



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

SOCIOECONOMIC ASPECTS OF FAMILIES WITH CHILDREN BORN EXPOSED TO THE VIRUS HUMAN IMMUNODEFICIENCY

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE FAMÍLIAS COM FILHOS NASCIDOS EXPOSTOS AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS NASCIDOS EXPUESTOS AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Marli Teresinha Gimeniz Galvão¹, Gilmara Holanda da Cunha², Gizelly Castelo Branco Brito³, Elucir Gir⁴

ABSTRACT

Objective: to identify the socioeconomic aspects of families with children born exposed to human immunodeficiency virus. **Method:** cross-sectional, descriptive and quantitative study held in Fortaleza/CE/Brazil with 30 adults infected by human immunodeficiency virus/HIV. Data were collected through semi-structured instrument then tabulated, expressed in absolute and relative frequency tables. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the hospital where the study was conducted, under protocol number 014/2007 with. **Results:** Of respondents, 96.6% were female. Of these families, 56.5% had at least two children. The main sources of income were informal employment (36.6%) and government assistance (33.4%), 73.4% were class "D" and "E", and 40% lived on less than minimum wage. Among families, 90.0% used public water supply and garbage was collected. **Conclusion:** most disadvantaged families is social class, which may contribute negatively in maintaining health. **Descriptors:** HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Family; Child.

RESUMO

Objetivo: identificar os aspectos socioeconômicos de famílias com filhos nascidos expostos ao vírus da imunodeficiência humana. **Método:** estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado em Fortaleza/CE/Brasil com 30 adultos portadores do vírus da imunodeficiência humana/HIV. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado, em seguida tabulados, expressos em frequência absoluta e relativa nas tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizado o estudo, protocolo de número 014/2007. **Resultados:** dos respondentes, 96,6% eram do sexo feminino. Das famílias, 56,5% possuíam no mínimo dois filhos. As principais fontes de renda eram emprego informal (36,6%) e auxílio do governo (33,4%); 73,4% eram de classes "D" e "E", e 40% conviviam com menos de um salário mínimo. Entre as famílias, 90,0% consumiam água de abastecimento público e o lixo era recolhido. **Conclusão:** a maioria das famílias constitui classe social desfavorecida, o que pode contribuir negativamente na manutenção da saúde. **Descritores:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Família; Criança.

RESUMEN

Objetivo: identificar los aspectos socioeconómicos de las familias con hijos nacidos expuestos al virus de la inmunodeficiencia humana. **Método:** estudio transversal descriptivo y cuantitativo, que tuvo lugar en Fortaleza-CE/Brasil con 30 adultos con el virus de la inmunodeficiencia humana-VIH. Los datos fueron recolectados a través de instrumento semi-estructurado, entonces tabulados, expresados en tablas de frecuencias absolutas y relativas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del hospital donde se realizó el estudio, bajo el número de protocolo 014/2007. **Resultados:** del total de encuestados, el 96,6% eran mujeres. De estas familias, el 56,5% tenía al menos dos hijos. Las principales fuentes de ingresos son el empleo informal (36,6%) y la ayuda del gobierno (33,4%), el 73,4% eran de clase "D" y "E", y el 40% vive con menos de un salario mínimo. Entre las familias, el 90,0% utiliza abastecimiento público de agua y la basura se recogió. **Conclusión:** mayoría de las familias eran de clase social desfavorecida, que pueden contribuir negativamente en el mantenimiento de la salud. **Descritores:** VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Familia; Niño.

¹Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com; ²Enfermeira. Professora Doutora do Curso de enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade de Fortaleza/Unifor e da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará/FAECE. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: gilmaraholandaufc@yahoo.com.br; ³Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: gizellycastelo@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto-SP, Brasil. E-mail: egir@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A inserção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre as famílias brasileiras vem aumentando progressivamente nos últimos anos. De 1980 até junho de 2010, identificou-se um total de 592.914 casos de AIDS.¹ Ao longo dos trinta anos da epidemia, a infecção pelo HIV passou de restrita a indivíduos do sexo masculino, à rápida disseminação entre o sexo feminino, culminando no nascimento de crianças expostas ao HIV e, conseqüentemente, famílias inteiras convivendo com até mais de um filho nascido exposto ao vírus.

