
Adolescentes órfãos com HIV-AIDS: vulnerabilidades em saúde em suas inserções em famílias e instituições de acolhimento

Orphans adolescents with HIV-AIDS: health vulnerabilities in their insertions in families and host institutions.

Vivian Oliveira dos Santos¹

Cássio Silveira²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o histórico de inserção de adolescentes com HIV-AIDS, órfãos por AIDS, na família e em instituições de acolhimento atentando para as vulnerabilidades em saúde circunscritas neste processo. Foi realizada pesquisa qualitativa, mediante levantamento de histórias de vida, através de entrevistas em profundidade junto aos cuidadores, aplicação de formulários para caracterização sócio demográfica e pesquisa documental. Os sujeitos foram 11 adolescentes com HIV-AIDS, órfãos por AIDS, em tratamento num hospital pediátrico terciário na cidade de São Paulo e seus cuidadores. A análise dos dados sócio demográficos se deu através de distribuição de frequência simples e a análise das entrevistas, através de “análise temática”. Abuso de álcool e outras drogas e abandono do tratamento antirretroviral por parte dos pais, fazia parte do histórico familiar progressivo à orfandade dos adolescentes. Sete adolescentes foram inseridos na família extensiva após a orfandade, notadamente para o domicílio dos avós maternos. Quatro adolescentes foram inseridos em instituições de acolhimento e nenhum voltou à convivência familiar após a institucionalização. Os serviços de saúde especializados no tratamento do HIV-AIDS em crianças e adolescentes devem se atentar a maior vulnerabilidade social desses sujeitos, elaborando estratégias de acompanhamento sistemático daqueles que assumem o cuidado dos adolescentes que vivem com HIV-AIDS após a orfandade, sejam eles componentes da família extensiva ou agentes institucionais.

¹ Assistente social pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente social do Hospital Municipal do Campo Limpo, Departamento de Serviço Social. Telefone: +55 (11) 98873-6797. Email: prof.vivianosantos@gmail.com

² Bacharel em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Mestre em Ciências Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pós-Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Católica de Santos. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: cassiosilveirasc@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes, HIV-AIDS, Órfãos, Famílias, Instituições de Acolhimento, Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the history of insertion of adolescents with HIV-AIDS, orphans by AIDS, in the family and in host institutions, paying attention to the health vulnerabilities circumscribed in this process. Qualitative research was carried out, through a survey of life histories, through in-depth interviews with caregivers, application of forms for socio-demographic characterization and documentary research. The subjects were 11 adolescents with HIV-AIDS, orphaned by AIDS, undergoing treatment at a tertiary pediatric hospital in the city of São Paulo and their caregivers. The analysis of socio-demographic data was carried out through simple frequency distribution and the analysis of the interviews, through "thematic analysis". Abuse of alcohol and other drugs and abandonment of antiretroviral treatment by the parents was part of the family history prior to the orphanage of the adolescents. Seven adolescents were included in the extended family after being orphaned, notably in their maternal grandparents' home. Four adolescents were placed in foster care institutions and none returned to family life after institutionalization. Health services specialized in the treatment of HIV-AIDS in children and adolescents must pay attention to the greater social vulnerability of these subjects, developing strategies for the systematic follow-up of caregivers who assume the care of adolescents living with HIV-AIDS after being orphaned, whether they are extended family members or institutional agents.

KEYWORDS: *Adolescents, HIV-AIDS, Orphan, Families, Host Institutions, Health Vulnerability.*

INTRODUÇÃO

A orfandade por HIV-AIDS atinge famílias em todo o mundo e ocorre na medida em que a doença progride e leva a óbitos os pais infectados (UNAIDS, 2004). Estima-se que 13,4 milhões de crianças e adolescentes (0-17 anos) em todo o mundo perderam um ou ambos os pais devido à AIDS em 2015. Mais de 80% dessas crianças (10,9 milhões) vivem na África Subsaariana (UNICEF, 2016).

Essas crianças passaram a ser definidas pelas organizações internacionais como crianças órfãs e vulneráveis em decorrência de terem sofrido perda de bem estar acima de uma norma socialmente aceitável com a perda de seus pais por AIDS (WORLD BANK, 2005).

Apesar da orfandade não ser a única forma de como uma criança pode ser afetada pelo HIV-AIDS ela é o impacto mais visível, extenso e mensurável dos efeitos da AIDS em crianças (UNAIDS, 2004), representando uma ruptura de vínculos que pode gerar sentimentos profundos de desamparo e impotência uma vez que era a partir dos vínculos rompidos que essas crianças exploravam o mundo e buscavam proteção (FRANCO; MAZORRA, 2007).

Além das repercussões emocionais a orfandade pode aprofundar problemas sociais já enfrentados por crianças e adolescentes anteriormente ao falecimento de seus pais.

Em Moçambique uma criança ou adolescente órfão portador ou não do vírus HIV está exposto a desafios acumulados: dificuldade em aceder a serviços básicos, como saúde, educação, alimentação, apoio jurídico ou financeiro; escolhas limitadas de estratégias de sobrevivência e formas de geração de renda. Sofre também a tendência a encontrar soluções através de saídas negativas como casamentos precoces, prostituição ou trabalhos perigosos (PEREIRA, 2011).

No Brasil, de forma semelhante, pesquisas apontam que crianças e adolescentes órfãos em decorrência da AIDS vivenciam situações de comprometimento de direitos humanos como saúde, educação, moradia, alimentação, não-discriminação e integridade física e mental (FRANÇA-JÚNIOR; DORING; STELLA, 2006).

