

ARTIGO DE PESQUISA

CRIANÇAS COM HIV/AIDS DE UMA UNIDADE AMBULATORIAL PÚBLICA. RIO DE JANEIRO, BRASIL 2003: CONHECENDO SEU PERFIL

*Antonio Marcos Tosoli Gomes¹**Ivone Evangelista Cabral²**Louise Bastos Schilkowsky³***Resumo**

A caracterização de crianças com HIV/AIDS, de uma instituição do Rio de Janeiro, foi investigada com os objetivos de identificar e analisar as características dessas crianças. O estudo quantitativo, exploratório e descritivo foi implementado em um ambulatório especializado de referência para o atendimento à criança. Os prontuários de 45 crianças foram utilizados como fonte de dados, os quais foram estatisticamente analisados, indicando os seguintes resultados: em relação ao sexo, não houve variação significativa entre as crianças, mais da metade residia na zona norte da cidade (53,3%), e 22,3% estavam em tratamento a menos de um ano. A mãe foi a prestadora de cuidados (50%) mais prevalente, sendo que 88,8% delas não fizeram pré-natal e 48,8% realizaram o teste anti-HIV. A frequência de mulheres que não usaram anti-retroviral (ARV) durante a gravidez e na hora do parto foi de 73,3%, mas a taxa de adesão à terapia medicamentosa foi de 88,9%. Conclui-se que a transmissão vertical foi responsável pela contaminação dessas crianças, que as mulheres são as principais prestadoras de cuidados e que a taxa de adesão ao ARV está dentro dos padrões esperados pelo Ministério da Saúde.

Unitermos: AIDS. Criança. Enfermagem.

Abstract**CHILDREN WITH HIV/AIDS FROM ONE PUBLIC OUTPATIENT SETTING IN RIO DE JANEIRO, BRAZIL, 2003: KNOWING THEIR PROFILE**

The profile of children with HIV/AIDS from one public outpatient facility in Rio de Janeiro, Brazil was investigated in order to identify and analyse their needs. A quantitative, exploratory and descriptive study was conducted in a specialty outpatient, that is reference to care for children with HIV/AIDS. Charts of 45 children was used as a source of research, which data were statistic analysed and showed the following results: in relate to gender, there is no significance variation between male and female child, approximately half of them lived at north part of city (53.3%), and 22.2% were in medication regimen less one year. Mother was a primary caregiver for 50%, but 88.8% of them were not submitted to HIV blood test at prenatal time. The women did not take any kind of antiretrovirus (ARV) during pregnancy and delivery were 73.3%, but the child medication adhesion rate were 88.9%. It concluded that HIV vertical transmission was responsible for children infection, women are primary caregiver and the ARV adhesion rate is within outcome standard of Ministry of Health in Brazil.

Key-words: AIDS. Children. Nursing.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ. Pesquisadora CNPq e Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC).

³ Médica. Coordenadora do Serviço de Atendimento Especializado ao Portador do HIV/AIDS do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ.

Resumen

NIÑOS CON HIV/SIDA DE UNA UNIDAD AMBULATORIAL PÚBLICA. RIO DE JANEIRO, BRASIL. 2003: CONOCIENDO SUYO PERFIL

La caracterización de niños con HIV/AIDS, de una institución del Rio de Janeiro, fue investigada con los objetivos de identificar y analizar las características de esos niños. El estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo fue implementado en un ambulatorio especializado de referencia para la asistencia al niño. Los prontuarios de 45 niños fueron utilizados como fuente de datos, los cuales fueron estadísticamente analizados, indicando los siguientes resultados: en relación al sexo, no hubo variación significativa entre los niños, más de la mitad residía en la zona norte de la ciudad (53,3%), y 22,3% estaban en tratamiento a menos de un año. La madre fue la cuidadora principal (50%) más prevalente y, siendo que 88,8% de ellas no hicieron pre-natal y 48,8% realizaron el teste anti-HIV. La frecuencia de mujeres que no usaron anti-retroviral (ARV) durante la gravidez y en la hora del parto fue de 73,3%, mas la tasa de adhesión a terapia medicamentosa fue de 88,9%. Concluyese que la transmisión vertical fue responsable pela contaminación de esos niños, que las mujeres son las principales cuidadoras e que a tasa de adhesión al ARV está dentro de los padrones esperados pelo Ministerio de la Salud.

Descriptor: AIDS. Niños. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) foi anunciada no início da década de 80, como um fato novo no panorama da saúde mundial, com características de alta letalidade levando pânico à população mundial e mobilizando a comunidade científica na busca da sua origem e meios de transmissão (MARQUES, 2002).

No entanto, os primeiros casos dessa síndrome já haviam sido detectados no final da década de 70 na França e na Alemanha (PRATT, 1986). No Brasil e em outros países, os registros datam do início da década de 80 (DHALLIA *et al.*, 2000). Em 1981, foram registrados os primeiros casos nos Estados Unidos, disseminando-se por todos os continentes e caracterizando-se como uma pandemia (MENEZES, 1993).

