

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical  
do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné –  
Bissau, 2007 – 2011

Suado Sane

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciência.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina d’Andretta Tanaka.

São Paulo  
2014

# Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné – Bissau, 2007 – 2011

Suado Sane

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina d’Andretta Tanaka.

São Paulo  
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa, como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figurem a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O presente trabalho foi realizado com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – do Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil, por meio do Programa de Estudantes Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), Bolsa de Mestrado registrada sob o Processo nº 190439/2011-4.



À Mariama Balde, minha amada mãe, meu porto seguro, que sempre apostou em mim,  
pelas preces rogadas todos os dias em suas orações, o carinho incondicional sempre  
dedicado a mim e a todos os filhos e netos.

À minha rainha Jaminye Latifah, o motivo e base de todos os meus sonhos, meu orgulho,  
maior presente divino e maior amor existente na face da terra.

Ao meu pai Adulai Jau, pelo apoio incondicional de sempre e estímulo, desde muito cedo,  
a conhecer os livros. Obrigada pela educação de base concedida que me fez ser pessoa  
diferente e mulher realizada.

Às minhas irmãs e irmãos, em especial, a Samba Balde, Aminata Jau e Ramatulai Jau, pelo  
carinho e respeito especial dedicados a mim.

Ao Oscar Bosisio e Fanny Rankin, por acreditarem em meu potencial e me proporcionarem  
a chance de conhecer essa ONG de atuação singular. Obrigada pelo apoio incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Um sonho/objetivo ou um projeto, sempre repleto de desafios e obstáculos, jamais poderá ser concretizado sem ajuda de outras pessoas. É com parceria e ajuda mútua que conseguimos caminhar para sua realização.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, Allah todo-poderoso, sem cuja luz e proteção não estaria aqui. Obrigada pela vida e saúde, por ter acolhido as minhas orações.

Agradeço a atenção e carinho da minha orientadora Prof. Dr. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, pelos conhecimentos compartilhados. Obrigada pela paciência, disponibilidade com que sempre me atendeu, e, também, pela dedicação total para concretização desse sonho com os seus conhecimentos, os quais me ajudaram a achar o norte para este estudo. Obrigada pelo estímulo para buscar mais conhecimento e entender o mundo da pesquisa, razão pela qual ser-lhe-ei eternamente grata.

Meu agradecimento especial à Prof. Dra. Luiza Harunari Matida, *in memoriam*, que mesmo doente contribuiu muito na pré-banca para enriquecimento desse trabalho; paz e luz.

Aos Professores Denise Pimentel Bergamaschi e Eliseu Alves Waldman, pelos ensinamentos valiosos e atenção com que me acolheram, além do apoio em momentos difíceis.

Ao Prof. Cláudio Leone, pela prontidão em ajudar na concretização deste estudo, obrigada pela atenção dispensada.

Aos membros da banca do Exame de Qualificação, Profa. Flora Maria Barbosa da Silva e Profa. Camila A. Schneck, pelas contribuições significativas que ajudaram na concretização deste trabalho.

À Profa. Marlene Trigo, pelo carinho e atenção com que me acolheu, pelo apoio prestado em momentos difíceis, meu agradecimento eterno pela amizade.

À minha professora e orientadora de graduação, Prof. Dra. Maria das Graças P. Lustosa, que me incentivou e apoiou para concretizar esse sonho, pelo que lhe serei eternamente grata.

Ao Adulai Djalo (SNLS – GB), minha gratidão pelo apoio incondicional e simpatia com que sempre me recebeu em seu escritório durante as minhas pesquisas, mesmo com as minhas insistências em horas impróprias, acolhendo-me sempre com um sorriso e muita atenção a todas as minhas perguntas chatas.

Aos Drs. Agostinho N'dumba e David da Silva Té, pela ajuda prestimosa em conseguir materiais para este estudo, obrigada pela atenção sempre dispensada.

Aos colegas de serviço de Céu e Terras, a Dr. Aly Hijazy, Noel Vieira, Katya Fernandes, Namar, Ismael, Dr. Manuel, Dr. Adamou, enfim, a todos os funcionários, meu muito obrigada pelo companheirismo e apoio.

À minha tia Awa Balde e à minha amiga do peito Carla José Sá, pelo carinho que sempre me dispensaram pela prontidão em me ajudar em tudo e apoio nas horas difíceis, obrigada.

À Domingos Nhama Lacerda Vaz Costa, obrigada pelo apoio e incentivos.

À amiga Nadine F. Crato Cá, pela amizade incondicional, obrigada pelo carinho que sempre me dispensou obrigada.

À minha tia-mãe Paula Fernandes e ao meu tio Raimundo Crato Cá, obrigada pelo carinho.

À amiga querida Eurax Otinta, pelo acolhimento e por sua amizade sincera, obrigada.

Aos funcionários da Pós-Graduação da FSP/USP, Renilda, Marilene, Ulisses e, em especial, a Ângela Maria Andrade, pela atenção dispensada, desde os primeiros momentos do processo, obrigada.

Aos funcionários da secretaria do Departamento Saúde Materno-Infantil, Iara, Carmem e Leandro, obrigada pelo acolhimento, atenção e prontidão em resolver os meus pedidos.

À Vicente Sarubbi Jr. Pela atenção e apoio prestada na análise desse trabalho, obrigada pelo carinho e amizade.

À Prof. Fumika Peres, pela atenção e apoio na finalização desse trabalho, meu muito obrigado.

A felicidade é uma trajetória, não um destino. Enfim, a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que essa etapa da minha vida fosse concretizada, obrigada por todos existirem nas páginas da minha vida.

*“Kamalion kuma djanti i ka nada, tchiga ki  
tudu. Si canua ka ncadja no ta tchiga”*

Segundo o camaleão, andar depressa não importa, o importante é chegar. (Ditado popular da Guiné-Bissau)



SANE S. **Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné – Bissau, 2007 – 2011 [Dissertação de Mestrado].** São Paulo-SP: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

## RESUMO

**Introdução:** Com o surgimento da epidemia da AIDS na década de 80, vários têm sido os desafios enfrentados pela sociedade, devido à rápida disseminação, em escala global. A epidemia acomete cerca de 34 milhões nos diversos continentes, e segundo a UNAIDS (2012), a maior parcela está em países em desenvolvimento. O continente africano, com mais de 800 milhões de habitantes, em 54 países, é o que mais tem sofrido os impactos da doença, apresentando a maior parcela de infectados pelo vírus HIV no mundo, com cerca de 23,5 milhões de infectados registrados. Assim como globalmente, a preocupação que tem suscitado debates é a crescente feminização dessa epidemia em Guiné-Bissau, aumentando as taxas de transmissão vertical do vírus HIV, que, segundo as últimas projeções do país (PEN III, 2012), o risco estimado foi de 8,9%. O advento do antirretroviral (Zidovudina), em 1994, a partir da publicação do protocolo 076 da ACTG veio mudar o cenário da transmissão vertical. Em Guiné-Bissau, a chegada dos antirretrovirais, em 2006, constituiu uma nova fase na luta contra a disseminação do vírus, em particular, no âmbito da transmissão vertical, proporcionando melhor qualidade de vida e chances de uma criança nascer sem AIDS. A ONG “Céu e Terras” atua no país desde 2001, e, em julho de 2007, adotou o protocolo recomendado pela OMS: tríplice terapia e amamentação exclusiva, visando à redução da transmissão vertical. **Objetivo** - Analisar a atuação da ONG “Associação Céu e Terras” quanto à prevenção da transmissão vertical do vírus HIV no contexto da Guiné-Bissau, a partir da introdução do novo protocolo da tríplice terapia antirretroviral e amamentação exclusiva. **Método** - É um estudo descritivo de dados secundários de mães e de seus filhos, mães estas inscritas no programa da instituição (ONG) “Associação Céu e Terras” em Bissau, República da Guiné-Bissau, no período de julho de 2007 a junho de 2011. População estudada: 430 mulheres soropositivas e 417 crianças nascidas vivas dessas mães que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical na ONG. Para analisar a ocorrência de transmissão vertical nessa população, foram considerados os fatores sociais, culturais, a aderência à terapia, o tipo de aleitamento praticado e via de parto. Para isso, foi usado o programa SPSS 18.0. **Resultado** – Entre 430 grávidas, houve 7 casos de óbito materno e 417 crianças nasceram vivas, e destas, 347 foram testadas no final do seguimento: 328 resultaram HIV negativas e 19 resultaram HIV positivas, ou seja, ocorreu a transmissão vertical. Das crianças que nasceram vivas, 11 delas morreram antes de completar 18 meses e 13 foram a óbito depois de 18 meses de vida. É importante relatar que ocorreram 13 casos de óbito fetal, excluídos do estudo, por não ter sido feito teste para diagnóstico de HIV/AIDS. **Conclusões** – No período estudado, a taxa de transmissão vertical foi de 4,6%, Valor esse bem abaixo da estimada pelo governo do país. A análise feita para o período de estudo mostrou uma diminuição da transmissão vertical, sugerindo uma ligeira tendência de queda durante os semestres estudados, mas sem diferença significativa entre eles. Observou-se, também, falha na adesão à terapia antirretroviral, sendo essa a principal causa da ocorrência na transmissão vertical; por outro lado, a via de parto e amamentação praticada são fortes aliados nessa ocorrência, sem esquecer-se das questões culturais e sociais, fortemente presentes na sociedade guineense e que influenciam na não efetivação do programa em reduzir a taxa de transmissão vertical e da disseminação do vírus HIV no país.

**Descritores:** Transmissão Vertical do HIV; Saúde Materna e infantil; HIV/AIDS; Adesão ao tratamento; Políticas Públicas; Prevenção do HIV/AIDS.

SANE S. **Analysis of the Program for Prevention of Vertical Transmission of HIV virus in the NGO "Associação Céu e Terras", Guinea - Bissau, 2007 - 2011** [Dissertation]. São Paulo-SP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014.

## ABSTRACT

**Introduction:** With the emergence of the AIDS epidemic in the decade of the eighties. Around the world, there are several challenges faced by society due to its rapid dissemination in global scale. The epidemic affects approximately 34 million people around the world, according to UNAIDS, the largest portion is observed in third world. The African continent with over 800 million inhabitants, which contains 54 countries, is what most has suffered the impact of the disease presenting the largest portion of HIV patients in the world, with about 23.5 million infected registered. As globally, the concern that has sparked debates is the increasing feminization of the virus in Guinea - Bissau, the country which consequently increased rates of vertical transmission of HIV, which according to recent projections, the risk is estimated at 8.9% (PEN III,2012). The advent of antiretroviral (zidovudine) in 1994, from the publication of 076 protocol of the ACTG come to change the scenario of vertical transmission. In Guinea-Bissau, the arrival of antiretrovirals in 2006, marked a new phase in the fight against the spread of the vírus particularly in the context of vertical transmission, providing more life quality and chances of a child born without AIDS. The NGO "Associação Céu e Terras" acts in the country since 2001, and in 2007 adopted the protocol recommended by WHO with triple therapy and exclusive breastfeeding, in order to reduce vertical transmission in the country. **Objective** - Analyze the performance of the NGO "Associação Céu e Terras" as the prevention of vertical HIV transmission in the context of Guinea-Bissau. Examine the proposal from the introduction of the new protocol of triple antiretroviral therapy, exclusive breastfeeding, 2007 – 2011. **Method**– It is a descriptive study of secondary data from mothers and their children whose women enrolled in the period July 2007 to June 2011 the institution (NGO) "Associação Céu e Terras" in Bissau, Republic of Guinea-Bissau program. The population studied was composed of 430 HIV-positive women and 417 children born of those mothers who participated in the program to prevent vertical transmission in NGOs. To analyze the occurrence of vertical transmission in this population were analyzed mainly the social, cultural, the adherence to therapy, the type of breastfeeding practiced and route of delivery. For data analysis, we used the SPSS 18.0 program. **Result** – among 430 pregnant there were 7 cases of maternal deaths and 417 children were born alive, among these, 347 children were tested at final follow up, 328 resulted HIV negative and 19 HIV positive, meaning, the transmission vertical occurred. Of the live births, 11 of them died before reaching 18 months and 13 have died after 18 months of life. It is important to report that 13 cases of fetal death. **Conclusions**- Among this population during that period, the rate of vertical transmission was 4.6%. Amount which well below the estimated by the government. The analysis made for the study period showed a decrease in vertical transmission, have suggested a slight decreasing trend during the semesters studied, but no difference between them. It was also observed failure in adherence to antiretroviral therapy being the main cause of this occurrence in the transmission, on the other hand, the mode of delivery and breastfeeding practiced are strong allies in this occurrence, without forgetting the cultural and social issues strongly present in Guinean society that influence the effectiveness of the program in not further reduce the rate of vertical transmission and spread of HIV in the country.

**Keywords:** Vertical Transmission of HIV, Maternal and Infant Health, HIV / AIDS, adherence to treatment; Public Policy, Prevention of HIV / AIDS.

## SUMÁRIO

### RESUMO ABSTRACT

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
1.1. EPIDEMIA DA AIDS - SURGIMENTO E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA	18
1.2. CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DE GUINÉ-BISSAU	23
1.3. CONTEXTO DA EPIDEMIA DA AIDS EM GUINÉ – BISSAU	26
1.4. CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL EM GUINÉ – BISSAU	29
1.5. POR QUE ANALISAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA ONG “ASSOCIAÇÃO CÉU E TERRAS”	30
1.5.1. Primeira Fase da Experiência de Associação Céu e Terras em Bissau: (2001 – 2006)	30
1.5.2 Segunda Fase da atuação da ONG Céu e Terras – a partir de 2007	35
<b>2. OBJETIVO GERAL</b>	<b>38</b>
<b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>39</b>
3.1. LOCAL DO ESTUDO	39
3.2. SUJEITOS DA PESQUISA	40
3.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO	40
3.4. INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	43
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
3.6. ASPECTOS ÉTICOS:	44
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>45</b>
4.1. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES	45
4.2. HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES	53
4.3. USO DE PRESERVATIVOS	55
4.5. LINHA DE TERAPIA	58
4.6. DEMANDA E ADERÊNCIA AO PROGRAMA	60
4.7. ÓBITOS MATERNO E CAUSAS	61
4.8. ÓBITOS E CAUSAS PERINATAIS E INFANTIL	61
4.9. TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	63

<b>4.10. ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	<b>68</b>
<b>4.11. VIA DE PARTO E TRANSMISSÃO VERTICAL</b>	<b>70</b>
<b>4. 12. AMAMENTAÇÃO</b>	<b>71</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>78</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>82</b>
<b>7. ANEXOS</b>	
<b>7.1. Anexo 1- Autorização da ONG Associação “Céu e Terras” para uso dos dados para pesquisa.</b>	
<b>7.2. Anexo 2 - Protocolo nacional dos antirretrovirais usados na terapia de prevenção da transmissão vertical na Guiné-Bissau.</b>	
<b>7.3. Anexo 3 – Algoritmo do Diagnostico das crianças expostas ao HIV, de 1 a 9 meses de idade</b>	
<b>7.4. Anexo 4 - TCLE usado na ONG Céu e Terras</b>	
<b>7.5. Anexo 5 - Pirâmide Sanitária Guiné-Bissau.</b>	

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mulheres com HIV/AIDS, segundo ano de adesão ao Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV/AIDS. ONG - “Céu e Terras” Guiné-Bissau- 2007 a 2011	46
Tabela 2	Distribuição das mulheres, segundo faixa etária e ano de registro no programa. ONG “Céu e Terras” Guiné-Bissau, 2007 a 2011	47
Tabela 3	Dados socioeconômicos das gestantes participantes do programa de prevenção da transmissão vertical na ONG “Céu e Terras” Guiné-Bissau (2007–2011)	49
Tabela 4	Distribuição das mulheres, segundo idade (anos), religião e estado civil. ONG’ Céu e Terra”- Guiné-Bissau 2007-2011	51
Tabela 5	Distribuição das mulheres, segundo religião e estado civil. ONG’ Céu e Terra”- Guiné-Bissau 2007-2011	52
Tabela 6	História genésica das mulheres da ONG “Associação Céu e Terra” - Guiné-Bissau 2007 – 2011	53
Tabela 7	Frequência de uso do preservativo entre as mulheres HIV positivas. ONG “Associação Céu e Terras” 2007 -2011	57
Tabela 8	Distribuição dos dados, segundo tipo de infecção e uso de preservativo entre as mulheres da Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	58
Tabela 9	Linha de terapia usada no programa de prevenção da transmissão vertical. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	60
Tabela 10	Casos e causas de óbitos maternos entre mulheres que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical. “Associação Céu e Terras”, 2007 -2011	61
Tabela 11	Causa de óbito das crianças, cujas mães participaram do programa de prevenção da transmissão vertical – ONG “Céu e Terras” Guiné – Bissau (2007 - 2011)	62
Tabela 12	Resultados de teste das crianças, cujas mães participaram do programa de prevenção da transmissão vertical e tratamento pediátrico, segundo resultado de testagem. Associação “Céu e Terras” (2007 – 2011	64
Tabela 13	Resultados dos testes das crianças, cujas mães participaram do programa de prevenção da transmissão vertical, segundo semestre de terapia. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 14	Resultado de teste das crianças, segundo aderência da mãe à terapia. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	68
Tabela 15	Resultado de teste das crianças, segundo via de parto realizado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	71
Tabela 16	Resultado teste das crianças, segundo forma de aleitamento praticado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	73
Tabela 17	Aderência da terapia pela mãe, segundo tipo de aleitamento praticado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	73
Tabela 18	Distribuição do resultado dos testes das crianças, segundo tipo de aleitamento praticado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011	74
Tabela 19	Dados de óbitos de crianças e tipo de aleitamento das mães que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV/AIDS ONG “Associação Céu e Terras” Guiné – Bissau (2007 – 2011)	76

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Dados de aconselhamento para realização de teste voluntário realizado na 1ª fase da atuação da ONG “Associação Céu e Terras” 2002 – 2006, Guiné –Bissau.	32
Quadro 2	Dados de teste contra o vírus HIV realizado na 1ª fase da atuação da ONG “Associação Céu e Terras” 2002 – 2006, Guiné-Bissau.	32
Quadro 3	Dados de prevalência dos subtipos virais do HIV presente na população atendida pela ONG “Associação Céu e Terras” 2002 -2006, Guiné-Bissau.	33
Quadro 4	Dados da prevalência do vírus HIV na população atendida na ONG “Associação Céu e Terras” 2001 – 2006, Guiné – Bissau.	33
Quadro 5	Dados de teste realizados em crianças seguidas no programa de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné –Bissau, 2001 -2006.	34
Quadro 6	Lista de medicamentos ARV aprovadas pela OMS como essenciais no TARV desde Abril de 2002	59

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	Distribuição espacial dos casos de AIDS no mundo	21
Figura 2	Número de órfãos daqui até 2015 (SPECTRUM)	37

### **LISTA DE GRÁFICO**

Gráfico 1	Percentagem de crianças, segundo resultados do teste de sorologia para HIV/AIDS e linha logarítmica de tendência por semestre - ONG “Associação Céu e Terra” Guiné-Bissau - 2007 a 2011	67
-----------	---	----

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS USADAS

<b>AIDS</b>	SINDROME DE IMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA
<b>ARV</b>	ANTIRRETROVIRAIS
<b>AZT</b>	ZIDOVUDINA
<b>CD4+</b>	GRUPAMENTO DE DIFERENCIAÇÃO 4 OU CLUSTER OF DIFFERENTIATION 4
<b>CDC</b>	CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS
<b>CPN</b>	CONSULTA PRÉ-NATAL
<b>HIV</b>	VÍRUS DE IMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA
<b>HTLV-III</b>	VÍRUS LINFOTRÓPICO HUMANO TIPO III
<b>IDH</b>	INDICE DE DESENVOLVIMENO HUMANO
<b>LAV</b>	VÍRUS ASSOCIADO À LINFADENOPATIA
<b>NVP</b>	NEVIRAPINA
<b>OMS</b>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE
<b>ONG</b>	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
<b>PACTG – 076</b>	PROTOCOLO 076 DA AIDS CLINICAL TRIAL GROUP
<b>PTMF</b>	PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSAO MAE-FILHO
<b>SPSS</b>	STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES
<b>TARV</b>	TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL
<b>TCLE</b>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
<b>TV</b>	TRANSMISSAO VERTICAL
<b>UNAIDS</b>	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS
<b>WHO</b>	WORLD HEALTH ORGANIZATION



## **APRESENTAÇÃO**

Na condição de Assistente Social da instituição “Associação Céu e Terras” de Bissau, capital da República da Guiné-Bissau, desde 2008, todos os dias me deparo com situações de mulheres grávidas que ali chegam para realização da testagem contra o vírus HIV /AIDS. Tendo em vista o objetivo primordial da instituição – prevenção da transmissão vertical – deparei-me com a necessidade de analisar a atuação da ONG quanto ao seu objetivo de luta contra uma doença que tem a sua alta escala de disseminação na população em geral e, em particular, em mulheres, trazendo, como consequência, o aumento da doença entre crianças. A maior motivação para realização deste trabalho não é só mostrar a intervenção da instituição em uma questão que preocupa a sociedade guineense - a transmissão vertical da AIDS - mas sim, poder possibilitar e chamar a atenção para as questões sociais que influenciam fortemente no crescimento da Transmissão vertical no país. Por outro lado, chamar atenção, também, de autoridades sanitárias e outras instituições da área para a atuação da ONG, no sentido de prestar mais apoio a uma instituição pioneira na prevenção da Transmissão Vertical no país, agora, referência nacional. Pretende-se que o trabalho sirva de apoio para formulação de políticas públicas mais abrangentes voltadas para essa população (mulheres e crianças) infetadas e afetados por essa problemática.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. EPIDEMIA DA AIDS - SURGIMENTO E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

A epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) emergiu na década de 80 como uma doença mais assoladora dos tempos modernos, igualando-se à peste negra e à febre bubônica da idade média (JACKSON, 2004). Os primeiros casos da doença foram notificados nos Estados Unidos da América e publicados pela CDC (Centro de Controle de Doenças) de Atlanta, em junho de 1981, em seu boletim epidemiológico semanal, no qual foram relatados cinco casos de doentes com sinais de Sarcoma de Kaposi e uma forma rara de pneumonia em um grupo de jovens homossexuais nos Estados Unidos da América naquela época (MMWR: CDC, 1981).

