



Condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana

Sociodemographic, maternal and clinical conditions of children exposed to the human immunodeficiency virus

Condiciones sociodemográfica, materna y clínica de niños expuestos al virus de la inmunodeficiencia humana

Marli Teresinha Gimeniz Galvão¹, Gilmar Holanda da Cunha¹, Julyana Gomes Freitas², Elucir Gir³, Renata Karina Reis³

Estudo transversal, descritivo e quantitativo, com objetivo de identificar as condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana atendidas em hospital de Fortaleza, CE, Brasil. A amostra compôs-se das 117 mães que levaram seus filhos para consulta entre julho e dezembro de 2009. Os dados foram coletados em entrevista com formulário semiestruturado. Constatou-se maior percentual de mães na faixa etária de 20-29 anos (53,8%), casadas (73,5%) e desempregadas (68,3%). A maioria das crianças possuía menos de 12 meses de idade (39,4%), não recebiam auxílio governamental (66,6%) e não compareciam ao serviço de saúde na data agendada (77,0%). Algumas mães não utilizaram Zidovudina na gestação (15,4%) e oito crianças não utilizaram após o nascimento (6,8%). Dezenove crianças não fizeram profilaxia com Sulfametaxazol-Trimetoprima no primeiro ano de vida. Concluiu-se que a maioria das crianças possui dificuldades socioeconômicas que influenciam negativamente nas condições de saúde.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Criança; Condições Sociais.

This was a quantitative, descriptive cross-sectional study aiming to identify the sociodemographic, maternal and clinical conditions of children exposed to the Human Immunodeficiency Virus, who were treated in a reference hospital for infectious diseases in Fortaleza, CE, Brasil. The sample consisted of 117 mothers who brought their children for consultation between July and December 2009. Data were collected through a semi-structured interview form. There was a higher percentage of mothers aged 20-29 years (53.8%), married (73.5%) and unemployed (68.3%). Most children were less than 12 months old (39.4%), did not receive governmental assistance (66.6%), and did not attend the health service on the scheduled date (77.0%). Some mothers did not use Zidovudine during pregnancy (15.4%), and eight children did not use it after birth (6.8%). Nineteen children did not use prophylactic Trimethoprim-Sulfametaxazol in the first year of life. It was concluded that most children had socioeconomic difficulties that negatively influenced their health conditions.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Child; Social Conditions.

Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, con objetivo de determinar las condiciones sociodemográfica, materna y clínica de niños expuestos al Vírus de la Inmunodeficiencia Humana en hospital de Fortaleza, CE, Brasil. La muestra fue compuesta por 117 madres que llevaron sus hijos a consulta entre julio y diciembre de 2009. Los datos fueron recolectados en entrevista semiestructurada. Hubo mayor porcentaje de madres de 20-29 años (53,8%), casadas (73,5%) y desempleadas (68,3%). La mayoría de los niños tenían menos de 12 meses de edad (39,4%), no recibían ayuda gubernamental (66,6%) y no comparecían a los servicios de salud en la fecha prevista (77,0%). Algunas madres no utilizaron Zidovudina durante el embarazo (15,4%) y ocho niños no usaban después del nacimiento (6,8%). Diecinueve niños no hicieron la profilaxis con Trimetoprima-Sulfametaxazol en el primer año de vida. En conclusión, la mayoría de los niños presentaba dificultades socioeconómicas que influenciaban negativamente en las condiciones de salud.

Descriptores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Niño; Condiciones Sociales.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

Introdução

Descrita como uma problemática complexa, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) podem afetar qualquer indivíduo, independente de gênero, classe social, raça, religião, entre outros, de forma que ocasionam alterações nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos dos acometidos e das pessoas com as quais eles convivem⁽¹⁻²⁾.

Estudos constatam que tem sido crescente o número de mulheres atingidas pelo HIV e a maioria é infectada em idade fértil. Isto leva a expressivo índice de gestantes nessa situação e, conseqüentemente, elevado número de crianças nascidas expostas ou já infectadas pelo HIV. Desse modo, amplia-se a tendência de transmissão materno-infantil ou transmissão vertical (TV)⁽³⁻⁴⁾.

Tal como em outras doenças, a forma mais eficaz para a redução da TV do HIV é o diagnóstico precoce. A ampliação do teste rápido anti-HIV e outros exames sorológicos da mãe são fundamentais, pois minimizam o risco da transmissão do vírus, sendo importante também, o tratamento com fármacos antirretrovirais na gestação. Se as gestantes que vivem com HIV tiverem assistência clínica adequada e aderirem ao tratamento, podem evitar a infecção para a criança, melhorar sua saúde e preparar-se física e psicologicamente para receber seu filho^(1,5).