A caracterização de doença típica de homossexuais masculinos foi desmitificada ao longo desses anos, pelas mudanças ocorridas em seu perfil epidemiológico. Atualmente, atinge de forma quase igualitária tanto homens como mulheres. Esse processo de feminização da AIDS possui dois aspectos importantes a serem ressaltados: a inclusão sistemática de um grupo específico no perfil epidemiológico da síndrome, a mulher, e a problemática da transmissão vertical do HIV/AIDS, incluindo um novo grupo populacional na epidemia, as crianças.

Duarte e Mussi-Pinhata (1995) referem que até 1992, a transmissão vertical era responsável por 57,5% dos casos de AIDS pediátrica no Brasil, atingindo o valor de 91% em 1995. Como se observa, o caráter feminino da AIDS e sua incidência em crianças possuem estreita relação.

A criança com AIDS vem se apresentando com uma importância crescente no cenário das ações e serviços de saúde, tanto pelo aumento quantitativo de infectados, quanto pela sua sobrevivência em decorrência do uso do coquetel anti-retroviral, chegando à adolescência com todas as questões sociais, culturais, econômicas e sexuais presentes nesta faixa etária.

Há que se destacar, ainda, que as consequências ou repercussões da AIDS e do seu tratamento caracterizam essa população infantil como portadora de necessidades especiais de saúde (WONG, 1999). Portanto, esse fato remete a uma atuação que extrapola os cuidados biomédicos, já que envolve outros aspectos de cunho familiar, social e cultural.

Portanto, conhecer melhor as necessidades especiais de saúde dessa clientela, é imperativo na ordenação de intervenções educativas e clínicas junto aos cuidadores, os quais são responsáveis pela implementação da terapia medicamentosa e monitoração do estado de saúde. Nesse sentido, realizou-se o presente estudo, cujo objeto de investigação é a caracterização de crianças com HIV/AIDS,

atendidas em um ambulatório de uma instituição pública federal do Rio de Janeiro, com os objetivos de identificar e analisar suas características.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratória e descritiva, desenvolvido em um ambulatório de uma instituição integrante do Sistema Único de Saúde e vinculado a uma Universidade Federal da cidade do Rio de Janeiro. Este ambulatório é de referência para o tratamento de crianças com HIV/AIDS em todo o Estado do Rio de Janeiro.

A amostra foi constituída de 45 crianças cadastradas e atendidas no Serviço de Atendimento Especializado, com idade entre 0 e 12 anos. Os dados foram levantados a partir dos prontuários, nos meses de setembro e outubro de 2003, orientados por um formulário contendo as variáveis de estudo, relacionadas à criança e ao cuidador.

Portanto, investigou-se, em relação a criança, os seguintes aspectos: sexo, local de moradia, tempo de tratamento na unidade, queixa principal na primeira consulta, história patológica pregressa, utilização de AZT profilático nas crianças, mortalidade parental, utilização atual de anti-retrovirais, adesão ao tratamento e escolaridade das crianças.

Já em relação aos cuidadores, procurou-se saber: o tipo de cuidador, pré-natal da mãe, tipo de parto, solicitação

de exame anti-HIV na gestação, utilização de zidovudina (AZT) durante a gestação e no momento do parto, estado sorológico dos pais, renda familiar e profissão/ocupação do cuidador. O tratamento dos dados foi realizado através de estatística descritiva e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Em se tratando de um recorte de projeto de tese de doutorado em desenvolvimento, cabe registrar que o mesmo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em apreço, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A totalidade das crianças atendidas nesse ambulatório foi infectada pelo HIV por transmissão vertical, tratando-se, portanto de transmissão perinatal diretamente relacionada a feminização da síndrome (TRINDADE e SCHIAVO, 2001). No Brasil, até 1992, a transmissão vertical era responsável por 57,5% dos casos de AIDS pediátrica, atingindo 91%, em 1995; nos Estados Unidos, neste mesmo ano, chegou a aproximadamente 95% (DUARTE e MUSSI-PINHATA, 1995).

Sherlock e Vieira (1999) ressaltam que a distribuição dos casos de AIDS, referente ao período perinatal, no Brasil tem crescido ao longo do tempo. Entre os anos de 1980 e 1999, os números oficiais registraram 4.181 notificações.

Tabela 1. Distribuição das crianças segundo o sexo. Rio de Janeiro, 2003.

Sexo	Fi	Fi%
Masculino	22	48,9
Feminino	23	51,1
Total	45	100

Embora as meninas correspondam a 51,1% das crianças infectadas, não há significativa variação estatística entre os sexos, na distribuição de crianças com HIV/AIDS, constante na Tabela 1. Por outro lado, apesar de não haver relação direta entre a transmissão vertical e o sexo da criança, é importante destacar que na

pesquisa realizada por Herdy *et al.* (1996), que analisou casos de AIDS em criança, encontrou-se maior índice de contaminação entre os meninos, atingindo cerca de 83% dos casos estudados pelos autores. Já, o estudo de Tavares Júnior (1994), não cita a relação entre infecção por HIV e gênero em criança.

Tabela 2. Distribuição das crianças de acordo com a idade e frequência à Escola. Rio de Janeiro, 2003.