No contexto da pandemia de HIV-AIDS, crianças e adolescentes quando perdem apenas um dos pais em geral passam a viver com o pai ou a mãe sobrevivente e irmãos. Quando ambos os pais morrem, parcela deles pode passar a viver com a família extensiva (junto a avós ou tios) (UNAIDS, 2004).

Existem também as situações onde as crianças e adolescentes permanecem no domicílio que pertencia aos pais, e os filhos mais velhos passam a cuidar dos irmãos mais novos sem a presença de um adulto. Para os mais velhos há uma responsabilidade acrescida de garantir sobrevivência e o bem-estar de todos os membros do lar (PEREIRA, 2011).

Para aqueles órfãos que passam a viver com parentes (avós, tios, etc.) os desafios se colocam diante da capacidade que esse novo grupo familiar terá (ou não) em construir um ambiente protetor (UNAIDS, 2004).

Estudo realizado pela Fiocruz apontou que adolescentes soropositivos por transmissão vertical em situação de orfandade, encontram-se especialmente vulneráveis, por apresentar fatores de vulnerabilidade com conseqüente troca de cuidadores. Este estudo verificou alta prevalência de violência física e psicológica e vivência de dinâmicas familiares abusivas (BARROS et. al., 2013).

Quando não existe a possibilidade de reinserção da criança ou adolescente em outro grupo familiar essas podem ser institucionalizadas.

Estudos apontam que ser portador de HIV, ser órfão duplo (de pai e de mãe) ou apenas de mãe sendo a mãe falecida de cor não branca aumentam as possibilidades de crianças ou adolescentes serem institucionalizadas. Crianças e adolescentes com HIV-AIDS possuem menores chances de serem adotadas ou retornarem convívio familiar após a sua institucionalização, fator que favorece que eles permaneçam por longo período de tempo institucionalizados (DORING, 2006).

Mediante a este cenário, o presente estudo buscou conhecer como se deu o processo de tornar-se órfão por AIDS no contexto de adolescentes soropositivos por transmissão vertical atendidos em um hospital terciário, referência no tratamento de HIV-AIDS pediátrico na cidade de São Paulo, atentando-se para as vulnerabilidades em saúde circunscritas neste processo.

A noção de vulnerabilidade em saúde possui três planos analíticos básicos: o individual, o social e o programático (AYRES et. al, 2006). O componente individual diz respeito aos aspectos de ordem cognitiva e comportamental que podem gerar maior oportunidade dos indivíduos infectarem-se pelo HIV ou adoecerem por AIDS, o componente social está relacionado ao acesso que os indivíduos possuem a informação e a direitos básicos como saúde, educação, trabalho e lazer e por último, o componente programático diz respeito ao grau de comprometimento do governo frente à pandemia de HIV-AIDS (SCHAURICH; FREITAS, 2011). É através deste referencial que buscaremos nos aproximar das histórias de vida aqui contadas.

MÉTODO

Foi realizado estudo descritivo com enfoque qualitativo. O local de estudo foi um hospital pediátrico de nível terciário, referência no tratamento de crianças e adolescentes com HIV-AIDS na cidade de São Paulo-SP/Brasil. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2014 e 2015.

Escolhemos estudar a história de vida de onze adolescentes com idade entre de 12 a 18 anos, vivendo com HIV-AIDS e órfãos duplos (de pai e de mãe) em tratamento na especialidade de infectologia pediátrica e seus cuidadores.

Os adolescentes foram divididos em dois grupos. O primeiro composto por (7) adolescentes inseridos em famílias após o falecimento dos pais e o segundo de composto (4) adolescentes inseridos em instituições de acolhimento após a orfandade.

Foram escolhidos para serem interlocutores das características sócio demográficas e das histórias de vida dos sete (7) adolescentes acolhidos em famílias após orfandade, seus cuidadores (avós, tios, irmãos, vizinhos). Os cuidadores foram escolhidos por conheceram as informações sócio demográficas e a história pregressa dos adolescentes anteriormente a entrada deles em seu grupo familiar, possibilitando assim o levantamento de aspectos relevantes para pesquisa.

Para coleta das características sócio demográficas e histórias de vida dos (4) adolescentes inseridos em Instituição de Acolhimento, optamos pela Pesquisa Documental utilizando o prontuário dos adolescentes como fonte de dados, uma vez que não havia na instituição naquela fase da pesquisa, profissionais com conhecimento do histórico de vida anterior a entrada deles na instituição.

Para a construção da contextualização sócio demográfica dos sujeitos da pesquisa foram elaborados 02 tipos de formulários. Um deles foi composto dos dados sócio demográficos relacionados aos adolescentes inseridos em famílias e seus responsáveis e o outro de dados sócio demográficos dos adolescentes institucionalizados.

Os formulários para caracterização sócio demográfica foram aplicados junto aos responsáveis pelos adolescentes acolhidos por famílias e no caso dos adolescentes vivendo em instituições de acolhimento, as informações foram retiradas de seus prontuários.

Para o levantamento do histórico de inserção dos adolescentes nas famílias e as vulnerabilidades em saúde circunscritas neste processo, foi utilizada a estratégia de *história de vida tópica* (MINAYO, 1992) por meio de entrevistas em profundidade junto aos cuidadores.

As entrevistas foram aplicadas junto aos cuidadores, sem abordar diretamente os adolescentes, evitando assim, intervenções que pudessem suscitar sofrimento psicológico relacionado a eventos possivelmente traumáticos em suas vidas, gerados pelo falecimento dos pais e a vivência de diferentes estágios do luto.

Para composição das histórias de vida dos adolescentes vivendo em instituição de acolhimento, realizamos pesquisa documental (MARCONI; LAKATOS, 2002) através de coleta de dados secundários contidos nos prontuários dos adolescentes e que continham o histórico de vida anterior a inserção deles na instituição, até informações mais recentes da estadia dos adolescentes no local.