No início da epidemia da aids, em face da inexistência de métodos terapêuticos eficientes, eram restritas as expectativas de sobrevivência para as crianças infectadas. Com o advento dos fármacos antirretrovirais e o maior interesse das autoridades no referente às condições de saúde e bem-estar dessas crianças e suas famílias, a situação foi modificada, de forma que houve aumento da sobrevida e melhor qualidade de vida para essa população⁽³⁻⁴⁾.

Como demonstrado pelo Protocolo 076 *Pediatric aids clinical trial group* (PACTG), para a redução da TV do HIV é recomendado o uso da zidovudina (AZT) a partir da 14ª semana de gestação; AZT intravenoso

nas parturientes, durante o trabalho de parto e parto, até o clampeamento do cordão umbilical⁽⁵⁾. Para o recém-nascido exposto ao HIV indica-se a substituição da amamentação pelo leite artificial e outros alimentos de acordo com a idade da criança; AZT xarope, 10 mg/ml, iniciando-se preferencialmente até 2ª hora pós-parto, na dose de 2mg/kg a cada seis horas, durante seis semanas. A partir da 4ª a 6ª semanas de vida até a definição do diagnóstico definitivo da infecção ou não pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (anteriormente denominado *Pneumocystis carinii*), com sulfametoxazol (SMX) associado à trimetoprima (TMP), na dosagem de 25-40mg/kg/dia de SMX ou 5-10mg/kg/dia de TMP, divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias alternados⁽⁵⁻⁶⁾.

A criança nascida exposta ao HIV é considerada de risco. Assim, torna-se de grande importância monitorar o comparecimento da criança às consultas de puericultura que são agendadas no serviço de assistência especializada e assegurar-se de que os responsáveis estão recebendo a fórmula láctea infantil gratuita, para que estas crianças não sejam amamentadas⁽⁶⁾. O acompanhamento periódico em unidades especializadas com pediatras capacitados deve ser mantido pelo menos até a definição do diagnóstico. Quanto à periodicidade das consultas, deve ser mensal nos primeiros seis meses, e trimestral a partir do segundo semestre de vida. Se a infecção pelo HIV for confirmada, o tratamento prosseguirá nesses serviços. Crianças com diagnóstico de soropositividade descartado poderão fazer o seguimento de puericultura na rede básica de saúde⁽⁷⁾.

No Brasil, a maioria dos indivíduos que vivem com HIV/aids possuem condições de vida desfavoráveis, onde predominam a baixa escolaridade e baixa renda⁽³⁾. Este fato compromete as oportunidades da população em acessar os serviços de saúde, bem como acirram dificuldades financeiras em decorrência do desemprego e da doença. Conforme se divulga, as condições de saúde estão diretamente associadas às condições sociais, nas quais o indivíduo se encontra

tra. Portanto, a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde ficam interligadas às condições apresentadas pelo indivíduo, no caso, pela criança⁽⁸⁾.

O enfrentamento, a vulnerabilidade e as condições estabelecidas para administrar a convivência com o HIV são problemas assumidos pela mãe das crianças, tanto aquelas com a doença como as que foram expostas ao vírus, e algumas vezes, pelas próprias crianças. Por estar permanentemente promovendo cuidados ao seu filho, levando-o às visitas periódicas ao hospital, auxiliando-o com os medicamentos necessários, acompanhando-o na realização dos exames, a mãe acaba assumindo papel fundamental na promoção e no cuidado dispensado à criança. Ressalta-se, ainda, que o tratamento antirretroviral pela mãe no período gestacional e parto, e o seguimento no pós-parto, são iniciativas decisivas. Essas medidas somadas aos cuidados de profissionais especializados e dos demais membros da família são essenciais para se alcançar uma vida social, psicológica e física saudável.

Com base no exposto, o presente estudo teve por objetivo caracterizar as condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças nascidas expostas ao HIV que são atendidas em um serviço de referência em doenças infecciosas no Estado do Ceará. Esta pesquisa tem sua importância no que se refere ao melhor entendimento acerca das características dessas crianças, podendo contribuir como subsídio para uma atenção de enfermagem holística e direcionada às necessidades existentes.

Método

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo e de abordagem quantitativa, realizado no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), o qual é referência no atendimento de pessoas que vivem com HIV/aids em todo o Estado do Ceará, e está localizado na cidade de Fortaleza-CE. Referido serviço dispõe de consultas, exames laboratoriais e radiológicos, fornecimento de fármacos antirretrovirais, preservativos e unidades ambulatoriais e de internação.