Variáveis	Fi	Fi%
IDADE		
Abaixo de 6 anos	27	60
Acima de 6 anos	18	40
Total	45	100
FREQÜÊNCIA À ESCOLA		
Sim	07	39,0
Não	01	5,5
Não informado	10	55,5
Total	18	100

A Tabela 2 evidencia que 40% das crianças estão em idade escolar, entretanto apenas 39,0% frequentam regularmente a Escola.

Tabela 3. Distribuição das crianças segundo a cor da pele. Rio de Janeiro, 2003.

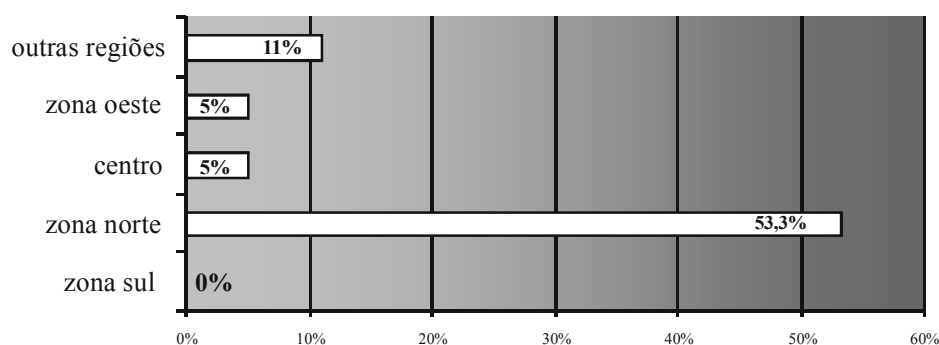
Cor da pele	Fi	Fi%
Branca	25	55,0
Negra	13	28,0
Parda	07	15,0
Não declarada	01	2,0
Total	45	100

Como pode ser observada na Tabela 3, as crianças infectadas pelo HIV, cujos responsáveis declararam ser de cor branca, representam 55% da amostra, seguidas pela cor negra com 28% e cor parda com 15%.

Como se observa na Gráfico 1, a maior parte das crianças é proveniente da zona norte da cidade (53,3%), sendo imediatamente seguida pelas oriundas de outras regiões

(11%), normalmente do interior do estado. Destacam-se, ainda, os mesmos percentuais para a zona oeste e centro (5%) e a ausência de moradores na zona sul.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ, 2003) de 1982 a 2003, foram notificados 23.973 casos de contaminação pelo HIV na cidade do Rio de Janeiro.

Gráfico 1. Distribuição das crianças segundo o local de moradia. Rio de Janeiro, 2003.

Para efeito de comparação, todas as demais regiões do estado (metropolitana 2, noroeste fluminense, norte fluminense, serrana, baixada litorânea, médio Paraíba, centro sul fluminense e baía da Ilha Grande), contabilizaram no mesmo período 8.395 casos (op. cit, 2003).

Durovini (2002) refere que o município do Rio de Janeiro é o segundo do país em números de casos acumulados da AIDS e o trigésimo primeiro em termos de incidência. A zona sul da cidade é a região metropolitana de maior concentração absoluta dos casos da síndrome, ao passo que o centro apresenta a maior incidência. A maior quantidade de casos nesses dois locais

justifica-se, segundo Durovini (2002), por serem as regiões mais antigas em termo de habitação, possuírem o maior número de estabelecimentos de prostituição masculina e feminina, atividades comerciais e de serviços, casas de diversões e presença de indigentes, dentre outros fatores.

A autora supracitada ainda ressalta a expansão da síndrome para todas as áreas da cidade, especialmente para as áreas suburbanas e zona oeste, aponta o fluxo da população pelas diferentes regiões e a mudança do padrão sócio-demográfico da doença como sendo as responsáveis por este movimento.

Tabela 4. Distribuição das crianças segundo o tempo de tratamento na Unidade de Saúde. Rio de Janeiro, 2003.

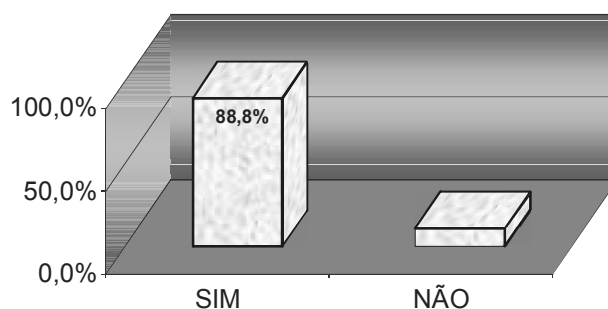
Tempo de tratamento	Fi	Fi%
< de 1 ano	10	22,3
Entre 1 ano e 1 ano, 11 meses e 29 dias	09	20,0
Entre 2 anos e 2 anos, 11 meses e 29 dias	05	11,1
Entre 3 anos e 3 anos, 11 meses e 29 dias	06	13,4
Entre 4 anos e 4 anos, 11 meses e 29 dias	07	15,5
Acima de 5 anos	08	17,7
Total	45	100

A Tabela 4 indica que as crianças com menos de um ano de tratamento representam 22,3%, seguidas pelas que estão em tratamento há menos de dois anos (20%). Já, as que estão em acompanhamento ambulatorial há mais de quatro anos representam o maior percentual (33,2%).