Nesse contexto, o núcleo familiar é responsável pelo acolhimento, proteção e cuidado do ser humano, principalmente, nos primeiros anos de vida quando se revela frágil e vulnerável aos fenômenos em curso nas esferas biopsicohistórica.² No tocante à infecção pelo HIV, a família surge como uma unidade de cuidado, porquanto pode contribuir para o equilíbrio físico e mental dos seus integrantes. De forma geral, os efeitos na saúde física, mental e emocional causados pelo HIV/AIDS se estendem aos familiares e àqueles que fazem parte das suas relações sociais e afetivas, pois a incerteza quanto ao contágio gera medo, insegurança e desequilíbrio emocional.³

Para muitas pessoas, a descoberta da soropositividade para o HIV pode significar a morte e com isso a desestruturação de inúmeras famílias. Ademais, os indivíduos acometidos passam a ter dificuldades para se inserir no mercado de trabalho, geralmente, em decorrência da condição de saúde que os impede de garantir o sustento das suas famílias. As crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente para a infecção pelo HIV por meio da transmissão vertical do vírus, com nítidos aumentos da incidência de recém-nascidos já infectados.⁴ Cabe ressaltar: por ser a AIDS uma doença crônica, questionamentos constantes são impostos ao grupo familiar por ela afetado, exigindo decisões acerca do tratamento e quanto às relações nos âmbitos social, espiritual e de estilo de vida.⁵

Para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade aos portadores de HIV/AIDS, compete ao enfermeiro, como a outros profissionais de saúde, não só compreender a doença e o tratamento clínico, como também conhecer os fatores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e de configuração familiar do paciente, pois estas informações direcionam as ações de

enfermagem, e podem favorecer qualidade de vida aos indivíduos de acordo com os recursos disponíveis.⁶ Em face do exposto, este estudo teve por objetivo identificar aspectos socioeconômicos de famílias com mais de um filho nascido exposto ao HIV.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido no ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), considerado serviço de referência no atendimento aos portadores de HIV, nos diferentes estágios da infecção na cidade de Fortaleza-CE. A presente investigação faz parte de um protocolo de pesquisa amplo, intitulado “Condições de saúde, convivência familiar e comunitária de crianças que nasceram sob risco da transmissão vertical do HIV ou que vivem com HIV/AIDS em Fortaleza”.

Realizado entre 2008 e 2009, o estudo seguiu critérios amostrais para seleção do número de participantes. Assim, do universo amostral (n=285) havia 30 adultos portadores de HIV/AIDS que informaram mais de um filho nascido na vigência da infecção pelo HIV. Deste modo, selecionaram-se esses adultos que compõem as famílias vivendo com HIV, objeto de estudo.

Como critérios de inclusão, constaram: pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, pai ou mãe de família com mais de um filho nascido exposto ao vírus e coabitação. Como critério de exclusão, adotou-se presença de doença mental ou qualquer condição que interferisse nas respostas aos quesitos elaborados pelo pesquisador.

O levantamento de dados ocorreu por meio de um instrumento semiestruturado, aplicado por pesquisador com habilidade e treinamento prévio. As variáveis de interesse foram: do adulto: parentesco com a criança (pai ou mãe), sexo, faixa etária, procedência, estado civil, número de anos de estudo, ocupação e religião; dos filhos (crianças): sexo, idade, sorologia anti-HIV e acompanhamento em saúde; da família: fontes de renda familiar, classificação econômica, informações acerca da moradia do indivíduo, recursos hídricos potáveis, fonte de iluminação, esgotamento sanitário, destino do lixo e presença de animais domésticos. Os dados obtidos foram tabulados e os resultados expressos nas formas de frequência absoluta e relativa.

