

**O PERFIL DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO VÍRUS HIV
EM UM SERVIÇO PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR**

**THE CHARACTERISTICS OF CHILDREN EXPOSED TO THE HIV VIRUS
IN A PUBLIC HEALTH SERVICE IN CURITIBA CITY - BRAZIL**

**EL PERFIL DE NIÑOS EXPUESTOS AL VIRUS HIV
EN UN SERVICIO PÚBLICO DA LA MUNICIPALIDAD DE CURITIBA-PR**

*Dirce Verburg**

*Maria Marta Nolasco Chaves***

* Enfermeira – pesquisadora.

** Prof.^a Assistente do Departamento de Enfermagem/UFPR. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Membro do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento.

RESUMO. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, método exploratório, realizado em uma Unidade de Saúde(US) do município de Curitiba, no período de agosto a dezembro de 2005. O objetivo foi caracterizar as crianças expostas ao HIV e suas famílias, usuárias de um serviço público de referência para infectopediatria. Os dados foram obtidos por meio de 168 fichas de investigação de gestante HIV positivo e crianças expostas atendidas pelo referido serviço. Os aspectos éticos foram respeitados segundo a resolução 196/96. Na análise dos dados percebeu-se que estas gestantes, em sua maioria, residem em bairros periféricos, apresentam baixa escolaridade, estão na faixa etária de 14 a 30 anos, revelando uma exposição ao vírus e infecção durante a adolescência e juventude. O diagnóstico de portadoras do HIV foi recebido antes ou durante o pré-natal, os tipos de exposição ao vírus HIV foram sexual e sanguínea, e as gestantes acompanhadas no serviço fizeram o pré-natal e tomaram os devidos cuidados durante a gestação a fim de evitar a transmissão vertical. Quanto aos filhos dessas clientes, em sua maioria, receberam a profilaxia necessária para evitar a transmissão vertical.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da criança; HIV; família; saúde pública.

ABSTRACT. It is study of qualitative approach carried through a Health Unit in Curitiba city - Brazil, from August to December 2005. The objective was to characterize the families and its children exposed to the HIV virus, users of a public health service. The data was collected from 168 records of positive HIV pregnant attended by the health center. The ethical aspects had been respected according to resolution 196/96. The analysis of the data showed that the majority of pregnant, lives in peripheries presents low education, are between 14 and 30 years old, experiencing an exposition to the virus and infection during the adolescence and youth. The HIV diagnosis was informed before or during the prenatal consultation. The kind of exposure to HIV virus was sexual and sanguine, and the pregnant followed the prenatal protocols during the gestation in order to prevent the vertical transmission. The majority of children received the prophylaxis necessary to prevent the vertical transmission.

KEYWORDS: health of child; HIV; family; public health.

RESUMEN. Estudio realizado en una Unidad de Salud (US) de la Municipalidad de Curitiba, en el periodo de agosto a diciembre de 2005. De abordaje cualitativa, método explorador, cuyo objetivo fue de calificar los niños expuestos al HIV y sus familias, usuarias del servicio público de referencia en infecto-pediatria. Los datos fueron cogidos a través de tarjetas de exámenes de gestantes HIV positivo y niños con exposición atendidos por el servicio. Fueron respetados los aspectos éticos. El análisis de los datos mostró que la mayoría de las gestantes vivían en Barrios periféricos, tenían baja escolaridad, estaban entre 14 y 30 años, revelando una exposición al virus e infección durante la adolescencia y juventud. El diagnostico de portador de HIV fue dado antes o durante el prenatal, las formas de exposición al virus HIV fueron sexual y sanguínea. Las gestantes atendidas por el servicio hicieron prenatal y tomaron los cuidados debidos durante la gestación, a fin de evitar transmisión vertical. La mayoría de los hijos de estas usuarias recibieron profilaxis para evitar transmisión vertical.

PALABRAS-CLAVE: salud del niño; HIV; familia; salud publica.

