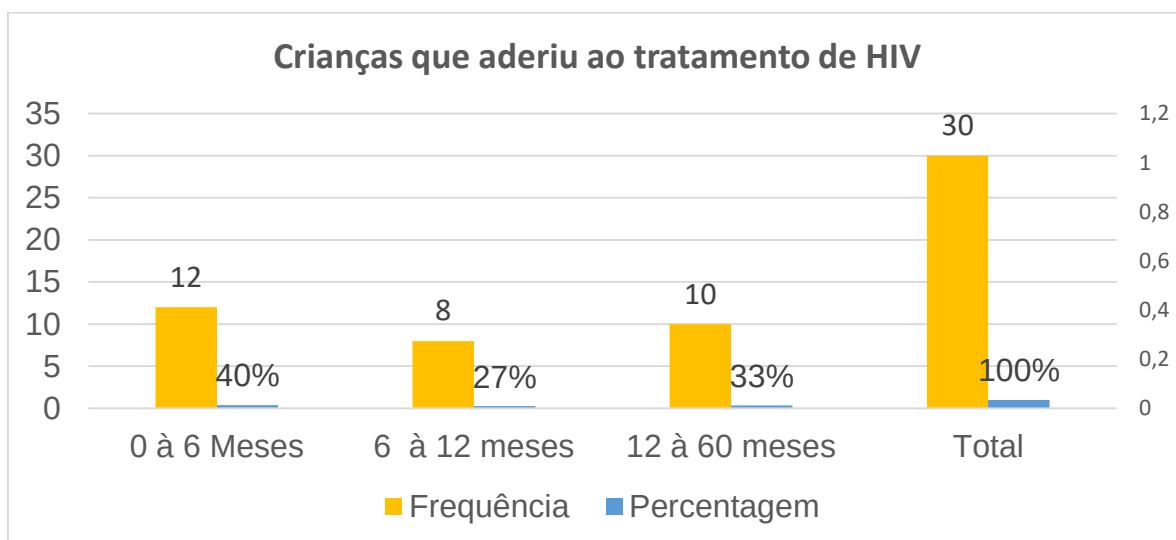
Segundo os dados apresentados acima, concluímos que a maior parte dos profissionais que trabalham no acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, são técnicos médios com uma percentagem de 63%, visto que na Província do Zaire e em particular no Município do Nzeto não tem um Instituto superior de Saúde.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra Segundo o tempo que aderiu ao tratamento em crianças portadoras de HIV

Faixa etária	Frequência	Porcentagem
0 á 6 meses	12	40%
6 á 12 meses	8	27%
12 á 60 meses	10	33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 3



Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico nº 3 das trinta (30) crianças que aderiu ao tratamento de HIV durante o segundo trimestre de acordo faixa etárias os dados mostram que 12 crianças na escala de 0 á 6 meses de idade, apresentam maior índice de adesão com 40%.

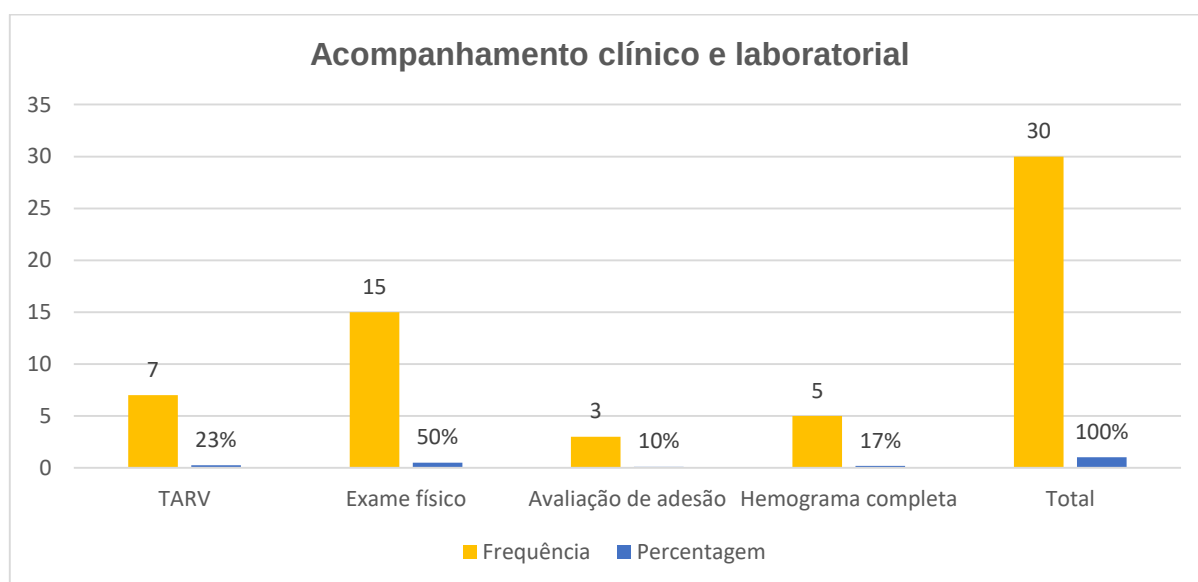
Com base os dados apresentados acima, concluiu-se que o mínimo de crianças que aderiu ao tratamento de HIV na escala de 6 á 12 meses é de 8 crianças que corresponde a 27%.