Em cumprimento ao exigido, o projeto foi

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HSJDI, consoante a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos, sendo aprovado em 18/6/2007 no HSJDI sob Protocolo n° 014/2007 e número de registro 0013.0.042.000-07. Todos os pacientes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ainda conforme exigido, os achados da pesquisa foram utilizados somente para fins científicos, mantendo-se o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Mediante as entrevistas aos 30 portadores de HIV/AIDS foram obtidas informações acerca das suas respectivas famílias. Todos os indivíduos entrevistados eram da categoria de exposição heterossexual, casados ou em união estável, sendo 96,6% do sexo feminino. A faixa etária de maior prevalência entre homens e mulheres foi de 21 a 30 anos (60,0%). A maioria era proveniente da cidade de Fortaleza (63,4%), possuía entre 8 e 11 anos de estudo (46,6%) e estava desempregada na época da pesquisa (60,0%). A religião católica foi a mais destacada (63,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos adultos portadores de HIV que possuem filhos nascidos expostos ao HIV. Fortaleza-CE, 2008-2009.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	01	3,4
Feminino	29	96,6
Faixa etária*		
< 20	01	3,4
21 - 30	18	60,0
≥ 31	11	36,6
Procedência		
Fortaleza	19	63,4
Região Metropolitana†	05	16,6
Interior do Estado do Ceará	06	20,0
Anos de estudo		
Nenhum	03	10,0
1 - 3	03	10,0
4 - 7	09	30,0
8 - 11	14	46,6
Não respondeu	01	3,4
Ocupação		
Empregado	04	13,4
Desempregado	18	60,0
Donas de casa	08	26,6
Religião		
Católica	19	63,4
Protestantes	10	33,2
Sem religião	01	3,4

*Média de idade: sexo masculino: 29,2 anos e sexo feminino: 28,3 anos. †Região Metropolitana de Fortaleza: composta por 15 municípios, entre os quais estão Caucaia, Eusébio e Maracanaú, onde residem os pacientes desse estudo.

Entre as famílias investigadas, foram identificadas 82 crianças, das quais 50 eram do sexo feminino (61,0%). Predominou a faixa etária de 1 a 3 anos (40,2%). Mais da metade das crianças era soronegativa para o HIV (53,6%), visto que as mães fizeram tratamento

para profilaxia da transmissão vertical. Quanto ao acesso aos serviços de acompanhamento em saúde, somente 35,4% das crianças estavam sendo acompanhadas regularmente na época do estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das crianças nascidas expostas ao HIV que compõem os núcleos familiares. Fortaleza-CE, 2008-2009.

Características	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo	32	39,0	50	61,0	82	100
Faixa etária (anos)*						
< 1	03	9,4	08	16,0	11	13,4
1 - 3	14	43,7	19	38,0	33	40,2
4 - 7	09	28,2	13	26,0	22	26,8
≥ 8	06	18,7	10	20,0	16	19,6
Sorologia anti-HIV						
Negativa	14	43,8	30	60,0	44	53,6
Positiva	03	9,4	07	14,0	10	12,2
Inconclusiva†	07	21,8	07	14,0	14	17,1
Não realizada	08	25,0	06	12,0	14	17,1
Acompanhamento de saúde‡						
Sim	09	28,1	20	40,0	29	35,4
Não	10	31,2	15	30,0	25	30,4
Alta	12	37,7	15	30,0	27	33,0
Desistência	01	3,0	0	0,0	01	1,2

*Média de idade: sexo masculino: 6,2 anos e sexo feminino: 4,1 anos.
†Sorologia anti-HIV inconclusiva: Antes de dois anos de idade a criança pode apresentar-se com o vírus e depois soroconverter. ‡Acompanhamento de saúde: acompanhamento ambulatorial aos indivíduos expostos ao HIV.

No tocante às fontes de renda, a maior parte dos indivíduos tinha emprego informal (36,6%) ou contava com assistência do governo mediante recursos denominados de “bolsa escola” ou “bolsa família” (33,4%). Contudo, 12 pacientes (40,0%) referiram renda familiar inferior a um salário mínimo (Tabela 3).

Para a classificação socioeconômica empregou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).⁷ No estudo, 73,4%

das famílias encontravam-se nas duas classes (“D” e “E”), indicativas de pobreza ou baixa condição de vida (Tabela 3).