Desde então, surgiram vários casos de pessoas apresentando sintomas que foram relacionados à doença que, posteriormente, veio a se denominar AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), por seu efeito na imunidade humana. A partir disso, a infecção pelo vírus que, até então, era desconhecido, virou questão de destaque e começou a ser objeto de várias pesquisas. Entre as mais importantes, inclui-se a pesquisa realizada pela equipe de pesquisadores Robert Gallo (EUA), e de Luc Montaigner, França, quando isolaram o vírus, pela primeira vez, no laboratório, em 1983, para descobrirem a sua etiologia, quando veio a receber a identificação de HTLV- III (Vírus Linfotrópico Humano tipo III) e LAV (Vírus Associado a Linfadenopatia), respectivamente, nos dois países<sup>1</sup>.

Atualmente, existem dois tipos de vírus HIV, e a diversidade da disseminação da infecção pode ser explicada pela heterogeneidade da distribuição espacial desses dois subtipos (QUINN, 1996). Existe o vírus: HIV-1 e HIV-2. Atualmente, o vírus HIV -1 é o mais encontrado em todas as partes do mundo, sendo responsável por mais de 99 % das infecções. É um vírus considerado mais virulento que o HIV-2, devido à sua capacidade de rápida mutação no organismo e de ataque das defesas do corpo.

HIV-2 foi descoberto em 1986, três anos depois da descoberta do HIV -1, em um estudo sentinela realizado entre trabalhadoras do sexo, no Senegal (África Ocidental). Alguns estudos aprofundados mostram que o HIV - 2 já estava presente na África Ocidental

---

<sup>1</sup> Virologia. disponível em <http://www.salves.com.br/virtua/aidsvirol.htm>, acesso em 04/10/2013.

desde início dos anos 1960, e, alguns anos depois, ele foi identificado, também, na Índia. Os dois vírus são agentes causadores da AIDS, mas o HIV - 2 é menos devastador do que o HIV-1, sua transmissão por via sexual e vertical é considerada lenta (JACKSON, 2004). Segundo as últimas projeções, quase não se tem observado a prevalência do vírus HIV- 2, enquanto se observa o aumento exponencial do HIV- 1, em quase todas as partes do mundo (QUINN, 1996).

Desde sua descoberta, vários são os desafios que a sociedade tem enfrentado, um dos principais é a sua rápida disseminação. Essa epidemia teve ascensão em escala global. Em curto espaço de tempo, ultrapassou barreiras geográficas e acometeu tanto os povos menos desenvolvidos, como os mais desenvolvidos. O surgimento da AIDS, na década de 1980, segundo BUCHALLA (1995), anulou a ideia de que a era das doenças infecto – contagiosas havia, enfim, terminado e de que estas passariam a ser objeto de interesse, apenas, em regiões em que predominasse a pobreza.

Frente a essa nova questão que atinge a todos, a AIDS, desde o seu surgimento há três décadas, continua a ser um campo de grandes desafios para médicos, ativistas, sociedade civil e pesquisadores, em geral, de vários países, no sentido de gerar uma capacidade de dar melhor resposta à situação atual da epidemia no mundo (BASTOS, 2002). Incessantes pesquisas em busca da sua cura continuam a ser, ainda, uma grande preocupação mundial. Ela continua sendo uma “tragédia” multifacetada, que requer, ainda muita ação para frear a sua disseminação pelo mundo.

Os primeiros conhecimentos acerca da transmissibilidade da doença atribuíam a sua transmissão, basicamente, por via sexual e endovenosa (pela transfusão de sangue ou uso de drogas ilícitas com troca de materiais contaminados) e, mais recentemente, a que tem suscitado maior preocupação é a transmissão vertical da doença. Uma vez que tem alta prevalência de adultos em idade reprodutiva infectados, são fortes as chances de infectar uma criança. Por isso, essa forma de infecção tem sido motivo de muitos debates e pesquisas para chegar a zero as chances de infecção.

Nos primeiros anos após descoberta da infecção no continente africano, essa via de transmissão constituiu a principal causa de óbito de mães e recém-nascidos, devido aos riscos de complicações que uma gestante soropositiva corre durante a gestação, parto e puerpério, na maior parte das vezes, originadas por infecções oportunistas (LAWN, 2006).

Em face dessa realidade, esforços foram feitos para mudar o contexto, mas ainda têm sido insuficientes, pois a cobertura dos serviços de pré-natal, de rastreio/testagem e de acessibilidade aos antirretrovirais continua ainda baixa.

Avanços quanto à prevenção, tratamento e uma possível cura da doença, desde a década de 1980, constituem, ainda, objeto de grandes pesquisas. Na década de 1990, surge a terapia dos antirretrovirais (ARV) com uso da monoterapia com Zidovudina (AZT). Nos anos que se seguem, adota-se a dupla terapia como padrão terapêutico e, a partir de 1996, a tríplice terapia torna-se padrão de tratamento (BONOLO et al., 2007).

Esse avanço no tratamento trouxe esperança à vida aos infectados; a doença que não tinha tratamento, até então, só dizia pessoas, torna-se crônica, aumentando, dessa forma, a sobrevivência dos soropositivos, proporcionando melhor qualidade de vida. Esse fato, descoberta de drogas capazes de retardar o desenvolvimento do vírus no organismo humano, veio mudar o cenário mundial em relação à progressão da doença. A sociedade começou a debater mais acerca da doença, sobre o preconceito e discriminação, as técnicas de detecção se sofisticaram, tornando possível identificarem-se mais infectados e prevenir novas infecções, enfim, observaram-se mudanças em todas as sociedades.

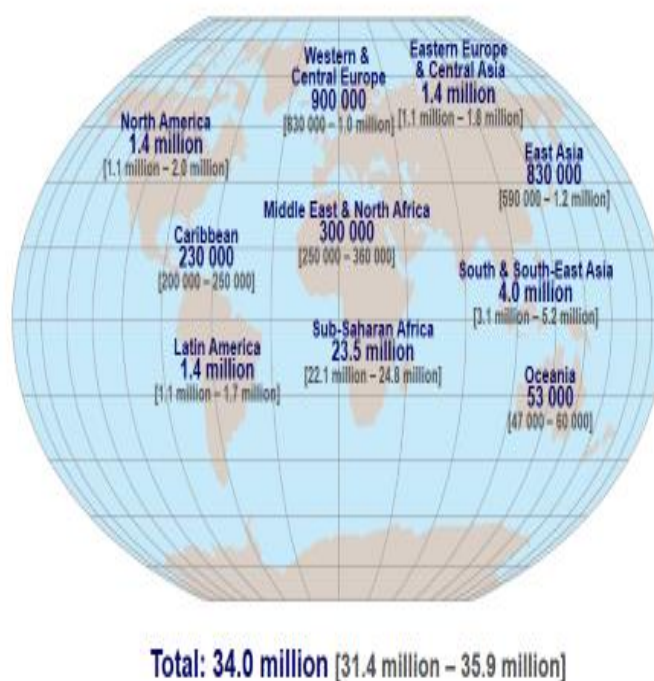
Essa nova fase de enfrentamento da progressão da doença, mundialmente, com o advento dos antirretrovirais, o acesso universal, resultaram em queda de casos de óbitos pela doença. O número de pessoas que adquiriram infecção, em 2011, foi 20% menor que em 2001 (UNAIDS, 2012); apesar dessa queda nos índices da infecção pelo mundo, a região africana subsaariana apresenta, ainda, a maior prevalência de casos de infecções registrados mundialmente (Figura 1).

Segundo o relatório mundial sobre a AIDS, com o acesso universal e gratuito dos ARV, observou-se declínio na ocorrência de casos de óbito e de novas infecções de HIV, em nível mundial. Na África, desde 2007, essa situação vem sendo observada, pois, em 2013, constatou-se que mais de sete (7) milhões de pessoas tiveram acesso aos antirretrovirais no continente, reduzindo 32% os casos de óbitos por AIDS: mais mulheres tiveram acesso aos serviços de pré-natal e testagem, conseqüentemente, houve queda nos índices de transmissão vertical (UNAIDS, 2012). Esses dados são encorajadores, pois mostram o resultado do movimento e da junção das estruturas para produzirem respostas favoráveis, o que era quase impossível observar nos dados anteriores de países com alta prevalência de infectados.

Segundo apontam dados do ano 2011, existem cerca de 34 milhões de pessoas vivendo com o vírus HIV no mundo, das quais 15,9 milhões são mulheres e 2,5 milhões são crianças menores de 15 anos (WHO, 2012).

**Figura 1** - Estimativa de adultos e crianças vivendo com HIV - 2011

### Adults and children estimated to be living with HIV | 2011



13 | WHO – HIV department | October 15, 2013



Fonte: World Health Organization, 2013<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> WHO – extraído em <http://www.who.int/hiv/data/en/>, acesso em 15/10/2013.

A região da África subsaariana, segundo dados da UNAIDS, continua sendo, ainda, a região mais afetada pelo vírus HIV, representando cerca de 69,0% da prevalência mundial (UNAIDS, 2012).

Essa parte do globo, apesar de apresentar maior parcela de infecções registradas, não é a única na lista de preocupações quanto à disseminação da doença, pois outras regiões do mundo que, também, chamam atenção por apresentarem dados preocupantes, são o sudeste asiático e o leste europeu, onde há um aumento sensível no número de infecções, em alguns países da Ásia, como é o caso da China, onde ainda não se verificavam grandes taxas na década de 1990. Até o final de 2011, a China apresentava uma estimativa de 780 mil pessoas portadoras do vírus HIV, atribuindo-se o crescimento das infecções ao crescente índice de prostituição, migração, homossexualismo e uso de drogas, observados nos últimos anos, nesse país (UNAIDS: China, 2011) e (YANG, 2005).

Os efeitos da doença em cada região estão diretamente ligados às particularidades da mesma; o subdesenvolvimento de vários países, em particular da maioria dos países africanos, ocasiona uma fraca resposta à crise da epidemia. A prevenção da AIDS nesse continente é uma questão de grande magnitude, devido à sua grandeza e subdivisões em países. O continente africano tem uma população de mais de 800 milhões de habitantes, distribuídos em 54 países e representa cerca de um sétimo da população do mundo. É um continente caracterizado por sua diversidade cultural e social. Esses fatores socioculturais diferenciados que ocorrem no continente e os fatores socioeconômicos de alguns países contribuem fortemente para a alarmante disseminação da doença. Este fato leva à cronicidade da dependência de recursos externos para prevenção e controle da doença, o que enfraquece os programas e acarreta falhas nas respostas da prevenção da doença, em vários países, desprovidos de recursos próprios.

A disseminação da infecção no continente africano constitui uma preocupação que tem suscitado intervenções e políticas para frear a sua evolução, tendo em vista a grande perda de vidas de adultos em idade produtiva e de crianças. Uma das preocupações que tem chamado atenção, como anteriormente mencionado, é a alta prevalência da infecção entre mulheres, com cerca de 58% dos infectados, na faixa etária de 15 - 24 anos (UNAIDS, 2012), o que, conseqüentemente, ocasiona a infecção de crianças, na ausência de medidas profiláticas ao seu alcance; nesse sentido, a WHO (2006) declara que, na África Subsaariana, todos os anos, mais de meio milhão de crianças são infectadas pelo vírus HIV, evidenciando

a vulnerabilidade dessa camada da população. Graças às inovações na prevenção e acesso de mulheres grávidas a estruturas de qualidade (Consultas pré-natal e assistência ao parto e puerpério) e acesso às drogas para evitar a transmissão vertical, segundo relatório mundial sobre a doença no continente africano, foi possível reduzir cerca de 24% de infecções por HIV em crianças, de 2009 a 2011 (UNAIDS, 2012).

É importante lembrar que a progressão da doença teve impactos diferentes em cada parte do continente, pois ela é influenciada pelas diferenças culturais, sociais e econômicas de cada país. A magnitude da doença no continente africano, apesar da queda na incidência, nos últimos anos, faz com que cada país planeje, com urgência, políticas mais eficazes e abrangentes para enfrentamento da questão. Assim, ele poderá alcançar resultados iguais a de muitos países desenvolvidos em relação a várias facetas da doença, em particular, a eliminação da transmissão vertical, uma vez que, no contexto da década de 2010, é o tema de preocupação das discussões. Nesse sentido, ressalta-se a particularidade de um país africano, Guiné – Bissau, quanto ao dilema da disseminação da epidemia e, em particular, na prevenção da transmissão vertical do vírus – nova forma de infecção -, que atinge a camada mais frágil da população: mulheres e crianças.

## 1.2. CONTEXTO SOCIOECONÔMICO DE GUINÉ-BISSAU

A República da Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano. Um país lusófono, com superfície de 36 125 km<sup>2</sup>. Segundo o último censo, a população é estimada em 1.600.000 habitantes, em 2010 (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, RGHP: 2009). Manteve-se sob administração Portuguesa até Setembro de 1974, quando alcançou a sua independência. Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão, por sua vez, subdivididas em 36 setores e um Setor Autónomo (cidade de Bissau), capital política, econômica e administrativa do país.

Em termos políticos, o país tem vivido situações de instabilidade política e institucional e a recorrência da violência, materializada por repetidos golpes de Estado e conflitos armados, desde que ficou livre da colônia portuguesa. O poder é legalmente exercido por meio de um sistema de democracia multipartidária, semi-presidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um, e

uma Assembleia Nacional Popular, eleita por 4 anos, em que existe a separação entre os poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. No entanto, desde o conflito político-armado de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o mandato.

Guiné-Bissau é caracterizada por uma grande diversidade étnica. Cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula - 25.4%, Balanta - 24.6%, Mandinga - 13.7%, Manjaco - 9.3%, e Papel - 9,0), (RGHP: 2009).

O idioma oficial é o português, sendo que o crioulo, um dialeto, é a língua de comunicação oral mais utilizada, e, apesar de não ter uma forma escrita oficialmente aprovada, é o idioma mais veicular e, com uma abrangência em toda a extensão do território nacional, além de coexistirem outros dialetos, devido à grande diversidade étnica no país. Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos (católicos, protestantes, muçulmanos e animistas).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Guiné-Bissau é ainda considerado precário, em função de constantes instabilidades políticas que assolam o país, praticamente, desde que ficou independente do colonialismo português, em 1974, fatores esses que não têm permitido a geração de um ambiente favorável para criação e execução de políticas públicas ambiciosas e sustentáveis, em prol do bem estar da população.

Segundo o relatório mundial do PNUD (2010)<sup>3</sup> sobre o desenvolvimento, Guiné-Bissau apresenta um IDH de 0,289, situa-se no ranking em 164º lugar, num total de 169 países. Entre 2000 e 2010, Guiné-Bissau registrou uma taxa de crescimento médio anual do IDH de 0,9%, abaixo da média de 2,1% para a África Subsaariana e de 1,68% para os países com IDH muito baixo.

Os dois fatores que contribuem para o baixo IDH da Guiné-Bissau são: a pobreza generalizada, com rendimento monetário muito baixo e a esperança de vida (48,6 anos), resultantes da ausência de oportunidade de rendimento e de acesso aos serviços de saúde de qualidade. Esta situação é correlacionada com a taxa de crescimento populacional, de 2,5%, e com uma taxa de crescimento econômico, que entre 2000 e 2010, pouco excede, em média, 3%. Estes indicadores favoreceram a colocação do país no 148º lugar, dos 155 países

---

<sup>3</sup> Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.



considerados mais pobres do mundo (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, DENARP: 2011).

Em junho de 1998, a República da Guiné-Bissau atravessou um breve período de conflito armado, que veio contribuir para a deterioração do país em todos os aspectos. Atualmente, o país passa um período que não tem favorecido o crescimento econômico nem facilitado políticas sociais e econômicas coerentes. A dependência da comunidade internacional, em setores como a economia, a saúde e a educação, é quase total. Uma economia frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um frágil desenvolvimento do capital humano.

A pobreza afeta dois terços da população: 66,7% vivem com menos de 2 dólares por dia e 20,8%, com menos de 1 dólar por dia. A porcentagem de pobres é mais elevada nas zonas rurais e entre pessoas com mais de 45 anos (especialmente, entre aquelas com mais de 66 anos) (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, DENARP, 2006).

A educação é um dos setores mais problemáticos do país, o principal agravante da pobreza. Caracteriza-se pelo deficiente desempenho e recursos humanos, financeiros e materiais escassos. Em 2004, 2,5% do PIB foram gastos na educação (média para a África Subsaariana é de 4%) (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, DENARP, 2006).

A maioria da população com 15 e mais anos de idade é ainda analfabeta ou semianalfabeta. Mulheres são, geralmente, as menos favorecidas em matéria de escolarização. A frequência escolar nas áreas rurais continua muito inferior à das áreas urbanas, assim como a escolarização das meninas, sobretudo, nas regiões do leste do país.

À semelhança de muitos países africanos, Guiné-Bissau enfrenta importantes desafios ligados à pressão demográfica, observando-se rápido crescimento da população, um grande êxodo rural, um grande movimento da população dos campos para a capital do país, Bissau, único centro econômico e político e que concentra mais de 30% da população do país.

Apesar do baixo nível de escolaridade até então detetada, mulheres guineenses desempenham um importante papel nas atividades econômicas, devido à forte presença no mercado informal do trabalho para sobrevivência / sustento da família. Elas representam 51,5% da população do país (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III, 2012). Contudo,

apesar do papel relevante que elas desempenham no setor econômico informal (nas zonas urbana e rural), na educação das crianças, no acompanhamento do conjunto dos membros da família e no conjunto dos setores do desenvolvimento, a mulher guineense confronta-se com obstáculos, tais como o acesso ao emprego, às fontes de rendimento associados à problemática da discriminação, ligada ao sistema social.

Em muitas circunstâncias, a mulher é obrigada a se submeter ao homem. Ela dispõe de muito pouca escolha e de poder de decisão. Esta desigualdade explica a diferença no acesso aos cuidados básicos de saúde, à educação e às estruturas socioeconômicas. Essas desigualdades, em particular, dos gêneros, pode ser explicado pela prevalência da religião muçulmana no país, representando cerca de 45% da população. Questões religiosas, somadas aos costumes de poligamia, não deixam de ser, também, um dos fatores que contribuem para a propagação da doença entre as mulheres

### 1.3. CONTEXTO DA EPIDEMIA DA AIDS EM GUINÉ – BISSAU

De uma maneira geral, o perfil de saúde da população é caracterizado por uma grande discrepância/desigualdades regionais, urbanas e rurais. A baixa qualidade dos cuidados e meios da medicina moderna servem de alavanca para a continuidade da aderência à medicina tradicional, excepcionalmente, na luta contra o vírus HIV, nomeadamente, nas crenças da não existência do vírus.

O setor saúde enfrenta problemas de várias ordens, o que impossibilita dar uma resposta mais efetiva. Esforços têm sido feitos para garantir o mínimo de saúde à população, principalmente, as mais carentes, sem muito sucesso visível, apesar da existência de projetos e financiamentos internacionais, indicando que ainda falta muito por fazer no setor.

Quanto ao perfil epidemiológico do país, ele está marcado por doenças infectocontagiosas, aumento das doenças não transmissíveis, comportamentos de risco, como tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas e práticas sexuais de risco; pelas condições do meio ambiente e por uma alimentação desequilibrada, situações agravadas pela incapacidade do sistema de saúde em dar respostas favoráveis, apresentando, como consequência, uma morbi-mortalidade elevada, sobretudo materno – infantil (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III, 2012). É preocupante a situação sanitária do país, em face

da reduzida capacidade do sistema sanitário em dar respostas às necessidades da população, decorrente da limitação do orçamento do Estado destinado ao setor saúde, e, também, da instabilidade política e econômica que o país tem enfrentado nos últimos anos.

Em relação à epidemia de HIV, a prevalência nacional estimada é de 3,3%, caracteriza-se pela circulação concomitante de dois vírus, sendo o HIV-1 com 1,8%, o HIV-2, com 0,9%, e a dupla infecção (HIV-1+HIV-2), com 0,7% (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, INASA, 2011). A prevalência aumenta em função da idade e ela é mais acentuada no sexo feminino. Na faixa etária dos 15-24 anos, as adolescentes são 3 vezes mais infectadas do que os rapazes e são acometidas pelo HIV-1 (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, INASA, 2011). O risco de transmissão do HIV da mãe para a filho é estimado em 8,9%. (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III, 2012).