A análise dos dados referentes à contextualização sócio demográfica dos adolescentes inseridos nas famílias e inseridos em instituição de acolhimento foi feita através de distribuição de frequência simples.

Para a análise dos dados relacionados a histórias de vida dos adolescentes, foi utilizada *análise temática* (MINAYO, 1992). A primeira fase de análise foi composta pela transcrição das entrevistas realizadas junto aos cuidadores e realização de cópias digitalizadas dos prontuários dos adolescentes institucionalizados. Foi realizada leitura em todo material, com a realização de alguns apontamentos iniciais. Após essa fase, foi realizada a codificação das características interessantes em todo conjunto de dados e temas em potencial foram surgindo. Os temas que surgiram ao longo da codificação foram revistos, a fim de verificar se se relacionavam com o conjunto integral dos dados. Para cada tema que surgia, uma análise era realizada refinando-se assim as especificidades onde cada tema passava a compor a história geral contada (BRAUN; CLARKE, 2006).

Por último, no tratamento dos resultados, as análises foram relacionadas às questões da pesquisa e com a literatura existente em torno do tema orfandade e HIV-AIDS.

Quanto aos aspectos éticos a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em IST-AIDS (CRS-IST/AIDS) da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo através do Parecer de Número 883.920 de 16 de novembro de 2014.

Os nomes dos sete adolescentes inseridos em famílias foram substituídos pelas letras A, B, C, D, E, F e G e os adolescentes institucionalizados foram identificados na pesquisa pelas letras H, I, J, L. Os nomes dos respectivos cuidadores foram substituídos pelos nomes fictícios Cláudia, Antônio, João, Francisca, Lourdes, Marília e Ester.

Após contato com os cuidadores dos adolescentes vivendo em família, foi apresentado aos mesmos os objetivos da pesquisa, bem como o compromisso de sigilo firmado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os prontuários dos adolescentes institucionalizados puderam ser analisados após autorização expressa da direção da instituição, mediante apresentação da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-IST/AIDS.

RESULTADOS

1. HISTÓRICO DE ADOLESCENTES INSERIDOS EM GRUPOS FAMILIARES

Quanto às características sociodemográficas dos (7) adolescentes inseridos em famílias foi observado o seguinte: (4) eram do sexo feminino e (3) do sexo masculino, (1) possuía 12 anos, (1) possuía 14 anos, (1) possuía 15, (2) possuíam 16, (1) possuía 17 e (1) possuía 18 anos. Em relação ao quesito raça/cor, (3) eram pretos, (3) eram brancos e (1) era pardo, numa proporção maior de adolescentes negros e pardos que representaram quatro (4), dos (7) adolescentes estudados. O tempo de orfandade variava entre 4 e 15 anos.

Em relação às características sociodemográficas dos cuidadores dos adolescentes, (2) eram tias maternas, (2) eram vizinhas, (1) era avó materno, (1) era avó materna, todos eles detentores de guarda legal, (1) era irmã mais velha e não detinha guarda legal do adolescente. Podemos destacar a participação das famílias maternas no acolhimento dos adolescentes órfãos, representando (4) das (7) famílias estudadas.

As idades dos cuidadores variaram entre 21 e 63 anos e (5) cuidadores possuíam mais de 50 anos. A escolaridade desses cuidadores variou entre Ensino Fundamental Incompleto (5), Ensino Fundamental Completo (1) e Ensino Médio Incompleto (1). Em

relação às suas profissões, essas variaram entre diarista (1), cabeleireiro (1), borracheiro. Foram encontrados (1) cuidador aposentado, (1) pensionistas e (2) desempregados.

Esses aspectos das características sociodemográficas dos cuidadores dos adolescentes sugerem que as famílias vivenciavam situações potencialmente geradoras de vulnerabilidade social, relacionadas a fragilidade de rendimentos. A vulnerabilidade social enquanto conceito multidimensional é compreendido não somente como a insuficiência ou ausência de renda, mas um conjunto situações que somadas podem produzir a deterioração dos níveis de bem-estar de indivíduos, grupos e comunidades (IPEA, 2019). Essa discussão suscita a necessidade de aprofundamento de estudos que possam correlacionar os impactos dos gastos com doenças crônicas em orçamentos familiares e seus reflexos no aprofundamento das vulnerabilidades sociais das famílias.

Condições como o trabalho autônomo caracterizado pelo empreendedorismo por necessidade que surge em decorrência de problemas conjunturais relacionados à queda do trabalho formal, o fenômeno das famílias mantidas por aposentados e pensionistas num cenário onde o rendimento médio de aposentados e pensionistas é inferior a dois salários mínimos mensais e o desemprego, são condições que podem deteriorar as condições de vida e dificultar o acesso dessas famílias aos bens disponíveis em sociedade (FERREIRA; DINI; FERREIRA, 2006).

Ao buscar conhecer o histórico de inserção dos adolescentes nas famílias, foi possível identificar, em meio às falas dos cuidadores, algumas **características dos pais biológicos** e do **contexto familiar vivenciado pelos adolescentes, anteriormente ao falecimento de seus genitores**.

Em relação à figura paterna dos adolescentes inseridos em famílias, apenas (3) eram conhecidos pelos cuidadores, os outros (4) pais eram desconhecidos. Dos pais conhecidos, (2) eram **usuários de drogas** e (1) tinha passagem pelo sistema prisional. Em relação às mães biológicas dos adolescentes, (3) foram descritas pelos cuidadores como “donas de casa”, (3) delas como **usuárias de álcool e drogas**.

