

CUIDADO MATERNO AOS FILHOS NASCIDOS EXPOSTOS AO HIV/AIDS*MATERNAL CARE TO CHILDREN BORN BEING EXPOSED TO HIV/AIDS**CUIDADO MATERNO A LOS HIJOS NACIDOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA*LÉA MARIA MOURA BARROSO¹MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO²RAQUEL MOTA CAVALCANTE³JULYANA GOMES FREITAS⁴

Objetivou-se avaliar o cuidado materno aos filhos menores de seis meses nascidos expostos ao HIV/Aids com vistas à redução da transmissão vertical. Em ambulatório especializado em Fortaleza/Ce, foram entrevistadas 18 mães no segundo semestre de 2007. Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Questões avaliaram as recomendações para cuidado em saúde na perspectiva da prevenção da transmissão vertical. Nenhuma mãe ofereceu amamentação natural ao filho; 94,4% ofertaram de maneira adequada a Zidovudina® xarope; 27,8% não conduziram o filho para acompanhamento especializado, tampouco realizaram exames específicos; 53,9% tiveram freqüência inadequada nas consultas e 55,6% das crianças não receberam profilaxia para pneumonia e o calendário vacinal estava atrasado. Todas as crianças receberam aleitamento artificial, embora com diluição, freqüência e quantidade inadequadas, e alimentação complementar incorreta. Conclui-se que os cuidados proporcionados aos filhos nascidos expostos ao HIV não estão em total consonância com normas preestabelecidas para redução da transmissão vertical no Brasil.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de imunodeficiência adquirida; Transmissão vertical de doença; Cuidado; Criança.

This study aimed to assess maternal care delivery to children younger than six months exposed to HIV/aids aiming to decrease vertical transmission. Eighteen mothers were interviewed at a specialized outpatient clinic in Fortaleza, Brazil, in the second semester of 2007. It was an exploratory and descriptive study with a quantitative approach. The questions assessed health care recommendations from the perspective of vertical transmission prevention. None of the mothers had breastfed their children; 94.4% adequately offered Zidovudine® syrup; 27.8% had taken their children neither for follow-up at specialized services nor for specialized tests; 53.9% had attended medical appointments inappropriately; 55.6% of children had not received the prophylaxis for pneumonia and had not even received obligatory vaccines in time. All of the children had received artificial milk, with inadequate dilution, frequency and quantity, and incorrect complementary feeding. It is concluded that the care provided to the children exposed to HIV at birth is not fully in line with pre-established standards to reduce vertical transmission in Brazil.

DESCRIPTORS: Acquired immunodeficiency syndrome; Disease transmission, vertical; Care; Children.

La finalidad fue evaluar el cuidado materno a hijos menores de seis meses, nacidos expuestos al VIH/SIDA con la meta de reducir la transmisión vertical. En un ambulatorio especializado en Fortaleza/CE, 18 madres fueron entrevistadas en el segundo semestre de 2007. Estudio exploratorio y descriptivo con planteo cuantitativo. Preguntas evaluaron las recomendaciones para cuidado en salud bajo la perspectiva de la prevención de la transmisión vertical. Ninguna madre ofreció lactancia natural al hijo; el 94,4% ofreció Zidovudina® en jarabe de manera adecuada; el 27,8% no llevó a su hijo para acompañamiento especializado, ni tampoco realizó análisis específicos; el 53,9% tuvo frecuencia inadecuada en las consultas; el 55,6% de los niños no recibió profilaxis para pulmonía y estaba con el calendario de vacunas atrasado. Todos los niños recibieron lactancia artificial, aunque con dilución, frecuencia y cantidad inadecuadas, y alimentación complementaria incorrecta. Se concluye que los cuidados proporcionados a los hijos nacidos expuestos al VIH no están en total consonancia con normas preestablecidas para reducción de la transmisión vertical en Brasil.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Transmisión vertical de enfermedad; Cuidado; Niño.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Rua Desembargador Praxedes, 1120 – Montese. CEP: 60416-530, Fortaleza-CE/Brasil. E-mail: leambarroso@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

³ Enfermeira. Membro do Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas – CNPq/Brasil. E-mail: raquelmota5@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFC/Brasil. Bolsista FUNCAP. E-mail: julyanapitt@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da Aids na década de 1980, até o presente, a dinâmica da disseminação espaço-temporal dessa epidemia no Brasil tem mudado, sobretudo pela progressiva incidência na categoria de exposição heterossexual, culminando com maior número de mulheres infectadas⁽¹⁻²⁾. A Aids apresenta um perfil de feminização, juvenilização, interiorização e pauperização e os indivíduos de qualquer opção sexual são susceptíveis à aquisição da doença, incluindo-se os filhos nascidos de mães infectadas pelo HIV.