Assiste-se, atualmente, no país, a uma mudança do perfil epidemiológico da infecção pelo vírus HIV. O vírus do tipo 1, que até ao início dos anos 1990, não existia no país, tornou-se, atualmente, a infecção mais frequente. A faixa etária mais acometida no período gravídico são mulheres com menos de 25 anos de idade; elas chegam a ter o dobro da prevalência de infecção pelo HIV - 1 em relação às grávidas com mais de 30 anos. Isso se explica por ser, nesse período que a mulher se encontra mais ativa sexualmente e em idade reprodutiva.

Os fatores de risco que têm proporcionado aumento significativo da prevalência da infecção advém das seguintes questões de ordem cultural e social fortemente presentes na sociedade guineense: usos e costumes tradicionais e fatores individuais. Entre usos e costumes, destacam-se aspectos como a excisão (mutilação genital feminina), casamento precoce e/ou poligâmico com maridos muito mais velhos, prática presente em várias etnias; sistema de herança (Levirato<sup>4</sup>), aleitamento de crianças órfãs por outra mulher, sem ter conhecimento, em muitos casos, da causa do óbito da mãe da criança e do estado sorológico dessa mãe de leite, entre outras, são práticas legitimadas e fazem parte do dia-a-dia das comunidades.

Outro fator de risco, entre os ligados a conhecimentos e comportamentos individuais das pessoas, destacam-se o conhecimento /desconhecimento em relação aos modos de transmissão e de prevenção da infecção, sobretudo, a dupla atitude “*Negação da*

---

<sup>4</sup> Sistema de casamento onde o irmão do falecido é obrigado a casar com a esposa (viúva) do irmão falecido.

*existência da AIDS/Medo da AIDS*”, questão bastante preocupante, porque, quando uma pessoa não acredita na existência da doença, as chances de ela se prevenir e tratar serão menores, aumentando as chances da propagação da doença. O início precoce da atividade sexual e promiscuidade sexual, sobretudo de adolescentes com parceiros muito mais velhos, o aumento da prostituição e da atividade sexual comercial disfarçada, são grandes fatores de mudanças que elevam a prevalência da infecção no país.

Nessa mesma lógica, segundo mostram os dados do último inquérito de indicadores múltiplos, a proporção de mulheres em idade fértil que conhecia três métodos de prevenção da infecção por HIV/AIDS (*abstinência sexual, ser fiel a um único parceiro, utilizar o preservativo em todas as relações sexuais ocasionais*) era de 38,4% e 58,2% não conhecia nenhuma forma de prevenção (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, MICS-3, 2006). De forma geral, existe pouca frequência de diálogo entre casais, entre pais e filhos e mesmo entre namorados em relação à prática sexual e, conseqüentemente, ao uso de preservativo.

O país, ainda, se depara com obstáculos de diversas ordens para fazer frente às questões relacionadas à propagação da doença. Apesar de apresentar um panorama epidemiológico ainda nada encorajador, muitos esforços têm sido implementados para mudança do cenário e resultados importantes têm sido alcançados na luta contra a AIDS, graças a uma ampla parceria e à promoção de sinergias entre os principais atores e intervenientes, tanto políticos, como financeiros.

Em termos de resposta contra a infecção, o país vem sendo beneficiado com importantes ajudas externas. Entre elas, destaca-se a ajuda do governo brasileiro, no quadro da parceria “*Laços Sul-Sul*”, desde setembro de 2004, em que se comprometeu a fornecer os medicamentos ARV de primeira linha para todas as necessidades do país. O Fundo Mundial está apoiando importantes projetos de luta contra a AIDS no país, o que tem possibilitado o avanço e desenvolvimento de programas de prevenção. Graças a todos esses apoios, foi possível iniciar, em 2002, o programa de prevenção da transmissão vertical, com profilaxia de dose única de Nevirapina (NVP), no momento do parto e, em 2007, a implementação das recomendações do protocolo 076, com a introdução da zidovudina (AZT) e amamentação exclusiva.

Diante do quadro apresentado, é possível ter ideia da complexidade do contexto da epidemia no país. Desde a detecção do primeiro caso da doença, em 1987, vários obstáculos

foram ultrapassados para prevenção e tratamento da mesma, mas há, ainda, muito que fazer. A barreira mais importante e que precisa ser ultrapassada é o engajamento do Estado em prestar mais apoio, disponibilizar mais verbas do seu orçamento para fazer frente à disseminação da “epidemia”.

#### 1.4. CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL EM GUINÉ – BISSAU

Considerando a crescente prevalência de casos de mulheres infectadas em Guiné – Bissau, representando 6,9% na faixa etária de 15 – 49 anos (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, INASA, 2010), o Ministério da Saúde Pública adotou a política recomendada pela OMS (Organização Mundial para Saúde) para evitar novas infecções em crianças. Desde a década de 1980, ações direcionadas às mulheres vêm sendo desenvolvidas no país.

O ano 1987 foi o marco do início das primeiras ações de prevenção contra o vírus no país, com o início da realização de um estudo sentinela na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), referência nacional, para verificar a prevalência em grávidas. A partir desse estudo, constatou-se a gravidade do caso e deu-se início a uma série de planos para fazer frente à questão, mas sem muito sucesso; de modo geral, mesmo em países desenvolvidos, nessa mesma época, a AIDS ainda era uma questão de grande medo, uma doença sem cura nem tratamento, a infecção pelo vírus ainda tinha poucos recursos de prevenção.

Em Guiné – Bissau, ações concretas para prevenção da infecção, em particular, da transmissão vertical, só se tornaram possíveis a partir de 2002, com o trabalho da ONG “Associação Céu e Terras”, que introduziu a profilaxia da transmissão vertical, com a dose única de Nevirapina (NVP) entre gestantes HIV (1 ou 1+2) positivas, no início do trabalho de parto, e nos seus recém-nascidos, logo após o nascimento ou até as primeiras 72 horas de vida, nos centros de saúde de Bissau e na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes. Um ano depois, essa iniciativa foi estendida para o Centro Materno Infantil de Cumura<sup>5</sup>.

Com a experiência da ONG “Céu e Terras”, por meio do uso desse primeiro protocolo para prevenção da transmissão vertical no país, constatou-se que a transmissão

---

<sup>5</sup> Cumura – hospital de referência nacional em tratamento de doenças infecto-contagiosas sob gerência da igreja católica.

mãe – filho era de 3,04% entre crianças seguidas até 18 meses de vida (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PTMF, 2013).

Isto serviu de base para elaboração de um plano de ação, em nível nacional (PEN), para reduzir a transmissão vertical para um período de cinco anos (2007 – 2011) com a utilização do novo protocolo, que preconizava a aplicação da AZT (Zidovudina) a partir de 28 semanas de gestação em mulheres HIV positivas, associado ao 3TC e Nevirapina (NVP), e AZT para a criança exposta, durante sete dias, ou até quarta semana de vida.

Essas ações constituíam uma nova fase de luta contra uma das formas de transmissão do vírus, que tem suscitado preocupações por parte das autoridades sanitárias, devido à crescente prevalência de infecção em mulheres em idade fértil.

### 1.5. POR QUE ANALISAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA ONG “ASSOCIAÇÃO CÉU E TERRAS”

#### História da “Céu e Terras”

##### 1.5.1. Primeira Fase da Experiência de Associação Céu e Terras em Bissau: (2001 – 2006)

A “Associação Céu e Terras” foi fundada na capital Bissau em 2001, com a iniciativa conjunta de uma médica cubana, outrora residente no país, e um padre da Igreja católica que se encontrava em missão no país. O nome, de origem Italiana, foi batizado pela ONG “Ciello e Tierra”, sediada na cidade de Roma, na Itália. A associação Céu e Terras de Bissau não é uma ramificação da contrterrânea italiana, somente foi batizada com o mesmo nome, devido a laços de afinidade da fundadora com a ONG italiana. Mesmo assim, a “Ciello e Tierra”, da Itália, foi uma grande benfeitora da instituição em Bissau, por vários anos, contribuindo com grande parte dos recursos medicamentos, alimentos e outros insumos, na primeira fase da instituição.

A Associação Céu e Terras iniciou suas atividades na capital Bissau, em 2001, com atividades de capacitação de pessoal técnico para sensibilização e prevenção da infecção do HIV/AIDS, devido à fraca capacidade do Estado em dar resposta a uma questão preocupante: a disseminação rápida do vírus pelo país e, em particular, o aumento das taxas de transmissão

vertical. Desta forma, a Associação estabeleceu, como objetivo principal, a prevenção da transmissão vertical da infecção HIV -1.

A instituição iniciou suas atividades, em colaboração com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da capital. Em um período de um ano, já abrangia um total de 10 UBS na capital Bissau, além do trabalho colaborativo com o Hospital de referência nacional, Hospital Nacional Simão Mendes – HNSM.

O protocolo de prevenção da transmissão vertical usado no país, nessa época, contemplava NVP-DU (Nevirapina de dose única) e aleitamento artificial. As gestantes recebiam o antirretroviral no momento do trabalho do parto e a criança recebia a mesma droga, em xarope, dentro de 72 horas de vida.

Nessa primeira fase da atuação da instituição, preconizava-se a difusão de uma cultura de saúde em Guiné – Bissau; a formação do pessoal técnico / expert na gestão da infecção de HIV / AIDS e, em especial, na apreensão do uso dos antirretrovirais e a luta na prevenção da transmissão do vírus da mãe para o filho, em particular, do vírus HIV - 1.

A partir de 2002, deram início as atividades de Counselling (aconselhamento) nos centros de saúde de base da capital Bissau. As atividades se resumiam em realizações dos testes rápidos, aconselhamento das grávidas que vinham ao pré-natal, orientações sobre os cuidados com a criança e apoio nutricional e medicamentoso aos soropositivos detectados. Mulheres grávidas, que eram aconselhadas nos Centros de Saúde de Base, se detectadas positivas, eram encaminhadas para a base da associação, que nessa altura, já atuava como centro de referência nacional em PTMF (Prevenção da Transmissão Mãe para Filho), onde eram enquadradas no protocolo PTMF e amparadas pelo aparato de gratuidade de que a instituição dispunha, nomeadamente, médica, medicamentosa, psicológica, laboratório de análises clínicas e nutricional.

Os quadros, a seguir, mostram em números o atendimento realizado na primeira fase de atuação, em colaboração com os centros de saúde de base da capital Bissau, nomeadamente, na sensibilização de mulheres grávidas sobre a infecção pelo HIV, os riscos da transmissão vertical e os testes realizados:

**Quadro 1** – Dados de aconselhamento para realização de teste voluntário realizado na 1ª fase da atuação da ONG “Associação Céu e Terras” 2002 – 2006, Guiné – Bissau.

ANO	2002	2003	2004	2005	2006	Não adesão	TOTAL
<b>ACONSELHAMENTO</b>	4.903	5.509	6.531	7.223	2.622	375	<b>27.163</b>

Fonte: Relatório do geral de atividades do quinquénio 2001 -2006 da Associação Céu e Terras”.

**Quadro 2** - Dados de teste contra o vírus HIV realizado na 1ª fase da atuação da ONG “Associação Céu e Terras” 2002 – 2006, Guiné-Bissau.

	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
<b>TESTE</b>	3.660	5.141	5.983	6.557	2.519	23.860
<b>NÃO-TESTE</b>	1.243	368	548	666	103	2.928
	4.903	5.509	6.531	7.223	2.622	26.788

Fonte: Relatório do geral de atividades do quinquénio 2001 -2006 da Associação Céu e Terras”.

Apesar de se encontrar, ainda, em uma fase sem muitos recursos, a forma de atuação adotada atingiu muitas mulheres grávidas. Pela realidade do país, nessa época, a atuação da ONG fez um diferencial, em relação às ações concretas para prevenção da transmissão vertical e do HIV, de modo geral.

A intervenção da ONG, na sensibilização para mudança de comportamento frente à infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil e na prevenção da transmissão vertical, na capital Bissau, teve impacto positivo nessa primeira fase de atuação da ONG; apesar de pouco, em comparação a outros países, foi significativa para a realidade guineense.

Pelos testes que foram possíveis realizar, o quadro abaixo mostra a prevalência dos subtipos de vírus HIV presentes em mulheres grávidas atendidas nesse período.



**Quadro 3** – Dados de prevalência dos subtipos virais do HIV, presentes na população atendida pela ONG “Associação Céu e Terras” 2002 -2006, Guiné-Bissau.

TIPO VÍRUS	ANO						TOTAL	%
	2002	2003	2004	2005	2006	SEM DADOS		
VIH-1	176	255	274	338	146	1	1.190	4,99%
VIH-2	93	51	99	123	39	0	405	1,70%
VIH-1/2	17	80	37	25	12	0	171	0,72%
NEG	3.374	4.754	5.563	6.069	2.318	54	22.132	92,60%
<b>TOTAL</b>	<b>3660</b>	<b>5140</b>	<b>5973</b>	<b>6555</b>	<b>2515</b>	<b>55</b>	<b>23.898</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Relatório do geral de atividades do quinquénio 2001 -2006 da Associação Céu e Terras”.

**Quadro 4** – Dados de prevalência do vírus HIV na população atendida na ONG “Associação Céu e Terras” 2001 – 2006, Guiné – Bissau.

VIH-1	1.190	4,99%
VIH-2	405	1,70%
VIH-1/2	171	0,72%
VIH+	1.766	7,40%

Fonte: Relatório do geral de atividades do quinquénio 2001 -2006 da Associação Céu e Terras”.

A partir desses dados, é possível visualizar uma maior ocorrência de infecções do subtipo 1 em mulheres.

Devido tratar-se de uma fase de extrema dificuldade, tanto financeira como do pessoal especializado no tratamento da questão, e, também, no que se refere ao local de atuação, que não era propriamente na sede da instituição, mas sim nas estruturas dos centros de saúde, diversas dificuldades tiveram que ser enfrentadas para garantir um seguimento mais consistente de gestantes.

Dificuldades no acompanhamento das gestantes atendidas nos centros de saúde de base, com a aplicação do protocolo da NV-DU (Nevirapina de dose única) e aleitamento artificial, nessa primeira fase da atuação, ocasionaram muitas perdas e abandonos, impossibilitando uma análise mais consistente dos dados dessa época.

Para avaliar a ocorrência da transmissão vertical nessa população, entre crianças, frutos das gestações dessas mulheres atendidas, foi possível seguir e testar um certo número, conforme quadro, a seguir:

**Quadro 5** – Dados de testes realizados em crianças seguidas no programa de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné–Bissau, 2001 -2006.

<b>TOTAL CRIANÇAS</b>	<b>794</b>	<b>%</b>
ÓBITOS	41	5,16%
VIVO	753	94,84%

<b>TESTE &gt; 18 MESES</b>	535	71,05%
DE MÃE VIH-1/1+2	496	92,71%
DE MÃE VIH-2	39	7,29%
NÃO TESTE <18 mês	218	28,95%

<b>POSITIVOS</b>	17	3,18%
<b>NEGATIVO</b>	518	96,82%
VIH-1 / 1+2	15	3,02%
VIH-2	2	5,13%

Fonte: Relatório do geral de atividades do quinquénio 2001 - 2006 da Associação Céu e Terras”.

Apesar das dificuldades apontadas, é possível dizer que foi evitada a transmissão vertical em muitos casos. A primeira fase da atuação da ONG se encerra com a preparação da base para atuação na sede própria, e com o início do novo protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV no país, a partir de 2007.

### 1.5.2 Segunda Fase da atuação da ONG Céu e Terras – a partir de 2007

A segunda fase da atuação da Instituição continua tendo, como objetivo principal, a prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS. Essa fase se caracteriza pela continuidade de difusão de uma cultura de saúde na Guiné – Bissau; a prevenção da infecção do HIV, reforço no acompanhamento profilático a pacientes soropositivos não grávidas, início do tratamento antirretroviral com tríplice - terapia e formação do pessoal sanitário em gestão da infecção do HIV / AIDS.

A ONG trabalha, ainda exclusivamente, na cidade de Bissau, capital do país, em colaboração com a direção do setor autônomo de Bissau – SAB e com PNLS (Programa Nacional de Luta contra AIDS), um programa do Ministério da Saúde, que estabelece as normas e protocolos para atuação na área de HIV / AIDS.

Houve mudanças de estratégia na luta contra a AIDS, feitas pelo Ministério da Saúde, por meio do seu programa PNLS, em que foi feita uma definição de tarefas para cada entidade que atua neste âmbito; por isso, nessa fase da atuação da instituição, a colaboração com as UBS continuou, mas de uma forma menos direta e vinculada.

Com a chegada do tratamento antirretroviral de primeira linha, oriundo da cooperação com o Brasil, houve uma grande demanda de pessoas que procuraram saber dos seus estados sorológicos, muitos pacientes detectados soropositivos aderiram ao tratamento e, com isso, foi possível salvar muitas vidas.

Com a demanda crescente de pacientes, foi necessário que a instituição se mobilizasse, a fim de poder dar conta da nova onda de novos pacientes, para tanto, a partir do ano de 2007, a segunda fase da instituição foi caracterizada por formações e reciclagem dos diferentes técnicos da associação; apoio básico a outras UBS na capital e nas regiões; continuidade das atividades de *screening* e acompanhamento médico, medicamentoso e nutricional de pacientes soropositivos, principalmente, de grávidas.

No segundo semestre de 2007, com o advento dos ARV, a associação iniciou o TARV (tratamento antirretroviral) em seus pacientes, oferecendo mais opção de tratamento, além do cotrimoxazole (medicamento antes usado para profilaxia contra doenças oportunistas), a fim de aumentar as chances de maior sobrevivência e de melhor qualidade de vida. O tratamento teve início com 27 pacientes, na época, entre eles, 24 mulheres e 3

homens. Ainda no mesmo ano, o protocolo para a prevenção da transmissão vertical foi mudado, foi acrescentado o protocolo da tríplice terapia e aleitamento materno exclusivo.

O início da segunda fase da instituição foi marcado por diversas dificuldades, dentre as quais, a falta de financiamento, um dos motivos que originou a queda do número de grávidas atendidas. A nova fase do cenário de HIV no país trouxe esperança às pessoas, mas a maioria das estruturas do Ministério da Saúde, em funcionamento, ainda não estavam preparadas para dar início ao tratamento antirretroviral, devido à falta de pessoal qualificado ou especializado na área.

A segunda fase de atuação da ONG e que perdura até hoje, conta com vários desafios a serem ultrapassados. O objetivo principal da prevenção da transmissão vertical continua sendo o foco central da atuação da ONG “Associação Céu e Terras”, pioneira nesse trabalho, e, hoje, referência nacional na prevenção da transmissão vertical.

A abrangência da atuação da ONG ainda se restringe à capital Bissau, com pretensões futuras de alargar para o interior do país, onde há extrema necessidade de ações concretas de prevenção, de modo geral, em relação ao vírus HIV. Mas, mesmo assim, há pacientes provenientes do interior do país, que são atendidas e seguidas durante toda a fase do tratamento.

A partir de 2010, muitas unidades básicas de saúde, em outras partes do país, passaram a executar atividades de prevenção da transmissão vertical e, assim, a ONG passou a ter “aliados” nessa luta que vinha travando sozinho há cinco anos. Mas, mesmo assim, ela continua ainda a ser referência, pois é uma das instituições que reúne recursos e infraestrutura de qualidade, necessários para melhor atenção aos soropositivos.

Tendo em vista a crescente feminização de pessoas portadoras do vírus no país, com consequente aumento de casos de crianças infectadas verticalmente pelo vírus HIV, cresce a preocupação em analisar essa realidade e nela intervir. Hoje, essa preocupação em Guiné-Bissau, deixa de ser somente uma questão de saúde pública, mas, sim, uma questão social, que afeta a todos, de uma forma ou de outra.

Até a década de 1990, no país, era quase impossível observar casos de crianças órfãs de pais vítimas da AIDS, enquanto que, em 2006, segundo os dados disponíveis, existiam cerca de 11.000 crianças órfãs de um ou dois genitores vítimas da AIDS

(REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, MICS- 3, 2006). Estudo feito, em 2010, constatou que existiam cerca de 7.581 órfãs, vítimas da AIDS no país, com tendência de aumento dessa taxa, até 2015, com uma estimativa de 10.614 casos. Esta estimativa pode tornar-se real se não forem tomadas medidas adequadas para impedir a disseminação do vírus, principalmente, entre as mulheres.

**Figura 2 - Número de órfãs daqui até 2015 (SPECTRUM)**



Fonte: Plano Estratégico Nacional de luta contra AIDS – PEN III (2012- 2016)

Essa realidade mostra o quão necessário é focalizar a atenção nesse tipo de modalidade de infecção (transmissão vertical), que vem atingindo a camada mais frágil da população tão maltratada por diversas outras desigualdades presentes no país.

Por isso, a ONG “Associação Céu e Terras”, sendo a principal instituição no país nessa luta para evitar que mais crianças sejam infectadas, proporciona às mulheres grávidas soropositivas melhor qualidade de vida e chances de evitar novas infecções, protegendo seu filho. Ela constitui um *locus* relevante de trabalho no país, sendo assim, requer-se analisar seu desempenho, principalmente, no que se refere à diminuição da transmissão vertical do vírus da AIDS, ou seja, analisar como foi a atuação do Programa da Prevenção da Transmissão Vertical na população por ela atendida, durante o período de quatro anos, com início do protocolo da tríplice terapia com os antirretrovirais e amamentação exclusiva.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Analisar a atuação da ONG “ Associação Céu e Terras” quanto à prevenção da transmissão vertical do vírus HIV no contexto da Guiné-Bissau. Analisar essa proposta a partir da introdução do novo protocolo da tríplice terapia antirretroviral e amamentação exclusiva, no período de julho de 2007 a junho de 2011.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

É um estudo descritivo, com utilização de dados secundários do período de julho de 2007 a junho de 2011 da instituição (ONG) “Associação Céu e Terras” em Bissau, República da Guiné-Bissau.