Em entrevista, Sra. Ester, cuidadora da adolescente G, descreveu o seguinte sobre o contexto de adoecimento e falecimento da mãe biológica da adolescente:

Aí quando eu vinha do serviço, que eu trabalhava em casa de família, eu vinha do serviço que eu a encontrava nas portas dos bares, que eu passava. Era caminho. Aí eu encontrava ela grávida com um copo de “bombeirinho” [pinga misturada com groselha], bêbada, bebendo, ou senão pinga pura, ela bebendo...Eu não sabia que ela tava doente, isso aí eu não sabia (Ester).

Outra informação relevante relacionada ao contexto de falecimento dos pais dos adolescentes descrito pelos cuidadores foi o **abandono do tratamento antirretroviral** por parte de (4) mães e (2) pais, sendo apontada pelos cuidadores, como a causa do falecimento dos genitores.

Sr. João, cuidador da adolescente C, relatou o seguinte sobre o falecimento da mãe biológica da adolescente:

[...] A mãe dela faleceu em decorrência do HIV, por que ela era soropositivo e não fazia o tratamento adequado como deveria fazer, entendeu? (João).

Uso e abuso de álcool e drogas e abandono do tratamento antirretroviral fez parte das histórias de vida de parte dos genitores dos adolescentes estudados e correspondem as múltiplas vulnerabilidades que permearam seus contextos de vida e falecimento.

Em relação ao histórico de inserção dos adolescentes em famílias após o falecimento dos pais, verificamos que após a orfandade (5) deles ficaram sob os cuidados das **famílias extensivas** e (2) sob o cuidado de **vizinhas** que posteriormente vieram assumir a guarda legal desses adolescentes. A família extensiva pode ser compreendida como a família que se estende para além do núcleo mãe, pai, crianças e abrangem avós, tios, primos, irmãos entre outros parentes que em alguns casos dividem o mesmo teto, moram no mesmo quintal e nas imediações próximas (FONSECA, 2005).

Dos (5) adolescentes acolhidos pela família extensiva, (4) ficaram sob a responsabilidade de **avós maternos** e (1) ficou sob a responsabilidade da tia materna.

Os avós maternos foram aqueles que em grande parte, assumiram os cuidados dos órfãos em decorrência da AIDS, no entanto, a literatura tem apontado que existem certas implicações para este cuidado. Os avós, geralmente em idade avançada, com a passar do tempo podem apresentar limitações para o desempenho de atividades tipicamente parentais. Soma-se a isso o fato que geralmente possuem rendimentos inferiores aos dos

adultos economicamente ativos. Por causa da idade avançada podem não sobreviver até que seus netos cheguem à maioridade, gerando novas situações de perda e necessidade de transição para outros cuidadores (UNAIDS, 2004), sendo que essas condições identificadas na pesquisa se configuraram como aspectos da vulnerabilidade social a que foram submetidos os adolescentes estudados em seu processo de inserção familiar após a orfandade.

Sr. João, avô materno e cuidador da adolescente C, relatou o seguinte sobre a inserção da adolescente em sua família:

Porque foi assim, além da mãe da C falecer automaticamente ela ficou com a avó, depois de uns cinco meses, seis meses que a mãe dela tinha falecido, a avó também veio a falecer, ela tava com coágulo no cérebro e foi esse período que eu a trouxe embora (João).

O domicílio dos avós, ainda que mediante os desafios, se configurou como o principal ambiente de **proteção** para parte dos adolescentes estudados e destacou o importante papel da família extensiva no contexto da orfandade por AIDS, pois ao traçar linhas de ajuda mútua (FONSECA, 2005), forneceu os subsídios necessários à subsistência dos adolescentes, o que no contexto de tratamento de uma doença crônica e complexa como o HIV-AIDS, foi fundamental também para garantia da sobrevivência dos mesmos.

A adolescente G, que foi acolhida pela vizinha após o falecimento da mãe por AIDS e foi a única adolescente a não ter sido acolhida pela família extensiva:

[...] Então eu fiquei com ela. Como ela sabia que ela não ia voltar mais pra esse mundo [a mãe], ela me deu a menina. Ela já falou pra mim: estou te dando essa menina pra você criar porque você é a madrinha, você tem o direito de criar. Não entrega ela para o pai. Falei, tudo bem. Aí eu fiquei com a criança. [...] Eu batizei a menina no dia 14 de setembro e ela [a mãe] já tava doente e ela se internou no final de setembro. Setembro, outubro, novembro ela faleceu (Ester).

A literatura tem apontado que no contexto das famílias empobrecidas as atividades do dia a dia são compartilhadas em uma rede que se estende no espaço para outras casas e agregam muitas vezes amigos e vizinhos, aqueles que moram na mesma vila ou no mesmo pátio, com quem a vida é compartilhada (FONSECA, 2005).

Nessas relações, família associa-se aqueles em quem se pode confiar. Sua delimitação não se vincula à pertinência a alguma grupo genealógico e a extensão vertical

do parentesco. É possível verificar que as trocas simbólicas estabelecidas, baseadas em obrigações mútuas tiveram importância fundamental na inserção dos adolescentes nas famílias dos vizinhos e se constituíram como elementos de proteção em momentos de fragilidade como o da orfandade (SARTI, 1994).

No processo de adaptação da família extensiva à realidade da morte de um familiar por AIDS e da necessidade de cuidado dos filhos sobreviventes, podem ocorrer situações de circulação de crianças e adolescentes. A **circulação de crianças** é um termo utilizado por diferentes áreas do saber, mas, sobretudo na antropologia social e é utilizado para explicar o fenômeno das crianças que passam de um grupo familiar para outro para receberem cuidados de modo a garantir sua sobrevivência e desenvolvimento (FONSECA, 1995).