Vale ressaltar que este estudo é parte de um amplo projeto de pesquisa que avalia as condições de saúde, convivência familiar e comunitária de crianças nascidas sob risco da transmissão vertical do HIV ou que vivem com HIV/aids em Fortaleza-CE.

A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2009, e a amostra compôs-se das 117 mães que levaram seus filhos para consulta de acompanhamento no referido hospital no período de estudo. Adotou-se, como critério de inclusão dos binômios mãe e filho: 1. Mãe: ter gerado pelo menos um filho na vigência da infecção pelo HIV e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). 2. Criança: ter nascido exposta ao HIV; ser cuidada pela mãe biológica e estar em seguimento no serviço de saúde. Como critério de exclusão constou a presença de doença mental da mãe ou qualquer outra condição que pudesse interferir nas respostas aos quesitos elaborados pelo pesquisador.

Os dados foram coletados por entrevistador treinado, mediante preenchimento de um formulário semiestruturado que abordou diferentes aspectos, dentre estes: características familiares, do ambiente e dos cuidados proporcionados às crianças nascidas expostas ao HIV. Também se avaliou, sob a perspectiva do responsável, o estado de saúde da criança, bem como o seguimento em serviço especializado.

Para cumprir e esclarecer o objetivo do estudo foram analisadas as seguintes variáveis maternas: idade, cor (auto-referida), escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional, religião e classificação econômica. Para a classificação socioeconômica empregou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o qual analisa a família em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo, mediante escala socioeconômica pela atribuição de pesos a um conjunto de itens, como conforto doméstico e nível de escolaridade do chefe de família⁽⁹⁾. A CCEB é apresentada por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E. A classe "A" é aquela possuidora de melhores condições, por conseguinte, a classe "E" possui ínfimas condições para sobrevivência.

Para as crianças, as variáveis adotadas foram: idade (meses), sexo, cor, resultado da última sorologia anti-HIV, recebimento de auxílio governamental, utilização de outros serviços de saúde, seguimento na data agendada, realização de exames solicitados, idade do primeiro atendimento da criança no serviço especializado, início da utilização de AZT pela mãe na gestação, início da utilização de AZT pela criança, responsável pela administração do AZT para a criança, utilização de Sulfametaxazol-Trimetoprima no primeiro ano de vida, percepção materna do estado de saúde da criança.

Todas as mães foram convidadas a participar da pesquisa enquanto esperavam o atendimento do filho. As entrevistadas tiveram duração média de 60 minutos e foram realizadas em uma sala reservada, no intuito de garantir o sigilo das informações e manter a privacidade e espontaneidade das mães.

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel. Para a realização da estatística descritiva e verificação de associações entre as variáveis “Critério de Classificação Econômica Brasil” e “escolaridade da mãe” com “realização das consultas de seguimento das crianças na data agendada” e “realização dos exames solicitados para a criança”, utilizou-se o teste exato de Fisher. Para tais análises, estabeleceu-se em 0,05 (5%) a probabilidade α do erro tipo I (nível de significância), sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $P < 0,05$.

Para processamento de dados foi utilizado o Software STATA versão 10.0. Os resultados foram expressos na forma de frequência absoluta, relativa e associação de variáveis, sendo posteriormente discutidos sob a ótica da literatura disponível.

Em atendimento ao determinado, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do HSJDI, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovado em 18/6/2007 sob Protocolo nº 014/2007. A condução da pesquisa ocorreu consoante com os padrões éticos exigidos. Todas as participantes assinaram o TCLE. O sigilo da identi-

cação das participantes foi mantido e os dados da pesquisa utilizados somente com fins científicos.

Resultados

Acerca das características sociodemográficas das 117 mães com crianças nascidas expostas ao HIV, constatou-se que a idade variou de 18 a 42 anos, com média de idade de 28 anos. No relacionado à cor, 71,0% relataram serem pardas. Em relação à escolaridade 29,0% eram analfabetas. A maioria era casada ou vivia em união estável (73,5%) e encontrava-se desempregada na época do estudo (68,3%). Quanto à religião, 75,2% eram católicas, e 68,3% das famílias encontravam-se nas classes “D” e “E”, portanto, a maioria das crianças vivia em ambientes com acesso mínimo a bens e recursos econômicos. Esses dados são expressos na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das 117 mães das crianças nascidas expostas ao HIV