#### 3.1. LOCAL DO ESTUDO

*Associação Ceu e Terras, Guiné – Bissau.*

A instituição é um dos maiores centros de testagem voluntária do HIV/AIDS no país, as pessoas recorrem a ela para realizar teste de testagem. Elas, também, são atraídas pelo atendimento e apoios psicossocial, médico e medicamentoso gratuitos, que são prestados aos usuários.

Como em qualquer centro de testagem, a intervenção começa com aconselhamentos sobre as DST / AIDS e depois a paciente segue para realização do teste, se concordar; caso o resultado do teste HIV seja positivo, a pessoa passará a receber assistência, isso depois de ser informada de todos os procedimentos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No caso de mulheres grávidas, de acordo com a política do Ministério da Saúde Pública, todas devem realizar testagem, ainda no primeiro trimestre da gestação. Esse procedimento é feito em todos os centros de pré-natal do país, o conhecimento do estado sorológico de uma gestante é condição primordial exigida nessas consultas, e quando da entrada na maternidade para realização do parto.

Durante o período do estudo, a grande maioria das grávidas em tratamento nesta instituição, veio encaminhada da maternidade central da capital Bissau (HNSM), por meio da colaboração da ONG e essa instituição, com ajuda de duas Ativistas da ONG que prestam assistência às parturientes HIV positivas, detectadas no momento do parto. Outras gestantes chegam espontaneamente à instituição. Desde agosto de 2011, com a abertura do centro materno infantil da ONG “Céu e Terras”, o fluxo de gestantes aumentou, serviu de porta de entrada para mais grávidas, possibilitando mais chances de rastreamento nas mulheres, em particular, nas gestantes.

Depois do momento do aconselhamento para realização do teste HIV, é preenchido um formulário com dados socioeconômicos das usuárias e assinado, junto com o TCLE. Esses dois formulários vão, em momento futuro, compor o prontuário da paciente, juntamente com sua história clínica, no caso de ela ser soropositiva. Para preservar a privacidade, cada paciente recebe um código. Todos os dados são armazenados com cuidados extremos para garantir sigilo e confidencialidade dos pacientes, e todas essas informações são armazenadas em um programa de planilhas, Microsoft office excel.

### 3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos constituíram-se de pares: mulheres gestantes HIV positivas e seus filhos, que foram seguidos no programa de prevenção da transmissão vertical na ONG, durante os quatro anos de estudo, totalizando 430 mães e 430 conceitos.

Em relação aos dados de 2007, estes foram os do início da segunda fase do programa, isto é julho, e quanto que os de 2011 foram coletados até junho, pois quando da coleta de dados, crianças nascidas no segundo semestre de 2011 ainda não tinham completado 18 meses e, assim, não tinham sido submetidas à testagem, o que impossibilitaria a análise.

A coleta de dados teve seu início em julho de 2012, perdurando até março de 2013.

### 3.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

A todas as pacientes que iniciam o tratamento é atribuído um código, para preservar o sigilo e confidencialidade, mas neste estudo, o código serviu somente para distinguir as mulheres no banco de dados.

Para avaliar as questões pertinentes a esse estudo, as variáveis foram classificadas, segundo constam na ficha de pacientes, que compõem as histórias clínicas das pacientes:

**A idade** foi considerada em anos completos.

**Escolaridade** foi classificada da seguinte forma: Não alfabetizados ( sem nenhum tipo de grau escolar); Ensino Básico (nível escolar de 1ª a 6ª classe); Ensino Secundário (7ª



a 9ª classe); Ensino Complementar (10ª a 12ª classe) e Universitário (os que estão em curso ou concluído).

**Etnia**, nessa população de estudo, constatarem-se as seguintes etnias presentes no país: Balanta, Beafada, Fula, Mancanha, Mandinga, Mandjaco, Mansonca, Pepel e outros (que foram considerados mistos, pessoas de outras cidades).

Entretanto, devido à multietnicidade presente no país, nesta pesquisa, agruparam-se as etnias, segundo religião (Muçulmano ou Cristão), de acordo com as práticas de cada etnia. Em Guiné – Bissau, somente três etnias (Fula, Mandinga e Beafada) são muçulmanas, as demais são consideradas cristãs.

**Profissão ou trabalho remunerado**, foram classificadas como trabalho remunerado e não remunerado, segundo as atuações referidas pelas mulheres.

**Estado Civil ou Estado marital**, segundo referida pela mulher. Foram consideradas casadas aquelas que já conviviam com companheiro por mais de cinco anos ou com casamento oficial; variável Casamento Poligâmico, aquelas que residem com marido e mais outras esposas do marido na mesma residência; solteira, aquelas sem companheiros; e por último, as viúvas.

**Via de parto**, segundo o tipo de parto que nasceu a criança em questão (normal ou cesariana).

**Local do parto**, onde ocorreu o parto atual (Centro hospitalar - maternidade -, no centro de saúde de base ou em casa).

**Paridade**, classificou-se segundo o número de partos já tidos.

**Uso do preservativo**, foi registrado, conforme resposta da mulher sobre o uso (Sim ou Não).

**Ano de diagnóstico**, refere-se ao ano em que a mulher foi diagnosticada com infecção pelo HIV.

**Tipo de infecção**, refere-se ao tipo de vírus HIV diagnosticada no teste *Bioline*.

**Demanda**, refere-se à forma como a mulher ingressou no programa de prevenção da transmissão vertical da ONG, se veio do encaminhamento de outra instituição ou se veio espontaneamente, devido ao conhecimento do programa.

**Data de início da terapia**, refere-se ao momento em que ela ingressou no programa de prevenção da transmissão vertical.

**Linha de terapia**, diz respeito a tipos de combinações usadas no caso específico da mulher, combinações terapêuticas que variam, conforme o tipo de infecção da mulher.

**Tipo de aleitamento**, refere-se ao tipo de aleitamento praticado pela mulher (Aleitamento materno, artificial ou misto).

**Aderência à terapia**, refere-se se houve aderência da mulher à terapia antirretroviral prescrita para prevenir a infecção na criança, classificou-se em Sim ou Não. Refere-se ao sim, quando a mulher aderiu e seguiu corretamente a terapia até o final; refere-se a não, quando ela não conseguiu cumprir todas as fases da terapia.

**Abandono**, refere-se ao abandono durante a terapia de prevenção.

**Motivo de abandono**, refere-se às justificativas para não seguimento da terapia de prevenção.

**Óbito da mãe e o motivo de óbito da mãe**, refere-se às mulheres que foram a óbito durante o programa e qual foi a causa do óbito.

**Teste da criança**, refere-se à realização do teste de confirmação da criança exposta, aos 18 meses de vida, para verificar o resultado da intervenção.

**Resultado do teste da criança**, refere-se ao resultado do teste Bioline de confirmação da criança aos 18 meses de vida, se é Positivo para HIV ou Negativo, ou seja, se houve ou não transmissão vertical do vírus HIV.

**Tratamento pediátrico**, refere-se aos casos de crianças em que houve transmissão vertical, se elas estão fazendo o tratamento com antirretrovirais pediátricos ou não.

**Óbito fetal ou da criança** refere-se aos óbitos verificados durante os anos de estudo, classificou-se em sim e não.

**Motivo de óbito fetal ou da criança**, refere-se às causas que originaram o óbito fetal ou da criança.

### 3.4. INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi elaborada uma planilha no programa Excel para reunir os dados das mulheres que participaram do programa durante o período estipulado para estudo. Durante todo o processo da coleta, todo o trabalho foi realizado unicamente pela pesquisadora.

Depois dessa etapa, selecionaram-se, manualmente, no Serviço de Arquivos Médico e Estatístico da instituição, entre vários prontuários, somente os prontuários das mulheres que participaram do programa, de julho de 2007 até junho de 2011.

A seguir, fez-se a confrontação das informações no prontuário com a versão eletrônica, para minimizar os erros de informações, isto porque, algumas anotações que os médicos faziam durante a consulta, não foram computadas no banco de dados. Essa confrontação possibilitou que fossem encontradas informações das mulheres e de suas crianças e que estavam incompletas no prontuário físico.

Depois de serem coletadas as informações de todas as mulheres e os resultados de teste de suas crianças, constatou-se a falta de dados de algumas delas. Para completá-las, foi realizada uma busca ativa das mulheres.

Algumas delas ainda não tinham trazido a criança para realização da testagem. Elas não o fizeram por esquecimento, mudança para interior do país ou por viagem. Essa ação possibilitou a realização de testes de confirmação em crianças cujas mães participaram do programa, nesse período, e que ainda não o tinham realizado.

Finda essa primeira etapa de coleta de todas as informações necessárias para a análise, da checagem individual dos casos, ajuste e modelação da planilha, deu-se início à tabulação dos dados. Depois da digitação de todas as informações na planilha em Excell, anteriormente criado, procedeu-se à correção de alguns erros de digitação e formatou-se o banco de dados em Excell que, posteriormente, foi transportado para SPSS, para dar início à análise estatística.

### 3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados coletados, foi utilizado o programa SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>6</sup>.

Para tanto, a planilha criada em Excel foi transportada para o programa SPSS para possibilitar a análise de suas frequências e outras informações sobre a população de estudo.

### 3.6. ASPECTOS ÉTICOS:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o número de CAAE 09852012.1.0000.5421.

A ONG “ Associação Céu e Terras” também autorizou o uso dos dados para pesquisa acadêmica (Anexo 1).

---

<sup>6</sup> <http://www.spss.com>

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DAS MULHERES**

Como referido na seção de métodos, o estudo limitou-se à segunda fase da ONG- “Associação Céu e Terras”, pois é nessa fase em que ocorre a introdução dos ARV na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, seguindo as novas diretrizes da OMS, com a aplicação do protocolo 076. A partir de julho de 2007, nos primeiros meses após a nova diretriz, não se dispunha de meios para atrair as gestantes portadoras de HIV/AIDS ao serviço.

Como consequência da mudança radical na forma de atuação, estabelecida pelo Ministério da Saúde, em que a ONG deixa de ser o centro principal de tratamento do HIV/AIDS, passando os centros de saúde a também atuarem na prevenção e tratamento da infecção, ocorre uma queda expressiva na demanda de gestantes portadoras do vírus na ONG.

Por outro lado, também, essa queda no número de mulheres, provavelmente, se deveu ao estigma da doença que as mulheres carregavam, receio de serem vistas como portadoras da doença ao frequentarem a instituição.

Nos anos subsequentes, a adesão ao programa aumentou gradativamente, com a criação do programa de Assistência domiciliar feita por mulheres soropositivas e que tinham passado pela mesma experiência na ONG, tendo seu ápice no ano de 2010, quando uma campanha porta a porta foi feita para sensibilizar mais gestantes a fazerem testagem contra vírus da AIDS.

É importante salientar que os dados do ano de 2011 são parciais (metade do período), pois quando ocorreu a coleta de dados, nem todas as crianças nascidas em 2011 estavam em idade de fazer o teste de HIV/AIDS (Tabela1).

**Tabela 1-** Distribuição das mulheres com HIV/AIDS, segundo ano de adesão ao Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV/AIDS. ONG - “Céu e Terras” Guiné-Bissau- 2007 a 2011.

Ano de adesão	Nº	%
2007*	12	2,79
2008	59	13,72
2009	114	26,51
2010	183	42,56
2011**	62	14,42
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

\*Dados referentes ao período de julho a dezembro.

\*\*Dados referentes de Janeiro a Junho.

Nessa segunda fase da atuação da ONG, caracterizada pela introdução dos ARV de primeira linha, provenientes do acordo entre o Brasil e o Ministério da Saúde Pública de Guiné –Bissau, no âmbito da parceria da rede *Laços Sul a Sul*, a partir de outubro de 2007, a ONG iniciou o TARV (tratamento antirretroviral) com seus pacientes, oferecendo mais opção de tratamento, além do clotrimoxazole (medicamento antes usado para profilaxia contra doenças oportunistas) e Nevirapina de dose única (NVP-DU) às mulheres grávidas no momento do parto, a fim de aumentar a qualidade de vida e chances de maior sobrevivência.

O tratamento teve início com 27 pacientes na época, entre eles, 24 mulheres e 3 homens. Dessas 24 mulheres, 12 delas estavam grávidas e aderiram ao Programa de Prevenção da Transmissão Vertical. Ainda no mesmo ano, o protocolo para a prevenção da transmissão vertical foi modificado, acrescentando-se o protocolo da tríplice terapia e aleitamento materno exclusivo.

Conforme relatado anteriormente, o início da segunda fase da instituição foi marcado por diversas dificuldades, sendo que a falta de financiamento foi a principal. A nova fase do cenário de HIV no país trouxe esperança às pessoas, mas a maioria das estruturas do Ministério da Saúde em funcionamento ainda não estava preparada para dar início ao tratamento antirretroviral, devido à falta de pessoal qualificado na área.

Em face da necessidade de prestar mais apoio às grávidas soropositivas, e tendo sempre em vista o objetivo principal da atuação da ONG, que é da prevenção da transmissão

vertical do vírus HIV, no ano de 2008, foi criado um projeto denominado “Assistência Domiciliária”, em que mulheres, que haviam passado pela mesma experiência, foram contratadas para realizarem visita domiciliar, com o propósito de acompanhar as gestantes que iniciavam a terapia de prevenção da transmissão vertical a terem maior aderência ao tratamento e ao programa e superarem o estigma social de serem soropositivo e da auto-estigmatização, situações que podem comprometer todo o processo de terapia e alcance de melhores resultados.

Essa proposta de atuação resultou em maiores taxas de adesão à terapia e melhora na qualidade de vida dessas mães e de seus filhos. Os dados confirmam essa tendência: a partir de 2008, houve maior adesão ao programa e, conseqüentemente, maior número de crianças testadas, mostrando, dessa forma, a eficiência da intervenção.

Pelos dados, a seguir, observa-se a distribuição das mulheres, por faixa etária, segundo cada ano de estudo (Tabela 2). Nessa população, as faixas etárias mais acometidas foram entre 20 - 35 e 36 - 50 anos. É importante salientar que, a partir de 2010, começaram a aparecer casos em mulheres menores de 19 anos.

**Tabela 2** - Distribuição das mulheres, segundo faixa etária e ano de registro no programa. ONG “Céu e Terras” Guiné-Bissau, 2007 a 2011.

Faixa etária	2007		2008		2009		2010		2011*		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 19	0	0,0	0	0	0	0	3	2	2	3	5	1,16
20 - 35	7	58	46	78	90	79	153	84	48	77	344	80,00
36 - 50	5	42	10	17	17	15	23	13	7	11	62	14,42
51 +	0	0	3	5	7	6	4	2	5	8	19	4,42
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100,00</b>

\*Dados referentes ao período de janeiro a junho.

Lamentavelmente, os dados nacionais não apresentam a distribuição de mulheres, por faixa, como neste estudo, mas informam que a prevalência do HIV, na população geral, atinge mais a faixa etária de 15 - 49 anos, sendo que a população feminina apresenta uma prevalência de 6,9 %, enquanto que entre os homens, nessa mesma faixa etária, a prevalência foi de 2,4% (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, INASA 2010).

De modo geral, essa tendência de feminização do vírus acontece mundialmente, na Guiné - Bissau não é diferente, nos primeiros anos da detecção do vírus HIV no país (1987), segundo dados da OMS e UNAIDS, não se observaram casos de infecções em mulheres. Casos de mulheres infectadas com vírus HIV –1 apareceram a partir do ano 1995, com 2,7% e, em 1996, com 2,8% (PNLS, 2007), indicando a crescente feminização do vírus no país, e consequente aumento de casos de transmissão vertical, devido à fase de reprodução em que se encontra a maioria dessas mulheres, associadas a uma fraca resposta do Estado em mecanismos de prevenção, de modo geral.

Mulheres apresentam maior risco de infecção, devido à vulnerabilidade social em que muitas se encontram, pois sujeitam-se a imposições do parceiro, em função de dependência financeira do companheiro, em muitos casos. Outros fatores importantes são as questões religiosas, casamento precoce, poligâmico, uso pouco frequente do preservativo nas relações sexuais, entre outros.

Segundo alguns estudos de revisão bibliográfica, existem associações entre situações socioeconômicas precárias e baixo nível de escolaridade materna com taxas de transmissão do HIV (PAIM et al, 2008), esses achados não são diferentes daqueles da população de estudo: dentre as mulheres da pesquisa, 33,5% (144) são não alfabetizadas, 25,3% tinham ensino fundamental e 41,2 % delas tinham frequentado ou estavam cursando o ensino médio. Dentre essas mulheres, apenas três delas (0,7%) estavam cursando o ensino superior. A compreensão das situações de risco à saúde e a capacidade de decidir por si mesma, sem submissão completa ao marido ou companheiro, apresentam forte associação com o grau de instrução dessas mulheres.



**Tabela 3** – Dados socioeconômicos das gestantes participantes do programa de prevenção da transmissão vertical na ONG “Céu e Terras” Guiné-Bissau (2007 – 2011).

	N(430)	%
<b>ESCOLARIDADE<sup>7</sup></b>		
Não alfabetizados	144	33,5
Ensino Básico	109	25,3
Ensino Secundário	91	21,2
Ensino Complementar	83	19,3
Universitário	3	0,7
<b>RELIGIÃO</b>		
Muçulmana	179	41,6
Cristão	251	58,4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	262	60,9
Casamento Poligâmico	47	10,9
Solteira	116	27
Viúva	5	1,2
<b>PROFISSÃO</b>		
Domestica	337	78,4
Estudante	34	7,9
Vendedora	43	10
Funcionário Público	14	3,3
Outros	2	0,5

A informação sobre o nível de instrução dessa população de estudo não se compara com os achados em nível nacional, em que 60% da população feminina não são alfabetizadas (MICS 4, 2010). Tal resultado, talvez, possa ser explicado pelo fato de que, no presente estudo, a faixa etária trabalhada foi de mulheres entre 19 e 49 anos, em plena idade reprodutiva e que tiveram mais oportunidade de frequentarem a escola, enquanto que mulheres pós período reprodutivo tiveram menos oportunidade de irem à escola. Porém, mesmo assim, esses dados indicam uma proporção ainda grande de analfabetismo (33,5%) situação essa que constitui preocupação da sociedade guineense.

<sup>7</sup> Não alfabetizados (sem instrução); Ensino básico (1ª a 6 classe), Ensino secundário (7ª a 9ª classe), Ensino complementar (10ª a 12ª classe) e Universitário (curso superior completo).

O analfabetismo feminino, em Guiné-Bissau, faz com que essa população seja atingida por diversas violências, tais como casamento precoce forçado, abandono da escola para iniciar atividade econômica para apoio familiar, excisão/ mutilação genital, baseada nos usos e costumes de algumas etnias (religião).

Apesar do baixo nível de escolaridade, até então constatado, mulheres guineenses desempenham importante papel nas atividades econômicas, devido à sua forte presença no mercado informal do trabalho, para sobrevivência / sustento da família. Elas representam 51,5% da população do país (PEN III, 2012).

Apesar do papel relevante que mulheres desempenham no setor econômico informal (nas zonas urbana e rural), na educação das crianças, no acompanhamento do conjunto dos membros da família e no conjunto dos setores do desenvolvimento, a mulher guineense confronta-se com obstáculos, tais como o acesso ao emprego, às fontes de rendimento, associados à problemática da discriminação ligada ao sistema social.

Na maioria das circunstâncias, a mulher é obrigada a se submeter ao homem. Ela dispõe de muita pouca escolha e de poder de decisão, mesmo se tratando de assuntos da sua própria pessoa. Esta desigualdade explica a diferença no acesso aos cuidados básicos de saúde, à educação e às estruturas socioeconômicas, constatação não diferente do relatado no relatório sobre os direitos humanos no país:

*“as disparidades existentes entre os homens e as mulheres, a ausência de oportunidade e a existência de discriminações, são resultados da situação social diferenciada do homem e da mulher tal como configurado pelo sistema social dominante”(REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, LGDH - 2012).*

Essas desigualdades, em particular dos gêneros, podem ser explicadas, em parte, pela presença da religião muçulmana no país, representando cerca de 38% da população. As questões religiosas, somadas aos costumes de poligamia, não deixam de ser, também, um dos fatores que ajudam na propagação da doença entre mulheres.

Entre pessoas da religião muçulmana, a prática de poligamia é permitida e rotineira. Neste grupo, segundo seus costumes, o uso de preservativo é praticamente inexistente, fato esse que favorece a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas,

HIV/AIDS. A poligamia é tão aceita na população guineense que até pessoas da religião cristã também fazem uso dessa prática, o que torna o controle das HIV/AIDS mais difícil.

Ao analisar a variável religião, com estado civil, observa-se que há maior ocorrência de cristãos (58,4%) do que muçulmanos (41,6%), dados esses que condizem com os achados em nível nacional. Apesar de haver uma parcela pequena de animistas presentes no país, tais dados não estão presentes neste estudo, devido a não disponibilidade nos prontuários. Visualiza-se, na tabela 4, um número considerável de solteiras (27,0%) e 10,9% (47) casos, que declararam viver em regime de casamento poligâmico, sendo este, como era esperado, maior entre os muçulmanos (14,5%) do que entre os cristãos (8,4%).