Entre os (7) adolescentes estudados, foi possível verificar que (6) haviam circulado pelo menos uma vez na vida, da família de origem para outro grupo familiar e (3) adolescentes circularam mais de duas vezes.

A cuidadora do adolescente F, que era vizinha da família e assumiu seu cuidado quando ele ainda era bebê, declarou o seguinte sobre a circulação do adolescente entre a família consanguínea e sua família:

[...] Ele vive comigo desde que nasceu porque quando ele nasceu a mãe dele teve depressão pós-parto e a avó dele como a gente tinha muita amizade o pegou e passou pra mim. Com dois dias que ele saiu do hospital a mãe dele já ficou ruim, foi internada, aí a avó dele tava com doença de Chagas não tinha condições de cuidar. Como a gente tinha muita amizade, ela pediu pra mim cuidar dele até a mãe dele sair do hospital [...] A gente pegou amor e ele ficou em casa até 12 anos. Aí quando foi que ela (a mãe biológica) pediu pra ele, ah deixa eu cuidar um pouco do meu filho né. Aí é com ele, aí foi, fez a cabeça dele, foi em junho, quando foi em fevereiro ela faleceu. Aí como ela tinha um segurinho, um dinheirosinho então a família quis pegar né. [...] Mas todo o final de semana ele tava em casa. Aí quando eles viram que não tinha jeito mesmo ele voltou pra casa. Já tem um ano e meio que ele tá em casa de novo (Marília).

Neste relato foi possível verificar que o adoecimento da mãe e da avó materna trouxe a fragilização das possibilidades de cuidado no interior da família de origem e expôs o adolescente à circulação. O elemento protetor mais importante foi o vínculo existente entre a avó materna e os vizinhos, o que possibilitou que a criança fosse acolhida e cuidada.

O adolescente A, passou pela experiência da circulação, no entanto, dentro da própria família consanguínea. Os avós assumiram os cuidados pelo adolescente logo quando o pai biológico faleceu. Meses depois a avó também veio a falecer. O avô se viu sem condições de conduzir os cuidados, passando a responsabilidade para a irmã mais velha do adolescente. Na época em que assumiu os cuidados pelo adolescente, a irmã tinha acabado de completar 18 anos. A mesma conta com a ajuda dos outros irmãos para cuidarem da casa e do adolescente.

Daí minha avó faleceu e meu avô disse que sozinho não ia dar conta. Aí passou para eu cuidar né, aí eu fiquei [...]. Nós nos reunimos [a cuidadora e os irmãos mais velhos do adolescente]. Quando eu não tenho [dinheiro], a minha irmã tem, quando não tem nós dá um jeitinho, pede para os amigos (Claudia).

A ocorrência **das famílias chefiadas por jovens** tem sido mencionada amplamente na literatura relacionada à orfandade em decorrência da AIDS. Na África essas famílias são frequentes e as necessidades e vulnerabilidades são mais altas do que as de famílias chefiadas por um adulto, pois nessa condição pode haver maior dificuldade em conseguir formas de rendimento, sobretudo quando os jovens ainda não têm idade suficiente para trabalhar. Entre esses jovens também podem ocorrer dificuldades para se protegerem, para resolverem problemas legais e tomarem boas decisões, além de sofrerem comprometimentos na frequência ou desempenho escolar (UNAIDS, 2004), se configurando como outro aspecto da vulnerabilidade social vivenciada no processo de reinserção familiar de adolescentes órfãos por AIDS estudados.

Quatro (4) cuidadores alegaram ter conhecimento prévio do diagnóstico e terem dado continuidade ao tratamento de saúde e (3) relataram não ter conhecimento do diagnóstico do adolescente quando assumiram os cuidados, tendo que dar início ao tratamento de saúde dos mesmos.

Tava estabilizada [a situação de saúde] por que a avó cuidava legal. [...], mas ela sempre foi bem cuidada, sempre, tanto na época da mãe, depois o tempinho que ficou com a avó e depois veio para mim a gente deu continuidade [...] (João).

A cuidadora da adolescente E, informou que só obteve informações sobre o diagnóstico da adolescente quando ela estava com 9 meses.

[...] Sobre a doença da E, assim, depois de 9 meses eu fui saber de alguma coisa por que eu vim aqui e ela tava cheia de carocinho né. Aí uma tia minha que trabalhava aqui veio marcou uma consulta né, falou: “é uma alergia que ela tá” e que foi aí que descobriu que ela tava com HIV. (Lourdes).

O desconhecimento do estado sorológico da criança ou atraso na continuidade do tratamento por parte dos novos cuidadores pode ser considerada uma expressão da vulnerabilidade social decorrente do estigma da doença mortal que promove o segredo familiar e constrange as escolhas de pais infectados pelo HIV no compartilhamento de informações sobre o cuidado de seus filhos infectados junto a redes de sociabilidade mais próximas (SOUSA; KANTORSKI; BIELEMANN, 2004).

Revela também as limitações dos serviços de saúde especializados em intervir junto aos pais que pertençam a grupos vulneráveis como usuários de álcool ou outras drogas, que estejam abandonando de seu tratamento onde há risco de falecimento por AIDS e se antecipar às necessidades de cuidados dos filhos sobreviventes. O atraso na descoberta da condição sorológica por parte dos novos cuidadores pode interferir no manejo das intercorrências infecciosas e comprometer o controle da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2. HISTÓRICO DE ADOLESCENTES INSERIDOS EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

Em relação às características sociodemográficas dos adolescentes vivendo em instituição de acolhimento, foram obtidas as seguintes informações: prevaleceram adolescentes do sexo feminino (3), contra (1) adolescente do sexo masculino. Quanta a idade (1) adolescente apresentou 14 anos, (1) 16 anos, (1) 17 e (1) 18 anos. Em relação à cor da pele prevaleceu a cor branca. Os adolescentes apresentaram escolaridade entre 6ª série do Ensino Médio e Ensino Médio Completo e estavam entre 4 e 15 anos institucionalizados.