Recebido em: 23/05/2006

Aceito em: 17/07/2006

Maria Marta Nolasco Chaves

Rua Padre Camargo, 280 - 7º andar - Alto da Glória

80060-240 - Curitiba - PR

E-mail: mnolasco@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Analisando-se a história da AIDS, também denominada SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, HIV, cujo começo se deu há pouco mais de vinte anos, quando os primeiros casos da doença foram identificados no mundo; percebe-se que, mesmo sendo epidemia recente, seu impacto tem sido devastador.

No Brasil, observa-se que o crescimento da epidemia da AIDS atinge os indivíduos, suas famílias e conseqüentemente as comunidades, o que gera grande impacto social. Os dados epidemiológicos mostram que o número de portadores do HIV cresceu significativamente em um pequeno espaço de tempo, o que nos faz refletir sobre as perspectivas da epidemia.

No início, a AIDS parecia restrita a “grupos de risco”, como homossexuais masculinos e bissexuais; mas, com o passar do tempo, a infecção pelo HIV deslocou-se também para a população heterossexual masculina e feminina. No Brasil, percebe-se a partir da década de 90, uma rápida pauperização e feminização da AIDS, ou seja, a epidemia começa a afetar pessoas de nível socioeconômico mais baixo e também as mulheres ¹.

Estes fenômenos estão relacionados a outros problemas sociais e de saúde que também atingem estes segmentos da sociedade. Neste sentido, para o enfrentamento desta problemática os governos passaram a adotar políticas de saúde com o intuito de intervir na propagação do HIV ¹.

Embora a cura ainda não seja realidade, políticas adequadas de saúde podem evitar a propagação da epidemia e garantir vida normal e digna aos infectados pelo HIV. Para que isso se efetive, além de políticas de controle de transmissão, as políticas adotadas também devem ter o compromisso com a prevenção, o tratamento, os direitos humanos e os recursos públicos a serem destinados para o enfrentamento desta problemática ².

Ao verificar o aumento do HIV e da AIDS nas mulheres, percebe-se que mais crianças são

afetadas. Albuquerque confirma esses dados, relatando que, entre 1985 e 1987, o número de casos de transmissão perinatal, referente às taxas de casos entre crianças, era de 23,3%. Já em 1995 atingiu 84,5% ³. Com relação à AIDS nas crianças surgem reflexões sobre quem seriam estas crianças, em que família elas estão vivendo e o que pode ser feito para evitar que elas adquiram o vírus da AIDS.

Estes questionamentos nos levaram a pesquisar e analisar as fichas epidemiológicas de crianças expostas ao vírus HIV e de suas mães, com o objetivo de caracterizar as crianças expostas e suas famílias, usuárias de um serviço público de referência para infectopediatria no município de Curitiba, PR.

METODOLOGIA

Foi uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa, onde se utiliza o método exploratório. A coleta dos dados aconteceu em uma Unidade de Saúde do município de Curitiba, PR, no período de agosto a dezembro de 2005. A US em questão é um serviço de referência para o atendimento em infectopediatria no Sistema de Saúde Local. Ressalta-se que esta pesquisa respeitou os aspectos éticos preconizados na Resolução 196/96 referente à pesquisa que envolve seres humanos.

Os dados foram coletados em registros dos usuários da US em questão, mais especificamente a ficha de investigação “gestante HIV+ e crianças expostas”, com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa. Dos 168 prontuários que foram submetidos à coleta de dados, todos continham as fichas de notificação. Entretanto algumas destas estavam com modelo anterior. Neste caso, elas não foram analisadas, devido à interferência que este fator traria aos resultados. É importante ressaltar que nesta US, havia 313 pacientes em acompanhamento.

Das gestantes que compuseram a amostra, três delas tiveram gestação múltipla, gerando duas fichas (uma de cada criança). Portanto, para evitar a duplicidade dos dados, quando estes se relacionavam a gestante, foi contabilizada apenas uma ficha, por

se tratar da mesma pessoa, perfazendo uma amostra de 165 gestantes. Quanto aos dados relacionados a criança, foram contabilizadas as informações de ambas as crianças. Assim, a amostra passa a ser de 168. Vale ressaltar que se colheu dados referentes à gestante, pois se compreende que a gestação tem grande influência sobre a vida do novo ser que está sendo gerado e interfere no seu processo de saúde-doença. Para a apresentação dos resultados os dados foram agrupados para serem apresentados em quadros e tabelas, onde foram calculadas as frequências das variáveis estudadas.

