



Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS

Access and use of infant formula and other foods among children born to HIV positive mothers

Acceso y utilización de fórmula infantil y alimentos entre niños nacidos de mujeres con VIH/SIDA

Márcia Maria Tavares Machado^I, Marli Teresinha Gimenez Galvão^{II}, Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes^{III}, Antonio José Ledo Alves da Cunha^{IV}, Álvaro Jorge Madeiro Leite^V, Ana Cristina Lindsay^{VI}, Robério Dias Leite^{VII}, Christiane Araújo Chaves Leite^{VIII}

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas alimentares de crianças de 0–2 anos, filhas de mães portadores de HIV e foi fundamentado na metodologia qualitativa. Para a coleta de dados utilizaram-se entrevistas com 15 mulheres soropositivas acompanhadas no ambulatório de pediatria de um Hospital de Doenças Infecciosas em Fortaleza, Ceará, de março a junho de 2005, cujas análises apontaram duas categorias temáticas: 1. recebendo o leite artificial - experiência das mulheres soropositivas e 2. os alimentos oferecidos às crianças. Apreendeu-se que existem dificuldades para receber o leite doado a seus filhos, bem como na preparação dos alimentos. Há falta de rotina na distribuição da fórmula infantil nas Unidades de Saúde, demonstrando a complexidade do acompanhamento desse tipo de demanda. As práticas alimentares inadequadas utilizadas pelas mães foram: diluições incorretas, adição de complementos energéticos e introdução precoce de alimentos não lácteos. Conclui-se que há necessidade de equipe capacitada para melhorar a organização e distribuição da fórmula infantil e, principalmente, na orientação e preparo dos alimentos, garantindo a segurança alimentar deste grupo vulnerável.

Palavras chave: Alimentação artificial; Nutrição; Saúde da Criança; HIV-1; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

The aim of this qualitative study was to: examine child feeding practices of children 0-2 years of age born to HIV+ mothers and, identify factors related to the distribution and receipt of infant formula at government health units. Fifteen in-depth interviews were conducted with women who had children

between 0 and 2 years of age and who were receiving health services at the referral Hospital for Infectious Diseases in Brazil by trained interviewers using a semi-structured questionnaire including open-ended questions. Two main themes were identified: 1. issues related to access and receipt of infant formula by HIV+ mothers; 2. child feeding practices. Study results showed that HIV+ mothers face several barriers to access and receive infant formulas for their children and that they also have difficulties with daily child feeding practices. The lack of preparedness of the health units to address the needs of HIV+ mothers with infants was revealed by this study, indicating the complexity of rendering services to this population group by current existing health services. In addition, study

^I Enfermeira. Doutora em Saúde Comunitária. Pesquisadora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. E-mail: marciamachadoce@uol.com.br ou marcia@esp.ce.gov.br

^{II} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunto. Departamento de Enfermagem e do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. E-mail: marli@ufc.br

^{III} Médica. Doutora em Medicina Preventiva, Professora Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. E-mail: ligia@ufc.br

^{IV} Médico. Professor Titular de Pediatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. E-mail: acunha@ufrj.br

^V Médico. Doutor em Epidemiologia Clínica. Professor Adjunto do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina da UFC. alvaromadeiro@pop.com.br

^{VI} Research Scientist. Harvard School of Public Health. ana_lindsay@harvard.edu

^{VII} Médico. Mestre em Pediatria. Professor Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. E-mail: roberioleite@webcabo.com.br

^{VIII} Médica. Mestre em Pediatria. Professor Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. E-mail: chrisgastroped@webcabo.com.br

results showed that the diet of the children is rich in carbohydrates and dairy, with early introduction of "table food" and processed foods. Findings suggest the need for multidisciplinary teams adequately trained to follow up the growth and development of these children in order to guarantee the food security of this high-risk group.

Key words: Bottle feeding; Nutrition; Child Health; HIV-1; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer las prácticas alimentares de madres, portadoras de VIH positivo, con sus hijos nacidos después del diagnóstico de la infección. Estudio seccional exploratorio, fundamentado en la metodología cualitativa. Para la colecta de datos se utilizaron entrevistas individuales con 15 mujeres seropositivas seguidas en el ambulatorio de pediatría de un Hospital de Enfermedades Infecciosas en Fortaleza, Ceará, de marzo a junio de 2005, cuyos análisis

indicaron dos categorías temáticas: recibiendo la leche artificial- experiencia de las mujeres seropositivas; alimentos ofrecidos a los niños. Se observó que existen dificultades para recibir la leche donada a sus hijos, así como en la preparación de los alimentos. Hay una falta de rutina en la distribución de la fórmula infantil en las Unidades de Salud, demostrando la complejidad del seguimiento de este tipo de demanda. Las prácticas alimentarias inadecuadas utilizadas por las madres fueron: dilución incorrecta, adición de complementos energéticos e introducción precoz de alimentos no lácteos. Se concluye que hay necesidad de un equipo capacitado para mejorar la organización y la distribución de la fórmula infantil y principalmente para la orientación y preparación de los alimentos, garantizando la seguridad alimentaria de este grupo vulnerable.