Foi possível identificar algumas características dos genitores dos adolescentes e de seus contextos de falecimento através da análise dos prontuários. A mãe do adolescente H havia falecido em 2001 e o pai tinha histórico de uso de álcool. Em relação a adolescente I,

não havia nenhuma informação no prontuário a respeito dos genitores, em relação a adolescente J, a mãe havia falecido em 2001 e o pai era desconhecido, em relação a adolescente L, a mãe havia falecido em 1997 e o pai fazia uso de álcool.

Semelhantemente ao histórico dos adolescentes acolhidos por famílias, (2) adolescentes institucionalizados possuíam histórico familiar onde pelo menos um dos genitores fazia uso de álcool, apontando para os cenários de vulnerabilidade social vivenciados anteriormente a orfandade.

Em relação à inserção dos adolescentes na instituição, obtivemos a informação de que os (4) jovens haviam sido inseridos na casa apoio com idade entre 2 e 5 anos.

Um dos aspectos da vulnerabilidade social identificada, foi a notória a separação de grupos de irmãos, com inserção dos irmãos não infectados junto a famílias adotivas e a inserção dos irmãos infectados na instituição de acolhimento. Essa situação é reveladora da desigualdade presente nos processos de adoção entre crianças saudáveis e crianças com comprometimentos de saúde, corroborando com estudos que têm apontado menores possibilidades de inserção familiar de crianças que crianças soropositivas (DORING, 2006).

As adolescentes I e J, circularam apenas uma vez na vida, da família de origem para a instituição, havendo poucas oportunidades de convivência familiar com exceção de contatos esporádicos que mantinham com alguns familiares fora da casa de apoio. O adolescente H teve duas circulações, da família de origem para o domicílio da madrinha e da residência da madrinha para a instituição e não mantinha contato com familiares. A adolescente L teve três circulações na vida, da família biológica para a instituição, da instituição para a família adotiva e da família adotiva de volta a instituição devido a um processo de adoção que não obteve sucesso, mantendo contato com familiares fora da instituição. Houve baixa circulação dos adolescentes institucionalizados apontando para poucas oportunidades de convivência familiar.

A média de permanência dos adolescentes na instituição era de 13 anos e foram poucas as experiências familiares vivenciadas pelos mesmos, situação revela a vivência da vulnerabilidade programática, na medida em que o Sistema de Garantia de Direitos da Infância e Juventude ainda não constituíram estratégias consistentes de estímulo à

convivência familiar de crianças/adolescentes soropositivas em situação de orfandade que estejam institucionalizadas.

Os quatro adolescentes institucionalizados chegaram à instituição com situação instável de saúde, ora por não terem realizado o tratamento adequadamente enquanto estiveram sob o cuidado da família biológica, ora pelo desconhecimento e/ou abandono do tratamento para o HIV-AIDS por parte daqueles que assumiram seus cuidados após orfandade.

Pudemos verificar através dos dados obtidos que, concomitantemente à situação de saúde instável, as adolescentes I, J, L quando inseridas em instituição de acolhimento, sofriam situação de importante privação socioeconômica junto a suas famílias, condições que, somadas às dificuldades de cuidados de saúde provocaram a determinação judicial de acolhimento institucional.

Os motivos que levaram os adolescentes a serem institucionalizados foram orfandade, ausência de adultos para assumir a responsabilidade após orfandade, negligência e pobreza.

Apesar da soropositividade não ser motivo alegado de abrigamento, as dificuldades para seguimento do tratamento podem entrar em alguns casos, sob o rótulo de negligência, como motivo para a suspensão do poder familiar. A institucionalização vem então “resolver” os problemas relacionados a dificuldades de cuidados por parte da família, e reitera os argumentos do sistema de justiça ao reforçar o argumento sobre a incapacidade da família pobre para cuidado de seus filhos (FÁVERO, 2008).

Esses achados corroboram com os achados de outras pesquisas que afirmam que a resposta brasileira ao problema da orfandade por AIDS, até o momento, tem sido limitada à assistência médica para crianças e adolescentes portadores do HIV/AIDS, ao combate à transmissão vertical do HIV e ao financiamento da instalação e manutenção de casas de apoio (abrigos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente) para infectados afetados, órfãos ou não reforçando a necessidade de superação da vulnerabilidade programática neste campo, através de construção de soluções que venham fortalecer o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes soropositivos em situação de orfandade (FRANÇA-JÚNIOR; DORIN; STELLA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As histórias de vida levantadas através da presente pesquisa, apontam que os adolescentes órfãos acolhidos por famílias e instituições de acolhimento tiveram suas trajetórias marcadas por vivências que ora os vulnerabilizaram e ora os protegeram, tornando a análise de seus históricos de vida um exercício reflexivo de múltiplas aproximações entre o conteúdo narrado e sua interface com o componente individual, social e programático das vulnerabilidades em saúde.

Em relação ao componente individual da vulnerabilidade em saúde, podemos entender que os adolescentes estudados, não possuíam possibilidades concretas de adotarem atitudes protetivas que impedissem de entrarem em contato com vírus HIV e adoecerem por AIDS. Podemos compreender então que a infância e juventude são fases críticas para prevenção da infecção e do adoecimento por AIDS, tendo em vista que autonomia para o exercício do autocuidado ainda não está sendo construída no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente.