A análise de dados qualitativos, significa tabular todas as informações obtidas durante a pesquisa, o que inclui os relatos de observação, as análises de documentos e demais informações coletadas, ou seja, organiza-se todo o material, dividindo-o em partes, relacionando estas partes e identificando tendências e padrões relevantes ⁴. Depois, se reavaliam estas tendências e padrões, buscando relações e considerações pontuais para a pesquisa. Para tal há uma necessidade de leituras sucessivas do material coletado.

RESULTADOS

O serviço de infectopediatria oferecido pela US, que foi o cenário deste estudo, é um serviço de referência dentro do município de Curitiba, PR, para atender crianças expostas ao vírus HIV durante a gestação, recebendo a demanda que é identificada nos serviços de atendimento ao pré-natal e parto hospitalar. As gestantes, ao saberem que estão infectadas pelo vírus HIV, são encaminhadas para atendimento pré-natal e do parto em unidades de alto-risco, por serem consideradas serviços de saúde com capacidade tecnológica e, com profissionais preparados para atender esta demanda.

O recém-nato de mãe soropositiva, ao sair do hospital, já tem marcada uma consulta no serviço de infectopediatria, com pediatra especializado em AIDS, para acompanhar a criança pelo menos até os dois anos de vida. Este acompanhamento tem como

objetivo principal verificar se a criança é portadora do vírus HIV ou não, e se necessita de um acompanhamento mais prolongado. A consulta é agendada para quando o bebê tem por volta de 40 dias de vida. Quando há suspeita ou caso confirmado de infecção pelo vírus HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, a Portaria n.º 1943, de 18 de outubro de 2001, preconiza que é necessária a notificação compulsória. A notificação ocorre em ficha própria: SISGHIV – Sistema de Informação de Gestante HIV+ e Crianças Expostas a qual é preenchida na primeira consulta.

No referido serviço o atendimento é realizado pelo médico especialista que atende a criança e sua família. O profissional, ao perceber necessidades diferentes, tanto por parte da criança, como da família, encaminha-os para outros serviços de saúde, como, por exemplo, à psicologia, a fim de ajudá-los a enfrentar a situação. Observou-se, entretanto, a falta de outros profissionais de saúde para assistir a criança exposta, o que pode comprometer a assistência integral a elas direcionada.

O fluxo de atendimento no município é direcionado pelo fluxograma de conduta em criança nascida de mãe infectada pelo HIV, presente no Programa Mãe Curitibana ⁵.

Caracterização dos usuários. Quanto à população usuária do serviço de infectopediatria, no período de 1999 à setembro de 2005, constatou-se o que segue.

Tabela I – Distribuição de usuários segundo situação de acompanhamento no serviço de referência no período de 1999 a setembro de 2005. Curitiba, PR, 2005.

SITUAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Altas	151	48.2%
Transferências	35	11.2%
Óbitos	3	1.0%
Em tratamento	124	39.6%
TOTAL	313	100%

Fonte: Registros da Unidade de Saúde. Curitiba, PR.

De todos os 313 usuários que foram atendidos, 291 foram notificados, conforme os registros da US. O número de usuários que receberam altas foi de

151 (48,2%). Eles fizeram o acompanhamento até dois anos de idade e, sem estarem infectados pelo HIV, foram liberados do acompanhamento.

A transferência de 35 usuários (11,2%), dizem respeito às crianças, que, devido à mudança de idade e/ou estado, não se encontram mais em acompanhamento no serviço. Três usuários (1%), em algum momento do acompanhamento faleceram; no entanto, ressalta-se que o motivo do óbito não foi relacionado ao HIV, mas a algum tipo de infecção de vias aéreas. Permanecem em acompanhamento 124 usuários (39,6%); destes que permanecem em tratamento, a maioria (103 usuários) ainda não completou dois anos de idade. Destacam-se, neste grupo, 21 usuários que se encontram em tratamento, por estarem realmente infectados pelo HIV.