O tempo de tratamento ambulatorial expressa a constância e regularidade no acompanhamento da síndrome e tem relação direta com a adesão à terapia ARV.

Como pode ser observado, apesar de 88,8% das crianças aderirem ao tratamento, os 11,2% representam

Gráfico 2. Distribuição das crianças de acordo com a adesão ao tratamento. Rio de Janeiro, 2003.



um número expressivo em virtude das consequências nefastas do HIV na ausência da terapia ARV.

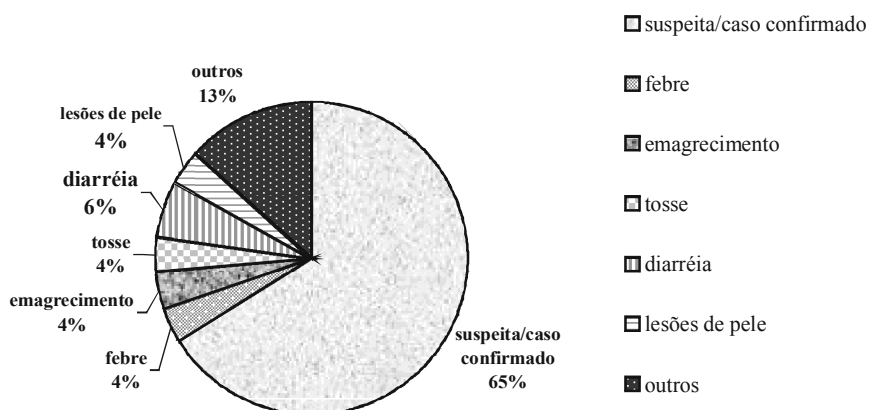
A adesão ao tratamento em pediatria torna-se mais complexa em função da necessidade de envolver outras pessoas na continuidade do tratamento. A terapia desenvolvida para ser aplicada à criança, depende diretamente da presença de um adulto, seja o pai ou mãe como cuidadores principais, ou outro cuidador secundário. A medicação do grupo infantil, não envolve apenas a criança, mas sim sua família ou uma rede de pessoas, cada uma com expectativas próprias com relação à terapêutica (MOREIRA, 2000).

Jordan *et al.* (2000) adverte que a não-aderência aos medicamentos ARV tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a eficácia do

tratamento individual e possibilidade de disseminação de vírus-resistência na coletividade. Segundo os autores, o Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar uma política de distribuição gratuita e universal de medicação anti-retroviral. Seja pela alta prevalência da AIDS, seja pelo grande investimento feito pelo Estado brasileiro, a questão da aderência é aqui especialmente importante, assumindo contornos sociais e políticos muito evidentes, concluem os autores.

O gráfico 3 registra que a suspeita ou confirmação de ser portador do HIV/AIDS correspondeu à maior demanda na primeira consulta (35 crianças). Já as queixas mais recorrentes foram correspondentes à diarreia, emagrecimento, lesões de pele, febre e tosse.

Gráfico 3. Distribuição das crianças de acordo com a demanda ou queixa principal na primeira consulta. Rio de Janeiro, 2003.



No Quadro 1 estão distribuídas as patologias anteriores à primeira consulta na Unidade de referência para o tratamento do HIV/AIDS.

Quadro 1. Distribuição das patologias anteriores das crianças, relatadas na primeira consulta. Rio de Janeiro, 2003.

HPP	Fi
Pneumonias	20
Otitis	08
Diarréias (< de 1 mês)	12
Candidíase oral	10
Perda de peso	07
Varicela	13
Doenças comuns da infância	04
Sepsis	06
Outras	06
Total	86

Dentre as patologias mais frequentes destacam-se a pneumonia no relato de 20 crianças, varicela em 13 crianças, quadros diarreicos com duração inferior à um mês (12) e candidíase oral (10). Tais patologias estão relacionadas ao estado de imunodepressão decorrente da infecção pelo HIV.

Quadro semelhante aparece também em estudo realizado por Herdy *et al.* (1996) no qual todos os casos de crianças portadoras do HIV que participaram da pesquisa, estavam relacionados à pneumonia. Episódios de diarreia também eram frequentes, embora os autores

não tenham se preocupado em investigar a duração. Outras situações patológicas detectadas foram a hepatite, sorologia positiva para o citomegalovírus, infecção de trato urinário, sepsis, monilíase, escabiose, larva migrans e comprometimento cardíaco.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1987), nos primeiros anos da síndrome no país, já alertava para a presença de doenças associadas, entre elas a criptosporidíase, a pneumonia, a toxoplasmose, a candidíase, infecção pelo citomegalovírus, tuberculose e diarreia.

Tabela 5. Distribuição dos cuidadores das crianças segundo o tipo de parentesco. Rio de Janeiro, 2003.