No Brasil, de 1980 até junho de 2008, observaram-se 333.485 casos em homens e 172.995 em mulheres. A faixa etária mais freqüente está entre 20 e 49 anos. Ante o aumento de casos entre mulheres em idade fértil, aumentou também o total de casos em gestantes. De 2000 até novembro de 2006 notificaram-se no país 7.217 gestantes soropositivas para o HIV⁽²⁾. Com o aumento dos casos em gestantes, a transmissão vertical (TV) do HIV tornou-se uma preocupação nacional. Até o primeiro semestre de 2008, registraram-se no país 11.607 casos nesta categoria⁽²⁾. Das regiões brasileiras, o Nordeste é a segunda com maior percentual de casos de TV no país. A taxa encontra-se em 7,7%, mas a meta é reduzir para 5,4% (30%) até 2009 e para 3,8% (30%) até 2011⁽³⁾. Desde 1983 até julho de 2008, no Ceará, Estado da Região Nordeste, foram notificados 8786 casos em adultos⁽⁴⁾ e 229 em crianças menores de 13 anos. Em média, o Estado notifica 17 crianças com aids por ano⁽⁵⁾.

O Brasil sobressai no cenário internacional pela defesa e aplicação de ações de controle universal da infecção pelo HIV e da Aids, principalmente com acesso gratuito a terapia específica para adultos e crianças definidos pelos consensos nacionais de terapia⁽⁶⁾. Entretanto, essas não se mostram homogêneas no país, e no relacionado ao programa de redução da transmissão vertical, revela-se frágil quanto à sua organização, administração e avaliação de serviços de saúde⁽⁶⁻⁷⁾.

Segundo indicado por pesquisadores, para serem mais eficazes, além de oferecer tratamento específico, os programas voltados ao HIV/aids precisam entender as barreiras que interferem nos melhores resultados de saúde, sobretudo da população exposta ao vírus e mais empobrecida⁽⁸⁾.

Como determinado pelo Ministério da Saúde para a redução da transmissão vertical, no pós-parto os filhos nascidos de mães infectadas pelo HIV devem receber AZT (Zidovudina[®]) solução oral. Este deve ser iniciado nas primeiras oito horas após o parto e deve ser mantido até os 42 dias de vida da criança. Em face da sua condição, as mães são desencorajadas a não amamentar e nem doar seu leite. Ademais, contra-indica o aleitamento cruzado (aleitamento por outra mulher). Consoante recomendado, as crianças nascidas expostas ao HIV deverão ser alimentadas com leite artificial (fórmula infantil e/ou leite de vaca) e receber alimentação complementar, preparados de maneira adequada para sua idade⁽⁹⁾. Nos primeiros seis meses de vida, a criança deve receber acompanhamento em saúde mensalmente e, a partir do segundo semestre de vida, no mínimo, trimestralmente.

Ainda de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, propõe-se o acompanhamento da criança mediante utilização de parâmetros laboratoriais, uso de medicamento para evitar a pneumonia. Todos os recém-nascidos expostos, a partir de seis semanas de idade, devem receber a profilaxia com Sulfametoxazol-Trimetoprima (SMX-TMP) até completar um ano, exceto se a infecção pelo HIV puder ser descartada nesse período⁽¹⁰⁾.

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids têm enfatizado medidas para o combate à TV do HIV durante gestação, parto e puerpério. Mas a quase totalidade das pesquisas encontradas na literatura, detém-se em constatar e analisar essas práticas somente até o pós-parto na maternidade. Não obstante, após a alta da maternidade a mãe assumirá muitas responsabilidades com o filho, incluindo a continuidade de todas as medidas preventivas, especialmente a substituição do aleitamento materno.

O cuidado representa um comportamento de forma significativa quando este cuidador é a mãe soropositiva, que cuidará de sua criança, quer soropositiva, quer soronegativa. Assim, de forma ambivalente, essas mães convivem com o sentimento de culpa e o medo de gerar uma criança soropositiva. Acreditam também na possibilidade de que sua criança possa brincar e crescer saudável. É possível que essas mães se sintam estimuladas a seguir as orientações dos profissionais de saúde com o objetivo de diminuir a possibilidade de infecção na criança⁽¹¹⁾.

Em virtude dessas crianças requererem cuidados após o nascimento, a mulher-mãe infectada pelo HIV deve excluir a amamentação natural, aprender a cuidar dos seus filhos e dar continuidade às recomendações no intuito de contribuir para a redução da TV. Dessa forma, é essencial a mãe ou o cuidador compreender a necessidade do cumprimento sistemático dessas orientações, além dos riscos decorrentes da não adesão ao seguimento em saúde. Neste contexto, objetivou-se avaliar o cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/Aids com vistas à redução da transmissão vertical.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa do tipo exploratório-descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados realizou-se no segundo semestre de 2007, em um ambulatório de determinado hospital de referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

A população constitui-se de todas as mulheres-mães que informavam filhos menores de seis meses e que aguardavam atendimento no ambulatório no período, tendo-se uma amostra de 18 mães com HIV/aids em acompanhamento. A técnica de amostragem foi intencional e de acordo com os critérios de inclusão dos pares (mãe-filho).