Ao fazer uma média de procura do serviço por ano, sem contar o ano de 1999 por ter sido o ano de início das atividades deste serviço, nem o ano de 2005 por ainda não ter chegado ao fim, é possível totalizar uma demanda média de 56 crianças expostas.

Quanto à distribuição desta demanda, com relação aos programas de assistência as gestantes existentes no município, temos:

Tabela II – Distribuição de usuários, de acordo com o programa de assistência a gestante, no período de 1999 a setembro 2005. Curitiba, PR.

PROGRAMA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Mãe Curitiba	233	74.4%
Mãe Metropolitana	80	25.6%
TOTAL	313	100%

Fonte: Dados da Unidade de Saúde.

Quanto à procedência destes usuários, há uma procura maior pela população residente em Curitiba, 74.4%, e 25.6% refere-se à população da região metropolitana. Observa-se o acesso que a população da região metropolitana tem ao serviço, já que é uma especialidade, que proporciona uma atenção mais completa a estes usuários.

Analisando as fichas epidemiológicas que fizeram parte da amostra é possível o que segue.

Na caracterização por raça, verificou-se que 73.3% das mães foram registradas como brancas, 17.0% como pardas e 7.3% como pretas.

A distribuição dos usuários por município de residência é apresentada na tabela III.

Tabela III – Distribuição de gestantes usuárias de serviço de referência, portadoras de HIV, no período de 2001 a outubro de 2005, segundo município de residência. Curitiba, PR.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Curitiba	100	60.6%
Região metropolitana	57	34.6%
Cidades próximas a Curitiba	6	3.6%
Sem dados	2	1.2%
TOTAL	165	100%

Fonte: Fichas de notificação.

A tabela III revela que a maioria das mulheres são moradoras de Curitiba: ao verificarmos seus endereços, percebemos que elas são moradoras principalmente de bairros mais periféricos da cidade, apesar de haver taxa elevada de mulheres residentes na região metropolitana. Os dados sugerem que as regiões periféricas podem ter um índice maior de contaminação, o que, por sua vez, aumenta a vulnerabilidade dos moradores destes lugares. Esta hipótese pode ser confirmada pelos dados que indicam que socialmente a epidemia está se deslocando dos grandes centros urbanos para o interior e regiões periféricas, devido às mudanças econômicas no país ³.

Quanto à faixa etária das mães, observou-se o seguinte.

Tabela IV – Distribuição de gestantes usuárias do serviço de referência, portadoras de HIV, segundo faixa etária, no período de 2001 a outubro de 2005, segundo faixa etária. Curitiba, PR.

FAIXA ETÁRIA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
14 a 19 anos	15	9.1%
20 a 25 anos	56	33.9%
26 a 30 anos	41	24.8%
31 a 35 anos	29	17.6%
36 a 44 anos	15	9.1%
Sem dados	9	5.5%
TOTAL	165	100%

Fonte: Fichas de notificação.

Ao analisar a distribuição da frequência e ao somar as faixas etárias que correspondem a de 14 a 30 anos, obtém-se um total de 112 mulheres, o que representa um percentual de 67.8% do total. Reflete-se, neste caso que esta faixa etária, o somatório de 14 a 30 anos corresponde à exposição e contaminação na adolescência e juventude, época em que ocorreu o início da atividade sexual destas mulheres.

A partir destas considerações, pode-se crer que a contaminação pelo HIV pode estar ocorrendo no momento da iniciação da vida sexual; talvez assim fique menos incisivo. Estes dados encontram respaldo em pesquisas sobre a epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Observa-se que desde o início da epidemia, a faixa etária mais atingida é a de 20 a 39 anos⁶. É importante refletir se há orientação sexual direcionada aos adolescentes e aos jovens, se a orientação é adequada à faixa etária, se é efetiva e se a linguagem utilizada é acessível para um processo de conscientização da prevenção. Ressalta-se também a importância de um trabalho conjunto entre a família, a escola e os profissionais de saúde, sem isentar nenhum destes de suas responsabilidades na educação à saúde dos adolescentes.