Tipo de parentesco	Fi	Fi%
Mãe	31	50,0
Pai	18	28,0
Tios	06	10,0
Avós	05	8,0
Irmãos	02	4,0
Total	62	100

Envolvem-se com os cuidados das 45 crianças em atendimento ambulatorial 62 pessoas no papel de cuidador principal ou secundário. A Tabela 5 também aponta que o grupo familiar funciona como o núcleo cuidador central na vida da criança, portanto, quaisquer intervenções educativas em saúde requerem a participação de todos os que de alguma forma implementam ações relacionadas ao cuidado com essas crianças.

A Tabela também aponta que a mãe é, isoladamente, o cuidador principal na realização de cuidados no tratamento medicamentoso. Registra-se ainda um número expressivo de pais (28%) envolvidos nesta tarefa. Torna-se importante destacar que o percentual, para esta tabela, foi calculado tendo como referência o número de cuidadores e não o de crianças, uma vez que algumas delas possuem mais de um cuidador.

Tabela 6. Distribuição das crianças, segundo a profissão/ocupação dos cuidadores. Rio de Janeiro, 2003.

Profissão/Ocupação	Fi	Fi%
Do lar	14	31,0
Serviços gerais	07	15,0
Profissional do sexo	01	3,0
Desempregado	03	7,0
Outros	07	15,0
Total	45	100

Nota-se nesta Tabela, que ao somar o número de cuidadores com ocupação do lar e desempregado, 38% não desenvolvem atividade remunerada. O percentual de mães (principal prestador de cuidados) que desenvolve atividade do lar compreende os 31% indicados na tabela, o que se pode concluir que, das 31 mães indicadas na Tabela 5, 14 delas não trabalham fora, um fator favorável a adesão a terapia ARV. Destaca-se ainda o elevado índice de serviços gerais (15%) o que possivelmente indica baixa especialização profissional do grupo associada a baixa remuneração. Outros aspectos que merecem destaque são a presença de profissionais do sexo (3%) e elevado índice de não citação da ocupação dos cuidadores no prontuário, que alcança 29%. De qualquer forma, a indicação de 71% do tipo de ocupação revela, por outro lado, a baixa remuneração desse grupo de cuidadores, sinal de pauperização da síndrome.

Castro e Piccinini (2002) referem que cada membro da família possui uma importante função no cotidiano de crianças com doenças crônicas, sendo fontes de apoio e

de significados para que dêem sentido ao que estão passando. Os dados desta pesquisa confirmam o que foi identificado pelos autores (op cit) de que as mães se envolvem mais com o tratamento de seus filhos, indo com mais frequência ao hospital e interagindo de forma mais profunda com a equipe de saúde que atende a criança. Estudos como o de Silver et al. (1998) e Pelletier *et al.* (1994) também destacam a figura da mãe como central no tratamento da criança com doenças crônicas.

Spindola e Banic (1998) ressaltam a complexa situação vivenciada por mulheres que são portadoras do HIV no cuidado a seu filho, especialmente os infectados pelo vírus através da transmissão vertical. Destacam a tristeza, solidão, apreensão e frustração como sentimentos comuns à realidade dessas mulheres.

Apesar do destaque dado à figura da mãe, torna-se importante ressaltar o papel da família e de todos os seus componentes no cuidado à criança HIV positivo, de forma que possa se desenvolver com uma estrutura social adequada à sua saúde mental e física.

Tabela 7. Distribuição das crianças segundo a realização do pré-natal. Rio de Janeiro, 2003.

Realização de pré-natal	Fi	Fi%
Sim	40	88,8
Não	02	4,5
Ignorado	03	6,7
Total	45	100

A Tabela 7 demonstra que a maioria das crianças foi acompanhada no pré-natal durante o período gestacional. Entre as mães que não fizeram pré-natal, ou que o informante não soube responder, tem-se um percentual de 11,2%. Entretanto, o fato de ter sido realizado o pré-

natal ou não, exerceu pouco impacto na determinação da contaminação, pois conforme registrado na Tabela 8 a seguir, apenas 17 mulheres sabiam de sua condição de soro-positividade desde o período gestacional ou anterior a ele.

Tabela 8. Distribuição das crianças segundo a realização do teste anti-HIV pelas mães durante a gestação. Rio de Janeiro, 2003.

Realização do teste anti-HIV	Fi	Fi%
Sim	07	15,5
Não	22	48,8
Conhecimento da soro-positividade antes da gestação	10	22,3
Ignorada	06	13,4
Total	45	100

Constata-se na Tabela 8 que a maioria das mulheres não realizou o teste (48,8%) no pré-natal, 22,3% já sabiam de sua condição soro-positiva e 15,5% foram diagnos-

ticadas como HIV positivas através do teste anti-HIV. Conseqüentemente, a utilização da terapia ARV, durante a gestação, foi baixa (22,2%).

Tabela 9. Distribuição das crianças segundo o uso de AZT pelas mães durante a gestação. Rio de Janeiro, 2003.