Tabela nº 4- Como é feito o acompanhamento clínico e laboratorial em crianças portadoras de HIV?

Descrição	Frequência	Percentagem
TARV	7	23%
Exame físico	15	50%
Avaliação de adesão	3	10%
Hemograma completa	5	17%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 4



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 4 e o gráfico nº 4 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa quinze (15) com maior percentagem de 50% responderam que o acompanhamento clínico e laboratorial mas utilizado é o exame físico.

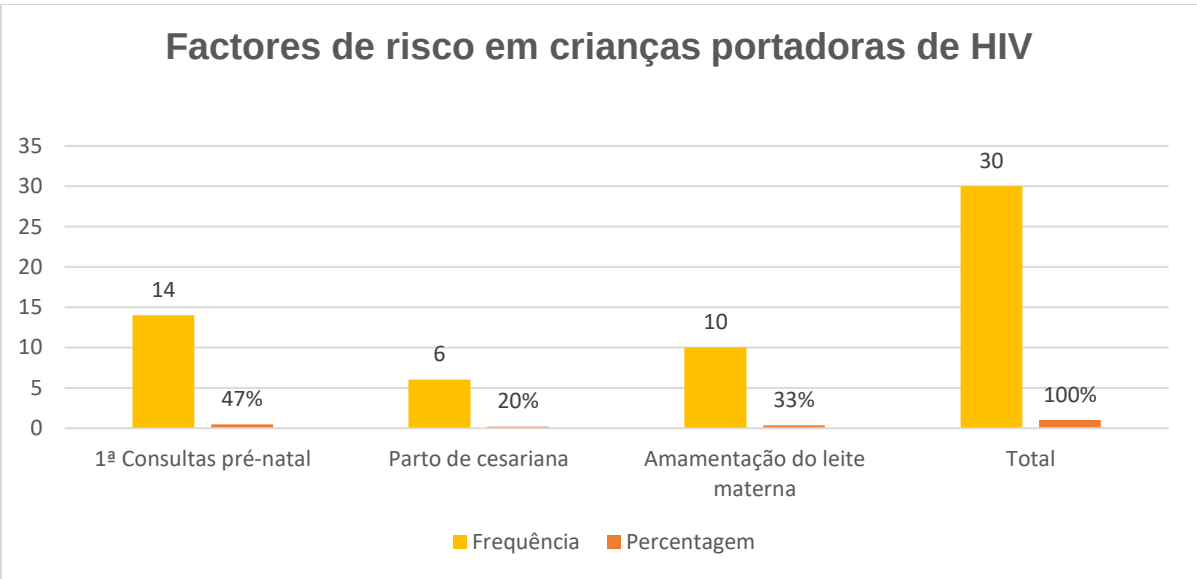
Segundo os dados apresentados acima concluímos que a maior parte dos profissionais no acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV no Hospital municipal do Nzeto, utilizam exames físicos, o exame físico utiliza-se com mas frequência porque o seu processamento é rápido tipo HIV-1/2.

Tabela nº 5- Como são identificados os factores de risco em crianças portadoras de HIV?

Descrição	Frequência	Percentagem
1ª Consultas pré-natal	14	47%
Parto de cesariana	6	20%
Amamentação do leite materna	10	33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 5



Fonte: Elaboração Própria

Segundo a tabela nº 5 e o gráfico nº 5 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa 14 responderam nas primeiras consultas de pré-natal com 47%.

De acordo os dados apresentados concluímos que no acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV no Hospital municipal do Nzeto, são identificados nas primeiras consultas de pré-natal, utilizando testes rápidos.