Como critério de inclusão para escolha da mãe foi adotado: ter diagnóstico confirmado de HIV/aids; ter gerado um filho na vigência do HIV; ser responsável pelo cuidado do filho e aceitar participar livremente do estudo. Como critério para escolha da criança: possuir até seis meses de vida e ter nascido sob risco da transmissão vertical pelo HIV. Quanto ao número de participantes, foi definido em função do período do estudo, critérios de legibilidade e mediante a aceitação para participar da pesquisa. Houve cinco recusas e três desistências.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. A primeira parte versou sobre os dados sociodemográficos das mães e condutas seguidas durante a gestação e parto. A segunda foi construída com base nas medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde referente às crianças verticalmente expostas ao HIV após o parto⁽¹⁰⁾. As variáveis foram: uso de AZT, amamentação natural, acompanhamento em serviço especializado, frequê-

ência às consultas em saúde, realização de exames laboratoriais, profilaxia de pneumonia, alimentação e vacinação.

De posse dos dados, estes foram analisados em números absolutos e relativos. Cumpriram-se os aspectos éticos contidos na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾, Brasil e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Pelo protocolo número 025/2008, o Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas aprovou o desenvolvimento do estudo.

RESULTADOS

Para análise das situações do cuidado relatada pelas mães (n=18) infectadas pelo HIV direcionado aos filhos expostos de até seis meses de vida, apresenta-se na Tabela 1. Os dados obtidos baseiam-se nas medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, necessárias para redução da transmissão vertical às crianças nascidas expostas.

Tabela 1- Cuidados apontados por 18 mães infectadas pelo HIV, direcionados aos filhos de até seis meses de vida, nascidos expostos ao vírus. Fortaleza, 2007

Medidas recomendadas para redução da transmissão	N	%
Uso do AZT xarope		
Sim – posologia correta	17	94,4
Não sabe informar	1	5,6
Amamentação natural		
Não	18	100
Acompanhamento em serviço especializado		
Sim	13	72,2
Não	5	27,8
Realização de exames laboratoriais (n=13)		
Sim	5	38,4
Não	8	61,6
Frequência às consultas em saúde (n=13)		
Sim – agendamento adequado	2	15,3
Não – agendamento inadequado	7	53,9
Não realizado agendamento / retorno	4	30,8
Profilaxia de pneumonia (uso do Sulfametoxazol+Trimetropim)		
Sim – início adequado	4	22,2
Sim – início tardio	6	33,4
Não	4	22,2
Suspenso	4	22,2
Alimentação		
Diluição da fórmula infantil		
Adequada	15	83,3
Inadequada	2	11,1
Não soube responder	1	5,6
Frequência / Quantidade		
Adequada	12	66,7
Inadequada	5	27,7
Não soube responder	1	5,6
Alimentação complementar		
Adequada	15	83,4
Inadequada	3	16,6
Vacinação		
Esquema atualizado	16	88,9
Esquema atrasado	2	11,1

Dados relatados pelas mães de crianças nascidas expostas ao HIV revelam que seus filhos tinham em média 2,8 meses. Segundo constatado, 17 delas (94,4%) usaram ou estavam usando o Zidovudina xarope após o nascimento. Uma mãe (5,6%) não sabia informar quanto à execução dessa medida. Em relação à posologia (dosagem), 15 mães (83,3%) mencionaram corretamente a dosagem, enquanto as demais informaram dosagem inadequada ou não sabiam com precisão a quantidade administrada. Relacionado ao AZT, seis crianças (33,4%) receberam o medicamento além do período recomendado, isto é, período superior a seis semanas (dado não apresentado).

No concernente ao aleitamento materno, nenhuma mãe informou ter amamentado naturalmente seus filhos ou feito aleitamento cruzado.

Das 18 crianças, 13 (72,2%) estavam em acompanhamento no serviço especializado e 5 (27,8%) não haviam iniciado o acompanhamento no dia da entrevista. Embora a mãe tenha sido captada para a entrevista no serviço, isto ocorria para o próprio acompanhamento de saúde do filho. Das crianças em seguimento (n=13), apenas 5 (38,4%) fizeram os exames laboratoriais de acordo com o preconizado.

Sobre o comparecimento, todas as mães informaram estar presente no dia predeterminado para o atendimento. Das 13 crianças em acompanhamento, 4 (22,2%) estavam iniciando no dia da entrevista, ou seja, tardiamente, pois a média de idade era de dois meses. Em relação às crianças (n=5) que não haviam realizado seguimento especializado, segundo as mães, o motivo era a falta de horário no serviço para agendamento.