**Tabela 4** - Distribuição das mulheres, segundo idade (anos), religião e estado civil. ONG' Céu e Terra"- Guiné-Bissau 2007-2011

	N (430)	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
≤19	5	1,16
20 – 35	344	80
36 – 50	62	14,42
51 +	19	4,42
<b>RELIGIÃO</b>		
Muçulmano	179	41,6
Cristão	251	58,4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	262	60,9
Casamento Poligâmico	47	10,9
Solteira	116	27
Viúva	5	1,2

**Tabela 5-** Distribuição das mulheres, segundo religião e estado civil. ONG' Céu e Terra"- Guiné-Bissau 2007-2011.

	<b>Casada</b>	<b>%</b>	<b>Casam. Poligâmico</b>	<b>%</b>	<b>Solteira</b>	<b>%</b>	<b>Viúva</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Muçulmano	123	68,7	26	14,5	29	16,2	1	0,6	179	41,6
Cristão	139	55,4	21	8,4	87	34,7	4	1,6	251	58,4
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>60,9</b>	<b>47</b>	<b>10,9</b>	<b>116</b>	<b>27,0</b>	<b>5</b>	<b>1,2</b>	<b>430</b>	<b>100,0</b>

Em relação à profissão, 337 (78,4 %) das mulheres são domésticas, lembrando que 33,5% delas são analfabetas, situação esta que não favorece o acesso a postos de emprego no país, submetendo-as à rotina de cuidados do lar e execução de pequenas atividades econômicas autônomas, para sustento da família. Mulheres Guineenses contribuem, de forma relevante, no desenvolvimento social e nas atividades econômicas e equilíbrio do meio familiar, pois, como mostra o censo populacional de 2009, elas representam cerca de 746.404 pessoas, ou seja, 51,5% da população guineense, mostrando quão importante papel desempenham na sociedade, mesmo sendo vítimas de violência, em suas variadas formas.

## 4.2. HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES

**Tabela 6** – História obstétrica das mulheres da ONG “Associação Céu e Terra” - Guiné-Bissau 2007 - 2011.

	Frequências	%
<b>Paridade</b>		
Nulípara	17	3,95
1 Parto	118	27,44
2 Partos	127	29,53
3 - 4 Partos	109	25,35
5 e + Partos	59	13,72
Total	430	100,00
<b>Via de parto atual</b>		
Normal	381	88,60
Cesária	21	4,88
Sem informação de parto	28	6,51
Total	430	100
<b>Local do parto atual</b>		
Hospital	347	80,70
UBS*	13	3,03
Casa	41	9,53
Sem Informação	29	6,74
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100,00</b>

\* UBS - centros de saúde de base

Quanto à história obstétrica das mulheres do estudo, somente 17 (3,95%) eram primigestas, todas as demais tiveram um ou mais partos (96,5%) (Tabela 5). É importante ressaltar que apenas 13,7% (59) delas eram múltíparas, com 05 e mais partos, indicando que as mulheres do estudo refletem a tendência do país, de diminuição da taxa de fecundidade

que, em 2011 foi de 4,99 filhos por mulher, enquanto que, em 1975, era de 6,87 filhos por mulher<sup>8</sup> (Banco Mundial, 2013)

Quanto ao tipo e ao lugar do parto, 381 (88,6%) delas tiveram parto normal e dessas, 347(80,0%), em hospital (maternidade), 21(4,8%) dos nascimentos foram por via cesariana; das 28 (6,5%) mulheres do estudo, que não tinham esse dado registrado nos prontuários, 13 foram por abandono, sete foram transferidas para outros centros do interior, onde moravam, e oito delas tiveram óbito fetal.

Observa-se maior frequência de partos realizados em hospital (80,7%) e apenas 41 (9,53%) deles ocorreu em casa. Apesar de ser essa a tendência que vem ocorrendo no país, observando-se, ao longo dos anos, que vem diminuindo bastante o número de partos domiciliares, era de se esperar que, por se tratar de mulheres portadoras de HIV/AIDS, todos os partos tivessem ocorrido em ambiente hospitalar, com vistas a um parto, com utilização de técnicas seguras para o caso específico.

Houve maior frequência de partos normais do que a cesariana. O parto com cesariana é a modalidade mais aconselhada em situações de infecção materna, por diminuir as chances de infecção na criança. Situação essa, que pode acontecer, ao contrário, no parto normal, devido ao risco de maior tempo de exposição da criança ao sangue e às secreções vaginais da mãe, decorrente da demora que pode ocorrer entre a rotura das membranas amnióticas e o nascimento da criança.

Desde a descoberta de que a via nascimento é uma das formas de transmitir o vírus HIV, vários estudos têm sido desenvolvidos para evitar altas taxas de ocorrências dos casos, constatando-se que a cesárea eletiva traz, como benefício adicional, a redução dessas taxas.

Conhecimentos acerca da transmissão vertical do HIV apontam que “cerca de 40% e, provavelmente, até 80% das transmissões ocorrem durante ou próximo ao período intraparto, por isso, é altamente recomendada a intervenção obstétrica para reduzir as taxas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE(BR) - DST/AIDS, 2003).

---

<sup>8</sup> Google Inc. Disponível em <http://www.google.com.br/publicdata/explore/> country: GNB. Acesso em 13/09/2013.

Apesar de ser essa a recomendação em Guiné – Bissau, devido à situação precária das estruturas de saúde do país, as condições para realização do parto e dos serviços que atendem às mulheres deixam muito a desejar. Nessas condições, a escolha de cesariana, como via de parto, constitui um risco à vida da mãe e da criança. Por isso, essa modalidade é somente acionada em situação de extrema necessidade, quando o parto normal constitui uma ameaça à vida dos dois.

#### 4.3. USO DE PRESERVATIVOS

A prevenção sempre constitui uma importante ferramenta na luta contra qualquer tipo de doença, ainda mais em países, onde a infecção pelo vírus HIV tem alta prevalência. Tendo em vista que a AIDS, ainda, é uma doença sem cura, a prevenção com o uso do preservativo é considerada a melhor opção.

Acerca dos achados desse estudo, apresentados na tabela seguinte, mostra como se situa a problemática de uso de preservativo entre essa população específica. Cerca de 90,9% das mulheres da população deste estudo disseram não usar preservativo nas relações sexuais. Este fato serve para ilustrar o problema em nível nacional, pois, mesmo entre mulheres com HIV/AIDS, pode-se dizer que, praticamente, a prevenção com uso do preservativo não ocorre.

Ao se extrapolar essa questão para os não infectados, segundo último estudo sobre comportamentos, atitudes e práticas, realizado no país, mostrou que, dentre pessoas de 15 - 49 anos, 40% delas declararam que nunca usavam o preservativo nas relações sexuais e somente 32% declararam usar sempre (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, CAP, 2010). Sem dúvida, a reduzida presença/ausência de prática preventiva, constatada nesses estudos, contribui para a disseminação do vírus, em larga escala, no país.

Além dos fatores de risco de infecção no país, anteriormente mencionados, chamam atenção aqueles ligados a conhecimentos e comportamentos individuais das pessoas, nomeadamente, o conhecimento em relação aos modos de transmissão e de prevenção da infecção, destacando-se a dupla atitude “*Negação da existência da AIDS/Medo da AIDS*”, questão bastante preocupante, uma vez que, diante de uma pessoa que não acredita na

existência da doença, as chances de ela se prevenir e tratar serão menores, aumentando as possibilidades de propagação da doença.

O início precoce da atividade sexual e promiscuidade sexual, sobretudo, das meninas com parceiros muito mais velhos, o aumento da prostituição e da atividade sexual comercial disfarçada, entre outros, são outros grandes problemas e que elevam a prevalência da infecção no país.

O uso de preservativo na população, em geral, é considerado baixo, assim como em quase todo o continente. Segundo aponta o Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), a estimativa do uso dos preservativos doados à população está em baixo nível, somente nove preservativos masculinos doados estavam disponíveis para o uso dos homens, ou seja, ao alcance de homens entre 15-49 anos de idade (UNAIDS, 2012). Isso é apenas a expressão da fraca atividade de promoção do preservativo aí presente.

A oferta e disponibilidade de preservativos em lugares de fácil acesso, sem que usuários tenham que passar por “constrangimentos”, constituem desafios a serem enfrentados na prevenção da doença. Ainda, segundo UNFPA, em 2011, na África subsaariana, havia disponível somente um preservativo para cada dez mulheres, na idade de 15 – 49 anos. Tal situação é bastante complexa e importante, uma vez que o preservativo constitui a principal ferramenta de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo dados do estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas, realizado em 2010, foram inquiridos 3.656 indivíduos, de 15 - 49 anos de idade, destes, somente 32% declararam usar sempre o preservativo (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, INASA: 2010), diferentemente do encontrado nesta pesquisa, em que somente 28 (6,5%) declararam usar o preservativo nas relações sexuais - fato esse muito mais grave, por se tratar de uma população infetada. Entretanto, é importante lembrar a ressalva em relação a esse resultado, anteriormente relatada.



**Tabela 7** - Frequência de uso do preservativo entre as mulheres HIV positivas. ONG “Associação Céu e Terras” 2007 -2011.

USO DE PRESERVATIVOS		
	Frequência	%
Sim	28	6,5
Não	391	90,9
Às vezes	11	2,6
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

Ainda sobre a questão da prevenção, conforme mostram os dados do último inquérito de indicadores múltiplos, a proporção de mulheres em idade fértil e que conheciam os três métodos de prevenção da infecção por HIV/AIDS (*abstinência sexual, ser fiel a um único parceiro, utilizar o preservativo em todas as relações sexuais ocasionais*) foi de 38,4%, para 58,2% delas que não os conheciam (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, MICS-3, 2006).

Essas questões evidenciam a gravidade da situação, em termos de prevenção da disseminação da doença no país. Vários esforços, por parte dos responsáveis sanitários, foram evidenciados para mudar o cenário; o entrave maior, que inviabiliza a progressão da maior parte dos programas para uma resposta em nível nacional, é a dependência financeira externa para realização de várias ações no campo da saúde.

#### 4.4. TIPO DE INFECÇÃO PRESENTE NA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Como referido na introdução, a infecção por HIV/AIDS no país se dá pelos dois tipos de vírus. As mulheres deste estudo apresentaram maior prevalência do vírus HIV-1, com 338 (78,6%) casos, vírus considerado mais virulento e agressivo do que o HIV-2.

Todos os dois vírus podem se desenvolver e chegar à AIDS, mas o tipo 1, devido à alta taxa de mutação e de replicação, faz com que as chances de uma pessoa infectada com esse vírus transmitir a outra pessoa sejam mais altas e rápidas do que a pessoa portadora do vírus tipo 2, um vírus considerado mais lento na sua mutação e, consequentemente, as chances de ela replicar e chegar a um nível de passar para outra pessoa é mais lenta.

Observou-se, também, pequena proporção de mulheres com dupla infecção (HIV1+2), com 21 (%) casos.

**Tabela 8** - Distribuição dos dados segundo tipo de infecção e uso de preservativo entre as mulheres da Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

USO DE PRESERVATIVO	TIPO DE INFECÇÃO							
	HIV-1	%	HIV-2	%	HIV 1+2	%	Total	%
Sim	20	5,92	6	8,45	2	9,52	28	6,51
Não	310	91,72	62	87,32	19	90,48	391	90,93
As vezes	8	2,37	3	4,23	0	0	11	2,56
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

Nessa mesma lógica, observando os dados cruzados de tipo de infecção HIV presente entre as mulheres do estudo e o uso de preservativo, constatou-se que 310 (91,72%) mulheres, que declararam não usar o preservativo, foram infectadas pelo vírus HIV -1, e 62 (87,32%), pelo vírus HIV-2. Essa informação corrobora com os achados da literatura sobre a alta taxa de transmissibilidade do vírus HIV -1 (GRASSI, 2008).

#### 4.5. LINHA DE TERAPIA

O objetivo principal do tratamento antirretroviral em paciente HIV positivo é baseado na manutenção da imunidade (aumento dos linfócitos CD4), possibilitando o retardo da progressão da doença e aumento do tempo e melhora na qualidade de sobrevivência dos pacientes. De modo geral, o tratamento é direcionado para deixar a carga viral (quantidade de vírus) indetectável, de forma a preservar o sistema imunológico.

Em relação ao início da terapia TARV, o médico decide, com base nos resultados dos exames iniciais (protocolos estabelecidos por cada país), pelo tipo de terapia combinada mais adequado à infecção identificada, mas nos casos de gestantes, conforme o estabelecido no protocolo de seguimento a PVHIV (pessoas viventes com vírus HIV) do país: toda mulher grávida é orientada (proposta), durante o período das consultas pré-natais, a fazer a testagem

contra o vírus HIV, com objetivo de obter melhor seguimento e sucesso da terapia, caso o resultado seja HIV positivo.

Quanto à linha de terapia usada no programa de prevenção da transmissão vertical, a partir de Abril de 2002, a OMS recomendou que fosse usada uma combinação de ARV de primeira linha (vide quadro abaixo), que foi adotada pelo Ministério da Saúde Pública do país (Anexo 3).

Apesar de serem preconizadas as combinações de ARV, isso não acontece de forma uniforme, pois cada paciente é um caso; existem pessoas que não se adaptam a certas combinações, e, dependendo de seu estado de saúde, é prescrito outro tipo, que melhor atenda à sua condição, de forma a garantir o sucesso da terapia.

**Quadro 6** - Lista de medicamentos ARV aprovadas pela OMS, como essenciais no TARV, desde Abril de 2002.

Zidovudina (AZT, ZDV)	Nevirapina (NVP)
Didanosina (ddI)	Saquinavir (SQV)
Estavudina (d4T)	Efavirenz (EFV)
Lamivudina (3TC)	Ritonavir (RTV)
Abacavir (ABC)	Indinavir (IDV)
Lopinavir/ritonavir (LPVr)	Nelfinavir (NFV)

Fonte: OMS, 2004

A triterapia de primeira linha é mais recomendada, segundo orientações da OMS, a partir de 2002, incluindo as combinações de AZT+3TC+NVP, a mais frequentemente recomendada nos programas de prevenção da transmissão vertical sendo, também, a mais usada no programa da ONG, em questão.

A tabela, a seguir, mostra a linha de terapia mais frequentemente usada no programa de prevenção da transmissão vertical da ONG.

**Tabela 9** - Linha de terapia usada no programa de prevenção da transmissão vertical. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011

<b>Linha terapia</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
AZT+3TC+NVP	262	60,9
D4T+3TC+NVP	66	15,3
AZT+3TC+IDV	35	8,1
AZT+3TC+ABC	11	2,6
AZT+3TC+LPV/R	12	2,8
AZT+3TC+KALETRA	4	0,9
AZT+3TC+EFV	5	1,2
NVP-DU	3	0,7
D4T+3TC+IDV	11	2,6
OUTROS	21	4,9
<b>Total</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

Embora haja adaptações, conforme as condições de saúde e aceitação do tratamento, a terapia recomendada pela OMS e estabelecida no protocolo nacional pelo Ministério da Saúde Pública, foi a mais utilizada nesta população (60,9% - 262).

#### 4.6. DEMANDA E ADERÊNCIA AO PROGRAMA

A maioria das mulheres que participaram do programa vieram espontaneamente - 221 (51,4%) e 209 (48,6%) vieram de encaminhamentos médicos de outras instituições, onde faziam pré-natal.

Em relação à aderência ao programa, 82,3% (354) aderiram fortemente à terapia, houve 17,7% (76) de abandonos, dos quais, sete casos foram por óbito, durante o período em que faziam o tratamento de prevenção da transmissão vertical.

#### 4.7. ÓBITOS MATERNOS E CAUSAS

**Tabela 10** - Casos e causas de óbitos maternos entre mulheres que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical. “Associação Céu e Terras”, 2007 -2011.

<b>Óbito materno</b>	<b>N (430)</b>	<b>%</b>
Sim	7	1,6
Não	423	98,4
<b>Motivo óbito materno</b>		
Complicações na Gravidez	2	0,5
Doenças relacionadas à AIDS	1	0,2
Sem informação específica da causa de óbito	4	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

A letalidade, entre essas mulheres, foi de 1,6%, isto é de 1627,9 por cem mil gestantes. A Razão de Mortalidade Materna foi de 1750,0 por cem mil nascidos vivos, isto é 7 mortes maternas em 417 recém - nascidos vivos.

#### 4.8. ÓBITOS E CAUSAS PERINATAIS E INFANTIL

Entre as 430 mulheres que frequentaram o Programa, 37 (8,6%) produtos da gestação morreram, sendo 13 (3,0%) de óbitos intra-útero. Entre as 417 crianças que nasceram vivas, 24 (5,6%) delas morreram, sendo 11(2,0%) antes de completar 18 meses e 13 (3,0%), após essa idade.

Entre os óbitos fetais, sete deles ocorreram devido a complicações maternas, dos quais, 04 por eclampsia. Das crianças que morreram antes de completarem 18 meses, três tiveram causa identificada, sendo duas por diarreia e uma por baixo peso ao nascer; as demais (1) não tiveram identificação da causa de óbito. Das 13 que morreram, após os 18 meses, a grande maioria foi por diarreia (5), uma foi por AIDS e outras, por tuberculose (01), doença respiratória(01), queimadura (01) e quatro sem informação sobre causa (Tabela-11).

**Tabela 11** - Causa de óbito das crianças de mães que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical – ONG “Céu e Terras” Guiné – Bissau (2007 - 2011).

CAUSAS	N(430)	%
Óbito fetal	13	3
Sem causa definida	6	1,4
Por complicações durante gravidez parto puerpério	7	1,6
<b>Óbitos infantil &lt; 18 meses</b>	<b>11</b>	<b>2,6</b>
Diarreia	2	0,5
Baixo peso ao nascer	1	0,2
Sem causa definida	8	1,9
<b>Óbitos infantil &gt; 18meses</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
Diarreia	3	0,7
Diarreia/vômito	2	0,5
AIDS – diarreia	1	0,2
Tuberculose	1	0,2
Doença Respiratória	1	0,2
Queimadura	1	0,2
Sem informação da causa de óbito	4	0,9
<b>Sobreviventes</b>	<b>393</b>	<b>91,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

Desta forma, o coeficiente de letalidade dessas crianças foi de 57,6 por mil nascidos vivos. Por ser um grupo específico, em que os óbitos ocorreram em crianças com até 3 anos de idade, não é possível fazer comparação com os coeficientes clássicos. Porém, pode-se referir que a mortalidade neste grupo é mais baixa em relação à de menores de cinco anos do país, cuja taxa de mortalidade é de 103 por mil nascidos vivos (REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, MICS 4, 2010), provavelmente, por ser uma população que está sob cuidados de saúde e, assim, com um melhor seguimento.

Em relação à diarreia e vômito, primeira causa de óbito nessas crianças, pode-se inferir que isto é derivado da forma do aleitamento e modo de preparo do leite artificial para criança, depois da fase da amamentação no país. Muitas mães não preparam o leite artificial com devido cuidado higiênico.

E, nos casos em que a criança já esteja infectada pelo vírus, a imunidade sofre alterações, ficando sempre abaixo do esperado (ou normal) em uma criança saudável, nesses casos, a questão alimentação e o modo de preparo interferem muito na qualidade de vida da criança, podendo desencadear a diarreia e desidratação, que pode levá-la à morte.

As altas taxas de mortalidade materna e infantil constituem uma grande preocupação para os gestores da saúde do país. Várias ações foram desenvolvidas pelo governo para reduzir essas taxas de óbito, mas ainda há muito que fazer.

Existem poucos indicadores, de modo geral e específico, que possam indicar as taxas de morbidade e mortalidade no país, devido à fragilidade do serviço de notificação, de estatísticas acerca de morbimortalidade da população, não existe notificação obrigatória de casos de óbitos. Alguns estudos pontuais foram realizados, focando nos grupos prioritários - mulheres e crianças - para determinar suas condições de saúde.

Em Guiné-Bissau, o risco de uma mulher morrer durante a vida fértil é 184 vezes superior, em comparação ao de países desenvolvidos, a mortalidade materna é estimada em cerca de 800 por 100.000 nascidos vivos (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN II, 2008). A mortalidade neonatal situa-se em torno de 55/1.000 nascidos vivos e a infantil, em 138/1.000 nascidos vivos. Em cada 1000 crianças nascidas com vida, 223 delas morriam antes dos cinco anos de idade (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, MICS-3, 2006). Óbitos esses, ocasionados, na maior parte das vezes, em decorrência da debilidade das estruturas hospitalares e da incapacidade governamental de dar uma resposta favorável.

#### 4.9. TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV

Entre as 417 crianças que nasceram vivas, 347 delas foram testadas, e 19 tiveram resultado HIV positivo. Nesta população de estudo, a taxa de transmissão vertical foi de 4,6%. Entre as crianças que foram infectadas verticalmente, 15 delas estão fazendo o tratamento pediátrico, com os Antirretrovirais, e as quatro que não o fizeram, faleceram antes de iniciar o tratamento, sendo três devido à diarreia/vômito e uma, sobre a qual não se dispõe de informação de causa de óbito.

**Tabela 12** - Resultado de teste e tratamento pediátrico das crianças, filhos de mulheres que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical, segundo resultado de testagem. Associação “Céu e Terras” (2007 – 2011).