As histórias de vida aqui apresentadas apontam para adolescentes que nasceram no final da década de 1990 e início dos anos 2000, período marcado pelo processo heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia de HIV-AIDS no Brasil. Além do aumento de novas infecções por via heterossexual, neste período crescia também o número de novas infecções pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, formando um mosaico de sub epidemias regionais resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWAL, 2001).

Através das histórias de vida levantadas pela presente pesquisa, que apontam para o uso de álcool e outras drogas e abandono do tratamento antirretroviral por parte dos genitores, sugerem condições de vulnerabilidade social que culminam numa parentalidade hipossuficiente, ou seja, quando os pais, em virtude de suas condições (hipossuficientes), não dispõem de recursos de cuidados, sejam eles econômicos, cognitivos, sociais, educacionais ou emocionais e, a partir disso, limitam ou não promovem o desenvolvimento das crianças e adolescentes sob seu cuidado (FONSECA; FERREIRA, 2019).

A noção da hipossuficiência parental pode sustentar um entendimento que supere a noção de negligência onde pais que não puderam satisfazer as expectativas

culturalmente atribuídas à família quanto à oferta de cuidados de seus filhos, passam a ser desqualificadas, naturalizando assim a omissão do Estado e as situações de violações de direitos da família.

As condições de vulnerabilidade social se expressam em todo o percurso da orfandade dos adolescentes estudados. Ao serem reintroduzidos ao convívio da família extensiva ou nas famílias dos vizinhos os adolescentes passaram a compor os domicílios onde seus cuidadores possuíam baixa escolaridade e cuja fonte de rendimentos era proveniente de aposentadorias, pensões, trabalho autônomo, informal, além dos cuidadores desempregados, em situações sugestivas de vulnerabilidade socioeconômica (IPEA, 2018).

Foi nítida a inserção dos adolescentes junto à família extensiva, sobretudo junto aos avós maternos, e em segundo lugar entre tios, irmãos mais velhos e vizinhos. De acordo com a metodologia adotada pela Fundação Seade através do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2000), os níveis mais altos de vulnerabilidade social encontram-se exatamente entre os ciclos de vida correspondentes às famílias idosas e famílias mais jovens, o que representa que as famílias idosas que recebem os órfãos devem ser alvo de maior atenção por parte de políticas de proteção social (MDS, 2004).

Foi possível identificar vulnerabilidade programática nos aspectos relacionados à situação instável de saúde das crianças/adolescentes após orfandade (quando foram transferidos aos domicílios dos novos cuidadores) e no desconhecimento por parte dos cuidadores sobre o diagnóstico e situação de saúde, o que sugere que há falhas por parte dos serviços de saúde na identificação e acompanhamento de adultos soropositivos com filhos também infectados quanto à continuidade no cuidado após o falecimento dos pais.

Quanto aos adolescentes institucionalizados, foi possível identificar as mesmas condições identificadas junto aos adolescentes inseridos em grupos familiares, com situação de uso ou abuso de álcool e outras drogas pelos genitores anteriormente a seus falecimentos. Os adolescentes haviam sido inseridos na instituição de acolhimento ainda durante a primeira infância, entre 2 e 5 anos de idade e foi notória a separação de grupos de irmãos, onde os soropositivos permaneceram abrigados e os irmãos sem HIV-AIDS foram inseridos em algum grupo familiar.

Os adolescentes institucionalizados tiveram baixa circulação entre a instituição e outros grupos familiares e a média de permanência na instituição foram de 13 anos, sendo que a vulnerabilidade social (presente no estigma e na representação do HIV como doença mortal) se constituiu possível como barreira à inserção familiar.

Os (4) adolescentes institucionalizados apresentavam situação instável de saúde ao adentrarem a instituição, sendo que os comprometimentos de saúde se constituíram como parte das justificativas alegadas para a institucionalização.

O Sistema de Garantia de Direitos da Infância e Juventude ainda não têm encontrado formas de corrigir as distorções existentes nos processo de institucionalização de adolescentes órfãos por AIDS como a separação de grupos de irmãos, a ainda limitada convivência familiar e comunitária, as remotas possibilidades de adoção e a permanências dessas crianças e adolescentes em instituições por um período prolongado de suas vidas (DORING, 2006) sendo que essas situações se constituem como expressão da vulnerabilidade programática.

Contraditoriamente, em meio a vivências violadoras de direitos é importante salientar que os adolescentes estudados tiveram suas trajetórias de vida marcadas também por vivências garantidoras de proteção. As expressões de solidariedade presentes nos vínculos estabelecidos na família extensiva e em toda a gama de relações sociais estabelecidos para além do domicílio e da família nuclear, promoveram as condições para a promoção do cuidado dos adolescentes estudados e reafirmam a importância do cuidado familiar (independentemente de sua configuração), na proteção da saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV-AIDS. Essas micro solidariedades desenvolvidas no bojo das relações familiares, não devem, no entanto, substituir o papel do Estado na proteção social destas famílias.

É importante destacar também que a instituição de acolhimento, com suas limitações, possibilitou aos adolescentes órfãos por AIDS cuidados de saúde, alimentação, abrigo e preconizou algum contato desses jovens com vínculos de sociabilidade externos a instituição, sendo fundamentais à sobrevivência desses adolescentes num longo prazo, o que também não exige o Poder Público de qualificar estratégias que viabilizem a

Convivência Familiar e Comunitária de crianças e adolescentes soropositivos institucionalizados.