Quanto ao uso de medicamento para prevenção de pneumonia com Sulfametoxazol+Trimetoprim, dez crianças estavam em tratamento. No relacionado à dosagem e início adequado, apenas quatro crianças utilizavam a dose corretamente. Como observado, 4 crianças (22,2%) iniciaram a profilaxia tardiamente por volta do quarto mês de vida. De acordo com o informado, a situação decorreu do atraso do acompanhamento especializado. Dessa forma, inviabilizou-se, também, como observado, o início aos 42 dias de vida. Como evidenciado, 4 (22,2%) crianças não haviam recebido a profilaxia em nenhum período devido ao início do acompanhamento. Ainda no concernente ao

uso do SMX+TMP, foi preciso suspendê-lo em virtude dos resultados dos exames laboratoriais indicarem ausência de transmissão vertical do HIV.

Sobre alimentação, todas as mães disseram receber gratuitamente a fórmula infantil. Destas, 15 (83,3%) a diluíam com base nas informações do próprio produto. No entanto, duas mães hipoconcentravam o leite oferecido, atitude inadequada por provocar transtorno para a saúde, como a desnutrição. Uma mãe não tinha certeza e segurança quanto a essa informação, ou seja, não sabia como de fato estava diluindo o produto.

Ademais, 12 mães (66,7%) ofereciam a fórmula infantil na quantidade e frequência adequadas à idade infantil para cada refeição, porém 5 (27,8%) não recebiam adequadamente. O leite era oferecido em quantidade superior ou inferior à necessidade da criança, embora em frequências corretas; uma mãe alegou recusa do filho a ingerir a medida preestabelecida para a idade e a outra mencionou a falta de orientação para esse fim.

Quanto à alimentação complementar, 15 crianças (83,4%) seguiam corretamente uma rotina alimentar: refeição salgada, papa doce e mingau de cereais. No entanto, 3 (16,6%) mães não cumpriam o recomendado para a idade e, destas, 1 (5,6%) estava em atraso na introdução de alimentos complementares. Ainda conforme os dados, 2 mães (11,1%) informaram a introdução antecipada de alimentos complementares.

No concernente à imunização passiva, 16 (88,9%) crianças estavam com o esquema vacinal atualizado comprovado pelo cartão de vacinação. Entretanto, ao se observar esse documento, 2 (11,1%) crianças estavam com doses atrasadas. Aqui cabe enfatizar: o serviço de saúde local da presente pesquisa, embora especializado, não oferta os imunobiológicos necessários para a prevenção de doenças na infância.

DISCUSSÃO

Desde os primeiros estudos de acompanhamento de crianças nascidas infectadas pelo HIV, ressalta-se a necessidade do uso do AZT logo no início da gestação materna. Alguns estudos, porém, sugerem o cuidado materno após o nascimento do neonato orientado pelo serviço e, de

acordo com as propostas para a redução da TV, destacam a necessidade de ampliação do controle do acompanhamento em saúde^(6-7,13).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde, especialmente de acompanhamento de mulheres infectadas pelo HIV em fase gravídico-puerperal, demonstra precárias condições de assistência para a transmissão vertical no Brasil⁽⁶⁻⁷⁾ e no Ceará⁽¹³⁻¹⁴⁾, sobretudo no relacionado ao acompanhamento em saúde. Também no relacionado a esse fato, pesquisa aponta subnotificação de casos de aids em Fortaleza, indicativo da existência de indivíduos sem diagnóstico⁽⁷⁾. Ante a observação, e em razão de se ampliar o direito à saúde da população, são oportunas as notificações e o acompanhamento de todos os casos confirmados.

Neste estudo, ao se avaliar a condição de cuidado materno ao filho, evidencia-se um reflexo da gestão do serviço, sugestivo de ausência de seguimento da proposta de acompanhamento do Programa Nacional de Aids. Apesar da maioria das mães relatarem à posologia correta do AZT xarope, uma delas não tinha essa certeza e outra mesmo referindo o tratamento correto, ultrapassou o período recomendado. A eficácia do AZT na redução da TV é amplamente divulgada. Tal falha poderia ser corrigida se houvesse um acompanhamento sistemático das ações de promoção da saúde no binômio mãe e filho após o parto.

Diversos estudos confirmam a eficácia do AZT, inclusive quando a intervenção se dá tardiamente na gestação e mesmo quando administrada apenas para o recém-nascido, após o nascimento e alimentando-o exclusivamente com a fórmula infantil^(5-7,13). Conforme proposto, a profilaxia com AZT no recém-nascido deve começar imediatamente após o nascimento, de preferência nas primeiras oito horas de vida. Não há comprovações do benefício após 48 horas do nascimento. A dose recomendada é de 2mg/kg de AZT, via oral, de seis em seis horas nas primeiras seis semanas de vida⁽³⁾.