Palabras clave: Alimentación artificial; Nutrición; Salud del Niño; VIH-1; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

INTRODUÇÃO

Entre as possibilidades de transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), a contaminação vertical durante a gestação, no parto e no aleitamento materno vem crescendo em importância, devido ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres ⁽¹⁾. De vinte e cinco a quarenta e quatro por cento da transmissão da mãe para a criança ocorre através do leite materno, nesse caso, o aleitamento natural representa um risco adicional de transmissão do HIV de 7% a 22% ⁽²⁾.

Para diminuir as chances de contaminação da criança, algumas estratégias terapêuticas e preventivas têm sido indicadas durante o período intraparto, no parto e no pós-parto. A mais precoce é o tratamento específico iniciado após a 14^a semana de gestação; seguindo-se do tratamento intensivo

durante o parto e a exclusão do aleitamento materno. O tratamento da gestante HIV positiva aumenta em até 70% a chance de o bebê nascer sem o vírus ⁽¹⁾.

No Ceará, estado da região Nordeste, os casos pediátricos de Aids apresentam o mesmo perfil epidemiológico do Brasil, onde cerca de 85% das notificações em menores de 13 anos têm como modalidade a transmissão vertical. No município de Fortaleza, vêm sendo adotadas a partir de 1998, em algumas maternidades, medidas normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para casos de HIV-AIDS. Inúmeras falhas têm sido verificadas em relação ao registro e acompanhamento de mulheres grávidas infectadas, oferecimento de testes anti-HIV, uso do AZT no pré-natal e parto, tipo de parto a que foram submetidas as gestantes e

acompanhamento da situação sorológica das crianças ⁽³⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil só recomenda oferecer leite materno a filhos de mulheres soropositivas, se esse passar por processo de pasteurização, procedimento que torna inativo o HIV. Essa prática, no entanto, não vem sendo difundida em todo o território nacional ⁽⁴⁾. Nesse contexto, os serviços de atendimento às gestantes devem orientá-las, precocemente, sobre os recursos terapêuticos disponíveis, para diminuir as chances da transmissão vertical do HIV aos seus filhos ^(3,5).

A estratégia de doação de fórmulas infantis para prevenir a transmissão do HIV pelo leite materno tem sido adotada em diversos países. Essa prática diminui o risco de transmissão pós-parto, mas quando não há orientação correta do preparo da fórmula infantil, pode aumentar a morbidade e mortalidade por doenças infecciosas ⁽⁶⁻⁷⁾. Orientações sobre a alimentação devem ser fornecidas para prevenir erros alimentares, além da transmissão pelo leite humano ⁽⁸⁾.

Além disso, deve-se considerar a importância do estado nutricional na manutenção do sistema imunológico dos pacientes infectados pelo HIV. A deficiência de micronutrientes pode contribuir para a imunodeficiência e afetar a replicação viral constituindo um fator importante na transmissão vertical do HIV ⁽⁹⁾.

Para que as estratégias preventivas e terapêuticas que evitam a transmissão vertical sejam efetivas, faz-se necessário identificar precocemente, na gestação, a situação sorológica das gestantes. No Ceará em um estudo realizado com 138 grávidas infectadas pelo HIV, verificou que 35,5% já sabiam da

sua condição sorológica antes da gestação, 48,6% souberam durante o pré-natal, 4,3% descobriram durante o parto e 11,6% após o parto ou pelo diagnóstico da criança. Destas, 84,1% utilizaram xarope de AZT nas primeiras 24 horas de vida e foram alimentadas com leite artificial. No entanto, a continuidade do xarope de AZT nas primeiras seis semanas de vida para a criança, não foi prosseguida ⁽³⁾.

São escassos os estudos publicados no Brasil sobre as práticas alimentares de mães portadoras de HIV aos seus filhos, nascidos após o diagnóstico da infecção. Visando ampliar a reflexão sobre esta temática de relevância para a saúde pública, essa pesquisa teve como objetivo conhecer, sob a visão de mães HIV positivo, como se dá o acesso à doação de fórmula infantil nas Unidades de Saúde e a utilização de alimentos entre crianças de zero a dois anos. Pretende, portanto, contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde na área de HIV/Aids e, subsidiar o sistema de saúde local e nacional.

MÉTODOS

Este estudo está inserido em um Projeto maior intitulado "Práticas alimentares de crianças de 0 a 2 anos, nascidas de mães soropositivas em Fortaleza, CE", compreendendo a primeira etapa deste projeto. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, em Fortaleza, CE, parecer 38/2004.