Segundo os dados, as famílias eram compostas, principalmente, por quatro a seis indivíduos (50,0%). O número de filhos por famílias variou, sobretudo, de dois a três, e 56,6% das famílias tinham no mínimo dois deles nascidos sabidamente na vigência do HIV (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização das famílias que convivem com dois ou mais filhos nascidos expostos ao HIV. Fortaleza-CE, 2008-2009.

Características	Total	
Fontes de renda familiar	n	%
Emprego pessoal (formal)	03	10,0
Emprego pessoal (informal)	11	36,6
Ajuda de outros familiares	02	6,6
Aposentadoria de familiar	04	13,4
Auxílio do governo	10	33,4
Renda familiar (salário mínimo)*		
< 1	12	40,0
1 - 2	14	46,6
≥ 3	04	13,4
Classificação econômica†		
C	08	26,6
D	15	50,0
E	07	23,4
Número de moradores por domicílio		
3	05	16,7
4-6	15	50,0
≥7	10	33,3
Número de filhos por família		
2	17	56,6
3	07	23,4
4	03	10,0
5	03	10,0

*Valor do salário mínimo na época: R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais). †De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Ao se analisar as moradias, 24 (80,0%) famílias possuíam habitação própria. Destas, 96,6% eram casas ou apartamentos, construídos de tijolos (76,7%) ou barro (6,6%), contendo entre um e dois cômodos (40,0%). Quanto aos recursos hídricos potáveis, a maioria das famílias (90,0%) ingeria água advinda do abastecimento público, enquanto três famílias faziam uso de água proveniente de poço profundo sem tratamento ou controle. Ademais, apenas uma família não

dispunha de energia elétrica em seu domicílio, fazendo uso de lamparina e lampião. Em relação ao esgotamento sanitário, 18 (60,0%) famílias tinham fossa séptica para escoamento de dejetos, constituída por unidades de tratamento primário de esgoto doméstico. Na maioria das vezes, o lixo de cada domicílio era submetido à rede coletora pública (90,0%). Quanto à criação de animais, nove famílias (30,0%) possuíam animais domésticos (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização do domicílio das famílias que convivem com o HIV/AIDS. Fortaleza-CE, 2008-2009.

Características	Total	
	n	%
Moradia		
Própria	24	80,0
Alugada	02	6,6
Cedida/Emprestada	04	13,4
Tipo de unidade domiciliar		
Casa/apartamento	29	96,6
Cômodo	01	3,4
Material de que é construída		
Tijolos	23	76,7
Barro	02	6,6
Mista (predominam tijolos e barro)	05	16,7
Número de cômodos da casa		
1-2	12	40,0
3-4	10	33,4
≥ 5	08	26,6
Esgotamento sanitário		
Rede coletora pública	08	26,7
Fossa séptica	18	60,0
Ausente	04	13,3
Destino do lixo		
Coleta pública	27	90,0
Queimado/Enterrado	02	6,6
Jogado em terreno	01	3,4
Animais domésticos		
Sim	09	30,0
Não	21	70,0

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a identificação de aspectos domésticos e sociais de famílias com filhos nascidos expostos ao HIV, independente do estágio da infecção. Todos os entrevistados eram casados ou vivia em união estável, sendo maior parte do sexo feminino, o que provavelmente foi influenciado por um dos critérios de inclusão do estudo, qual seja: fazer parte de uma família com mais de um filho nascido exposto ao HIV.

Diante disso, na terceira década da epidemia, percebe-se a mudança no seu perfil, porquanto a infecção pelo HIV passou a não se limitar à identidade sexual, mas a comportamentos adotados. Iniciada entre homossexuais masculinos, a epidemia transitou pelos hemotransfundidos, usuários de drogas injetáveis e, nos últimos anos, observou-se o aumento de casos na categoria de exposição heterossexual. De acordo com pesquisas, os indivíduos do sexo masculino ainda são mais acometidos, entretanto, o número de casos entre as mulheres denota

crescimento notável, sobretudo, entre as que têm parceiro fixo.^{1,8-9} Nesse contexto, o mito da relação estável, a segurança conjugal e o uso do preservativo são questões a se discutir.