Sobre os motivos alegados quanto ao uso inadequado do AZT xarope, o principal foi à falta de informação, a qual deveria ter sido prestada à mãe ainda na maternidade. Isto, porém, nem sempre ocorre. Pesquisa corrobora essa situação. Especificamente no Estado onde a presente pesquisa se desenvolveu, no início dos anos 2000 já ha-

via estudo indicando o não seguimento adequado de todas as gestantes infectadas pelo HIV⁽¹⁵⁾. Outro estudo sobre a qualidade da assistência de gestantes e puérperas com HIV encontrou que estas não recebiam orientação quanto à importância da adesão do seguimento do recém-nascido, bem como quanto à regularidade e à administração do AZT⁽¹⁴⁾. Tal fato denota fragilidade da conduta na alta^(13,15), quando também deveria ser reforçada a importância da adesão das consultas e dos anti-retrovirais, principalmente do recém-nascido, necessitando o mesmo de regularidade no tratamento com vistas à redução da TV⁽⁹⁾. Consoante constatou determinado pesquisador⁽¹⁶⁾, ao avaliar a evolução de filhos de mães HIV positivas, daqueles binômios (mãe e filho) que receberam adequadamente a profilaxia com AZT em todos os períodos, nenhuma criança apresentou a infecção pelo HIV, ou seja, não ocorreu a TV.

Como se afirma, o benefício para a acentuada redução da transmissão vertical do HIV com o uso de drogas anti-retrovirais ultrapassa os riscos eventuais dos efeitos adversos⁽¹⁵⁾. Entretanto, até se acumular experiência de longo prazo, exige-se acompanhamento clínico especializado e rigoroso das crianças expostas^(13,17).

Na pesquisa ora elaborada, nenhuma mãe informou ter amamentado o filho ou ter feito aleitamento cruzado. Elas referiram orientações prévias pelos profissionais dos serviços de saúde sobre o risco dessa prática na TV do HIV. Como se sabe, o risco de uma mãe infectada pelo HIV transmitir o vírus para sua criança por meio do leite materno é elevado, entre 7% e 22%, e se renova a cada mamada. O Ministério da Saúde contra-indica, também, o aleitamento materno cruzado⁽⁴⁾. De acordo com o proposto na literatura, os bebês alimentados exclusivamente com fórmula de substituição iniciada logo após o nascimento não correm riscos de adquirir a infecção por HIV para além do período perinatal^(9,18).

Em face da situação, as mães precisam receber informações precocemente sobre os riscos adicionais da amamentação natural, assim como ser orientadas sobre preparação da fórmula láctea infantil ainda na maternidade. Uma das intervenções mais efetivas para evitar a não realização da amamentação natural é começar a orientação para o aleitamento artificial durante o pré-natal⁽¹⁹⁾ e manter essa orientação mesmo após o nascimento.

No presente estudo, crianças ingressavam tardiamente no serviço de saúde para o acompanhamento especializado. Desse modo, elas se prejudicam quanto ao cumprimento das medidas para redução da TV. Neste caso, pode ter ocorrido descaso familiar no acompanhamento da criança e, concomitante, ocorre a omissão do serviço referente ao direito à saúde, especialmente de crianças que estão em risco iminente da infecção ao HIV. Ante o observado, os serviços de saúde não estão cumprindo as recomendações do Ministério da Saúde quanto à frequência das consultas dessas crianças. Estudo de avaliação de qualidade da assistência prestada a gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos no Brasil, aponta as perdas decorrentes da ausência de administração e monitoramento do programa de prevenção à TV no país⁽¹⁵⁾.

A criança exposta ao HIV é considerada de risco. Assim, em tais casos, a Unidade Básica de Saúde deve adotar alguns passos, como: marcar a consulta no serviço de referência se ainda não estiver agendada pela maternidade; realizar puericultura e monitorar o comparecimento da criança às consultas agendadas no serviço de assistência especializada e assegurar-se de que as responsáveis estão recebendo a fórmula infantil⁽³⁾. Segundo instrução do Ministério da Saúde para as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV, é preciso manter acompanhamento periódico em unidades especializadas com pediatras capacitados para o atendimento dessa clientela, pelo menos até a definição do diagnóstico. Nesse caso, a primeira consulta deve ocorrer duas semanas após o parto e deverá ser preferencialmente agendada pela maternidade antes da alta do binômio. Desse modo, serão garantidas a chance de realização desse seguimento de saúde e o recebimento da fórmula infantil. Quanto à periodicidade das consultas, deve ser mensal nos primeiros seis meses e no mínimo trimestral a partir do segundo semestre de vida. Se a infecção pelo HIV for confirmada, o tratamento prosseguirá nesses serviços. No entanto, crianças com diagnóstico de soropositividade descartado poderão fazer o seguimento da puericultura na rede básica de saúde^(3,6,10).

Entre as situações relatadas pelas mães quanto à frequência inadequada nas consultas, observaram-se as seguintes: a desinformação das instituições acerca dessa

especificação ou o despreparo para suprir a demanda; a ausência de marcação da primeira consulta pela maternidade ou unidade básica e, ainda, mesmo quando realizada, o não comparecimento da clientela no dia agendado. Consoante, se avaliou o motivo, o qual estava mais relacionado à qualidade dos serviços de saúde do que à capacidade dessas mães em desempenhar este cuidado em seus filhos. Conforme determinada estratégia, o acompanhamento deve ser marcado pelas instituições onde houve o parto e a puérpera deve ser informada no momento da alta hospitalar.