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Este tipo de pesquisa responde a questões muito particulares, pois se preocupa em trabalhar com um nível de realidade que não pode ser

quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O cenário do estudo foi o ambulatório do hospital público de referência estadual para o atendimento de portadores de HIV, em Fortaleza-CE. No período de março a junho de 2005 as mulheres infectadas pelo HIV com filhos menores de dois anos nascidos na vigência do diagnóstico da infecção pelo HIV foram convidadas, voluntariamente, a participar da pesquisa. As entrevistadoras as abordavam no momento em que chegavam para aguardar a consulta pediátrica, previamente agendada.

Eram elegíveis para a participação no estudo, mulheres que tinham conhecimento clínico e laboratorial da infecção pelo HIV, antes do nascimento da criança. Considerando-se os critérios que definem o grupo de participantes em estudos qualitativos, foram entrevistadas quinze mulheres, quando se obteve a recorrência das falas e repetição de idéias que convergiam para o objeto de estudo. Para manter o anonimato das participantes utilizou-se a nomenclatura "M", seguida pelo número da entrevista (1 a 15), para nomear cada entrevistada.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, gravadas, utilizando-se roteiro semi-estruturado, tendo como foco de atenção as questões relacionadas à prática alimentar vivenciadas com seus filhos, nascidos após o diagnóstico de HIV. Utilizou-se para auxiliar cada pergunta, durante as entrevistas,

um cartão com colagem de figuras/fotos de revistas, que retratava cada situação investigada. Essa estratégia tem sido indicada durante a entrevista, como uma forma para auxiliar as mães a lembrarem com mais facilidade as circunstâncias que foram indagadas e deixá-las mais descontraídas ⁽¹²⁾.

Após cada entrevista as respostas foram transcritas, lidas e avaliadas, utilizando-se o referencial de Bardin, cujas análises apontaram duas categorias temáticas centrais, incorporando-se sub-categorias: 1. recebendo o leite artificial- experiência das mulheres soropositivas (1.1. Facilidades e dificuldades no recebimento da fórmula infantil; 1.2. Estigmas vivenciados ao receber a fórmula infantil; 1.3. Processo inadequado na distribuição da fórmula infantil; 1.4. Escassos recursos sociais); 2. alimentos oferecidos às crianças (2.1. Uso de alimentos ricos em carboidratos e laticínios na dieta das crianças; 2.2. Alimentação da família oferecida precocemente às crianças; 2.3. Alimentos industrializados: uso atual; 2.4. A dieta adequada para a idade).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 15 mulheres com infecção pelo HIV que participaram do estudo, três tinham na ocasião, dois filhos menores de 24 meses, nascidos na vigência do diagnóstico de HIV e vivenciaram, por este motivo, práticas alimentares em duas circunstâncias. Não houve recusa pelas mulheres para participar da entrevista individual. Desta forma, foram envolvidas no estudo, mães de 18 crianças menores de dois anos, no período de março a junho de 2005. As características das mães entrevistadas estão descritas a seguir:

A idade variou de 21 a 44 anos

(média=29,1). Nenhuma das entrevistadas havia concluído ensino superior; dez tinham ensino fundamental incompleto e as demais, ensino fundamental completo e médio incompleto.

Doze mulheres informaram ter relacionamento estável e duas se encontravam solteiras. Uma informava que seu parceiro havia falecido recentemente em decorrência da Aids. O modo de aquisição do vírus entre as entrevistadas foi a relação heterossexual. Apenas uma mulher informava uso de droga endovenosa, associada à transmissão heterossexual.

A renda *per capita*, variou de R\$ 52,00 a R\$ 420,00 (média= R\$ 86,60). Uma das entrevistadas não tinha renda mensal fixa, recebendo no momento, doações espontâneas de familiares.

As entrevistadas apontaram as formas utilizadas para alimentar os filhos, as facilidades e as dificuldades para a aquisição da fórmula infantil nas unidades de saúde. Segundo essas mulheres, diversos problemas existem em decorrência da falta de estrutura e organização dos serviços de saúde, que não estão preparados para atender este tipo de demanda, por envolver um grupo de mulheres soropositivas para o HIV, que vem aumentando a cada ano no Brasil.

O Programa Nacional de aleitamento materno e nutrição do país incentiva o uso do leite materno de forma exclusiva até o sexto mês e, em contraponto, as mulheres HIV positivas são orientadas a evitar essa prática, por se constituir risco de transmissão do vírus para a criança. Desta forma, há indicação para introduzir outros alimentos na dieta infantil, logo após o parto, sendo necessário o

seguimento sistemático para a adequação alimentar e orientação sobre o preparo e a forma correta de uso.