Características maternas	n (%)
Idade (anos)*	
≤19	4 (3,4)
20-29	63 (53,8)
30-39	45 (38,5)
≥40	5 (4,3)
Cor (autoreferida)	
Branca	23 (19,6)
Preta	6 (5,1)
Amarela	5 (4,3)
Parda	83 (71,0)
Escolaridade	
Analfabeta	34 (29,0)
1ª a 3ª série do ensino fundamental	26 (22,3)
4ª a 8ª série do ensino fundamental	51 (43,6)
Ensino médio	6 (5,1)
Situação conjugal	
Casada/União Estável	86 (73,5)
Solteira	20 (17,0)
Separada/Divorciada	11 (9,5)
Situação ocupacional	
Empregada	11 (9,5)
Desempregada	80 (68,3)
Dona de casa	9 (7,7)
Não declarada	17 (14,5)

(continuação)

Religião	
Católica	88 (75,2)
Evangélica	18 (15,3)
Outros	11 (9,5)
Classificação econômica**	
B	2 (1,7)
C	35 (30,0)
D	51 (43,5)
E	29 (24,8)

*Idade: mínima: 18 anos; máxima: 42 anos; média de idade: 28 anos

** Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Ao se indagar a mãe sobre a sorologia anti-HIV do pai da criança, foi manifestado o conhecimento por 79 mulheres. Destas, 31 (39,2%) informaram que o pai apresentava sorologia positiva para o HIV e 28 (35,4%) informavam sorologia negativa. Vinte pais (25,4%) desconheciam sua condição sorológica, pois ainda não haviam realizado a sorologia.

A seguir, na Tabela 2, expõem-se as características epidemiológicas das crianças nascidas expostas ao HIV. A maioria (39,4%) era menor de 12 meses e pouco mais da metade (55,5%) era do sexo feminino. No referente à cor, 99 (84,6%) eram pardas. No concernente à sorologia anti-HIV, obteve-se a informação por meio de declaração da mãe e análise dos exames da criança. Vale ressaltar que embora muitas mães pudessem fazer o seguimento da criança em outra Unidade de Saúde, elas preferiam o serviço especializado por reduzir as chances de revelar o diagnóstico para outras pessoas, e assim, minimizar o estigma e preconceito decorrente da infecção pelo HIV. Quanto à sorologia anti-HIV da criança, 30 (25,6%) apresentavam diagnóstico positivo da infecção pelo HIV. No momento da entrevista, 28 crianças ainda não haviam realizado a sorologia anti-HIV. Sobre algum tipo de recebimento de auxílio do governo, apenas 36 crianças (31,86%) eram beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. Ademais, todas receberam fórmula láctea infantil gratuita, com o intuito de evitar que fossem amamentadas.

Tabela 2 - Caracterização epidemiológica das 117 crianças nascidas expostas ao HIV

Características das crianças	n (%)
Idade (meses)	
< 12	46 (39,4)
12 - 23	41 (35,0)
24 - 35	30 (25,6)
Sexo	
Masculino	52 (44,5)
Feminino	65 (55,5)
Cor	
Branca	10 (8,6)
Parda	99 (84,6)
Preta e amarela	8 (6,8)
Definição do diagnóstico (última sorologia anti-HIV)	
HIV+	30 (25,6)
HIV-	59 (50,4)
Sem definição	28 (24,0)
Recebimento de auxílio governamental	
Sim	39 (33,4)
Não	78 (66,6)

Em relação à utilização de serviços de saúde concomitante ao especializado, 56 mães (47,8%) informaram uso da Estratégia Saúde da Família e apenas quatro mães (3,4%) referiram procurar por serviço privado/convênios para algum tipo de atendimento de saúde à criança. Apenas 27 mães (23,0%) compareciam às consultas na data agendada, no entanto, as que não compareciam alegaram falta de transporte e dificuldades financeiras.

Tratando-se da realização de exames laboratoriais para o acompanhamento da TV do HIV, o que envolve a sorologia anti-HIV, contagem de linfócitos T CD4+ e a carga viral, 100 crianças (85,5%) haviam realizado em consonância com o solicitado pelo serviço de saúde. Em relação à idade em que as crianças foram pela primeira vez ao serviço de referência após o parto, 82 (70,0%) das mães revelaram que esse atendimento ocorreu durante o primeiro mês de vida. Constata-se que a maioria das mães se preocupa muito com a definição da sorologia anti-HIV do filho, de

forma que tenta, na medida do possível, comparecer às consultas. Os atrasos ou faltas devem-se à falta de recursos financeiros. Ver Tabela 3.