Ainda conforme verificado ao longo da pesquisa, as crianças que iniciaram tardiamente o acompanhamento em serviço especializado, ou não tinham agendamentos, atrasaram-se também na realização dos exames de rotina. Por medida de segurança propõe-se um roteiro de exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas, o qual poderá ser adaptado de acordo com as especificidades de cada serviço. A justificativa para a realização deste conjunto de exames baseia-se na necessidade de monitoramento de efeitos adversos em virtude da exposição intra-uterina e pós-natal aos anti-retrovirais, bem como na importância da identificação precoce das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV⁽¹⁰⁾.

Avaliou-se nesse estudo que algumas crianças não estavam recebendo o SMX+TMP ou o recebiam com atraso. Desse modo, é possível, que essas crianças permaneceram algum tempo de suas vidas vulneráveis à pneumonia, uma morbidade de alta incidência, porém prevenível. Contudo, por mais que as mães pudessem desempenhar este cuidado adequadamente não o conseguiram em decorrência das dificuldades encontradas, sobretudo no agendamento das consultas de acompanhamento. O estudo aponta estar havendo ineficácia na adoção dessa medida de prevenção, pois parcela significativa de crianças não está tendo acesso a esse benefício em tempo apropriado.

A pneumonia pode ocorrer durante os primeiros meses de vida e é, muitas vezes, fatal em bebês. Não raras vezes, a pneumonia manifesta-se antes de o estado da infecção do filho exposto ao HIV ter sido determinado. Mas esta infecção é tão perigosa e a profilaxia tão eficaz que as diretrizes do Programa Nacional sugerem que todos os filhos expostos ao HIV, e não apenas aqueles sabidamente

soropositivos, recebam a profilaxia. Em contextos ricos de recursos, esta estratégia propicia visível redução da incidência da pneumonia^(10,18).

Consoante recomendado, a profilaxia com SMX+TMP deve ser iniciada pela mãe a partir de seis semanas de vida, quando da suspensão do AZT xarope. A dose deve ser de 750mg, duas doses em dias consecutivos, e o tratamento pode estender-se por até um ano. Caso a infecção pelo HIV seja descartada, pode ser interrompido antes. Entretanto, para crianças infectadas, deve ser mantido além desse período⁽⁴⁾.

Em consonância com o verificado, todas as entrevistadas do presente estudo estavam recebendo gratuitamente a fórmula infantil para a alimentação do seu filho. Essa medida é de extrema importância, porquanto a maioria dessas mães não possui condições econômicas de adquirir uma fórmula láctea apropriada às necessidades do lactente. Tal situação aumentaria o risco da mulher amamentar seu filho por falta de opções para alimentá-lo de outro modo.

Na época do estudo, a fórmula láctea ofertada pelo município de Fortaleza tinha o nome comercial BeBelac® e trazia em sua embalagem uma colher padronizada para medida do pó. Segundo a orientação afixada no rótulo, cada medida deveria ser diluída em 30 ml de água. A maioria das mães confirmou estar diluindo de acordo com as informações do próprio produto. No entanto, como mencionado, duas estavam hipoconcentrando o leite oferecido à criança, o que poderia causar desnutrição. Em relação ao assunto, elas alegaram falta de conhecimento. Como é notório, porém, essas famílias são de baixa renda e geralmente existem outras crianças no lar. Diante disto, tal como referido em outros estudos, a fórmula láctea fornecida gratuitamente é utilizada para complementar a alimentação de outros familiares, sobretudo crianças⁽²⁰⁾. Mencionada atitude é prejudicial, tendo em vista que o volume e a quantidade de refeições lácteas por dia devem estar em consonância com a idade e seguir as recomendações especificadas nas embalagens ou no guia prático⁽²⁰⁻²¹⁾.

Ainda como observado, o preparo da fórmula infantil, quanto à concentração, frequência e quantidade, não foi feito adequadamente por algumas mães, principalmente em virtude da falta de orientação e não entendimento

da mãe sobre as recomendações ou decisão pessoal em alterar a conduta adequada.

Na alta da puérpera a farmácia da maternidade deverá fornecer de duas a quatro latas do produto conforme a disponibilidade da instituição para suprir a necessidade durante os primeiros dias. A partir daí, essa atividade será desempenhada pela instituição especializada onde a criança será atendida. Serão ofertadas mensalmente pelo menos dez latas da fórmula infantil pelo período de seis meses^(10,21).

Quanto à alimentação complementar, embora a maioria a recebesse regularmente, houve relato de atraso ou antecipação na introdução de alimentos complementares, além de frequência e quantidades inadequadas. Essas crianças possivelmente não tinham suas carências nutricionais e metabólicas supridas, o que pode acarretar desnutrição e conseqüente déficit imunológico. Este pode constituir mais um fator de risco para a TV. Como explica a literatura, a desnutrição numa criança HIV positiva geralmente manifesta-se como uma dificuldade de crescimento e essa particularidade pode ser o primeiro indicador de que uma criança exposta está infectada⁽¹⁸⁾.