Apresentam-se, a seguir, as categorias apreendidas, a partir das falas das mulheres entrevistadas, quanto às práticas alimentares de seus filhos, na vigência do diagnóstico de HIV.

Recebendo o leite artificial: vivência das mulheres soropositivas

No Brasil o “Projeto Nascer-Maternidades”, dentre seus objetivos, tem o de garantir e criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil (leite em pó de vaca) a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento, até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pômdero-estatural⁽¹³⁾.

Esta prática de doação de leite às crianças nascidas de mães soropositivas consiste na entrega, ainda na maternidade, de duas a quatro latas de leite no momento da alta, devendo o restante de até 60 latas, ser entregue até o sexto mês de vida, disponibilizadas pelo serviço especializado para onde a criança será encaminhada para acompanhamento, até a definição de seu diagnóstico⁽¹³⁾.

No entanto, pouco se conhece sobre como ocorre a distribuição desse leite nos serviços de saúde no Brasil.

A partir da análise das falas das entrevistadas, pudemos observar alguns fatores que facilitaram e dificultaram o recebimento da fórmula de mulheres soropositivas para o HIV, em Fortaleza.

Facilidades e dificuldades no recebimento da fórmula infantil

Alguns estudos apontam que mulheres soropositivas devem ser orientadas sobre o risco de transmissão do vírus pelo leite materno, para que façam a opção de amamentar ou não o filho. Porém, em países onde as condições sanitárias e de acesso à água e à fórmula infantil torna-se restrita, há indicação para o uso de leite materno como forma de propiciar a sobrevivência da criança em condições pouco favoráveis ^(1,6).

No entanto, no Brasil o Programa Nacional da Aids expandiu a doação de fórmula infantil a todas as crianças filhas de mães soropositivas. Para facilitar o acesso das mães para o recebimento do produto, é recomendado pelo Ministério da Saúde que a distribuição seja efetuada no serviço especializado, onde a criança será acompanhada ⁽⁴⁾. A proximidade da casa da mãe com a Unidade de Saúde, pode ser um aspecto que facilita o recebimento do leite. Apreendeu-se a partir da fala das mulheres entrevistadas nesse estudo, que essa prática vem sendo adotada em algumas unidades de saúde, atendendo ao critério de acessibilidade, conforme relatam a seguir:

Eu recebi de um mês até os sete meses. Dez latas. Eu recebia no Gonzaguinha, recebia num posto que tem próximo a minha casa. Tinha dificuldade porque tinha que levar ele todo mês, tinha que esperar e por cima de pau e pedra tinha que ele estar lá pra pesar. M1

Quando ela era recém nascida eu recebia pelo governo uma caixa de leite Nan I todo mês.

Até oito mês. No Posto lá perto da minha casa.

M5

Percebeu-se, entretanto, que diversas dificuldades foram relatadas pelas mães, evidenciando a complexidade do acompanhamento desse tipo de demanda, hoje atendida pelo sistema de saúde. O número crescente de mulheres infectadas pelo vírus propiciou um novo tipo de clientela, muitas vezes não sendo incorporado pelos profissionais de saúde as rotinas de orientação sobre o uso de fórmula infantil e alimentos complementares precocemente ⁽⁵⁾.

A doação do leite possibilita a utilização e divisão pelos demais membros da família, em decorrência da situação sócio-econômica desfavorável em que vivem as famílias ^(4,13). Assim, a doação da fórmula infantil, uma estratégia para evitar a desnutrição da criança nascida de mãe soropositiva, não necessariamente passa a ser exclusividade desta criança. As mães, principalmente aquelas que têm um número maior de filhos, compartilham o leite doado entre eles.

Além disso, a diluição pode ser realizada sem critérios, evidenciando-se que a criança, cujo risco de infecção é maior por não ser amamentada exclusivamente, recebe uma formulação inadequada de nutrientes. Os depoimentos a seguir retratam esta situação:

...Eu bato uma vitamina [referindo-se acrescentar polivitamínico na fórmula] eu só aumento a quantidade [referindo-se a quantidade de água para a diluição do leite em pó]. M3

... os outros dois [referindo-se aos outros filho] que eu tenho em casa né, quando eu tenho eu faço [referindo-se a alimentos diferentes] até pros dois não vou mentir não, eu recebo as dez lata e não uso só pra ele não, uso pro meus dois filhos também. M4

O uso de alimentos preparados de forma incorreta pode colaborar para níveis insuficientes de nutrientes essenciais para o crescimento adequado da criança. Estudos apontam que a diluição excessiva de fórmula infantil reduz os níveis de hemoglobina, o que evidencia o grande número de crianças com anemia ^(9,14). Além disso, o preparo dos alimentos utilizando água e utensílios contaminados acarretam diarreia freqüente e aumento de infecções intestinais ⁽¹⁴⁾. Esse fato leva a um aumento de crianças desnutridas, com baixo peso e crescimento, podendo ser um potencial agravante quando se trata de filhos de mulheres soropositivas.