TRATAMENTO PEDIÁTRICO				
Resultado teste crianças	Não	Sim	Total	%
Positivo	4	15	19	4,42
Negativo	328	0	328	76,28
Não realizou o teste (óbito antes dos 18 meses)	29	0	29	6,74
Abandono	54	0	54	12,56
<b>TOTAL</b>	<b>415</b>	<b>15</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

Segundo evidências científicas, a transmissão vertical do vírus HIV pode ocorrer de mãe infectada para a criança durante a gestação, no trabalho do parto e na amamentação. Como referido anteriormente, o protocolo número 076, da *Pediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTG)*, além do tratamento profilático para prevenção da transmissão vertical, com uso da Zidovudina (AZT) durante a gestação, trabalho de parto e para o recém-nascido, preconiza o nascimento por via cesariana e a suspensão da amamentação. Segundo esse protocolo, seguindo essas medidas corretamente, será possível reduzir a taxa de transmissão vertical em, aproximadamente, 70% (CONNOR, 1994).

Segundo a literatura, citada por BRITO(2006), a maioria dos casos de transmissão vertical, cerca de 65% ocorrem durante o trabalho de parto e no parto, e cerca de 35% ocorrem durante a gestação, e o aleitamento acrescenta risco adicional de cerca de 7% a 22% (BRITO, 2006). Estudos mostram que os riscos de transmissão vertical aumentam, principalmente, nos casos em que o tempo da ruptura das membranas amnióticas e o momento do parto foi maior, ou seja, mais de quatro horas e, também, nos casos em que se verifica uma maior quantidade de vírus nas secreções cérvico – vaginais e no leite materno, por isso, quanto maior for a carga viral da mãe, maiores serão as chances de infectar a criança.

Em nível nacional, o risco de transmissão vertical do vírus HIV é estimado em 8,9% (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III, 2012), e os dados atuais apontam que o país tem cerca de 2.100 crianças (0-14 anos) vivendo com o vírus (UNAIDS, 2010), resultado da transmissão vertical. Uma estimativa considerada alta, em relação às taxas de alguns países



em desenvolvimento, como Brasil, onde se estimam atualmente em menos de 2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), REL. DST/AIDS, Brasil, 2012).

Em Guiné-Bissau, a prevalência da infecção pelo vírus, em grávidas, é estimada em 5,7%, valor superior à prevalência nacional da infecção pelo vírus em toda a população, que é de 3,3% (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III, 2012). Esta alta taxa de prevalência em grávidas explica o aumento do risco da transmissão vertical e, consequentemente, no número de casos de crianças infectadas no país.

Lembrando que objetivo da ONG “Ceus e Terras” é reduzir a transmissão vertical do HIV/AIDS, conforme anteriormente referido, a partir de 2007 ela muda sua forma de atuação e incorpora o protocolo 076. A análise dos dados para esse estudo, a partir do segundo semestre de 2007, mostrou que houve uma ligeira diminuição da transmissão vertical, como pode ser observado na tabela -13.

É importante relatar que os casos em que as crianças não puderam ser testadas por terem morrido ou intra-útero ou antes de completar 18 meses foram denominados de “antes do tempo”. Dados revelam que 6,7% dessas crianças morreram nessa condição, sendo que esse fato ocorreu com maior frequência nos semestres dos anos 2007, 2008 e 2009. Como as causas de óbito, nessas crianças, em sua maioria, não foram definidas, o HIV/AIDS pode ter sido a causa desses óbitos.

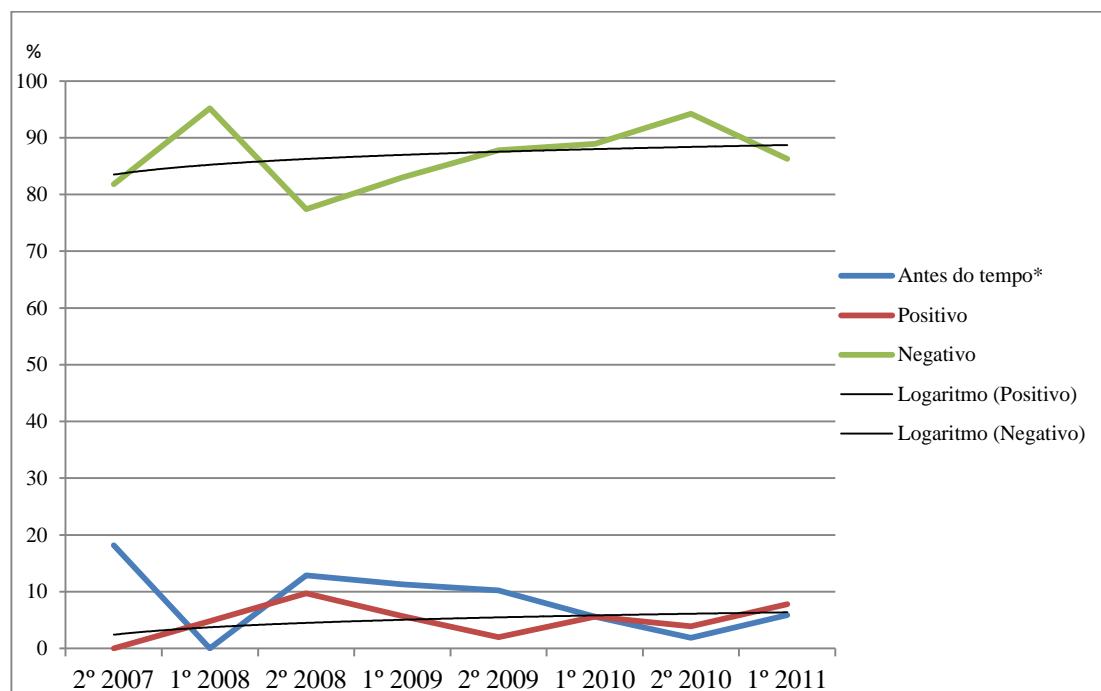
**Tabela 13** - Resultados dos testes das crianças, filhos de mulheres que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical, segundo semestre de terapia. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

	2º sem 2007		1º sem 2008		2º sem 2008		1º sem 2009		2º sem 2009		1º sem 2010		2º sem 2010		1º sem 2011		TOTAL	
Resultado do teste das crianças	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Positivo</b>	0	0	1	5,3	3	15,8	3	15,8	1	5,3	3	15,8	4	21,1	4	21,1	19	100,0
		(0)		(4,8)		(9,7)		(5,7)		(2)		(5,6)		(3,9)		(7,8)		(5,1)
<b>Negativo</b>	9	2,7	20	6,1	24	7,3	44	13,4	43	13,1	48	14,6	97	29,5	44	13,4	329	100,0
		(81,8)		(95,2)		(77,4)		(83)		(87,8)		(88,9)		(94,2)		(86,3)		(88,2)
<b>Falecidos antes dos 18 meses</b>	2	8	0	0	4	16	6	24	5	20	3	12	2	8	3	12	25	100,0
		(18,2)		(0)		(12,9)		(11,3)		(10,2)		(5,6)		(1,9)		(5,9)		(6,7)
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>2,9</b>	<b>21</b>	<b>5,6</b>	<b>31</b>	<b>8,3</b>	<b>53</b>	<b>14,2</b>	<b>49</b>	<b>13,1</b>	<b>54</b>	<b>14,5</b>	<b>103</b>	<b>27,6</b>	<b>51</b>	<b>13,7</b>	<b>373</b>	<b>100,0</b>
		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>		<b>(100)</b>

%Linha (%coluna)

Da análise dos casos em que o teste pode ser realizado, observou-se uma ligeira tendência de queda na transmissão vertical (Gráfico 1).

**Gráfico 1-** Percentagem de crianças segundo resultados do teste de sorologia para HIV/AIDS e linha logarítmica de tendência por semestre - ONG “Associação Céu e Terras” Guiné-Bissau - 2007 a 2011.



\*Antes do tempo, refere-se a crianças que não realizaram o teste por terem morrido antes dos 18 meses de idade.

Como a infecção pode ser transmitida à criança em três momentos: gestação, parto e aleitamento, em Guiné – Bissau, segundo um estudo realizado em 2010, as maiores chances da ocorrência da transmissão vertical do vírus HIV foram verificadas em mulheres com seis semanas de gravidez, dado estimado em 14%, e durante o período do aleitamento, com 39 % (REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU, PEN III - SPECTRUM, 2010).

Na população de estudo, a questão que pode ter influenciado na transmissão foi a aderência das gestantes à terapia antirretroviral. A terapia é a questão chave no sucesso da prevenção da transmissão vertical, pois, segundo as recomendações, se forem seguidas de forma correta, existem grandes chances de evitar a infecção na criança, durante os três principais momentos possíveis de ocorrer a infecção.

#### 4.10. ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Segundo VELOSO et al (2010), erros que podem ocorrer durante a terapia antirretroviral podem ter consequências irreversíveis, por isso, é importante ter em consideração, com antecedência, acerca dos fatores virais, a toxicidade das drogas e a necessidade da adesão ao tratamento. Ainda, segundo esse mesmo autor, os fatores que podem influenciar na resistência dos vírus decorrem das falhas virológicas, que podem acontecer em pacientes que não seguem corretamente a terapia e já foram submetidos a diversas combinações de antirretrovirais, consequentemente, o paciente tem probabilidade de abrigar cepas virais resistentes a vários tipos de drogas existentes.

Dados cruzados da aderência das mães ao tratamento com o resultado do teste nas crianças (Tabela 14), revelaram que, do total de 19 casos de transmissão vertical ocorridos, somente seis (31,6%) mães não haviam aderido corretamente à terapia, não fazendo uso contínuo dos ARV, questão chave na ocorrência da transmissão vertical.

Das demais 13 mulheres, apesar de haver registro no prontuário do uso contínuo da droga, podem ter corrido falhas na ingestão, uma vez que há relato de casos, nessa população de mulheres, que aparentemente tomavam corretamente a medicação, mas, na verdade, elas jogavam as drogas no lixo e afirmavam ao médico, no ato da consulta, que tomavam a medicação corretamente, sem levarem em consideração o risco a que elas e as crianças estavam expostas.

Essas situações, relatadas por mulheres, aconteciam, na maior parte das vezes, devido a reações adversas que algumas sentiam ao tomarem os antirretrovirais, como náuseas, vômitos e mal estar, sintomas, também, que fazem parte da gravidez.

**Tabela 14** - Resultado de teste das crianças segundo aderência à terapia da mãe. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

RESULTADO TESTE CRIANÇA							
ADERÊNCIA A TERAPIA	Positivo		Negativo		OR	IC 95%	P
	Nº	%	Nº	%			
Sim	13	68,42	313	95,14	0,112	0,0377 - 0,3577	0,00003
Não	6	31,58	16	4,86			
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>329</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		

Dados mostraram que mães que não aderiram ao tratamento tiveram, proporcionalmente, mais crianças positivas do que aquelas que fizeram tratamento, ou seja, os filhos de mães que não aderiram à terapia tiveram 89% de chance de ser HIV positivo. Essa diferença foi estatisticamente significativa, permitindo concluir que a adesão ao tratamento é crucial para evitar a transmissão vertical.

Quanto à terapia antirretroviral e carga viral, sabe-se que quanto maior for a carga viral no corpo da mãe, maiores serão as chances de infectar a criança. Os antirretrovirais servem de “escudo” para não replicação e, conseqüentemente, não aumento da carga viral. Assim, essas mulheres, ao não aderirem corretamente à terapia, podem ter apresentado maior carga viral, aumentando o risco da transmissão vertical.

As recomendações profiláticas, descritas no protocolo ACTG 076 com uso da zidovudina, desde a fase da gestação, associado a mais dois outros antirretrovirais, têm proporcionado resultados efetivos nos programas de prevenção da transmissão vertical em todo o mundo, em particular, em Guiné – Bissau, como bem mostram os resultados dos testes das crianças, salvo os seis casos de transmissão vertical, devido à não aderência à terapia.

O grande problema que pode decorrer da falha terapêutica, mesmo quando o paciente continua ingerindo os ARV, é a resistência que o vírus desenvolve contra a terapia em curso, o que acarreta a não eficácia do tratamento. Quando ocorre falha terapêutica, e o vírus cria resistência, ou seja, possibilita a emergência de estirpes virais mais resistentes à droga, e quando isto não for detectado a tempo, acarreta a não eficiência da terapia e, conseqüentemente, a infecção da criança, o que pode ter sido uma das causas da soro positividade dessas crianças.

A boa adesão ao tratamento constitui questão chave na erradicação de situações de resistência viral, é importante a paciente estar informada sobre a doença e terapia, de modo geral, conscientizando-a a ser, ela mesma, o sujeito da mudança da sua condição de saúde. Ao tomar essas precauções, torna-se possível maior aderência à ingestão das drogas e melhor qualidade de vida. A ONG possui uma estrutura completa para atendimento de pacientes, mas os fatores associados à adesão, muitas das vezes, não estão ligados às condições estruturais, mas, sim, às condições psicossociais do próprio indivíduo e da família.

Dados da maioria das crianças, filhos de mães soropositivas, cujos resultados de teste deram negativo, ao final do seguimento, mostram a importância da aderência à terapia antirretroviral, quanto à estratégia de redução da transmissão vertical do vírus HIV.

Para se chegar a esse sucesso, a atuação deve começar desde o início. É importante ter um serviço de planejamento familiar eficiente para ajudar mulheres a escolherem melhor momento de engravidar, a fazerem escolhas conscientes, a evitar infecções em mulheres em idade fértil, investir nas técnicas de informação/comunicação e sensibilização para mudança de comportamento; torna-se, também, importante contar com um serviço de pré-natal e de assistência ao parto de boa qualidade para atender essas mulheres, a fim de reduzir os riscos de infecção, em suma, é importante a integração de todos esses serviços para que, dessa forma, seja possível reduzir a zero as taxas de transmissão vertical do vírus e outras DST, melhorando a qualidade de vida dessas mulheres e de seus filhos.

#### 4.11. VIA DE PARTO E TRANSMISSÃO VERTICAL

Referindo-se às crianças infectadas, é difícil apontar em que fase ocorreu a transmissão, vários estudos discutiram essa questão (PAIM, et al. 2008), mas sabe-se que o momento de maior chance de infecção é durante o parto, devido à exposição da criança às secreções e fluidos da mãe e ao sangue contaminado.

A via de parto, como anteriormente referido, foi, em sua maioria, normal (94,5%). Apesar da diferença das proporções entre crianças nascidas de parto normal, com resultado positivo e negativo não ser muito grande, chama atenção que aquelas, com resultado positivo, nascerem todas de parto normal (Tabela 12). Este fato pode corroborar com a assertiva de que a via de parto é um dos fatores de risco de transmissão vertical.

**Tabela 15** - Resultado de teste das crianças, segundo via de parto realizado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

VIA DE NASCIMENTO	RESULTADO TESTE CRIANÇA					
	Positivo		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parto normal	19	100	309	94,2	328	94,5
Cesariana	0	0	17	5,2	17	4,9
Sem informação de parto	0	0	2	0,6	2	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>5,5</b>	<b>328</b>	<b>94,5</b>	<b>347</b>	<b>100</b>

#### 4. 12. AMAMENTAÇÃO

Os benefícios que a amamentação proporciona, sempre, são bem conhecidos, muito tem sido discutido acerca do tema, e várias ações governamentais foram desenvolvidas, na década de 1980, para promover o aleitamento materno.

Nessa mesma época, devido à epidemia da AIDS que veio assolar o mundo a partir da década de 1980, conheceram-se os primeiros casos de AIDS pediátrico, nos Estados Unidos da América, maior causa de óbitos entre crianças de 1 a 4 anos de idade, em 1987, naquele país (SILVA et al, 2008). A partir de então, a amamentação, de modo geral, tem sido questionada e colocada em cheque. A amamentação, na vigência da infecção pelo vírus HIV/AIDS tem assumido lugar de destaque nas discussões, principalmente, devido à crescente feminização do vírus em escala global, isso devido a uma das formas como ela se transmite: aleitamento materno.

Assim, segundo COUTSOUNDIS et al (1999), desde que se teve conhecimento que o vírus HIV pode ser transmitido pelo aleitamento materno, muitas políticas e recomendações foram desenvolvidas, por vários países, a fim de diminuir as chances da ocorrência.

Mesmo frente aos conhecimentos da transmissão vertical pela amamentação, a OMS alertou, no final da década de 1980, para a valorização dos benefícios do leite materno, mesmo frente aos riscos da doença, até pelo menos seis primeiros meses de vida da criança (SILVA et al, 2013). Orientava, ainda, para o aleitamento de crianças de mães soropositivas, a substituição do leite materno pelo artificial, quando (ela é) aceitável, acessível, seguro e sustentável.

A partir dessa recomendação, levando em consideração a perspectiva da saúde pública nos países subdesenvolvidos, com alta prevalência de infecção pelo HIV/AIDS e desnutrição infantil, grandes causas de óbito da camada da população pobre, nessas situações, reafirmou-se a importância da amamentação exclusiva. A partir daí, sentiu-se necessidade de se buscarem possibilidades de mães infectadas amamentarem os bebês, sem que estes fossem infectados pelo leite materno. Foram desenvolvidas pesquisas sobre amamentação e HIV, com finalidade de avaliar a transmissão do vírus através da amamentação e outras formas de aleitamento. Nesse sentido, autores relatam sobre os possíveis efeitos protetores do leite materno contra infecção pelo vírus HIV na criança, proporcionando a manutenção da integridade da barreira da mucosa intestinal, com promoção de microflora intestinal protetora, aumentando, dessa forma, a resistência contra infecções (COUTSOUNDIS et al., 1999).

Em relação à forma de aleitamento infantil, à necessidade de substituição do leite materno pelo artificial, em países desenvolvidos, existem políticas públicas que asseguram leite artificial para mães infectadas, enquanto que, na maioria dos subdesenvolvidos, como é o caso da Guiné – Bissau, não existe, por parte do Estado, uma garantia de apoio a essa população infectada. Não existe uma política nacional efetiva que atenda às necessidades das pessoas infectadas e afetadas.

Segundo dados, apresentados na tabela abaixo, observa-se que quase a totalidade das crianças infectadas (18 - 94,8%) foi amamentada ao seio materno e apenas uma recebeu leite artificial.

É importante relatar que crianças soro negativas, também, foram amamentadas por suas mães, reforçando a tese que, segundo apontaram alguns autores, como COOVADIA et al (2007), que a amamentação por uma mãe HIV soropositiva, sem levar em consideração a questão terapia antirretroviral, a carga viral e o tempo da exposição da criança ao leite materno, eleva as chances de infecção em uma criança exposta.

Nessa população, é importante referir a questão do momento de desmame; as mães em tratamento são aconselhadas, antecipadamente, a efetuarem o desmame dos filhos, quando eles completam seis meses de vida; a dificuldade maior encontrada nessa fase, é a forte resistência apresentada por algumas mães em seguir as orientações, em muitos casos, influenciadas por questões econômicas, de conseguir um alimento seguro para a criança, sem



esquecer o medo do estigma social e da pressão familiar. Os fatores socioeconômicos precários, nível de escolaridade e cultural, estão fortemente ligados à escolha do tipo de aleitamento pelas mães, constituindo as principais causas da continuidade da amamentação da criança por muito tempo, favorecendo a infecção pelo vírus.

**Tabela 16** - Resultado do teste das crianças, segundo forma de aleitamento praticada. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

RESULTADO TESTE CRIANÇA						
	Positivo		Negativo		Total	
ALEITAMENTO	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Materno	17	5,21	309	94,79	326	93,95
Artificial	1	7,69	12	92,31	13	3,75
Misto	1	14,29	6	85,71	7	2,02
Não houve	0	0,00	1	100,00	1	0,29
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>5,48</b>	<b>328</b>	<b>94,52</b>	<b>347</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 17** - Aderência à terapia pela mãe, segundo tipo de aleitamento praticado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

ADERENCIA TERAPIA/MÃE						
ALEITAMENTO	Sim	%	Não	%	Total	%
Materno	326	87,87	45	12,13	371	86,28
Artificial	12	85,71	2	14,29	14	3,26
Misto	5	71,43	2	28,57	7	1,63
Não houve	11	28,95	27	71,05	38	8,84
<b>TOTAL</b>	<b>354</b>	<b>82,33</b>	<b>76</b>	<b>17,67</b>	<b>430</b>	<b>100,00</b>

Das mães que amamentaram, a grande maioria aderiu à terapia (89,22%) e as que optaram por aleitamento artificial, a maioria, também, teve uma boa aderência à terapia (85,71%).

Ao relacionar a modalidade de aleitamento da criança com a aderência à terapia e a soropositividade da criança, observou-se que, das mulheres que aderiram ao tratamento e amamentaram seus filhos, em 92,64% as crianças foram soro negativas. Em contrapartida, das mulheres que não aderiram ao tratamento e amamentaram, 65,0% (13) das crianças foram soronegativas. Das mães que amamentaram e aderiram ao tratamento, apenas 3,68%(12) das crianças foram soropositivas e das que não aderiram ao tratamento e amamentaram, 30,00% (6) foram positivas.

Das mulheres que alimentaram seus filhos com leite artificial, apenas uma criança foi soropositiva e a mãe aderiu ao tratamento. Seria importante analisar os momentos da ocorrência da infecção nessas crianças, mas, infelizmente, não se conta com essa informação e, portanto, só resta supor que a infecção pode ter ocorrido na gestação ou durante o parto, lembrando que a questão da terapia, o tempo de início até o momento do parto, é, na maior parte das vezes, crucial para evitar a infecção nessa fase, pois a terapia antirretroviral precoce, durante a gestação, diminui a carga viral, conseqüentemente, diminui as chances de infecção no feto.

**Tabela 18** - Distribuição do resultado dos testes das crianças, segundo tipo de aleitamento praticado. Associação “Céu e Terras”, 2007 – 2011.