Quanto à escolaridade das gestantes usuárias desta US, os dados o que segue.

Tabela V – Distribuição de gestantes usuárias de serviço de referência, portadoras de HIV, segundo anos de estudos, no período de 2001 a outubro de 2005, segundo anos de estudo concluídos. Curitiba, PR.

ANOS DE ESTUDO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Nenhum	4	2.4%
De 1 a 3	23	13.9%
De 4 a 7	65	39.4%
De 8 a 11	31	18.8%
De 12 e mais	33	20.0%
Ignorado	1	0.6%
Sem dados	8	4.9%
TOTAL	165	100%

Fonte: Fichas de notificação.

Quando se somam os dados referentes a nenhum ano de estudo e de 1 a 7 anos de estudo concluídos, obtém-se um total de 92 mulheres,

representando 45.7% da amostra estudada. O que demonstra que, neste grupo, a contaminação se dá em pessoas com baixo grau de escolaridade. Isto é comprovado quando referem que até 1982 o total de casos diagnosticados era de nível superior ou segundo grau, mas houve um aumento significativo de registros de pessoas com menor grau de escolaridade, sendo que em 1994, 69.0% dos casos se referiam a analfabetos ou àqueles que tinham cursado até o primeiro grau⁶. Além disso, estes mesmos autores observam que as populações tradicionalmente marginalizadas infectam-se mais pelo vírus HIV. Este meio caracteriza-se pela ausência de saneamento e maior presença de doenças endêmicas, agravado pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de informação devido à baixa escolaridade. A falta de informação, aliada às necessidades que surgem das condições de vida, dificultam ações preventivas e diagnóstico precoce.

Quanto ao momento do diagnóstico do HIV na gestante, segue a tabela:

Tabela VI – Distribuição de gestantes usuárias de serviço de referência, portadoras de HIV, no período de 2001 a outubro de 2005, segundo momento do diagnóstico do HIV. Curitiba, PR.

MOMENTO DE DIAGNÓSTICO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Antes do pré-natal	68	41.2%
Durante o pré-natal	80	48.5%
Durante o parto	6	3.6%
Após o parto	4	2.5%
Ignorado	1	0.6%
Sem dados	6	3.6%
TOTAL	165	100%

Fonte: Fichas de notificação.

Na tabela VI verifica-se que a maioria das mulheres descobre que têm o HIV durante o pré-natal, 48.5%, seguidas daquelas que se descobrem infectadas pelo HIV antes da gestação, 41.2%. O fato delas descobrirem que estão infectadas pelo HIV durante a gestação nos leva à reflexão do significado deste fenômeno, pois além da gravidez, que por si só já é uma experiência, emocional significativa para a mulher, ela ainda descobre que é portadora do HIV, fator que pode causar grande

impacto emocional no processo de gerar e dar à luz um filho.

Portanto, os profissionais de saúde devem acolher, da melhor forma possível, estas mulheres para que elas sejam capazes de enfrentar a situação e aderir aos tratamentos propostos. Além disso, é necessário investir em políticas de saúde que antecipem a descoberta do HIV antes da gravidez, para que medidas preventivas sejam adotadas.

Quanto àquelas que já estão cientes da infecção, verifica-se que mesmo assim elas engravidam. Isto ocorre provavelmente porque o desejo de ser mãe é maior do que o medo da infecção, ou elas possuem dificuldades para aderir às medidas contraceptivas implantadas nos serviços de saúde em nossa sociedade, o que merece uma investigação mais aprofundada.

Em ambas as situações, acredita-se que é necessário que os profissionais de saúde adotem uma atitude de apoio e não de crítica ao problema detectado; além de lutar pela adoção de políticas de saúde que permitam a implementação de medidas preventivas eficazes, que tenham como foco não apenas as mulheres, mas também os homens, seus parceiros.