Estigma vivenciado ao receber a fórmula

O medo que profissionais de saúde divulgassem o diagnóstico de HIV na comunidade fez com que algumas mães evitassem comparecer ao serviço, que se situava próximo de sua residência, para adquirir o leite.

A identificação da soropositividade da mãe por profissionais de saúde, deixava algumas delas constrangidas, ao verificar que estes profissionais as olhavam de forma diferente e percebiam o risco do diagnóstico ser disseminado a outras pessoas na Unidade de Saúde e comunidade. Este fato causou o afastamento de mães e crianças das Unidades Básicas de Saúde. Além disto, muitos desses serviços de saúde mostraram-se despreparados para atender adequadamente esta clientela especial, desconhecendo aspectos éticos:

... quando eu tive o nenê e que fui pra casa eles me cederam dez lata de leite e me

informaram que durante seis meses eu ia ficar recebendo essas dez lata de leite na XXX [serviço de saúde próximo da residência] ... aí passei a receber..., só que no meu bairro o pessoal indisposto e muito atrasado só pode... foi uma recriminação danada, fui muito questionada lá e fiquei tão revoltada que eu não fui buscar mais o leite. Eles diziam: minha filha, o primeiro caso que tem aqui é você, esse caso a gente nem queria botar pra cá porque é a primeira pessoa que tá com esse tipo de doença aqui apresentando no nosso posto. M4

Quando ela nasceu o doutor lá dá [maternidade] ... me deu a folha com o nome ... que eu ia pegar [Local] e o nome do médico. Disse... quando estivesse faltando assim umas cinco lata ... eu ligasse pra lá pra ir pegar mais. Aí então quando eu liguei a moça que atendeu disse que lá não tinha esse tipo de médico e nem tinha esse tipo de leite... liguei duas vezes, três e a mesma estória, aí eu peguei e comprei o leite dela. M6

As falas aqui apresentadas evidenciam a necessidade de avaliação desses serviços de saúde, em relação ao atendimento integral dos clientes e a distribuição da fórmula infantil, que é disponibilizada pelo sistema nacional de saúde. Outro aspecto importante, refere-se a facilidade de acesso da clientela. A unidade de saúde deveria estar próxima a residência da clientela, oferecendo diferentes formas de atendimento. Entretanto, quando se trata de atendimento a portadores de HIV/Aids, esta situação tem sido marcada por evidente desorganização e desestruturação dos serviços.

Em se tratando de estigma, a literatura científica dividiu este tema em dois aspectos: o estigma sentido e o estigma vivido.

Descreve-se que o estigma sentido é caracterizado por sentimentos de vergonha associados à condição de estigmatizado e pelo medo de ser discriminado. Por sua vez, o estigma vivido consiste em ações ou omissões danosas ou que negam bens, serviços ou prerrogativas às pessoas estigmatizadas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nesta perspectiva, neste estudo houve inter-relação dos estigmas. Face ao exposto, deve-se ter presente a necessidade de desenvolver iniciativas que possam constituir um sistema de treinamento para melhorar substancialmente o acolhimento das mães portadoras do HIV nos diferentes serviços para que haja garantia do cuidado direcionado à criança, efetivando-se no mínimo a doação da fórmula láctea para auxiliar no desenvolvimento e crescimento infantil.

O UNICEF é claro ao divulgar que o estigma e a discriminação se caracterizam como obstáculos que impede que as pessoas vivendo com HIV/aids busquem ajuda nas diferentes esferas de atenção⁽¹⁷⁾.

Processo inadequado na distribuição da fórmula infantil

As mães relataram que receberam menos latas de leite do que as dez preconizadas pelo Projeto Nascer⁽¹³⁾. Muitas das entrevistadas utilizaram um discurso agressivo, pleiteando a necessidade de divulgar na imprensa, as falhas na distribuição do leite. Desta forma, pressionavam o serviço a cumprir o direito que lhes é devido:

... no posto eles enrolavam e diziam que não chegava, teve um dia que me deu uma doida que eu peguei e disse que ia chamar o Barra

Pesada [Programa Televisivo Policial da Capital Cearense].. aí a doutora... diretora ... chamou o homem que trabalha lá, aí disse assim: "pega lá o leite dela" e estava lá escondido.... mandou entregar.... peguei e eu disse ... apareceu com mágica foi? ... Sempre foi isso... uma discussão. [referindo-se para receber o leite mensalmente]. M5

Eu recebi da prefeitura até os três mesesdepois dos três meses o pai dela comprou. [referindo-se ao leite] ...porque eles não queriam dar mais porque disse que era eles que compravam, a prefeitura. ...Estava difícil porque ... eu não tinha recebido ainda e ... ele [referindo-se ao companheiro] ganhava mal dava pra gente se alimentar... M8

Percebe-se, a partir dessas falas, que não ocorre de forma sistemática e na quantidade preconizada, a distribuição do leite oferecido gratuitamente pelo governo brasileiro nas unidades de saúde onde essas mulheres soropositivas são acompanhadas com seus filhos. O seguimento desse grupo de mulheres necessita ser avaliado, para que se possam identificar os motivos porque ocorrem essas falhas na distribuição, visando minimizar os riscos nutricionais para essas crianças.