A idade dos entrevistados demonstrou que a AIDS afeta, especialmente, as pessoas na época mais produtiva da vida, seja no que se refere à reprodução, ao trabalho e à constituição de uma família, como notado em outros estudos.^{1,6,8-9} Outra característica observada diz respeito à interiorização da epidemia, o que foi constatado através do número de pessoas residentes na região metropolitana e em cidades do interior do Estado do Ceará. Estes indivíduos foram encaminhados dos seus municípios para a cidade de Fortaleza, onde há serviços de referência especializados em HIV/AIDS. Para isso, contribui a existência de uma rede básica de serviços e instituições estruturadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece ações de saúde de forma gratuita, universal, descentralizada e integral, via sistema de referência e contrarreferência. Essa característica também vem sendo evidenciada em outros estudos.^{6,8,10-11} Em

contraponto, estes centros de saúde de referência encontram-se, em sua maior parte, nas capitais ou áreas metropolitanas, o que pode dificultar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde.

Quanto à ocupação, a maioria dos participantes estava desempregada na época do estudo, a corroborar pesquisas segundo as quais os portadores de HIV/AIDS têm sérias dificuldades para encontrar e se manter num emprego fixo, optando pelo emprego informal.^{6,9,12-13} Apenas uma pessoa citou não ter religião, enquanto as demais eram adeptas de alguma prática religiosa. Acerca deste assunto, artigos revelam que após a infecção pelo HIV, a religiosidade é inserida no viver diário como uma forma de enfrentar as dificuldades decorrentes da infecção pelo vírus.^{9,14} O bem-estar espiritual auxilia na manutenção da saúde e diminui agravos do processo saúde/doença, fortalecendo as pessoas que vivem com HIV/AIDS e contribuindo de forma positiva para o aumento da qualidade de vida.¹⁴

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de DST/AIDS, as crianças nascidas expostas ao HIV deverão ser atendidas em unidades especializadas, pelo menos até a definição do seu diagnóstico. Especificamente, as crianças não-infectadas devem ser acompanhadas periodicamente até o final da adolescência em virtude de terem sido expostas não só ao HIV, como também, durante o período intrauterino, às drogas antirretrovirais, em face do desconhecimento das repercussões da exposição a tais medicamentos a médio e longo prazo.¹⁵

Nesta pesquisa, muitos dos filhos nascidos expostos ao HIV não tinham acompanhamento de saúde regular, o que representa um aspecto negativo, pois estas crianças necessitam de acompanhamento contínuo e, muitas vezes, tratamentos prolongados e intensivos. Embora o Brasil tenha um dos programas mais estruturados no referente ao combate à AIDS, a feminização e a transmissão vertical do HIV ainda representam um grande desafio.¹⁶ Como demonstram estudos, as crianças integram um grupo de risco crescente para a infecção pelo HIV, com nítidos aumentos da incidência de recém-nascidos expostos ao vírus ou já infectados, além disso, podem ser enquadradas nos denominados grupos especiais, em virtude das necessidades singulares de cuidado.^{1,4}

Em relação às fontes de renda familiar, a maior parte dos indivíduos tinha emprego informal ou auxílio do governo, reforçando achados de outras pesquisas com portadores

de HIV/aids.^{6,8} Afirma-se que o nível de escolaridade está diretamente ligado ao vínculo empregatício e à renda mensal. Tal fato pode limitar o poder aquisitivo das famílias.¹⁷ Também se verificou baixos níveis de renda, às vezes, inferior a um salário mínimo para o sustento de toda a família, com renda *per capita* irrisória, considerando o número de componentes. Já a CCEB trata-se de um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares para diferenciar a população. É apresentado por meio de classes, denominadas “A” a “E”, as quais correspondem, respectivamente, a escores alcançados. A classe “A” é aquela detentora de melhores condições, e a “E” possui ínfimas condições para sobrevivência.⁷