Os achados da pesquisa sugerem a necessidade de identificação e acompanhamento sistemático por parte dos serviços especializados no tratamento de HIV pediátrico, de crianças e adolescentes cujos pais biológicos sejam pertencentes a grupos vulneráveis (como usuários de álcool e outras drogas) e de pais abandonaram seus próprios tratamentos e que diante de uma situação indicativa de falecimento, possam atuar junto a outras políticas públicas no preparo de novos cuidadores, evitando assim situações que venham atrasar a identificação do diagnóstico de HIV-AIDS ou interromper o tratamento anteriormente iniciado.

A atenção aos cuidadores ainda não se constitui prioridade dos serviços de saúde, e é desafiadora para os profissionais da área na medida em que as condições são pouco ou nada favoráveis e as demandas são inúmeras (DELLANI; PORTELLA; DORING, 2013), o que desafia esses serviços ao planejamento e ao comprometimento com o cuidado, numa perspectiva de defesa dos direitos da Criança e do Adolescente.

Recebido em junho de 2022 – aprovado em dezembro de 2022

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *et al.* (Org).

Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BARROS, Ana Cláudia Mamede Wiering; BASTOS, Olga Maria; PONE, Marcos Vinicius da Silva; DESLANDES, Suely Ferreira. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade.

Ciênc. saúde coletiva. v. 18, n. 5, p. 1493-1500, mai. 2013. DOI

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500035> Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500035&lng=pt)

[81232013000500035&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500035&lng=pt). Acesso em 05 jan. 2022.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. v. 03. n. 2, p. 77-102, Dez. 2006.

DOI <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Disponível em: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/1043060>. Acesso 14 abr. 2022.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 34, n. 2, p. 207-217, Mai. 2001. DOI <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/?lang=pt> . Acesso em 02 jun. 2022.

DELLANI, Marcos Paulo; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. As vicissitudes da vida: quando os avós se tornam cuidadores. **Revista Contexto & Saúde**. v. 11. n. 20, p. 673-678, jul. 2013. DOI <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.673-678>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1622>

Acesso em 16 fev. 2022.

DORING, Marlene. **Situação dos órfãos em decorrência da AIDS em Porto Alegre/RS e fatores associados à institucionalização**. 2006. 115 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

FÁVERO, Eunice Teresinha; VITALE, Maria Amália Faller; BATISTA, Myrian Veras. (Orgs.) **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam**. São Paulo: Paulus; 2008.

FERREIRA, Maria Paula; DINI, Nádia Pinheiro; FERREIRA, Sinésio Pires. Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. **São Paulo em Perspectiva**. v. 20, n. 01. p. 5-17, Jan/Mar. 2006. Disponível em:

<http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/index.php?men=rev&cod=5072> Acesso em 28 mai. 2022.

FONSECA, Cláudia. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Cortez Editora; 1995. 152 p.

FONSECA, Cláudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n. 2, p. 50-59, Ago. 2005. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200006> Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200006&lng=en Acesso 08 jan. 2022.

FONSECA, Hivana Raelcia Rosa; FERREIRA, Maria D'Alva Macedo. Cuidados parentais hipossuficientes versus negligência parental: discussões e proposições teóricas. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 7, n. 4, p. 534-542. Out-Dez. 2019. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.

<https://www.redalyc.org/journal/4979/497962778021/497962778021.pdf> Acesso em 21 fev. 2022.

FRANÇA-JÚNIOR, Ivan; DORING, Marlene; STELLA, Isete Maria. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, n. supl. Abr. 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800005> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800005&lng=en Acesso em 24 abr. 2022.

FRANCO, Maria Helena Pereira; MAZORRA, Luciana. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. **Estud. psicol.** v. 24, n. 04, p. 503-511, Dez. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400009> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400009&lng=en&nrm=iso Acesso em 15 jan. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (Brasil). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Brasília, DF: IPEA; 2019. 736 p.

PIRES, Roberto Rocha (Org.) **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1992.

MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (Brasil). **Política de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.**

Brasília, DF: MDS; 2006.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** Brasília: MS, 2018.

PEREIRA, C. Moçambique: Infectados e Afectados: as crianças que a SIDA deixou. **Buala.**

Moçambique, 19 Abr. 2011. Disponível em: <https://www.buala.org/pt/a-ler/mocambique-infectados-e-afectados-as-criancas-que-a-sida-deixou> Acesso em 17 mar. 2022.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como universo moral. **Cadernos de Pesquisa.** v. 94, n. 01, p. 46-53. Fev. 1994. Disponível em

<http://publicacoes.fcc.org.br//index.php/cp/article/view/875> Acesso 17 jan. 2022.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 45, n. 4, p. 989-955. Ago. 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400028>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WVgR6NWNxfCpXzZ6fkznCdQ/?lang=pt#ModalArticles>

Acesso 09 mai. 2022.

SOUSA, Afra Suelene de. S.; KANTORSKI, Luciane Prado; BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social.

Acta sci., Health sci. v. 26, n. 1, p. 1-9, Jan-Jun. 2004. DOI: 10.4025/actascihealthsci.

v26i1.1603

Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1603/1051>

Acesso 16 mai. 2022.

UNAIDS – THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, UNICEF – THE UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, USAID – UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **A joint report of new orphan estimates and a framework for action.**

Children on the brink. New York: UNAIDS, UNICEF, USAID, 2004.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. For every child, end AIDS – Seventh stocktaking report. New York: UNICEF, 2016.

WORLD BANK GROUP. **The OVC toolkit in SSA - a toolkit on how to support orphans and other vulnerable children (OVC) in Sub-Saharan Africa (SSA)**. Washington: WORLD BANK, 2005.