Conforme proposto, as mães das crianças que ingierem o leite integral (em pó ou fluido) na sua dieta devem acrescentar a partir do segundo mês 100 ml de suco de frutas uma vez ao dia ou a própria fruta. Mas se a criança estiver recebendo a fórmula infantil, não há necessidade de suplementação de ferro e vitaminas, nem outros alimentos antes dos quatro meses de idade. A partir do quarto mês recomendada-se a complementação nutricional com outros alimentos, independentemente da substância láctea utilizada. Daí até o oitavo mês, o número de refeições varia de cinco a seis. Destas, três devem ser à base de leite e cereais ou tubérculos, duas papas de frutas e uma papa salgada. Esta precisa conter um alimento de cada um dos seguintes grupos: cereais ou tubérculos; leguminosas ou grãos; hortaliças ou legumes; alimento de origem animal⁽²¹⁾.

A prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, sobretudo entre as populações menos favorecidas, está intimamente associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e carências específicas de micronutrientes,

particularmente de ferro, zinco e vitamina A. Conforme as evidências indicam, o consumo precoce de alimentos complementares traz conseqüências danosas para a saúde da criança, seja pela exposição a agentes infecciosos, às proteínas heterólogas de alto poder antigênico, e pelo prejuízo na hidrólise e na absorção de nutrientes⁽¹⁶⁾.

Para que essas mulheres possam seguir corretamente as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto à alimentação das crianças não amamentadas, é mister haver orientação prévia por parte dos profissionais, compatível com o nível de escolaridade da mulher, seja durante o pré-natal ou após o parto na maternidade. Com vistas a facilitar o entendimento das mencionadas recomendações, sugere-se a leitura do Guia prático de preparo de alimentos para os bebês verticalmente expostos ao HIV⁽²¹⁾, o qual deverá ser entregue a estas mães. Ademais, a equipe de enfermagem deve prestar as orientações baseadas nesse informativo e esclarecer as adaptações do cardápio, de acordo com a faixa etária.

Como identificado nessa investigação, entre os principais motivos de algumas mães não conseguirem assumir o cuidado pelo seu filho exposto ao HIV, no relacionado à alimentação, constavam a falta de orientação precoce, o nível de escolaridade e a condição econômica da mãe, além do deficiente acompanhamento em serviço especializado.

Das crianças pesquisadas, a maioria estava com o esquema vacinal atualizado, comprovado pelo cartão de vacinação. Contudo, em alguns cartões constavam vacinas pendentes, portanto, com risco aumentado na aquisição de algumas infecções.

Consoante sugerido, a mãe deve cumprir o calendário oficial do Programa Nacional de Imunização para essas crianças, acrescido das vacinas contra *pneumococco*, *meningococo C* e *Influenza*. Deve-se preferencialmente usar as formas inativadas DTPa (componente pertussis acelulaSair), por serem menos reatogênicas, e VIP (vacina inativada da pólio). Esta última principalmente em crianças que convivem com pessoas imunodeprimidas, porquanto há risco de contaminação para estas, já que os vírus são excretados nas fezes⁽³⁾.

Neste contexto, ressalta-se a necessidade de maior atenção a estas crianças, com vista a uma profilaxia adequada durante o seu período intra-útero, para que, no

parto após o nascimento, essas crianças possam ser saudáveis, livres de infecção pelo HIV e, conseqüentemente, contribuindo para a diminuição da incidência da transmissão perinatal no país⁽²²⁾.

E, por meio de todas essas recomendações, espere-se o seu cumprimento, certamente na certeza de uma contribuição no arrefecimento da incidência dos casos pediátricos de aids e para se assegurar melhor qualidade de vida a essas crianças infectadas ou não. Para isso exigem-se esforços de todos os envolvidos no processo de promoção à saúde: mãe-cuidadora, familiares, profissionais de saúde, gestores dos serviços, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A quase totalidade das crianças pesquisadas usou AZT xarope na posologia correta, porém houve um erro freqüentemente encontrado: o uso desse medicamento além do período recomendado. Tal uso pode ocasionar exacerbação das reações adversas. Sobre o assunto, as mães alegaram falta de informação. Quanto à exclusão da amamentação natural, foi mencionada por todas as mulheres, reduzindo-se esse risco adicional na TV.

De acordo com o evidenciado, a maioria das crianças começou tardiamente o acompanhamento especializado, prejudicando-se na adoção de medidas preventivas em tempo hábil. Deduz-se ter existido a omissão das maternidades na marcação do seguimento da criança. De modo geral, os serviços de saúde estão despreparados ou desinformados para cumprir a freqüência indicada no acompanhamento para essa clientela. Como verificado, para a maior parte das crianças não houve consultas marcadas nos devidos intervalos.