Estudo⁽¹⁴⁾ esclarece que os benefícios da intervenção nutricional em termos da redução da transmissão pós-natal têm sido evidenciados, quando comparado aos potenciais riscos para a saúde infantil. No entanto, essa intervenção nutricional precoce pode trazer efeitos adversos. Um desses efeitos relaciona-se a complementação com outros alimentos, por não ser nutricionalmente apropriado (preparações inadequadas e em pequena quantidade) e com riscos de contaminação dos alimentos.

Escassos recursos sociais

As mulheres entrevistadas nesse estudo apresentam as mesmas características de outras brasileiras contaminadas pelos HIV⁽¹⁸⁾. É conhecido que a baixa escolaridade e a renda mensal insuficiente para cobrir as despesas familiares são fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantil, especialmente quando as crianças não são amamentadas exclusivamente.

A partir das falas apreendidas pelas mulheres entrevistadas em Fortaleza, CE, verificou-se que a pobreza leva ao enfrentamento de dificuldades para o deslocamento às Unidades de Saúde, seja para receber o leite, como também para acompanhar, mensalmente, os filhos. A falta de apoio financeiro ou de vale-transporte pelas instituições, para facilitar o acesso dessas mulheres ao serviço, foi também expressa pelas entrevistadas:

... estou desempregada... mas, graças a Deus ... minha mãe dá um jeito em tudo [referindo-se que a Mãe oferece auxílio para aquisição de alimentos essenciais]. M2

... está difícil pra mim vim pra cá porque nem todo dia a gente tem dinheiro de ônibus, hoje mesmo eu queria pegar dois ônibus pra vir pra cá pra chegar mais rápido e tem só um vale. M9

.... dificuldade para o transporte ... de ir buscar... [referindo-se a busca da fórmula em outro serviço] não tinha o dinheiro da passagem pra ir e vir.... depois que acabou o Nan I [deixou de receber a fórmula gratuitamente] eu tinha dificuldade .. não tinha condições de comprar era caro o leite... M11

Fica evidente a necessidade de estratégias de suporte a essas mães soropositivas para minimizar os possíveis efeitos adversos à saúde de seus filhos, quando mesmo estando disponibilizada a fórmula infantil gratuita, deixam de recebê-la, em decorrência das dificuldades sociais.

Alimento oferecido às crianças

Como recomendação para a saúde pública mundial, de acordo com guidelines orientam o uso do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, com continuidade até os dois anos ou mais⁽¹⁷⁾, com a introdução de alimentos complementares adaptados às necessidades da criança. Entretanto isso é bastante complexo quando, particularmente, observa-se um aumento da prevalência de mulheres grávidas, contaminadas com o vírus HIV^(14,19). Algumas estratégias nutricionais são utilizadas em alguns países para reduzir o risco de contaminação às crianças. Uma delas é a promoção combinada do aleitamento materno exclusivo e a suspensão mais rápida da amamentação. Estudos observacionais têm demonstrado que o aleitamento materno exclusivo apresenta um risco menor para a transmissão do HIV, quando comparado à introdução de outros leites ou alimentos^(1,14).

No entanto mesmo esses estudos apontando essa forma de alimentação como factível, alertam que nos países onde essa prática não é adotada, devem-se acompanhar as crianças e orientar as mães sobre a forma correta e o preparo desses alimentos, evitando assim a desnutrição e mortalidade precoce.

Ao serem questionadas sobre como alimentam seus filhos, as mulheres desse

estudo apontaram diversas formas alternativas de alimentos que são utilizadas para nutri-los.