Diante disso, os aspectos econômicos e políticos têm um significado fundamental para cada população na qual o HIV vem se disseminando. Ressalta-se ainda: o comportamento de risco é vivenciado por pessoas de países desenvolvidos e subdesenvolvidos. No entanto, a maioria dos casos de AIDS no mundo encontra-se em países pobres, a sugerir forte relação entre o baixo nível econômico e a desinformação.^{6,14-15} Há de se destacar que a região Nordeste, especificamente, o Estado do Ceará, tem adversidades climáticas e problemas socioeconômicos que induzem contingentes populacionais a se alojarem nas periferias, constituindo áreas de extrema pobreza.⁶ Em decorrência das condições desfavoráveis a que estão expostas, as pessoas residentes nessas áreas apresentam elevada vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Ademais, a precariedade social, a baixa renda, o grande número de pessoas vivendo em habitações com espaço limitado, contribuem para o risco de atraso no crescimento e desenvolvimento das crianças, além do aumento da vulnerabilidade às doenças.⁴

Segundo se constatou, a moradia da maior parte das famílias tinha poucos cômodos, algumas eram feitas de barro e uma não tinha energia elétrica. Sobressai, assim, a existência de pessoas que vivem em espaço limitado, com perda de privacidade e aumento da probabilidade do contágio de doenças. Quanto à questão da água, algumas famílias faziam uso de água proveniente de poço profundo sem tratamento ou controle. Dados semelhantes foram encontrados em estudo anterior realizado em cidades do Nordeste brasileiro.¹⁸ As estatísticas disponíveis têm mostrado a existência de relação entre a pobreza e a falta de acesso à

água potável. Diante das precárias condições dessas famílias, torna-se quase impossível financiarem uma ligação às redes de abastecimento de água. Além disso, fatores como o local de residência, etnia e níveis de escolaridade, comprometem esta aquisição. Inegavelmente, o percentual de pessoas com acesso à água tratada no Brasil vem aumentando, mas em ritmo insuficiente para reduzir à metade a proporção de pessoas sem acesso à água potável até 2015.¹⁹

Conforme evidenciado, 22 famílias não dispunham de saneamento básico adequado, com ausência de sistema de esgoto da rede pública, uma característica também identificada em outra pesquisa realizada na cidade de Fortaleza.⁶ A ausência de saneamento básico e o tipo de destino dado ao lixo podem influenciar negativamente na qualidade de vida das pessoas. Diante da peculiaridade dos infectados pelo HIV, este episódio facilita o contato com microorganismos patogênicos, os quais representam fontes de doenças oportunistas para aqueles cujo sistema imunológico já é debilitado.

Quanto à presença de animais no domicílio, a relação entre doenças oportunistas e animais domésticos é bem estreita, pois estes podem ser vetores de várias infecções e complicações a pacientes com imunidade comprometida. Entre as doenças oportunistas transmitidas por animais aos portadores do HIV/AIDS, no Brasil prevalece a toxoplasmose, considerada uma zoonose cosmopolita causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. A transmissão ocorre, principalmente, pela ingestão de oocistos presentes no meio ambiente através dos hospedeiros definitivos, os gatos, ou dos intermediários, o homem, outros mamíferos não-felinos e as aves.²⁰⁻²¹

CONCLUSÃO

Muitas vezes, a existência de algum integrante da família com processos de doença requer a reorganização da dinâmica familiar, interferindo nas relações interpessoais, na rotina e nos aspectos emocionais dos envolvidos na situação. Mediante este estudo foram identificados aspectos domésticos e sociais de famílias com filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS, constatando-se as proporções e o impacto da epidemia.

Apesar de hoje a AIDS ser considerada uma doença crônica graças ao advento dos fármacos antirretrovirais, que proporcionaram inquestionável melhora na qualidade de vida

dos portadores de HIV/AIDS, o fato de ainda não ter cura, desencadeia uma problemática que requer atenção da comunidade científica e das políticas públicas. Como referido, a maioria dos indivíduos tinha falta de trabalho e instabilidade financeira. Diante disso, embora as consultas de acompanhamento em saúde e os antirretrovirais sejam gratuitos, a privação financeira influencia nas condições de saúde, pois não se alimentar adequadamente e viver em ambiente com infra-estrutura precária interferem na resposta à terapêutica.