Tabela 3 - Utilização dos serviços de saúde pelas crianças nascidas expostas ao HIV

Utilização dos serviços de saúde	n (%)
Utilização de serviços de saúde concomitante ao especializado	
Programa Saúde da Família (PSF)	56 (47,8)
Privado/Convênios	4 (3,4)
Não	57 (48,8)
Seguimento na data agendada	
Sim	27 (23,0)
Não	90 (77,0)
Realização dos exames solicitados	
Sim	100 (85,5)
Não	17 (14,5)
Idade do primeiro atendimento da criança no serviço especializado	
Primeiro mês de vida	82 (70,0)
Segundo mês de vida	15 (13,0)
Entre o terceiro e quinto mês	11 (9,4)
Entre o sexto mês e um ano	4 (3,4)
Depois do primeiro ano de vida	5 (4,2)

Acerca do tratamento farmacológico padrão que deve ser realizado pelas mães e implementado aos recém-nascidos para redução da TV do HIV. A maioria das mães (35,8%) iniciou o tratamento com zidovudina (AZT) no segundo trimestre de gestação, porém, 18 (15,4%) não fizeram uso do medicamento. Constatou-se que para oito crianças não foi administrado o AZT oral após o nascimento. Além disso, na maioria dos casos (94,8%), eram as mães que administravam o AZT às crianças. Quanto à administração do Sulfametaxazol-Trimetoprima observou-se que 19 crianças (16,3%) não utilizaram. Quanto à percepção da mãe sobre o estado de saúde da criança, maior parte referiu que este era excelente ou bom, de forma que somente uma (0,8%) informou que o estado de saúde do filho era ruim. Essas informações são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis relacionadas ao tratamento das crianças nascidas expostas ao HIV

Variáveis relacionadas ao tratamento	n (%)
Início da utilização de AZT pela mãe na gestação	
1º trimestre	35 (30,0)
2º trimestre	42 (35,8)
3º trimestre	14 (12,0)
Não fez uso	18 (15,4)
Após o parto	8 (6,8)
Início da utilização do AZT pela criança	
Nas primeiras horas de nascimento	100 (85,4)
Após 24 horas de nascimento	9 (7,8)
Não utilizou	8 (6,8)
Responsável pela administração do AZT para a criança	
Mãe	111 (94,8)
Outros	6 (5,2)
Uso Sulfametaxazol-Trimetoprima no primeiro ano de vida	
Sim	98 (83,7)
Não	19 (16,3)
Percepção materna do estado de saúde da criança	
Excelente	46 (39,3)
Bom	59 (50,4)
Regular	11 (9,5)
Ruim	1 (0,8)

A Tabela 5 mostra a frequência com que as mães levavam seus filhos nascidos expostos ao HIV para as consultas de seguimento em saúde na data agendada, além da realização dos exames solicitados para a criança. Essas duas variáveis são analisadas de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) e a escolaridade da mãe.

Constatou-se de forma estatisticamente significativa, que as mães pertencentes às classes B ou C, de acordo com a CCEB, compareciam mais às consultas de seguimento de saúde da criança do que as mães das classes D ou E ($P < 0,0001$), ou seja, as mães que possuíam piores condições de vida levavam menos seus filhos para as consultas. Ademais, a frequência de realização dos exames solicitados para a criança foi significativamente maior ($P = 0,0013$) entre as mães das classes B ou C do que entre as mães das classes D ou E.

Tabela 5 - Frequência de realização das consultas de seguimento de saúde das crianças na data agendada e realização dos exames solicitados para a criança conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil e escolaridade da mãe

Variáveis	Realização de consultas de seguimento na data agendada				Realização dos exames solicitados para a criança			
	Sim	Não	Total	*Valor de P	Sim	Não	Total	*Valor de P
Critério de Classificação Econômica Brasil								
B/C	25 (67,6%)	12 (32,4%)	37 (100,0%)	< 0,0001	37 (100,0%)	0 (0,0%)	37 (100,0%)	0,0013
D/E	2 (2,5%)	78 (97,5%)	80 (100,0%)		63 (78,7%)	17 (21,3%)	80 (100,0%)	
Escolaridade da mãe								
Analfabeta	1 (2,9%)	33 (97,1%)	34 (100,0%)	0,0005	19 (55,9%)	15 (44,1%)	34 (100,0%)	< 0,0001
Alfabetizada	26 (31,3%)	57 (68,7%)	83 (100,0%)		81 (97,6%)	2 (2,4%)	83 (100,0%)	

*Dados analisados pelo teste exato de Fisher

Foi observado também que as mães analfabetas levavam menos os filhos para a consulta de seguimento do que as mães alfabetizadas ($P = 0,0005$). Além disso, a realização dos exames solicitados para a criança foi significativamente menor ($P < 0,0001$) entre as mães analfabetas do que entre as mães alfabetizadas.