Uso de AZT na gestação	Fi	Fi%
Sim	10	22,2
Não	33	73,3
Ignorado	02	4,5
Total	45	100

A Tabela 9 demonstra a não utilização sistemática do AZT por parte das mães durante a gestação (73,3%). Outro fato que merece destaque, é que somente aquelas que eram previamente conhecedoras de seu estado sorológico fizeram uso do AZT durante a gestação. Os números indicam que, aparentemente, nem as que foram diagnosticadas com sorologia positiva durante a gestação fizeram uso da medicação, fato que vai de encontro ao preconizado pelo Programa de DST/AIDS. A utilização da terapia anti-retroviral,

a fim de diminuir as chances de infecção do bebê na gestação, parto e puerpério, é uma política pública de saúde adotada desde 1994. Além disso, vêm sendo implementadas ações que visam a redução da passagem do HIV da mãe para o filho, incluindo aconselhamento e teste para o HIV no pré-natal para todas as gestantes, administração de AZT para as gestantes HIV-positivas e seus recém-nascidos, e a substituição do aleitamento materno por fórmulas e a indicação do parto cesáreo (BRASIL, 2003).

Tabela 10. Distribuição das crianças segundo o tipo de parto. Rio de Janeiro, 2003.

Tipo de Parto	Fi	Fi%
Vaginal	26	57,7
Cesário	13	28,9
Ignorado	06	13,4
Total	45	100

A maioria das crianças nasceu de parto vaginal (57,7%) e apenas 28,9% de parto Cesário. Pode-se inferir, como parte da caracterização desse grupo de crianças: a não submissão de um número expressivo de gestantes ao

teste anti-HIV, o não recebimento do ARV durante a gestação, nascimento por parto cesáreo; contribuição de todos para o aumento do número de crianças que se expuseram à infecção pelo HIV.

Tabela 11. Distribuição das crianças segundo o uso de AZT pelas mães no momento do parto. Rio de Janeiro, 2003.

Uso de AZT no parto	Fi	Fi%
Sim	10	22,2
Não	33	73,3
Ignorado	02	4,5
Total	45	100

A Tabela indica que o percentual de mães que não fizeram uso do medicamento neste momento foi de 73,3% e das que fizeram uso foi de 22,2%, ou seja,

somente as que eram sabidamente HIV positivo antes do período gestacional, foram submetidas à terapia ARV.

Tabela 12. Distribuição das crianças segundo o uso profilático de AZT, logo após o nascimento. Rio de Janeiro, 2003.

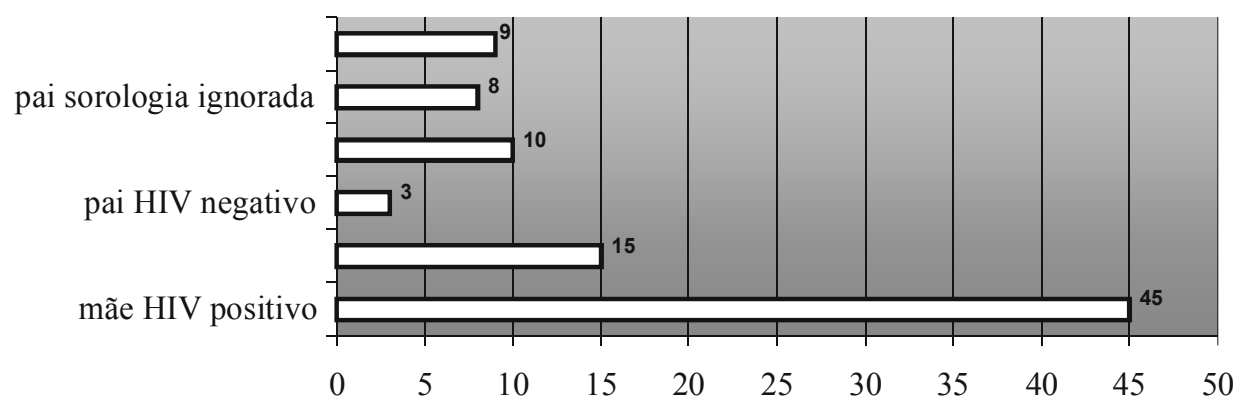
Uso profilático de AZT no RN	Fi	Fi%
Sim	12	26,7
Não	31	68,8
Ignorado	02	4,5
Total	45	100

Mais da metade das crianças não fez uso do AZT imediatamente após o nascimento (68,8%) e 26,7% das crianças o utilizaram.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) adota como estratégia preventiva da DST/AIDS a oferta e a garantia do teste HIV durante a gestação e o parto à todas as gestantes. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro é obrigatório, nas unidades públicas de saúde, por força de lei, o oferecimento deste exame à cliente, a partir de 1994.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) alerta para o despreparo, ainda hoje, das unidades de saúde em lidar com a sexualidade de casais portadores do vírus HIV e com a gestação de mulheres soro-positivas. Considerando que a maioria das mulheres soro-positivas está em idade fértil, tornam-se necessárias não somente orientações acerca de métodos contraceptivos que possam ser utilizados, mas especialmente a abordagem de tratamento do HIV/AIDS durante a gestação para assegurar o bem-estar da mulher e seu filho.