Resultado teste criança	Aleitamento materno				Aleitamento artificial				Total	
	Negativo		Positivo		Negativo		Positivo			
Terapia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	302	92,64	12	3,68	11	3,37	1	0,31	326	94,22
Não	13	65,00	6	30,00	1	5,00	0	0,00	20	5,78
TOTAL	315	91,04	18	5,20	12	3,47	1	0,29	346	100,00

\* excluído 2 casos sem aleitamento

Em relação ao aleitamento artificial, a ONG recebia pequeno apoio, em forma de doações esporádicas, até final do ano 2010, para fornecer um mínimo de leite para as mães em tratamento, até 18 meses de vida da criança, com finalidade, também, de conseguir acompanhar essa mãe e seu filho até a idade da realização da testagem para verificar os resultados da intervenção, ou seja, para ver se houve ou não transmissão vertical do vírus.

Lamentavelmente, os recursos que se conseguiam arrecadar para tal, eram insuficientes para atender às necessidades daquela população, não suprimindo integralmente as necessidades de uma criança.

Apesar de essa lacuna de assistência não justificar a vontade de uma mãe em continuar a amamentar a criança exposta, mesmo após os seis meses de vida permitidos, algumas mães, mesmo com recomendações médicas e de toda a equipe da instituição sobre o desmame precoce da criança, a fim de evitar a infecção, recusam-se a efetuar o desmame, aumentando, cada vez mais, as chances de transmissão vertical.

A este respeito, ROLLINS et al. (2004), em revisão da literatura realizada, destacaram os benefícios da amamentação exclusiva, com desmame precoce, entre quatro e seis meses de idade, na presença do HIV, concluindo que, quanto maior for o tempo de exposição do bebê ao leite materno, maiores serão as chances da infecção, ou seja, a maior duração da amamentação aumenta as chances de infecção da criança.

Reforçando essa ideia, o tempo aconselhado pela OMS para amamentação exclusiva da criança por mães soropositivas é até seis meses de vida, fase em que começa a introdução de novos alimentos, que podem causar lesões ou feridas no intestino da criança, devido à intolerância (em alguns casos), podendo ocasionar maiores chances de infecção, quando da continuidade do contato com leite materno.

Assim, COOVADIA et al. (2007), em um estudo de coorte desenvolvido na África do sul, chegaram à conclusão de que as taxas de transmissão do vírus HIV pela amamentação, além de estarem significativamente associadas à quantidade das células CD4 materna, ou seja, menor carga viral, as crianças amamentadas e que também receberam sólidos, foram mais propensas a adquirir a infecção do que as amamentadas exclusivamente.

No contexto guineense, o aleitamento é uma questão de grande magnitude. O protocolo atual de PTMF, em Guiné-Bissau, preconiza que uma mãe soropositiva pode amamentar o seu filho até 12 meses de vida da criança PNLS (2013), protocolo publicado pela OMS em 2009, mas que foi consolidado no país em 2010. Esse protocolo recomenda que seja iniciada a profilaxia de triterapia em gestante soropositiva, a partir de 14 semanas de gestação, até uma semana depois do desmame da criança, que acontece aos 12 meses de idade, com aplicação da terapia ARV da NVP ou AZT na criança exposta, até 6 semanas de vida (PTMF, 2013).

Lembrando que o protocolo anterior a esse, foi iniciado em 2007, com aplicação da terapia AZT (zidovudina) a partir de 28 semanas de gestação associando-se depois outros dois ARV (3TC + NVP); para a criança exposta era administrada a NVP, dose única ao nascimento e AZT durante 7 dias ou até 4 semanas depois do nascimento (caso a mãe tenha iniciado tardiamente a terapia na gestação), nesse protocolo, o tempo de amamentação permitida era de seis meses de vida da criança.

A diferença entre esses dois protocolos de prevenção da transmissão vertical reside no tempo da terapia e desmame, a idade da realização do teste na criança é igual, acontece aos 18 meses. A finalidade desse atual protocolo é de proporcionar mais segurança e menores chances de infecção na criança.

O início precoce da terapia na gestante proporciona melhores resultados, porque iniciando mais cedo a terapia, até o momento do parto, os níveis de carga viral podem estar mais baixos e indetectáveis e, com isso, reduz as chances de infectar o bebê durante o parto e, também, no aleitamento.

Na tabela seguinte, do cruzamento entre as variáveis: tipo de aleitamento e óbitos infantis, observou-se que, em 23 casos, as crianças receberam amamentação exclusiva e somente um caso foi de aleitamento artificial (Tabela 18). Estudos realizados em relação à amamentação e risco de transmissão do vírus pelo leite humano, estimam ser de 7 a 22% as chances de infecção da criança por essa modalidade de aleitamento (GIUGLIANI, 2000).

**Tabela 19** – Dados de óbitos de crianças e tipo de aleitamento das mães que participaram do programa de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV / AIDS ONG “Associação Céu e Terras” Guiné – Bissau (2007 – 2011).

Aleitamento	Óbito crianças				Total	%
	Sim	%	Não	%		
Materno	23	6,2	348	93,80	371	86,28
Artificial	1	7,14	13	92,86	14	3,26
Misto	0	0	7	100,00	7	1,63
Não houve	13	34,2	25	65,79	38*	8,84
<b>TOTAL</b>	<b>37*</b>	<b>8,6</b>	<b>393</b>	<b>91,40</b>	<b>430</b>	<b>100,00</b>

\*Entre as mães que não aleitaram, 13 dessas crianças faleceram, 25 delas foram de casos de abandonos e perdidos de vista.

Como referido anteriormente, a liberação da amamentação pelas mães soropositivas, pela OMS, segundo refere SSENKONGA et al. 2004, foi na perspectiva de saúde pública, visando o bem estar da população, em países pobres e com altas taxas de HIV/AIDS; nessas situações, os benefícios da amamentação devem ser considerados em relação a outros tipos de alimentos, em face das altas taxas de mortalidade infantil, devido à desnutrição e às condições de pobreza em que essas mães se encontram, sem possibilidades de substituir a forma de aleitamento da criança.

Sem intenção de inferir que a principal causa de óbito dessas crianças, que foram amamentadas ao seio, pode ser o fato de terem sido amamentadas, mas sim, mostrar o quanto é grande o risco de transmissão vertical quando da ocorrência da amamentação na vigência da infecção pelo vírus HIV, pois, segundo mostraram LLIFF et al (2005) em seus estudos, existe uma forte evidencia de risco de infecção do vírus com a amamentação exclusiva, ainda mais, se não acompanhada de tratamento antirretroviral durante todo o período da lactação.

Em Guiné – Bissau, a questão da amamentação, à presença da infecção, apesar de não ser proibido, ultrapassa as preocupações nutricionais da morbimortalidade infantil, também, presentes no país; situações culturais e sociais acabam tendo um peso maior na decisão das mães de amamentarem os seus filhos, em que o medo de estigma social ocupa lugar central.

Com a oferta gratuita dos antirretrovirais – que vão desempenhar a função de diminuir a carga viral na mãe, diminuindo as probabilidades de passar para criança nas três fases possíveis de transmissão: antes, durante e após o parto – e liberação da amamentação, há indicações de que melhorou a autoestima dessas mulheres, acompanhada de maior adesão ao tratamento, diminuindo as chances de transmissão vertical no pós - parto.

Em suma, o resultado do teste da maioria das crianças, filhos de mães que participaram do programa, depois dos 18 meses de vida, foi negativo. Infelizmente, em uma parte delas, ocorreu a transmissão vertical, provavelmente, em um das três fases (gestação, parto e aleitamento). Assim, a maneira mais viável para ter sucesso na prevenção é apostar no sucesso da terapia antirretroviral, seguindo o protocolo estabelecido, e conseguir uma boa aderência ao tratamento, fundamental para prevenção da transmissão vertical.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo visou analisar o programa de prevenção da transmissão vertical da AIDS, desenvolvido pela ONG “Associação Céu e Terras”, a partir de 2007, com aplicação do protocolo de tríplice terapia dos antirretrovirais na população por ela atendida.

Depois da análise das variáveis, constataram-se várias questões culturais e sociais presentes na sociedade guineense e que, ainda, interferem fortemente em decisões das pessoas, em particular, de mulheres, na intenção de protegerem a si próprias e seus filhos.

A taxa de transmissão vertical, constatada na população atendida, durante o período estudado foi de 4,6%. Pelas projeções iniciais esperadas, mostra que houve uma ligeira mudança quanto à diminuição da transmissão vertical nessa população, os testes estatísticos sugeriram uma ligeira tendência descendente, durante os anos, mas sem diferença expressiva entre eles.

A conclusão a que se chegou, é de que, poderia ter sido verificada uma tendência ótima de mudança do cenário, mas os fatores sociais e culturais mostraram-se fortes aliados para a não mudança, em larga escala. Como discutido anteriormente, mulheres enfrentam situações de restrições e pressão por parte do marido e familiares, em Guiné-Bissau, daí a necessidade de manter em segredo o estatuto sorológico das mesmas, para evitar mais discriminação. As idas à instituição para tratamento devem ser cuidadas, pois, na maior parte das vezes, elas são marginalizadas e discriminadas até pelo marido. Todos esses fatores determinam fortemente as falhas terapêuticas e adesão, ou seja, as falhas durante o percurso no programa.

A falha terapêutica é a principal questão, que pode ocasionar a infecção na criança. Quando a mãe não apresenta boa aderência à terapia antirretroviral, as chances de infectar a criança é elevada. Não obstante ter sido observado que a maioria das mulheres (82,3 %) teve uma boa aderência, mesmo assim, houve certos casos de transmissão vertical entre aquelas apontadas como aderentes; entre essas aderentes, foi o único grupo onde houve significado estatístico. Nessa circunstância, a questão tempo de início da terapia, durante a gestação, até o momento do parto, mostraram-se cruciais para evitar ou aumentar as chances de infecção na criança. Infelizmente, tais dados não estiveram disponíveis durante a coleta.

Na literatura é relatado que, quanto maior a carga viral da mãe, durante o parto ou amamentação, maiores são as chances de a criança ser infectada; o início tardio da terapia, ainda durante a gestação, é uma forte influência, portanto, a questão terapia e adesão precoce favorecem a prevenção da transmissão vertical. Pela experiência, o que se constata, com grande frequência, é o início tardio do pré-natal, por parte de mulheres gestantes, ocasionando, assim, o retardo no diagnóstico do estado sorológico ou a soropositividade.

Diante disso, maior atenção e promoção das consultas pré-natais, nos primeiros meses de gestação, pode constituir uma estratégia de rastrear mulheres grávidas e dar início à prevenção, de forma precoce.

Nesse âmbito, para poder prestar uma atenção especializada às gestantes soropositivas, em especial, e em geral, a instituição abriu um centro materno infantil, em agosto de 2011, que serviu de porta de entrada para rastreio e melhor seguimento das gestantes soropositivas, em tratamento de prevenção da transmissão vertical do vírus HIV.

Em média, através do centro materno infantil, tornou-se possível testar cerca de 200 novas grávidas, todos os meses. Uma ação importante, pois permite identificar e prevenir a transmissão vertical e, também, aconselhar as que resultaram HIV negativo a adotarem comportamentos mais adequados para evitar a infecção. Infelizmente, essa ação não contemplou as mulheres do estudo.

A questão via de parto, geralmente praticada, que é o parto normal, nessas situações, constitui também um fator chave na elevação dos índices de transmissão vertical. A recomendação geral para via de parto de gestantes soropositivas é a cesárea, contudo, na realidade guineense é diferente, o parto normal é o mais praticado, expondo o recém-nascido ao risco de infecção. Na população de estudo, a maioria das crianças nasceu de parto normal, e todas as que resultaram HIV positivas, também, o que permitiu relacionar a probabilidade de infecção dessas crianças com essa modalidade.

Quanto a limitações do presente estudo, dificuldades se apresentaram para analisar mais profundamente questões pertinentes à transmissão vertical e outras relacionadas ao HIV, no país, decorrentes da ausência/ insuficiência de dados atuais e publicações que tratam do assunto.

Como uma das principais limitações, o presente estudo permitiu concluir que as questões culturais e sociais, fortemente presentes em Guiné – Bissau, constituem importantes fatores para a não efetivação da redução da transmissão vertical, e que se expressam na fraca aderência à terapia antirretroviral, da mesma forma aos programas de saúde direcionados às mulheres.

Esse programa de prevenção da transmissão vertical, da ONG em questão, é um exemplo disso. O protocolo da prevenção da transmissão vertical adotado e a estrutura de assistência geral aos soropositivos da instituição são singulares no país, lembrando que, apesar de ser constatada, nessa população de estudo, uma fraca tendência de mudança – que pode ser, também, pela pequenez do número da população estudada –, o impacto da atuação da ONG é visível no país, no que diz respeito à redução da transmissão vertical e prevenção de novas infecções, DST/ AIDS, na população guineense.

A ONG, como uma organização da sociedade civil e parceiro de desenvolvimento, mediante sua atuação, preenche uma lacuna deixada pelo Estado, como consequência do sucateamento do setor saúde. O alcance da atuação da “Céu e Terras”, apesar de não abranger o território nacional, propriamente dito, atende a um grande número de soropositivos. À guisa de informação, até o final de 2012, a instituição assistiu cerca de 4.306<sup>9</sup> pacientes soropositivos (inclusive grávidas). Grande maioria desses pacientes são assintomáticos, ou seja, estão somente em profilaxia contra infecções oportunistas, e somente um total de 984 pacientes estão em tratamento antirretroviral no centro de tratamento ambulatorial.

Em suma, o presente estudo permitiu concluir que, apesar das ações adotadas para evitar a transmissão vertical, ainda há muito o que fazer em prol da questão. Apesar de ainda não conseguir ter uma abrangência nacional, o atendimento realizado pela ONG tem grande importância no contexto da Guiné-Bissau, e, apesar de analisar somente uma parcela dos casos presentes no país, evidenciou a necessidade de adequação de condições de pré – natal, do parto, do puerpério e das medidas profiláticas, para mudança do cenário dos casos de infecção materna e infantil no país.

Para isso, é necessária a integração dos diversos serviços de saúde que atendem às mulheres: maior envolvimento do Estado, das estruturas responsáveis pela formulação de

---

<sup>9</sup> Relatório geral Associação Céu e Terras 2012.



políticas para prevenção da AIDS no país, a sociedade civil, para, juntos, encontrarem uma saída para essa questão social, preocupante na sociedade guineense. Mais investimento em comunicação, para mudança do comportamento, é um dos fatores chave para mudar o cenário de evolução da AIDS.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTOS C. Ciência, Poder, ação: as respostas à SIDA. Lisboa, 2002.
2. BONOLO P F.; GOMES RRFM.; GUIMARÃES MDC.; Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiologia. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):261-278, Out-dez, 2007.
3. BRITO A M; SOUZA JP.; LUNA CF.; DOURADO I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia antirretroviral no Brasil Rev. Saúde Pública 2006;40 (Supl.): 18-22
4. BUCHALLA, CM. AIDS: o surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C.A. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.
5. CDC (CENTER OF DESEASE CONTROL AND PREVENTION). MMWR: First report of AIDS, June 1, 2001/Vol. 50/No. 21.
6. COELHO, DF. (2006). O cuidado de enfermagem à mulher soropositiva para o HIV/Aids no ciclo gravídico-puerperal. In S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich, & V. A. Fontoura (Orgs.), *Experiências interdisciplinares em AIDS. Interfaces de uma epidemia* (pp.119-137). Santa Maria: Editora UFSM.
7. CONNOR EM.; SPERLING RS.; GELBER R.; KISELEV P.; SCOTT G.; O'SULLIVAN MJ.; et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med 1994; 331: 1173-80.
8. COOVADIA HM.; ROLLINS NC.; BLAND RM. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. Lancet, v. 369, n. 9579, p. 2073, jun. 2007.
9. COUTSODIS A.; KUBENDRAN P.; SPONNER E.; KHUN L.; COOVADIA HM. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South África: a prospective cohort study. Lancet, n. 354, p. 471-476, 1999.

10. GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na pratica clínica. *Jornal de Pediatria*. Rio de janeiro, v. 76, supl. 3 p. S238-S252, 2000.
11. GRMEK, Mirko. O enigma do surgimento da AIDS, *Estudos Avançados* 9(24), 1995.
12. GRASSI. V. M.T. A importância da Genotipagem do HIV -1 na terapia anti-retroviral. AC&T Científica, 2008.
13. JACKSON, H. SIDA em Africa – Continente em Crise. Safaids 2004.
14. LAWN, J. KERBER, K. Oportunidades para os Recém Nascidos em Africa: dados práticos, políticas e apoio programático aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos africanos. Editores. PMNCH, Cape Town. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades\\_port.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf), acesso em 19.09.2012.
15. LEAL. A.F.; ROESE. A.; SOUSA. A.S. Medidas de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV empregadas por mães de crianças soropositivos. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(1): 44-54.
16. ILIFF, PJ. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*, n.19, p. 699-708, 2005.
17. MARQUES, M. C. C. A história de uma epidemia moderna – a emergência política da AIDS / HIV no Brasil. São Carlos, 2003.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE, (BR) Secretaria de DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, CN–DST/AIDS 2002 / 2003.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e AIDS: Recomendações para profilaxia da Transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: 2010.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde: Programa Nacional de DST e AIDS: Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011) Brasil, 2012.

21. OMS (Organização Mundial da Saúde). Guia de estudos: Construindo junto o nosso futuro comum, Sinus 2009.
22. PADOIN. S. M. DE M.; PAULA CC.; SOUZA IMO.; LANGENDORF TF (ORG). Amamentação e HIV \ AIDS: Saberes e práticas para além do modelo higienista. Porto Alegre: Moriá, 2013: P. 44-58.
23. PAIM BS.; SILVA ACP.; LABREA MGA. Amamentação e HIV / AIDS: Uma revisão. Boletim de saúde. Porto alegre, vol.22 nº1, janeiro /junho 2008.
24. POLEJACK L.; SEIDL EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: Desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15 (Supl. 1): 1201-1208.
25. QUINN, T.C. Global burden of the HIV pandemic. The Lancet, 348: 99 -106, 1996.
26. REPUBLICA DA GUINÉ – BISSAU. Ministério da Saúde Pública: Plano Estratégico Nacional de luta contra HIV/SIDA – **PEN- III**, Março de 2012.
27. REPUBLICA DA GUINÉ – BISSAU. Registro Geral da Habitação e População, **RGHP - 2009**.
28. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Instituto Nacional de Estatística: Inquérito Ligeiro para Avaliação de Pobreza - **ILAP II, 2010**.
29. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Liga Guineense Dos Direitos Humanos (**LGDH**). Relatório Sobre a Situação dos Direitos Humanos na Guiné-Bissau 2010-2012, 2012.
30. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública, Inquérito sobre conhecimento, atitudes e práticas relativas ao HIV/SIDA (**CAP**). Instituto Nacional de Saúde Pública – **INASA, 2010**.
31. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Secretariado Nacional de Luta contra SIDA – **SNLS**, Relatório anual de atividades, 2010.

32. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Célula setorial de luta contra o VIH/SIDA. Guia Nacional de Atenção Clínica e Integral das pessoas viventes com o vírus HIV/SIDA na Guiné-Bissau, 2010.
33. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Secretariado Nacional de Luta contra SIDA. Prevalência do HIV na População geral na Guiné-Bissau em 2010. **INASA, 2010.**
34. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II – **PNDS 2008 – 2017**, 2008.
35. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Economia do Plano e Integração Regional. Instituto Nacional da Estatística. 3º Inquérito por Amostragem aos Indicadores Múltiplos (**MICS-3**), 2006.
36. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Economia do Plano e Integração Regional. Instituto Nacional de Estatística. 4º Inquérito por Amostragem aos Indicadores Múltiplos (**MICS-4**) e 1º Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva (IDSR), Guiné-Bissau, 2010.
37. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Economia do Plano e Integração Regional. Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (**DENARP-II, 2011.**
38. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Direção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. Programa Nacional de Luta contra SIDA. Normas e procedimentos da Prevenção da Transmissão Vertical Mãe – Filho da Infecção Pelo HIV- **PTMF**, Guiné – Bissau, 2013.
39. ROLLINS N, MEDA N; BECQUET R; COUTSOUDIS A; HUMPHREY J; JEFFREY B et al. Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breast-feeding: modifying infant feeding practices. *J acquir Immune Defic Syndr.* 2004;35:188-95.
40. SILVA IA.; ELIANE OC.; CAMILA BP.; FABIANA SM.; JEANINE MS. Políticas de saúde e promoção ao aleitamento materno na perspectiva do desafio da transmissão vertical do HIV: propostas e desafios , In *Amamentação e HIV \ AIDS: Saberes e práticas para além do modelo higienista.* Porto Alegre: Moriá, 2013: Cap.3, P. 44-58.