Discussão

As condições de saúde e o estilo de vida de uma população caracterizam as formas como o indivíduo se encontra dentro do mundo social. Tais formas são evidenciadas pelos fatores socioeconômicos, políticos e culturais que vão afetar o comportamento, a biologia e o ambiente dessas pessoas, influenciando no seu quadro de saúde/doença e, por extensão, na sua qualidade de vida. Esses determinantes sociais apresentam influência significativa na vida das crianças, sobretudo por estarem elas em fase de grande vulnerabilidade e dependência. Há, então, visível possibilidade de alterações no seu desenvolvimento normal, com consequentes problemas na sua saúde. Diante da situação, elas requerem intensos cuidados prestados por adultos e pelos serviços de saúde, no intuito de protegê-las e promover-lhes melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Semelhante a outras pesquisas, este estudo constatou que a maioria dos indivíduos portadores de HIV/aids vive em situação de pobreza, baixa escolaridade e desemprego, fatores que podem influenciar negativamente no crescimento e desenvolvimento da criança nascida exposta ao HIV^(3-4,10,12). Observou-se também que algumas mães possuíam companheiros sorodiscordantes ou que ainda não haviam realizado a sorologia anti-HIV. Uma situação atual colocada pela epidemia de HIV/aids é o fenômeno da “sorodiscordância” que é a ocorrência de relações afetivo-sexuais entre parceiros com sorologias distintas para o HIV. O termo, ao lado de outros como sorodivergência e sorodiferença, consta desde meados da década de 1990, de artigos médicos norte-americanos e franceses. Essa modalidade de relacionamento passa a ser cada vez mais frequente pela melhoria da qualidade e expectativa de vida das pessoas soropositivas, o que foi decorrente do advento dos fármacos antirretrovirais^(4,13).

Ressalta-se que a falta de recursos dos pais, assim como a falta de auxílio do governo interferem diretamente e de forma negativa no tratamento e acompanhamento da criança nascida exposta ao HIV. Apesar de o Brasil possuir um programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis e aids muito

organizado nos três níveis de atenção do SUS – federal, estadual e municipal, sendo reconhecido internacionalmente e ser exemplo no mundo por dispor de um programa que oferece boas respostas contra a epidemia de HIV/aids, vale questionar sobre a sustentabilidade futura e até que ponto o Brasil tem controle sobre uma epidemia que cresce invisivelmente em seu interior pobre. Um indicador importante é o acesso aos fármacos antirretrovirais, pois mesmo que o tratamento seja ofertado gratuitamente, em muitas regiões, o fato de as pessoas não terem o que comer deixa-as impossibilitadas de apresentarem uma boa resposta à terapêutica⁽¹⁰⁾.

Dentre as iniciativas governamentais voltadas ao tema DST/aids, mencionam-se os manuais do Ministério da Saúde direcionados ao acompanhamento das crianças nascidas expostas ao HIV. Esses guias são considerados referências nacionais para a atenção à criança e ao adolescente e têm sido reformulados periodicamente, de acordo com o progresso da ciência. Desse modo, oferece aos profissionais atualizações sobre o manejo do tratamento e outros diferentes aspectos relacionados à infecção^(3,5-6). Nesses documentos também se enfatiza a necessidade de vínculo entre a criança, os pais, os cuidadores e a equipe de saúde.

Conforme se observou no presente estudo, nem todas as crianças nascidas expostas ao HIV realizaram a primeira consulta na unidade de referência antes do trigésimo dia de vida. Diferentes razões podem estar implicadas nesta ausência ou irregularidade no acompanhamento da criança. Dentre elas destaca-se o medo materno de revelar para mais pessoas sua condição sorológica ou a do filho, pois um dos dilemas vivenciados pelas mulheres é a divulgação do diagnóstico. Elas são levadas a ocultá-lo em decorrência do medo de serem estigmatizadas e rejeitadas. Muitas vezes, evita-se referir para a própria família, com o intuito de não serem vítimas do preconceito das pessoas^(12,14). Além disso, depois do nascimento do filho, as mães passam por inúmeras vivências psicológicas e sociais, como o medo da morte e a possibilidade de deixar seus filhos órfãos, a perspectiva de ter um filho soropositivo para

o HIV e o medo da discriminação social⁽¹⁾.

Como se percebeu, os cuidados prestados à criança são executados quase que exclusivamente pela mãe biológica, visto que esta desempenha o papel de cuidadora primária no processo de desenvolvimento dos filhos. Vale ressaltar que a relação dos fatores socioeconômicos, ambientais, culturais, subjetivos e biológicos incorpora as dimensões presentes na saúde de cada indivíduo, com visíveis desigualdades na produção e no consumo de recursos sociais como determinantes da saúde e doença. A incidência de indivíduos de classe econômica menos privilegiada evidencia as desigualdades, exposição a fatores de risco e o quão vulneráveis estão as famílias que convivem com o HIV^(2,4).