Uso de alimentos ricos em carboidrato e laticínios na dieta das crianças

A cultura de que o leite acrescido de algum complemento, como o amido, é o alimento que proporciona sustentação e engorda a criança, foi relatada por diversas mães. Além de provavelmente representar a crença de que ao espessar o leite com amido, a mãe estará oferecendo um alimento mais calórico, muitas vezes esta prática deve representar a tentativa de economizar a adição adequada do leite em pó, por ser mais oneroso. Essa preparação inadequada acaba por comprometer o fornecimento adequado de proteínas na dieta do lactente. Ao considerar o leite como um alimento exclusivo na dieta da criança, muitas mães prolongam a sua utilização por um período além do recomendado:

Ele tomava só mingau porque o Nan estava caro e eu não podia comprar de semana em semana treze reais, eu dei logo o mingau de mucilon... [a partir do terceiro mês de vida] ... quando foi aumentando os meses, ele tomava mucilon com leite ninho, eu achava assim que era melhor.... M1

...Leite Nestogeno, agora [8 meses] dou suco, sopinha,. ... com as verduras com frango ou então a carne e eu machuco e dou. M2

Leite Itambé com mucilon....a partir dos oito meses comecei a introduzir cozinho a verdura e quando é galinha eu liquidifico tudinho ou então amasso a verdurinha com sal, bota macarrãozinho... banana e às vezes dou maçã... suco de laranja....M9

Alimentação da família oferecida precocemente às crianças

A introdução de alimentos de transição antes dos quatro meses de idade, pode interferir no estabelecimento de hábitos alimentares. Essa prática pode contribuir para a superalimentação, pois, antes dessa idade, a criança não consegue expressar sensações de saciedade e recusa do alimento, tais como fechar a boca e inclinar a cabeça para trás ⁽⁹⁾. O início precoce da "comida" da família (feijão, arroz, macarrão) na dieta das crianças, como uma forma de estimular o processo de mastigação dos alimentos, foi descrita pelas mães entrevistadas:

Com três meses meus filhos já comiam comida... arroz, feijão, macarrão eu já fico botando na boca deles e eles começam a comer. O que eu fizer pra mim eles comem, galinha com bem gordura mesmo, uma bisteca com gordura eles gostam também, macarrão, tudo meu tem que ter muito óleo tem que ser bem muito oleoso mesmo e eles comem. M5
... almoça, janta... a mesma comida que nós comemos porque ela não quer comer a sopinha dela mais. Às vezes é peixe, carne, arroz, feijão, macarrão, às vezes verdura. (Criança com seis meses). M8

Os fatores de risco tradicionais como: má nutrição, condições sociais dos pais, doenças, pobreza e iniquidades, contribuem de forma importante para a prevalência da desnutrição. Intervenções que previnam e reduzam a má nutrição em crianças filhas de mães soropositivas para o HIV necessitam ser acompanhadas permanentemente pelos profissionais de saúde, para orientar a essas mães sobre a forma correta de preparo e a introdução de alimentos que contenham

composição de nutrientes balanceados, propiciando um crescimento adequado ⁽¹⁾.

A utilização de alimentos industrializados parece estar sendo disseminada nas práticas alimentares de crianças, possivelmente pela praticidade mas, também, pela divulgação massiva da indústria de alimentos, com mensagens veiculadas pela mídia e incorporadas como necessárias pela comunidade:

Duas horas [da tarde] eu dou um danonizinho pra ele, eu dou um danone e não dou daquele caro não, eu dou um de saco com morango... aquele saco grande de leite [bebida láctea]...

M4

...banana ainda não experimentei não e dou assim aquele chaminho vermelho... [Criança com sete meses]. M6

A dieta adequada para a idade

O fato das mães não amamentarem os filhos, indica a necessidade do uso de fórmula infantil preparada conforme as indicações de higiene e de nutrientes necessários à idade cronológica. A preparação dos alimentos deve observar a suplementação de nutrientes, ricos em minerais, ferro e vitaminas, a partir do sexto mês de vida. Verifica-se, através dos relatos, que poucas mães vem adotando uma prática alimentar adequada:

De sal eu dou sopinha, essa sopinha que eu faço de chuchu, batata, beterraba eu machuco todinha, eu não boto carne às vezes eu boto, aí dou suco pra ele porque ele gosta muito de suco de goiaba. O suco se for de laranja é só a laranja mesmo, às vezes eu misturo acelora com laranja e boto só uma acelora mesmo pra dá o gosto e eu faço da laranja mesmo. M4

Eu nunca tive esse negócio de fazer sopinha no liquidificador porque a criança não tem dente eu nunca fiz isso, eu dou arroz mesmo pra eles engolir, feijão, macarrão. Amasso, mas não no liquidificador. Bananada, às vezes eu dava fruta com leite, goiaba batida no liquidificador, suco de beterraba também eu dava pra eles, pegava uma beterraba e botava na água mas sem açúcar e todo dia de noite eu dava um copinha pra ela beber tipo a água dela que era pra não dá anemia nela. M5

O aumento de cobertura das ações que visam a prevenção da transmissão do HIV irá reduzir os riscos da transmissão materno infantil no nosso país. Para que ocorra a redução da transmissão vertical, há necessidade da implementação de ações nos serviços de saúde, quais sejam: aumentar o acesso das gestantes; assistência pós-natal com profissionais adequadamente treinados e a vigilância nutricional das crianças. Essas ações devem permear desde a concepção, até o seguimento das crianças na puericultura ^(6,19).