O Brasil apresenta-se como destaque ao elaborar diretrizes oficiais e disponibilizar recursos para o teste anti-HIV, garantir o acesso ao AZT injetável e solução oral e a capacitação de profissionais de saúde (BRASIL, 2003) no manejo de casos. Contudo, observa-se uma contradição do que foi planejado e implementado no país com os dados apresentados nesta pesquisa. O baixo índice de utilização de AZT durante a gestação, parto e puerpério, o pequeno número de mulheres submetidas ao exame anti-HIV durante a gestação e a realização de parto normal em lugar do cesáreo, foram determinantes na disseminação do HIV entre as crianças atendidas pela Unidade de Saúde. Outro aspecto contraditório, e que ao mesmo tempo revela a ineficiência dos serviços pré-natal, onde aquelas mulheres foram atendidas, é o fato de que mais de 80% delas tiveram acesso às unidades de saúde, ou seja, não houve um problema de acessibilidade, mas sim de efetividade na qualidade do serviço prestado.

Gráfico 3. Distribuição das crianças segundo a situação sorológica dos pais. Rio de Janeiro, 2003.

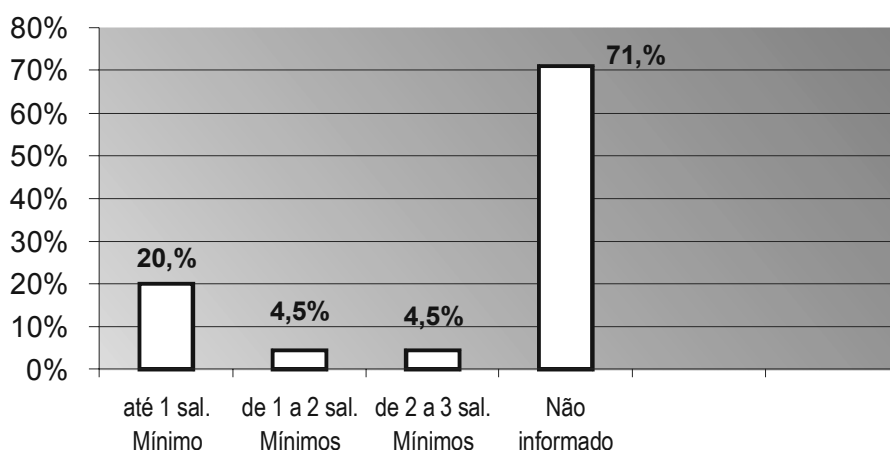
Pode-se observar na Gráfico 3 que a totalidade das mães das crianças era infectada pelo HIV. Já em relação ao pai das 45 crianças, 15 eram sabidamente soropositivos, três tinham sorologia negativa e 27 com sorologia não esclarecida. A sorologia discordante foi um advento comprovado para três crianças.

Trindade e Schiavo (2001) comentam sobre o fenômeno da feminização da AIDS. Em 1985, relação homem/mulher infectado era de 28:1; em 1998, era de 2:1 (LOPES, 1998). Isso significa uma tendência epidemiológica diferente dos primeiros anos, em que a mulher é atingida de forma importante. Lopes (1998) comenta que, a cada dia, 12

mulheres são infectadas, sendo oito por relações monogâmicas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) alerta para a existência de casais com sorologia discordante, fato que demanda ações e intervenções específicas por parte das unidades de saúde. No caso como desta pesquisa, relacionada aos casos soropositivos mulheres com companheiros negativos para o HIV, tornam-se necessários a implementação de um processo educativo que atenda as demandas do casal e a disponibilidade de preservativos para que as medidas sejam concretizadas.

Gráfico 4. Distribuição das crianças conforme renda familiar. Rio de Janeiro, 2003.



Observa-se um não registro sistemático de informações relacionadas a esta dimensão social do HIV/AIDS nos documentos das unidades de saúde ou um desejo da família em não mencionar a procedência de suas fontes de subsistência. Nesse sentido, a Gráfico 4 demonstra que não houve indicação da renda familiar para 71% das crianças, 20% delas vivem com até um salário mínimo nacional e 9% entre um e três salários mínimos.

O elevado percentual de crianças, cujas famílias declararam viver com até um salário mínimo, evidencia o fenômeno de pauperização associado ao caráter feminino da AIDS, neste grupo infantil.

CONCLUSÃO

A identificação e análise das características de crianças com HIV/AIDS atendidas em uma Unidade de Saúde,

referência para o tratamento pediátrico, evidencia as necessidades especiais de saúde relacionadas à condição sorológica e a vulnerabilidade desse grupo populacional.

A totalidade das crianças atendidas (45) foi infectada pelo vírus por transmissão vertical e pertence à família com baixo poder aquisitivo; 60% têm menos de seis anos de idade; 40% estão em idade escolar, dos que estão em idade escolar (18), apenas sete freqüentam a escola regularmente. Quanto ao local de moradia, apenas 11,3% vivem fora do Município do Rio de Janeiro. O tempo de tratamento ambulatorial variou entre as crianças atendidas na Unidade investigada, pois 42,3% das crianças estavam em tratamento de menos de um ano até menos de dois anos (20%). Já as que estão em acompanhamento ambulatorial há mais de quatro anos, representam, isoladamente, o maior percentual (33,2%).