41. SILVA, RAR.; ROCHA V.M.; DAVIM RMB.; TORRES G.V. Formas de enfrentamento da Aids: opinião de mães de crianças soropositivas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Rev. Latino-americano Enfermagem, 2008; 16(2).
42. SSENYONGA, R.; MUWONGE, R.; NANKYA, I. Towards a better understanding of exclusive breastfeeding in the era of HIV/AIDS: a study of prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding from birth, in Rakai, Uganda. Journal of Tropical Pediatrics, v. 50, nº.6, 2004.
43. UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS) Programa conjunta das Nações Unidas para AIDS. Epidemia de HIV nos países de língua oficial portuguesa: Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. 2º edição, dezembro de 2010.
44. UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS). Secretariado Nacional de Luta Contra SIDA. Raport d'activité sur la riposte Guine – Bissau. 2012.
45. UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS). Programa conjunta das Nações Unidas para AIDS. Special report. How Africa turned AIDS around, May 2013.
46. UNAIDS (United Nations Program on HIV/AIDS). Programa conjunta das Nações Unidas para AIDS. Tratamento 2015. 2013.
47. UNAIDS (United Nations program on HIV/AIDS). Programa conjunta das Nações Unidas para AIDS. Report on the Global AIDS Epidemic / 2012. 2012.
48. VELOSO ACR.; FINK HTK.; LIMA LMP. Resistência genotípica do Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 aos antirretrovirais. Com. Ciências Saúde. 2010;21(1): p 49-60.
49. WHO. World Health Organization. Terapia Antirretroviral para o tratamento da infecção pelo HIV: TB/HIV: manual clínico, 2004.
50. YANG. X.; DERLEGA V.; LUO H. Migração temporária e vulnerabilidade ao HIV na China. Constatações a partir duma pesquisa comparada. 2005.

51. WHO. World Health Organization. Orientações consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV: Resumo das principais características e recomendações junho de 2013. 2013.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo 1- Autorização da ONG Associação “Céu e Terras” para uso dos dados para pesquisa.

Associação «Céu e Terras»  
“Projecto para a Saúde e a Luta contra SIDA na Guiné-Bissau”

Ave. Do Brasil n 7- apartado 1257  
1031 – BISSAU  
GUINÉ BISSAU – ÁFRICA OCIDENTAL

Tel: 00 245 6161615  
E-mail: [pslsqb@gmail.com](mailto:pslsqb@gmail.com)



### AUTORIZAÇÃO

A “Associação Céu e Terras”, ONG que actua na Prevenção da Transmissão Vertical do vírus VIH/SIDA na Guiné Bissau desde 2001, com sede na capital, Bissau, avenida do Brasil 7, vem com este meio para autorizar a assistente social Suado Sane, funcionaria da mesma associação, para utilizar o banco de dados da instituição para fins académicos.

Por razões de privacidade, pedimos o uso único e exclusivo dos códigos para individuar um paciente, omitindo eventuais dados pessoais relativos as pessoas físicas. Autoriza-se o uso completo dos dados clínicos e de carácter social.



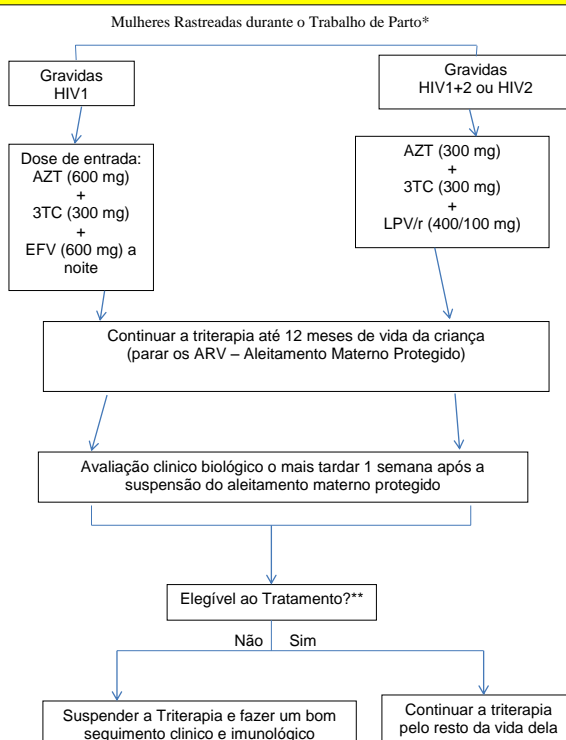
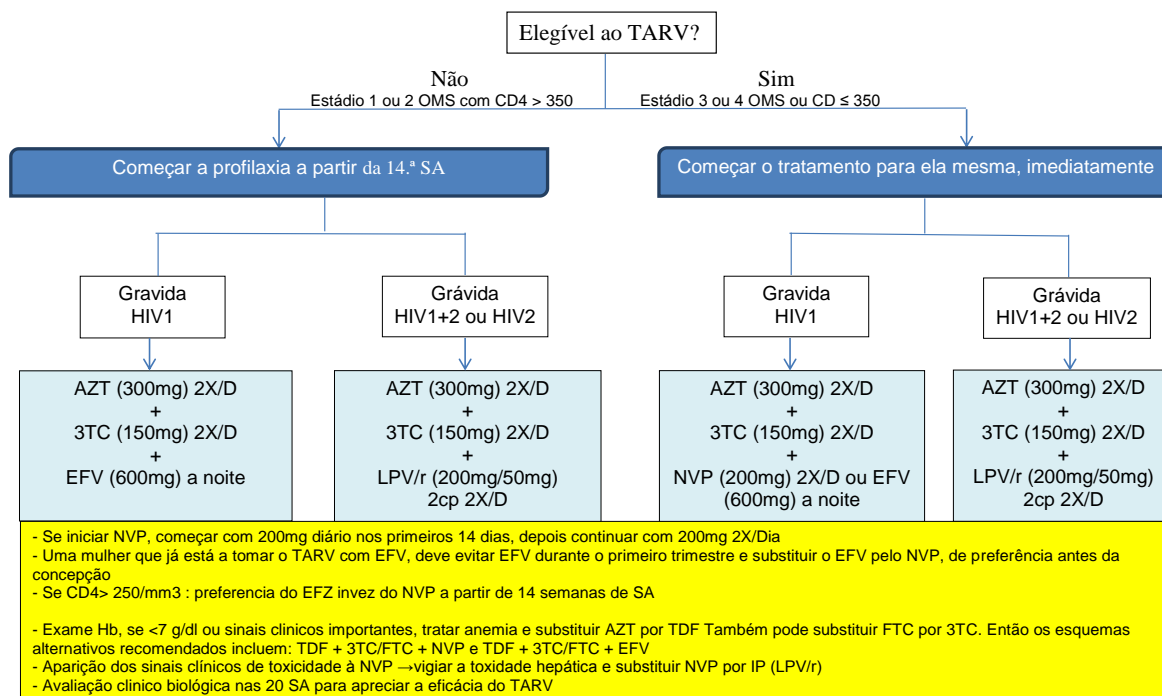
*Oscar Bosisio*

Oscar Bosisio  
*Administrador Céu e Terras*

Bissau, 14 de Setembro 2012



## 7.2. Anexo 2 - Protocolo nacional dos antirretrovirais usados na terapia de prevenção da transmissão vertical na Guiné-Bissau.

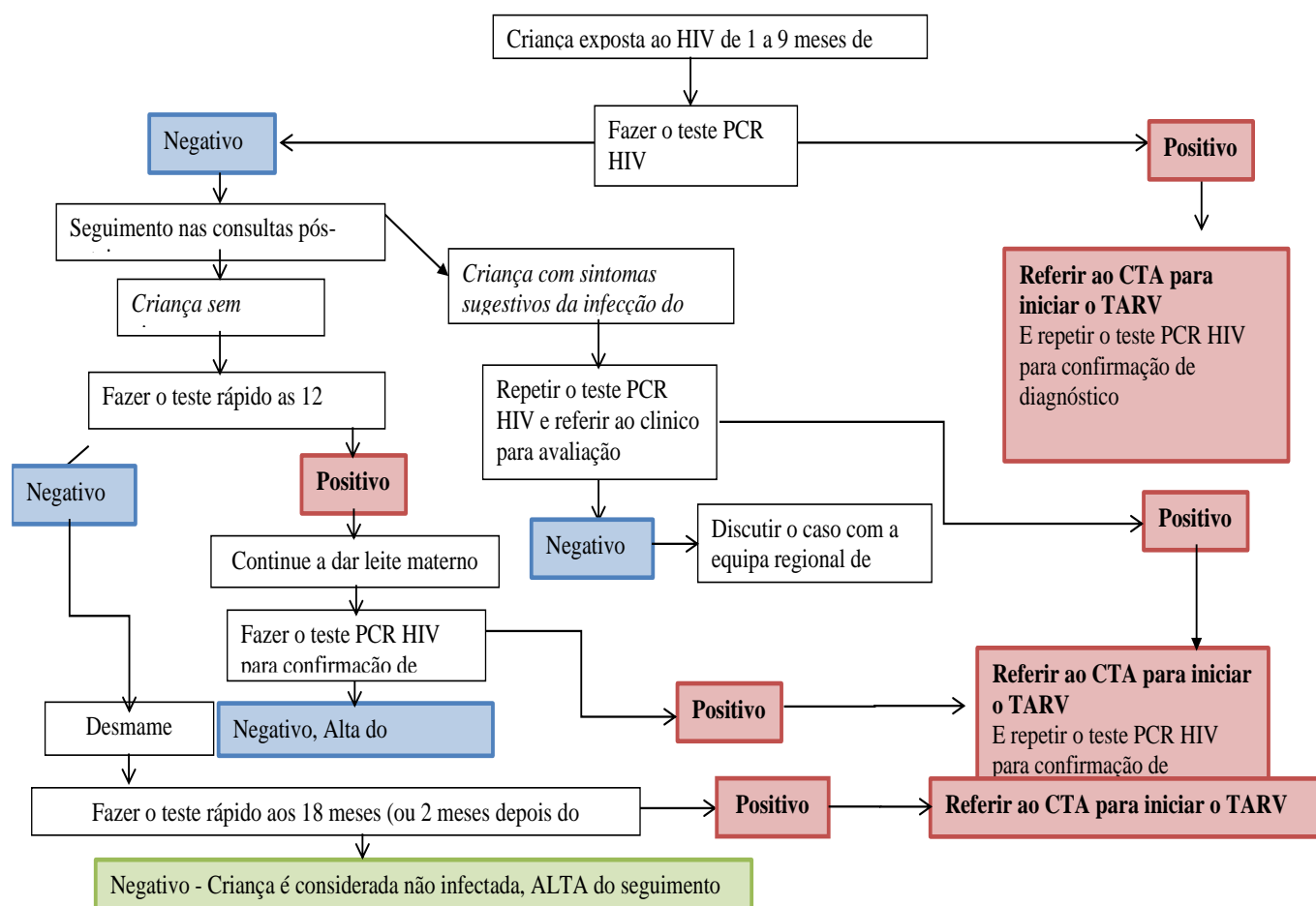


\* Solicitar a HB e o CD4 mais rapidamente possível para definir o critério de Elegibilidade ao TARV

\*\*\*Tendo sempre em conta o CD4 do início da PTMF e o estágio clínico

Fonte: Normas e procedimentos da prevenção da transmissão mãe-filho da infecção pelo HIV. Guiné-Bissau, 2013.

### 7.3. Anexo 3 – Algoritmo do Diagnóstico das crianças expostas ao HIV, de 1 a 9 meses de idade



## 7.4. Anexo 4 - TCLE usado na ONG Céu e Terras

CÓDIGO PACIENTE: ..... / .....

ASSOCIAÇÃO "CÉU E TERRAS"  
PROJECTO PARA SAÚDE E A LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ- BISSAU  
Ave. Do Brasil n7 - apartado 1257  
1031- BISSAU  
GUINÉ- BISSAU -ÁFRICA OCIDENTAL



### FICHA 1

#### PROTOCOLO E DINAMIZAÇÃO DO PACIENTE

Com a finalidade de:

1. garantir e assegurar as informações necessárias entre as partes,
  2. observar os compromissos assumidos relativamente aos objectivos, estratégias e actividades na execução deste Projecto no que concerne o trabalho com as mulheres grávidas,
- a equipa técnica assume a responsabilidade técnico - assistencial e ético - moral face as necessidades do referido Grupo – Alvo.

Isto no respeito dos princípios éticos e deontológicos nos seguintes âmbitos:

- Consulta Médica
- Pré - Inquérito de despistagem
- I. E. C. (informação, educação e comunicação) sobre HIV / aconselhamento
- Assistência medicamentosa preventiva com a Nevirapina para a mãe e a criança e possíveis doenças oportunistas que se apresentarem
- Exames clínico - laboratoriais exploratório de preferencias.

*O Pessoal referido do Grupo - Alvo deste Projecto aceita à sua integração no Projecto respondendo as seguintes perguntas e assinando o protocolo.*

- ✓ 1. Recebeu informações precisas sobre o Projecto

SIM

NÃO

☐☐

- ✓ 2. Aceita participar no Projecto, obedecendo as condições propostas à sua execução

SIM

NÃO

☐☐

- ✓ 3 As crianças podem ser incluídas no Projecto obedecendo as condições e beneficiando dos apoios propostos:

SIM

NÃO

☐☐

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CÓDIGO PACIENTE: M ..... / .....

1) Nome Completo: .....

2) Idade: ..... 3) Data de nascimento: ...../ ...../ .....

4) Sexo: ..... 5) Etnia: ..... Telefone .....

6) Bairro: ..... 7) Residência: .....

Descrição de residência, se necessário .....

8) Nível escolar: .....

9) Estado civil:

Amigada: ☐  
Solteira: ☐  
Viúva: ☐

Casada ☐

Monogâmica ☐  
Poligâmica ☐  
Tradicional ☐

10) Nome do Cônjuge: .....

11) N° de partos: ..... 12) N° filhos vivos: ..... 13) N° filhos falecidos: .....

14) N° filhos menores de 18 meses ..... 15) Profissão: .....

16) Já realizou o teste anti HIV anteriormente: Sim ..... Não .....

17) Se sim, há quanto tempo?

a) 0 a 3 meses ☐ b) 3 a 6 meses ☐ c) 6 a 12 meses ☐ d) mais de 1 ano ☐

18) Se sim, onde foi feito? a) Banco de Sangue ☐ b) L.N.S.P ☐ c) Outro Qual?.....

19) Qual é o resultado nesse teste anterior?

a) Negativo ☐ b) Inconclusivo ☐ c) Positivo ☐  
d) Não pegou o resultado ☐ e) Teste não realizado pelo Laboratório ☐

20) Por que decidiu fazer o teste a vez anterior?

1. Rel. Sexuais com parceiro HIV + ☐
2. Tinha duvidas quanto ao comportamento do parceiro ☐
3. Rel. Sexuais sem preservativo ☐
4. Transfusão sanguínea após 1980 ☐
5. Outra gravidez ☐
6. Pretendia engravidar ☐
7. Realização de cirurgia ☐
8. Risco ocupacional ☐
9. Sintomas relacionados a AIDS ☐
10. Solicitação medico/enferm. ☐
11. Convívio social com HIV/SIDA ☐
12. Violação ☐
13. Uso de drogas ☐
14. Confirmar o teste feito em outro lugar ☐
15. Outra, Qual? .....

22) Número de pessoas com quem manteve relações sexuais nos últimos dois anos

- a) Uma ☐  
b) De 2 a 4 ☐  
c) De 5 a 10 ☐  
f) Mais de 10 ☐

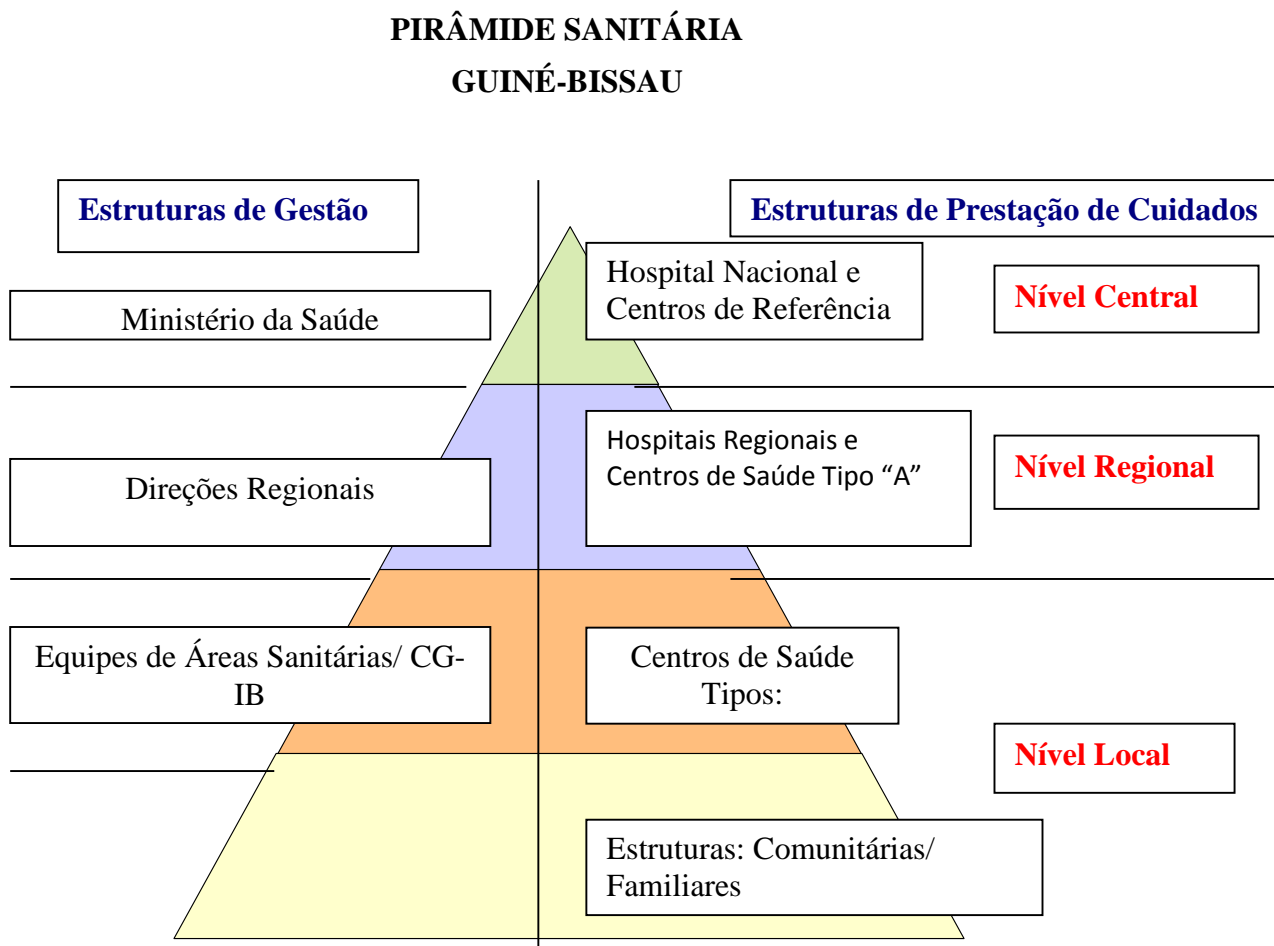
23) Costuma usar preservativos nas relações sexuais com penetração? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do paciente

Técnico – Projecto

Bissau, ... / ... / .....

## 7.5. Anexo 5 - Pirâmide Sanitária Guiné-Bissau.





## Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0164280031047299>

Última atualização do currículo em 04/11/2013

---

Possui graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetra pela Universidade de São Paulo (1973), graduação em Curso de Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1970), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e Livre-Docência em Saúde da Mulher pela Universidade de São Paulo (1994). Foi aprovada no concurso de Professor Titular pela Universidade de São Paulo, em 2003. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade Materna, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade materna, risco gravídico, saúde da mulher, saúde materna, saúde pública e informação em saúde. (Texto informado pelo autor)

## Identificação

---

Nome	Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Nome em citações bibliográficas	TANAKA, A. C. d'A.; Tanaka, Ana Cristina d'Andretta; Tanaka, Ana Cristina d'A.; d'Andretta Tanaka, Ana Cristina; D'ANDRETTA TANAKA, ANA CRISTINA

### Endereço

---

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.  
AV. DR. ARNALDO - 715 2º andar Departamento de Saúde Materno-Infantil  
CERQUEIRA CESAR  
01246904 - São Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 30667703  
Fax: (11) 30850240

## Formação acadêmica/titulação

---

1994	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Maternidade: O dilema entre nascimento e morte, Ano de obtenção: 1994. Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde Materna; Assistência à gestação parto e puerpério; Saúde da mulher; Peregrinação.
------	--



## Suado Sane

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7228563872280046>

Última atualização do currículo em 29/01/2014

### Resumo informado pelo autor

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2007). Atualmente é coordenadora da Assistência Domiciliar aos Soropositivos na Associação Céu e Terras, Guiné-Bissau. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente no seguinte tema: Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV.

(Texto informado pelo autor)

### Dados pessoais

**Nome** Suado Sane

**Nascimento** 29/09/1982 - Bissau/ - Guiné Bissau

**CPF** 529.810.102-04

### Formação acadêmica/titulação

**2012** Mestrado em Saúde Pública.  
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil  
Título: Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG  
"Associação Céu e Terras", Guiné – Bissau, 2007 – 2011



Orientador: Ana Cristina d' Andretta Tanaka  
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**2003 - 2007** Graduação .  
Universidade Federal Fluminense, UFF, Niteroi, Brasil  
Título: As reformas estruturais e o mercado de emprego na Guiné-Bissau. Os impactos sociais na sociedade Guineense, Ano de obtenção: 2007  
Orientador: Maria das Graças Osorio P. Lustosa

### Formação complementar

**2008 - 2008** Curso de curta duração em curso de formação Panafricano para um modelo de Tr.  
Programa DREAM, SANT EGIDIO, Moçambique

**2007 - 2007** Curso de curta duração em elaboração de Projetos Sociais. Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio De Janeiro, Brasil