Muitas crianças ainda não possuíam diagnóstico conclusivo quanto à infecção pelo HIV. Os filhos nascidos de mães portadoras de HIV recebem anticorpos IgG anti-HIV durante a gestação. Todas essas crianças são soropositivas para o HIV no nascimento, e as que não são infectadas soroconvertem, em média, entre 9 e 12 meses, podendo permanecer com teste positivo até 18 meses de vida. Considera-se não infectadas as crianças com idade superior a 18 meses quando houver: uma amostra não reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV; ou uma amostra negativa em dois testes rápidos. Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, realiza-se um terceiro teste rápido. Quando este terceiro teste resultar negativo, considera-se a amostra “negativa para o HIV”⁽⁵⁻⁶⁾.

No contexto social e de saúde, a família cumpre um papel fundamental como prestadora de cuidado à criança, pois esta depende de outros para sobreviver. Neste âmbito familiar, a mãe exerce o papel de provedora e responsável pela comunicação eficaz com o profissional de saúde. Ela busca melhor assistência e cuidados, para que um maior potencial de saúde seja alcançado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

É fundamental, então, manter e assegurar a sobrevivência e a saúde da criança e da sua cuidadora, no caso à mãe. Torna-se necessário aperfeiçoar as

condições de atendimento e acesso aos serviços de saúde, de acompanhamento do tratamento e da oferta de apoio aos infectados para garantir uma assistência adequada. Mencionadas providências são essenciais para a melhoria da qualidade de vida das crianças. Associado a isso, o tratamento antirretroviral traz benefícios para a saúde da criança e da mãe infectada pelo HIV⁽⁵⁻⁶⁾.

Nos últimos 10 anos observou-se uma redução de 11,1% na mortalidade por aids no Brasil, mas segundo as regiões a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste e Sul⁽³⁾. A redução da morbidade e mortalidade ocorreu devido ao advento dos fármacos antirretrovirais em 1996. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso ao tratamento antirretroviral, sendo reconhecido internacionalmente como exemplo por dispor de um programa que oferece boas respostas contra a epidemia de HIV/aids⁽¹⁷⁾.

O nascimento de crianças expostas ao HIV está fortemente associado à falta de assistência no pré-natal e à alta taxa de HIV em áreas de baixa renda. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento antirretroviral, de forma que os esquemas terapêuticos precisam ser bem avaliados para cada indivíduo. Evidencia-se a necessidade de se observar as características fisiológicas, patológicas, sociais e ambientais de cada pessoa, principalmente no relacionado à criança, um ser mais frágil e vulnerável, com maiores limitações e dependente de cuidados⁽⁵⁻⁶⁾.

Logo, é preciso dispensar-lhe tratamento e acompanhamento mais minuciosos, específicos, fortalecidos por maior atenção da parte dos profissionais de saúde e das mães cuidadoras. Nesse aspecto, sobressai a importância da equipe de saúde multidisciplinar a qual compete fornecer tratamento e acompanhamento adequados para o paciente, no caso, a criança. Trata-se de um tratamento complexo em que o papel dos profissionais de saúde e dos serviços de assistência à saúde são fundamentais para o bem-estar dos nascidos expostos ou já infectados pelo HIV⁽¹⁸⁾. Com isso, revela-se a importância de

se conhecer e desmistificar a temática relacionada às crianças nascidas expostas ao HIV, no intuito de proporcionar-lhes melhoria da qualidade de vida.

Ademais, as circunstâncias desfavoráveis de vida põem em risco o processo de estruturação da personalidade, a construção da sociabilidade e o amadurecimento psicológico. Como advertem certos autores, as experiências que se processam na infância têm um peso diferenciado no ciclo vital humano^(12,16,18-19). Tal fato justifica a ampliação de pesquisas, com objetivo de se investigar os contextos e a qualidade de vida de crianças, em especial aquelas que enfrentam no cotidiano, situações desfavoráveis para seu desenvolvimento pleno e saudável, a exemplo das crianças expostas ao HIV.

Conclusão

A infecção pelo HIV/aids constitui um dos mais sérios problemas de saúde pública mundial, representando um desafio em diversos aspectos, sobretudo, pela ausência de um tratamento efetivo que conduza à cura, além das barreiras sociais e econômicas que interferem na adesão do regime terapêutico.

Mediante as avaliações desenvolvidas, este estudo possibilitou enfatizar a necessidade de seguimento das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para redução da transmissão vertical do HIV e de cuidados em saúde aos indivíduos nascidos expostos ou já infectados pelo vírus. Com a prevenção feita pela mãe no período gestacional e parto, realização do tratamento adequado das crianças nos primeiros meses de vida, os cuidados proporcionados pela mãe e pelos serviços de saúde, as crianças podem ter melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, condições adequadas de saúde.