Analisando estes dados permite-nos dizer que quando a mulher, durante seu pré-natal, descobre que está infectada, então é possível adotar medidas preventivas para reduzir o risco de infecção para o filho; se a mulher descobre ser HIV positiva antes de engravidar, isto pode afetar sua decisão reprodutiva³. Ainda, a idéia de sexo seguro implica fazer sexo sem conceber, idéia esta que se situa fora da realidade das mulheres que fazem parte de grupos sociais e econômicos menos favoráveis, onde a maternidade ocupa lugar central para a construção da sua identidade. Este é um reflexo do contexto social, econômico e cultural do qual elas fazem parte. Teoricamente, na sociedade brasileira, cabe à mulher a responsabilidade de controlar a prática sexual segura ou preventiva, porém, na prática, a mulher não deve opinar quanto ao controle ou à direção da vida sexual de casal. Quando isso ocorre ela pode sofrer

violência, estupro, gravidez e outros riscos prejudiciais. Nesta história, o homem fica livre de qualquer responsabilidade, pelo fato de sua sexualidade ser incontida e instintiva e estar referendada pela sociedade em que vivemos.

Quanto a informações sobre parceria sexual, verifica-se que 73.3% das mulheres têm parceiros com HIV/AIDS; destes, 60% são usuários de drogas e 82.4%, possuem múltiplas parceiras; entre as mulheres, 44.2% possuem múltiplos parceiros e 29.7% são usuárias de drogas injetáveis. Além disso, não é comum, entre estas mulheres, a presença de parceiro transfundido ou hemofílico ou bissexual; nem com história de HIV por acidente com material contaminado com o vírus, por transfusão sanguínea/derivados ou pela transmissão vertical. O que reforça que o tipo de exposição ao HIV, a que estas mulheres se submetem, é por via sexual e sanguínea, esta última devido ao uso de drogas injetáveis.

Percebe-se que no Brasil houve uma diminuição dos casos de HIV/AIDS entre homo/bissexuais (80% em 1983 para 25% em 1995) e um aumento dos casos entre heterossexuais (6,9% em 1990 para 28,1% em 1995) e usuários de drogas injetáveis (19% em 1994 para 21,2% em 1995). De forma geral, no Brasil, o tipo de exposição mais comum é a sexual, seguida da sanguínea. Os comportamentos sexuais e sanguíneos são rodeados pela dificuldade de diagnóstico e, pelo fato de a AIDS estar muito relacionada com a sexualidade e a prática sexual das pessoas, é um assunto envolto por tabus, desconhecimento e negação. Existe uma aproximação entre as diferentes mulheres infectadas; é a sua visão de mundo, os valores com os quais constroem sua identidade e seu status de mulher, "do lar" e "de respeito", e sua percepção com relação ao processo saúde-doença. Muitas destas mulheres acreditam ser desnecessário usar medidas preventivas pelo fato de conhecerem seus parceiros, confiarem na sua fidelidade e assim, não se classificarem como mulheres que correm riscos de adquirir o HIV. "As representações sobre percepção de risco, prevenção e controle da epidemia são sem

dúvida o lugar em que a epidemiologia da AIDS se entrecruza com a complexidade das relações sociais, suas categorias e seus valores”^{3:232}.

Quanto à atenção à saúde no pré-natal, 93.3% das mulheres, participantes deste estudo, fizeram o pré-natal; destes 46.7% iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez; 32.1% no segundo trimestre e 5.5% não fez pré-natal. No que se refere ao número de consultas, realizadas, em pré-natal observa-se que 48.5% compareceu de 6 a 10 consultas no US.

Quanto ao início da profilaxia de anti-retroviral, verificou-se que 42.4% começou a profilaxia no 2º trimestre, 17% no terceiro e 13.3% não a fez. O objetivo do pré-natal é acompanhar a gestante e o feto, a fim de identificar possíveis intercorrências, dificuldades e fatores de risco, permitindo monitoramento mais próximo. Além disso, é preconizado consultas mensais para as gestantes até o sétimo mês, quinzenais no oitavo mês e semanais no nono mês; no pré-natal considerado de qualidade é necessário um mínimo de seis consultas durante a gestação⁷. O programa de atendimento em Pré-Natal refere também a importância de uma captação precoce e acompanhamento contínuo e periódico das gestantes, a fim de prestar-lhes uma assistência de qualidade. Vale ressaltar a existência do início tardio e da não realização do pré-natal e da profilaxia para HIV/AIDS.