A ampliação das estratégias de educação em saúde e organização dos serviços visa a prevenção efetiva da transmissão do HIV e a garantia do desenvolvimento e crescimento adequado da criança.

Na maioria dos casos aqui relatados, as mães utilizam uma dieta pobre em nutrientes, o que pode ocasionar um possível déficit no crescimento e desenvolvimento das crianças.

CONCLUSÃO

Observa-se, a partir das falas das mães entrevistadas neste estudo, que há um despreparo dos profissionais de saúde, bem como uma desorganização dos serviços em

relação à distribuição e a oferta dos alimentos às crianças filhas de mães soropositivas. Os serviços de saúde, apesar de serem informados, não normatizam o atendimento às mulheres soropositivas, gerando problemas na distribuição da fórmula infantil para as crianças. Não ocorre em algumas unidades de saúde orientação sobre o preparo dos alimentos às crianças, o que pode ser um risco para infecções e desnutrição, considerando ser este grupo de crianças vulnerável a maiores complicações, caso não seja oferecida uma alimentação adequada.

A partir destas informações, é importante introduzir nas consultas realizadas por médicos e enfermeiros dos serviços de saúde, uma atenção especial na orientação sobre os alimentos nutritivos a serem utilizados no preparo da alimentação das crianças.

Deve-se, também, evitar que as mães soropositivas sejam estigmatizadas nos serviços de saúde, dificultando o acesso para o recebimento das fórmulas infantis após a alta hospitalar, até o sexto mês de vida. Os profissionais de saúde devem ser treinados, periodicamente, sobre atitudes mais humanas e acolhedoras, para facilitar a relação dialógica entre essas usuárias e a equipe das unidades.

Esses achados demonstram a importância da realização de novos estudos para aprofundar esta temática, trazendo subsídios às políticas de saúde local e nacional, bem como para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que minimizem esses problemas.

Entre essas políticas, torna-se evidente a necessidade de equipes multidisciplinares adequadamente capacitadas para realizar o

seguimento dessas crianças, garantindo a segurança alimentar deste grupo vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Iliff P, Piwoz E, Tavengwa N, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*. 2005; 19:699–708.
2. Nduati R, Richardson BA, John G, Mbori-ngacha D, Mwartha A, Ndinya-achola J, Bwayo J, Onyango FE, Overbaugh J, Kreiss J. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: a randomized trial. *Lancet* 2001; 357:1651-5
3. Cavalcante MS, Junior ANR, Silva TMJS, Kerr-Pontes LRS. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia*. 2004; 26(2):131-38.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança – Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Barroso LMM. Avaliação das ações de controle da transmissão vertical do HIV/AIDS entre puérperas atendidas em uma maternidade de Fortaleza-CE. Dissertação [mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC. 2005.
6. Galillard P, Piwoz E, Farley TM. Collection of standardized information on infant feeding in the context of mother-to-child transmission of HIV. *Stat Med*. 2001; 20(23):3525-37.
7. Omari AA, Luo C, Kankasa C, Bhat GJ, Bunn J. Infant-feeding practices of mothers of know HIV status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*. 2003; 18(2):156-62.
8. Coutoudis AE, Goga N, Rollins HM Coovadia, on Behalf of the child Health Group. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health Policy and Planning*. 2002; 17(2):154-60.
9. Friis H, Michaelsen KF. Micronutrients and HIV infection: a review. *Eur J Clin Nutr*. 1998; 52:157- 63.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Hucitec; 2003.
11. Bosi MLM, Martinez FM (Orgs). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ; Vozes; 2004.
12. Thairu LN, Pelto GH, Rollins NC, Bland RM, Ntshangase N. Sociocultural influences on

infant feeding decisions among HIV-infected women in rural kwa-Zulu Natal, South Africa. *Matern Child Nutr.* 2005; 1(1):2-10.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

14. Becquet R, Leroy V, Didier K, Ekouevi, Viho I, Castetbon K, Fassinou P, Dabis François, Timite-Konan M, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus Study Group. Complementary Feeding Adequacy in Relation to Nutritional Status Among Early Weaned Breastfed Children Who Are Born to HIV-Infected Mothers: ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Pediatrics.* 2006; 117(4):701-10.

15. Ayres JRCM, Segurado AAC, Galano E. et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids: cuidado e promoção da saúde multiprofissional. *Aids Novos Horizontes.* São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, 2004.

16. Duffy, L. Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *JANAC.* 2005; 16: 13-20.

17. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Criança). VIH/SIDA Infância y adolescência em América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF; 2005.

18. Oliveira NMG, Machado MMT. O Sentimento do Assistente Social Frente à Pauperização da AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.* 2002; 14(3):16-20.

19. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(3):414-9.

Artigo recebido em 24.04.07

Aprovado para publicação em 10.12.07