4.2. Discussão e Resultados

Segundo a tabela nº 1 e o gráfico nº 1 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos profissionais que tinham uma idade dos 35 à 40 anos, e a menor foi dos 25 à 35 anos de idade.

Constatou-se que na sua maioria dos profissionais com e idades de 25 à 35 anos são enviado nas comunas.

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico nº 2 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos médio com 63%, a menor percentagem foi dos auxiliares de enfermagem com 10%.

Visto que na Província do Zaire e particular no Município do Nzeto não tem um Instituto superior de Saúde.

Segundo a tabela nº 3 e o gráfico nº 3 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa a 15 com escala dos 10 à 18 anos com mas tempo de serviços com 50%.

De acordo a tabela nº 4 e o gráfico nº 4 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa quinze (15) com maior percentagem de 50% responderam que o acompanhamento clínico e laboratorial mas utilizado é o exame físico.

No Hospital Municipal do Nzeto utilizam exames físicos porque o seu processamento é rápido tipo HIV-1/2, verificamos que os Técnicos recorrem a esses exames para dar uma resposta mais rápida aos números dos pacientes que ocorre ao hospital.

Segundo a tabela nº 5 e o gráfico nº 5 dos trinta (30) profissionais inqueridos durante a pesquisa 14 responderam nas primeiras consultas de pré-natal com 47%.

Porque são identificados nas primeiras consultas pré-natal, utilizando testes rápidos.

Porque na sua maioria dos profissionais são técnicos médios nas suas áreas de actuação.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo visava conhecer os factores motivacionais associados a acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital Municipal do Nzeto, no segundo Trimestre de 2023.

A pesquisa proporcionou maior ampliação da temática exposta, todavia percebe-se a escassez de obra nacionais descreve sobre o assunto, mesmo sendo um problema actual e persistente.

Em relação ao resultado obtidos da pesquisa podemos dizer que de acordo a nossa observação foram atendidas 47 e 3 de menor de 2 anos crianças portadoras de HIV durante segundo Trimestre 2023

Em resumo, da análise dos resultados, podemos retirar as seguintes conclusões:

1. A maior parte dos profissionais do Hospital Municipal do Nzeto, tem idades de 35 à 40 anos.
2. A maior parte dos profissionais do Hospital Municipal do Nzeto, são técnicos médios.
3. No Hospital Municipal do Nzeto, existe um índice elevado de profissionais com o tempo de serviço de 10 à 18 anos.
4. A maior parte dos profissionais no acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV no Hospital Municipal do Nzeto, utilizam exames físicos.
5. No acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV no Hospital municipal do Nzeto, são identificados nas primeiras consultas de pré-natal.
6. Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV no Hospital municipal do Nzeto, realização os procedimentos técnicos assistencial;

Os objectivos traçados foram alcançados pois que o estudo apurou um perfil sóciodemográfico segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço dos técnicos do Hospital municipal do Nzeto tal como ilustra a tabela nº 3;

Assim como identificar os factores de risco em crianças portadores de VIH atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no segundo trimestre 2023 tal como ilustra a tabela nº 5;

Em suma as hipóteses traçadas não foram confirmadas uma vez que o estudo apurou que o acompanhamento clínico e laboratorial em crianças portadoras de HIV é feita com base em exames físicos que responde á 50%, tal como indica a tabela nº 5.

6. SUGESTÕES

Segundo os resultados obtidos na análise do trabalho, tendo em conta as pesquisas sobre o estudo de acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital Municipal do Nzeto, no segundo trimestre de 2023.

Apresentou-se as seguintes:

- Que Hospital Municipal do Nzeto, trabalhe no sentido de capacitar o pessoal técnico;
- A Direcção do Hospital Municipal do Nzeto que aumento da comunicação e o aconselhamento sobre adesão ao tratamento;
- À Direcção do Hospital Municipal do Nzeto, fornece mas matérias adequadas para qualidade de assistência dos pacientes;
- Que haja um acompanhamento eficiente ambulatória e laboratorial frequentes, além de uma rigorosa tomada de medicação quando prescrita;
- Os profissionais, que trabalham no Hospital Municipal do Nzeto, aperfeiçoem as técnicas para melhorar a qualidade de assistência aos pacientes;
- Que haja um acompanhamento eficiente ambulatória e laboratorial frequentes, além de uma rigorosa tomada de medicação quando prescrita;
- À Direcção do Hospital Municipal do Nzeto, que dê sempre formações de capacitação aos profissionais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadia, B. C. E. & Castro, A. (2012). *Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil*. *Social Science and Medicine*, 62(5),1219-1228.
- Azulay (2015). *Aatenção à saúde da criança prática de enfermagem da saúde familiar*. 6ª Edição. Rio de Janeiro, Editora: Guanabara Koogan
- Aguirre, S. B. & Arruda, S. L. S. (2010). *Psicoterapia lúdica de uma criança com AIDS*. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(3),229-237.
- Anderson & Kaplan (2011). *Occupational therapy for children with perinatal HIV infection*. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(3),249-255.
- Blasini, I., Chantry, C., Febo, I., & Diaz, C. (2014). Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: design, implementation, and evaluation. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3),181-189.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Boletim Epidemiológico Aids-DST - nº VI, 27ª a 52ª semanas epidemiológicas, julho a dezembro, semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2009* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.
- Carvalho, R. Edler (2010). *Métodologia de pesquisa*. Rio de Janeiro WVA.
- Cunningham, P. B., Naar-King, S., Ellis (2016). *Achieving adherence to antiretroviral medications for pediatric HIV disease using an empirically supported treatment: a case report*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(1),44-50.
- Draimin & Hudis, J. (2011). *Improving permanency planning in families with HIV disease*. *Child Welfare*, 77(2),180-194.
- Diogo, A. P. (2012). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Duarte, S. J. H. Almeida (2014) *O Papel do Enfermeiro Do Programa SaúdeDa Família No Atendimento Pré-Natal*. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste*.
- Earls & Carlson, M. (2013). *Promoting child and adolescent mental health in the context of the HIV/AIDS pandemic with a focus on sub-Saharan Africa*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3),295-312.
- Ellis & Secord, E. (2015). *Use of multisystemic therapy to improve antiretroviral adherence and health outcomes in HIV-infected pediatric patients: evaluation of a pilot program*. *Aids Patient Care and STDS*, 20(2),112-121.

- Falbo A. R. Alves (2012). *Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco*, Brasil. Cad saúde pública.
- Ferreira (2010), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 4.edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Faria & Piccinini, C. A. (2011). *Intervenções psicológicas para pessoas vivendo com HIV/Aids: modelos, resultados e lacunas*. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(3),339-350.
- Forsyth, B. W. (2013). *Psychological aspects of HIV infection in children*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3),423-437.
- Franklin & Havens, P. L. (2015). *Longitudinal intellectual assessment of children with HIV infection*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4),367-376.
- Ganastra, T. (2015). *Actividades polacional*. 2ª Edição. S paulo . Editora Atlas.
- Gil A. (2012). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora BrasilCuritiba.
- Gewirtz, A. & Gossart, W. S. (2010). Home-based treatment for children and families affected by HIV and AIDS. Dealing with stigma, secrecy, disclosure, and loss. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(2),313-330.
- Gossart, W. S. & Moss, N. E. (2010). *An effective strategy for intervention with children and adolescents affected by HIV and AIDS*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(2),331-345.
- Houaiss, A. (2015), *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Koche, J. (2011). *Fundamentos de metodologia científica*. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Editora: Metrópoles.
- King, D. S. M & Patel, V. (2016). *Interventions for improving the psychosocial well-being of children affected by HIV and AIDS*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD006733.
- Kmita & Niemiec, T. (2012). *Psychosocial intervention in the process of empowering families with children living with HIV/AIDS-a descriptive study*. *AIDS Care*, 14(2),279-284.
- Lakatos, E. M. Marconi, M. A. (2017). *Fundamentos da metodologia científica*. 4ª Edição. São Paulo. Editora: Guimarães.