Ao analisar o preconizado pelas políticas de saúde, relacionando-as, a situação descrita questiona onde está a dificuldade. É na captação das mulheres, na falta de informação, no acesso aos serviços de saúde, no tipo de vínculo estabelecido com os profissionais de saúde, na qualidade do pré-natal ou na qualificação dos profissionais de saúde? Neste caso uma nova investigação seria necessária para compreender a determinação desta questão.

No que se refere à idade gestacional o recém-nascido, a grande maioria nasce a termo (86.1%); o Ministério da Saúde preconiza o parto para gestantes infectadas pelo HIV entre a 38ª e a 39ª semana, pois assim há redução das possibilidades de trabalho de parto ou ruptura de membranas amnióticas prolongados e, portanto, um risco menor de a criança se infectar.

Quanto ao local do parto, observa-se o seguinte.

Tabela VII – Distribuição de gestantes usuárias de serviço de referência, portadoras de HIV, no período de 2001 a outubro de 2005, segundo local de realização do parto. Curitiba, PR.

LOCAL DO PARTO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Hospital	119	72.1%
Outros hospitais – Curitiba	29	17.6%
H. Região Metropolitana	9	5.5%
H. de outras cidades	5	3.0%
U.S. Curitiba	1	0.6%
Ambulância	1	0.6%
Domicílio	1	0.6%
TOTAL	165	100%

Fonte: Fichas de notificação.

Avaliando esses dados, percebe-se que a maior parte dos partos, 89,7% ocorre em hospital, o que é importante para a gestante e para a criança, pois desta forma eles podem receber assistência especializada direcionada à gravidez de alto risco. O fato de que grande número de partos, 72,1% ocorrerem no Hospital, deve-se ao fato que a US em questão recebe a maioria de encaminhamentos das gestantes para esta instituição. O parto merece particular atenção, mesmo que seja um período curto do ciclo gravídico-puerperal, principalmente em gestante infectada pelo HIV⁷. Neste processo deve-se assegurar que seu desenvolvimento seja de forma mais natural possível e oferecendo meios para assistir e cuidar a mulher e a criança, evitando assim a transmissão vertical.

Com relação a informações referentes ao momento do parto, 82.4% das participantes deste estudo apresentaram tempo de ruptura das membranas amnióticas menor que quatro horas, e 14.0% maior que quatro horas; 83.0% evoluíram para o parto cesáreo, 16.4% para o parto vaginal; 98.2% tiveram gestação simples 1.8% gestação múltipla, 89,7% fez uso de anti-retroviral durante o parto, e 9.1% não usou.

O protocolo publicado pelo Ministério da Saúde, baseando-se em diversas pesquisas, relata que o tempo de ruptura da membrana amniótica menor que quatro horas, parto cesáreo e uso de anti-retroviral durante o parto diminuem a incidência de transmissão

vertical do HIV⁸. Cerca de 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e, a ruptura prolongada das membranas amnióticas é um potencial a mais neste tipo de transmissão. Os demais casos de transmissão vertical 35%, devem-se à transmissão intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e durante o aleitamento materno.

Verificou-se que as crianças, participantes deste estudo, em sua maioria, 95,2% não foram amamentadas pela própria mãe, que 96.4% começaram o uso de anti-retroviral nas primeiras 24 horas e 76.8% delas fizeram este uso por seis semanas. O aleitamento materno representa risco adicional de 7 a 22% de transmissão do HIV e que o uso de anti-retroviral no recém-nascido, até 48 horas após o nascimento, proporciona uma redução na taxa de transmissão vertical⁹.

Os dados encontrados neste estudo expressam como é importante para a gestante HIV positiva ter um acompanhamento efetivo de pré-natal, onde ela deve ser informada sobre cuidados com o recém-nascido para evitar a transmissão do HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os dados obtidos e o referencial teórico abordado, foi possível caracterizar as crianças e suas famílias que freqüentam a US, referência para infecção pediátrica, local escolhido para a realização deste estudo.