Ao se conhecer as condições em que vivem as crianças nascidas expostas ao HIV, percebe-se o significado desses aspectos em suas vidas. Portanto, a atenção dos familiares e profissionais de saúde é fundamental para o bem-estar físico e emocional

da criança. Verifica-se, assim, a importância de estudos que exponham essas questões, buscando eficácia individual de saúde e bem-estar, como também melhoria na saúde coletiva e no bem-estar da sociedade, a qual está constantemente exposta e vulnerável às diversas doenças.

Confirma-se a aids como uma doença estigmatizante, que traz um grande desafio aos familiares, profissionais de saúde e sociedade. No referente à família, esta passa a ter de conviver com muitos acontecimentos atípicos, como assimilar o fato de ser portador de um vírus incurável, o qual foi transmitido ao seu filho, ou cuidar do filho de um familiar que morreu de aids, além de muitas vezes, lidar com o preconceito social relacionado à doença. Diante disso, para que as limitações advindas desta condição sejam enfrentadas da melhor maneira possível, os cuidadores precisam se sentir seguros e apoiados pelos profissionais de saúde.

Houve dificuldades no desenvolvimento deste estudo, principalmente devido à complexidade da temática, que é a aids infantil. Como limitação ressalta-se o fato de a entrevista ser realizada no mesmo dia da consulta, cujos participantes preocupavam-se sobremaneira em perder a vez da consulta em detrimento da entrevista.

Enfim, neste estudo observaram-se os aspectos relacionados às condições sociodemográficas, materna e clínica de crianças nascidas expostas ao HIV, observando-se que a maioria possui dificuldades socioeconômicas que podem influenciar negativamente nas condições de saúde. Pesquisas dessa natureza são importantes para reconhecer o perfil dos acometidos, de forma que pode determinar cuidados de enfermagem direcionados às necessidades existentes e de acordo com os recursos que estes indivíduos dispõem para viver. Destaca-se a necessidade de mais estudos que contemplem a infecção pelo HIV e a aids em pacientes pediátricos, para que se possa realizar uma assistência de acordo com as necessidades singulares de cuidado desse grupo de indivíduos.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), (Protocolo N° 570022/2008-8), ao Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde (Convocatória 03/2007) por financiamentos e ao Hospital São José de Doenças Infecciosas pela realização do estudo.

Colaborações

Galvão MTG contribuiu para concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Cunha GH contribuiu para análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Freitas JG contribuiu na coleta de dados. Gir E contribuiu na discussão, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Reis RK contribuiu na discussão, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lima FLA, Saldanha AAW, Oliveira JSC. Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. *Psicol Rev.* 2009; 15(1):141-57.
2. Silva RAR, Rocha VM, Davim RMB, Torres GV. Ways of coping with AIDS: opinion of mothers with HIV children. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(2):260-5.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano IX n° 01. Até semana epidemiológica 26ª – junho de 2012.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Cavalcante MS, Silveira ACB, Ribeiro AMS, Ramos Junior AN. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Mater Infant.* 2008; 8(4):473-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para profilaxia da transmissão*

- vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 7. Barroso LMM, Galvão MTG, Cavalcante RM, Freitas JG. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. *Rev Rene*. 2009; 10(4):155-64.
 8. Riquinho DL, Gerhardt TE. Necessidades, práticas e apoio social: dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde. *Rev Eletr Com Inf Inov Saúde* 2008; 2(2):69-73.
 9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. [Internet]. 2008 [citado 2012 nov 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>
 10. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):526-32.
 11. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):92-100.
 12. Galvão MTG, Cunha GH, Rodrigues NLC, Gir E. Aspects of social interactions of HIV-positive children from the perspective of their caregivers. *Rev Rene*. 2013; 14(1):262-71.
 13. Maksud I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6):1196-204.
 14. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):90-7.
 15. Gomes AMT, Cabral IE. Entre dose e volume: o princípio da matemática no cuidado medicamentoso à criança HIV positiva. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(3):332-7.
 16. Barcellos C, Acosta LMW, Lisboa E, Bastos FI. Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(6):1006-14.
 17. Duarte PS, Ramos DG, Pereira JCR. Padrão de incorporação de fármacos antiretrovirais pelo sistema público de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(4):541-7.
 18. Lima AAA, Pedro ENR. Growing up with HIV/AIDS: a study on adolescents with HIV/AIDS and their family caregivers. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16(3):348-54.
 19. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):371-6.