- Lima & Barbosa (2011). *Diagnóstico clínico, processo de saúde pública*. 5ª Edição
São Paulo. Editora: prentece Hall.
- Lester & Wara (2012). *When the time comes to talk about HIV: factors associated with diagnostic disclosure and emotional distress in HIV-infected children*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(3),309-317.
- Lovrin, M. (2015). *Interpersonal support among 8-year-old girls who have lost their parents or siblings to AIDS*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2),92-98.
- Lwin, R. & Melvin, D. (2011). *Paediatric HIV infection*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(4),427-438.
- Miller, S. L. & Bortner, M. (2016). *A week in the country: a model respite program*. *AIDS Education and Prevention*, 8(2),176-186.
- Marconi e Lakatos, E. (2010). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Merhy, E. E. (2015). *Atendimento das consultas pré-natal: a alma dos serviços de saúde*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social. UNICAMP.
- Morisi, E. (2013). *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Noletto, M. J. Werthein (2014). *Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social*.
- Oliveira, A (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição São Paulo. Editora Platano.
- Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2012). *“Material didático para professoras de obstetrícia: módulos de formação de obstetrícia”*.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Material didático para professoras de obstetrícia: módulos de formação de obstetrícia*.
- O'Hare, B. A., & Southall, D. P (2015). *Home based care for orphaned children infected with HIV/AIDS in Uganda*. *AIDS Care*, 17(4),443-450.
- Rotheram-Borus, M. J., & Lester, P. (2015). *Families living with HIV*. *AIDS Care*, 17(8),978-987.
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição. Lobito- Angola. Editora Escolar.
- Severino A. (2013). *Metodologia de Investigação Científica*. 1ª edição. São paulo. Editora: Cortez.

- Silveira, K. A. J. F. Florêncio (2010). *Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors*. J Pediatr (Rio de Janeiro).
- Silva, E. e Menezes, E. (2014). *Metodologia da Pesquisa e elaboração dissertação*. Sociedade Brasileira de imunizações (2019). *Calendários de Vacinação: Pacientes especiais*. SBIm.
- Salter-Goldie, A. Brophy (2019). *Disclosing HIV diagnosis to infected children: a health care team's approach*. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(1),12-16.
- Schiff, W. B. & Rakusan, T. (2011). *Effect of an intervention to reduce procedural pain and distress for children with HIV infection*. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(7),417.
- Seidl, E. M. & Meireles, E. (2015). *Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3),279-288.
- Simoni, J. M & Malow, R. (2018). *Strategies for promoting adherence to antiretroviral therapy: a review of the literature*. *Current Infectious Disease Report*, 10(6),515-521.
- Simoni, J.M. & Rana, S. (2017). *Adherence to antiretroviral therapy for pediatric HIV infection: a qualitative systematic review with recommendations for research and clinical management*. *Pediatrics*, 119(6),1371-1383.
- Thomason, B. T e Campos, P. E. (2013). *Cognitive behavioral interventions with persons affected by HIV/Aids*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3,417-442.
- Trad, P. V & Greenblatt, E. R. (2014). *Assessment and psychotherapeutic intervention for an HIV-infected preschool child*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9),1338-1345.
- Wiener, L. S. Spencer (2013). *National telephone support groups: a new avenue toward psychosocial support for hiv-infected children and their families*. *Social Work With Groups*, 16(3),55-71.
- Willemsen, H. & Anscombe, E. (2011). *Art and play group therapy for pre-school children infected and affected by HIV/AIDS*. *Clinical Child Psychology and Psychiatric*, 6(3),339-350.
- Ximenes, S. (2011). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Universidade federal do rio grande do sul (2020). *Telecondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde*. Versão digital. Porto Alegre Telessaúde RS-UFRGS.

Zanela, F. (2013). *Iniciação a pesquisa científica*. 1ª Edição. Rio grande do sul. Editora Atlas.

Zassala, C. (2017). *Iniciação a Pesquisa Científica*. 4º Edição. Luanda-Angola

APÊNDICE



QUESTIONÁRIO

Autor	Francisco Ntieme Luvungu
Orientador	Professor. Eduardo Afonso Nzambi, MSc.
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023

Francisco Ntieme Luvungu: Estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Pré-projeto para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Acompanhamento especial de crianças portadoras de HIV atendidas no Hospital municipal do Nzeto, no IIº trimestre 2023

Grato pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1-Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

25-35	
35-40	
40-50	
50-55	

2- Qual é o seu nível académico como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Licenciado	
Técnico Médio	
Auxiliares de enfermagem	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

2 a 8 anos	
10 a 18 anos	
20 a 30 anos	

4- Como é feito o acompanhamento clínico e laboratorial em crianças portadoras de HIV?

Assinala com um X no lado direito da tabela

- a) TARV ()
- b) Exame físico ()
- C) Avaliação de adesão ()
- Hemograma completa ()

5. Como são identificados os factores de risco em crianças portadoras de HIV?

Assinala com um X no lado direito da tabela

- a) 1ª consultas pré-natal ()
- b) Parto de cesariana ()
- c) Amamentação do leite da mama ()

MUITO OBRIGADA!

ANEXO