Entretanto é necessário entender que outros determinantes como locais de habitação, anos de estudo concluídos, faixa etária, contexto social, entre outros, influenciam de modo significativo o enfrentamento destas famílias diante da infecção pelo vírus HIV/AIDS. Isto nos mostra que os profissionais de saúde, devem desenvolver ações oferecendo recursos para que as familiares possam tomar decisões conscientes no que diz respeito ao seu estilo de vida e, também, de lutar por condições sociais e econômicas mais justas, para que elas possam enfrentar seu dia a dia de forma mais saudável.

Para que isso ocorra, é necessário adotar uma prática profissional que possibilite o acolhimento e a ajuda para suprir suas necessidades, levando-se em conta que ainda existe o preconceito e a dificuldade em lidar com estas pessoas.

A nossa tendência ao abordar estas pessoas é de omitir seus dados socioeconômicos e culturais, buscando identificar mais os dados referentes ao HIV/AIDS³. Isto leva à falta de conhecimento do perfil social e da realidade vivida por estas pessoas, e mostra a dificuldade que alguns profissionais possuem para trabalhar com a pobreza e as diferenças sociais, eliminando valores morais, atitudes e práticas relacionadas às relações intra e entregêneros, que influenciam diretamente a prevenção e o controle da infecção pelo HIV.

É muito importante, traçar o perfil epidemiológico dessas pessoas, justamente para podermos intervir, de forma mais significativa, pois ao negar a realidade brasileira, nega-se que esta é fruto da sua cultura, sociedade, etnia, heterogeneidade e desigualdade. Por isso, é essencial que a prevenção inclua também a luta pela igualdade política, social, de classe e de raça, além de mais investimento para o combate da epidemia³.

Fala-se muito em vulnerabilidade social e cultural, mas parece mais importante, ao tratar esta epidemia, o desejo de obter respostas rápidas, sem que isso mude a situação da epidemia a longo prazo. "Isto impossibilita a compreensão de como as pessoas das classes populares respondem à cultura englobante e desenvolvem uma lógica segundo seus próprios princípios e valores, a qual muitas vezes não é reconhecida, ou então é reconhecida como "atrasada" e "incoerente", constituindo-se no principal obstáculo ao exercício de sua cidadania e à sua inserção no mundo dos iguais"^{3:232}. O indivíduo como um ser autônomo, racional e igualitário integra a lógica da modernidade com a prática médica, onde não é considerada a subjetividade e os fatores socioculturais dos indivíduos.

Não se pode querer entender esta epidemia, sem tentar compreender o perfil das pessoas

envolvidas, ou seja, “não se pode esquecer que os números desvendam um rosto, um indivíduo, uma população, vários sofrimentos e, mais do que nunca a ‘cara do Brasil’ ”^{10:174}.

Ao finalizar este estudo nos questionamos: quem é que está disposto a se importar com estas pessoas e a investir nelas, de forma que sua história de vida seja contada e que elas sejam capazes de enfrentar o HIV/AIDS, a situação e as condições em que vivem, resgatando a cidadania que lhes é negada?

REFERÊNCIAS

- 1 Parker R, Galvão J, Bessa MS. Saúde, desenvolvimento e política – respostas frente à AIDS no Brasil. 1. ed. São Paulo: Editora 34; 1999.
- 2 Serra J. Ampliando o possível – A política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Campus; 2002.
- 3 Guimarães CD. Aids no feminino – Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. p.232.
- 4 Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
- 5 Secretaria Municipal da Saúde (Curitiba). Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido – Programa mãe curitibana. Curitiba; 2004.
- 6 Castilho EA, Chequer P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R. Políticas, instituições e AIDS – enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
- 7 Secretaria de Estado da Saúde (PR). Natural é o parto normal: pré-natal, parto e puerpério. 3.ed. Curitiba: SESA; 2002.
- 8 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 anti-retroviral em gestantes. Brasília; 2004, série manuais, n. 46.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de vigilância em saúde, programa nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília; 2004, série manuais, n. 18.
- 10 Marques MCC. A história de uma epidemia moderna – A emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: RiMa, Maringá: Eduem; 2003. p.174.