Os dados acima permitem concluir que três aspectos centrais destacam-se na caracterização do grupo: o caráter juvenil, feminino e a pauperização da AIDS. De certo modo, trata-se de fenômenos estreitamente relacionados à dissonância entre o preconizado pelos programas de saúde, implantados pelo poder público, especialmente do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa de DST/AIDS, e a realidade derivante da caracterização dessas crianças. A não submissão de um contingente de mulheres ao teste anti-HIV, à terapia ARV durante a gestação e parto e ao não uso de ARV em recém-nascidos cujas mães eram sabidamente portadoras do vírus revelam a não implementação da política pública de saúde perinatal em vigor no país desde 1994.

Quanto ao caráter feminino da AIDS entre as crianças investigadas, observa-se que a totalidade das mães era portadora do vírus contra 15 pais sabidamente soropositivos, três com sorologia negativa e 27 com sorologia não esclarecida. A sorologia discordante foi um advento comprovado para três crianças.

O fenômeno de pauperização da AIDS infantil foi observado pois as famílias apresentavam uma renda familiar de até um salário mínimo nacional (20%) ou não

informavam seus rendimentos (71%); o grupo com um poder aquisitivo maior, de um a três salários mínimos representavam 9% das crianças.

Observa-se neste estudo, que a mãe era a principal prestadora de cuidados às crianças soro-positivas, o que influenciou fortemente no percentual de adesão (88,8%).

Logo, o aprofundamento da temática das crianças com necessidades especiais, com enfoque para as portadoras do HIV/AIDS, traz contribuições à comunidade científica e, principalmente, no que tange à qualidade de vida dessas crianças e suas famílias. É imperativo, portanto investir no planejamento familiar dos casais soro-discordantes; intensificar a qualificação dos profissionais de saúde, que atuam diretamente na área perinatal, quanto as políticas públicas de prevenção à disseminação da AIDS, junto a população infantil, de modo a reduzir os índices de transmissão vertical; desenvolver ações educativas em saúde que sejam promotoras da adesão à terapia ARV; e promover ações investigativas, reveladoras dos motivos e fatores que levam a família a não aderir ao acompanhamento institucional e à medicação de uma doença incurável, com representações negativas e preconceituosas no seio da comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para Prevenção e Controle da Infecção pelo Vírus HIV (SIDA-AIDS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 104 p.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: reflexão e crítica**, Brasília, v. 15, n 3, p. 625-635, 2002.

DHALIA, C. *et al.* A Aids no Brasil: situação atual e tendencias. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIII, n. 1, semana epidemiológica 48/99 a 22/00. Brasília: Ministério da Saúde, dez/99 a jun/2000. p. 3-13.

DUARTE, G.; MUSSI-PINHATA, M. M. É Possível Reduzir a Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana - Tipo 1? **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 7, n 3, p. 4-8, 1995.

DUROVINI, B. Epidemia da AIDS no Município do Rio de Janeiro. In: SOUZA, C. R.; MENEZES, L. (org). **SIDA La epidemia en las Megalópolis: construyendo una red de respuestas**. São Paulo: Editora Papagayo, 2002. p. 187-194.

HERDY, G. V. H. *et al.* Correlação Clínico-Patológica de 12 casos de SIDA em Crianças. ABP - **Arquivo Bras. de Pediat.**, Brasília v. 5, n 3, p. 133-137, set/out., 1996.

JORDAN, M. S. *et al.* Aderência ao Tratamento Anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (org) **Tá Difícil de Engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. p. 7-25.

LOPES, V. G. S. HIV – perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 6, pp. 41-43, 1998.

MARQUES, S. C. **As Representações Sociais da Aids dos Servidores de um Hospital Universitário**: um indicador para a implantação de programas de treinamento. 2002. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MENEZES, P. O **Enfermeiro Construindo e Avaliando Ações Educativas na Prevenção da AIDS**. 1993. 123 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOREIRA, C. C. O Assunto é Aderência ao Tratamento. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. XXXVI, n. 10, p. 704, Out/2000.

PELLETIER, L. *et al.* **Social Support received by mothers of chronically ill children. Child, Care, Health and Development.**, California, n. 20, v. 3, p. 115-131, 1994.

PRATT, R. J. **AIDS: uma estratégia para a assistência de enfermagem**. São Paulo: Ed. Ática, 1986. 86 p.

SES/RJ. **Boletim Epidemiológico: DST/AIDS**. Rio de Janeiro: SES/RJ, 2003. 32 p.

SHERLOCK, M. S. M; VIEIRA, N. F. C. Preocupações de Mães Soropositivas com o HIV e Suas Implicações para o Cuidado de Enfermagem. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, pp. 5-9, 1999.

SILVER, E. J. *et al.* Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. **Journal of Pediatric Psychology**, Chicago, n. 24, v. 3, p. 221-222, 1999.

SPINDOLA, T.; BANIC, M. Ser Mãe Portadora do HIV - análise compreensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, pp. 30-33, abr./set. 1998.

TAVARES JÚNIOR, A. Aids no público infantil na atualidade. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 4, pp. 15-29, 1994.

TRINDADE, M. P.; SCHIAVO, M. R. Comportamento Sexual das Mulheres em Relação ao HIV/AIDS. DST - **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 17-22, 2001.

WONG, D. L. **Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1117 p.