A amostra foi de apenas 30 famílias, em decorrência de um dos critérios de inclusão do estudo, que foi famílias compostas por mais de um filho nascido exposto ao HIV. Uma limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de locomoção até as residências das famílias, com vistas a constatar *in loco* suas condições de vida. Ressalta-se a importância da realização de mais pesquisas sobre esta temática, sobretudo, porque a família é a unidade de cuidado primária dos indivíduos, e pode contribuir de forma significativa para seu bem-estar.

Por fim, considera-se que este estudo proporciona subsídios para a identificação de aspectos comuns da realidade dos portadores de HIV/AIDS, o que é essencial para o planejamento de intervenções de enfermagem e educação em saúde de acordo com os recursos disponíveis para viver.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS-DST. Brasília; 2011.
2. Schaurich D, Freitas HMB. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/aids aplicado às famílias: um exercício reflexivo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 May 14];45(4):989-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a28.pdf>
3. Cardoso AL, Marcon SS, Waidmani MAP. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/aids e sua família. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2008 July/Sept [cited 2012 Jan 22];16(3):326-32. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>
4. Machado MMT, Galvão MTG, Lindsay AC, Cunha AJLA, Leite AJM, Leite RD, et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/aids, Fortaleza, CE, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2011 Dec 15];10(3):377-82. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a11.pdf>

5. Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 Mar [cited 2011 Nov 28];31(1):77-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a11v31n1.pdf>
6. Cunha GH, Galvão MTG. Sociodemographic context of patients with HIV/aids attended in nursing consultation. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 May [cited 2011 Nov 11];5(3):713-21. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1615/pdf_483
7. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil on line [Internet]. 2008 [cited 2011 Nov 02]. Available from: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>
8. Pereira JA, Marques RH, Fonseca LVL, Eleutério AM, MLC Bonfim, Dias OV. Infecção pelo HIV e aids em município do norte de Minas Gerais. Rev APS [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2011 Feb 10];14(1):39-49. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/808/444>
9. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency vírus/ acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 July/Ago [cited 2012 Jan 15];23(4):526-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/en_13.pdf
10. Silva J, Saldanha AAW, Azevedo RLW. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV+. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2010 Jan/Apr [cited 2011 Dec 08];23(1):56-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a08v23n1.pdf>
11. Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/aids por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2010 Jan/Feb [cited 2012 Mar 19];43(1):32-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a08v43n1.pdf>
12. Rodrigues Neto JF, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KB, Silveira MG. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 Mar 22];20(1):22-9. Available from: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewDownloadInterstitial/204/189>
13. Costa DAM, Zago MMF, Medeiros M. HIV/aids treatment regimens adherence in women. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2012 Mar 22];22(5):631-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/en_06.pdf
14. Calvetti PU, Muller MC, Nunes MLT. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. Psicol estud [Internet]. 2008 Sep [cited 2012 Feb 05];13(3):523-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a13.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília; 2009.
16. Galvão MTG, Cunha G H, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/aids. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 Mar 30];63(3):371-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>
17. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Mar [cited 2012 Jan 29];45(1):230-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/32.pdf>
18. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 July [cited 2012 May 20];24(7):1609-18. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n7/16.pdf>
19. Reymão ER, Saber BA. Acesso à água tratada e insuficiência de renda - duas dimensões do problema da pobreza no Nordeste brasileiro sob a óptica dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Revista Iberoamericana de Economia Ecológica [Internet]. 2009 [cited 2011 Dec 02];12:1-15.

Available from:
<http://ddd.uab.cat/pub/revibec/13902776v12p1.pdf>

20. Rodrigues-Junior AL, Castilho EA. Aids e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2010 Set/Oct [cited 2011 Dec 24];43(5):542-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n5/v43n5a14.pdf>

21. Nissapatorn V, Sawangjaroen N. Parasitic infections in HIV infected individuals: diagnostic & therapeutic challenges. Indian J Med Res [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 Jan 05];134:878-97. Available from: http://www.ijmr.org.in/temp/IndianJMedRes1346878-5512972_151849.pdf

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/06/14
Last received: 2012/10/01
Accepted: 2012/10/02
Publishing: 2012/11/01

Corresponding Address

Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará
Departamento de Enfermagem
Rua Rodolfo Teófilo, 1115
Bairro Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160 – Fortaleza (CE), Brazil