Na maioria das crianças, a profilaxia da pneumonia ocorreu tardiamente, e, em conseqüência, ficaram expostas a uma infecção de alta incidência e mortalidade. Este fato foi ocasionado pelo atraso no início do acompanhamento médico especializado, quando o medicamento é prescrito. Percebeu-se, também, que nem sempre os recém-nascidos estavam se alimentando corretamente com a fórmula láctea infantil. A inadequação se confirmava na diluição, quantidade e freqüência ofertada à criança que decorria do início da introdução de alimentos comple-

mentares, motivados pela falta de conhecimento das mães ou por dificuldades econômicas.

Quanto ao calendário vacinal, havia atrasos no cumprimento do esquema instituído para as crianças expostas. Ademais, se utilizava vacina inadequada para as crianças expostas ao HIV, a exemplo da vacina com vírus inativados.

Em face do evidenciado, como se pode perceber na população estudada, embora em um número restrito de participantes, houve diferentes irregularidades em relação aos cuidados dispensados a essa criança sob risco de adquirir o HIV. Tais irregularidades advêm muito mais da falta de conhecimento das mães e da falha dos profissionais e dos serviços de saúde do que de limitações pessoais no cuidado dessas mulheres com seus filhos.

O estudo ora elaborado possibilitou concluir ser indispensável o empenho dos serviços especializados para o acompanhamento de qualidade à saúde da criança exposta ao HIV, em particular, por se tratar de população de risco. Urge assegurar, sobretudo, o que lhe é garantido por lei: o direito à saúde. Com vistas ao alcance dessa meta, é necessário que a concepção de serviço especializado e de referência funcione com base na qualidade e não apenas como preservação de um rótulo. Enfatiza-se, ainda, o seguinte: os profissionais, entre eles os gestores de serviços, são responsáveis pela rede de funcionamento e qualidade de atendimento à clientela, sobretudo no acompanhamento em saúde, não somente na dispensação dos anti-retrovirais, mas em um atendimento humano.

Ademais, cabe às unidades de saúde preparar-se para receber essa clientela adequadamente e propiciar aos profissionais o cumprimento sistemático das medidas preconizadas, seja por meio do suprimento logístico ou de treinamentos relacionados ao tema. Desse modo, espera-se orientar adequadamente as mulheres-mães portadoras do HIV/aids como agentes do cuidado dos seus filhos expostos ao HIV.

REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Carvalho ME. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2002. *Bol Epidemiol DST/AIDS*. 2001;14:35-40.
2. Ministério da Saúde (BR). 1ª à 26ª semanas epidemiológicas. *Bol Epidemiol DST/AIDS*. 2006 Jan-Jun;3(1):1-48.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST/Aids. *Bol Epidemiol DST/AIDS*. 2008 Jan-Jun; V(1):1-36.
5. Secretaria do Estado da Saúde do Ceará (SESA). Informe epidemiológico – situação epidemiológica da Aids. Fortaleza: SESA; 2009.
6. Matida LH, Ramos Jr AN, Moncau JEC, Marcopito LE, Marques HHS, Succi RCM, et al. Aids by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(supl.3):435-44.
7. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(4):483-92.
8. Rajaraman D, Russell S, Heymann J. HIV/AIDS, income loss and economic survival in Botswana. *Aids Care*. 2006;18(7):656-62.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
11. Neves LAS, Gir E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical de doença. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006;14(5):140-7.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

13. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/aids. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):463-9.
14. Nobrega AA, Oliveira FAS, Galvão MTG, Mota RS, Barbosa RM, Dourado I, et al. Desire for a child among women living HIV/AIDS in Northeast Brazil. *Aids Patient Care STDs.* 2007; 21:261-7.
15. Cavalcante MS, Ramos Jr AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(2):131-8.
16. Yoshimoto C E, Diniz EMA, Vaz FAC. Evolução clínico e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(2):100-5.
17. Marques HHS. Avaliação crítica dos efeitos adversos do tratamento anti-retroviral no feto, recém-nascido e lactente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(7):424-30.
18. Rabkin M, El-Sadr W, Abrams E. O manual clínico pediátrico. [Internet]. 2004 [citado 2009 jan 6]; [cerca de 16 p]. Disponível em: http://www.columbia-icap.org/resources/peds/files/pedsclinicalmanual/Pediatric_Clinical_Manual_Portuguese.pdf
19. Duarte G, Quintana SM, El Beitune P. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(12):768-78.
20. Machado MMT, Galvão MTG, Kerr LRFS, Lindsay AC, Cunha AJLA, Leite AJM, et al. Acesso e utilização de alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/Aids. *Rev Eletr Enferm.* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 jan 6]; 9(3): [cerca de 3 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/v9/n3/v9n3a10.html>.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva, Coordenação Geral das Políticas Nacionais de Alimentos e Nutrição, Coordenação Nacional de DST/AIDS. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Cunha GH, Galvão MTG. Inserção de crianças nascidas de mães com HIV/AIDS nos programas de suplementação alimentar. *Rev Rene.* 2007;8(1):71-7.

RECEBIDO: 03/06/2009

ACEITO: 21/08/2009