

ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NASCIDAS EXPOSTAS AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Julyana Gomes Freitas¹, Gilmara Holanda da Cunha², Larissa de Araújo Lemos³, Léa Maria Moura Barroso⁴, Marli Teresinha Gimenez Galvão⁵

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: julyanapitt@yahoo.com.br

² Doutora em Farmacologia. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: gilmaraholandaufc@yahoo.com.br

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento do Estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lariss_araujo@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: leammbarroso@gmail.com

⁵ Doutora em Doenças Tropicais. Docente do Curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

RESUMO: Objetivou-se caracterizar aspectos da alimentação de crianças nascidas expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Estudo transversal, realizado em hospital de referência para doenças infecciosas em Fortaleza-Ceará, entre janeiro e junho de 2010. A amostra foi de 62 mães que forneceram informações sobre 64 crianças nascidas expostas ao vírus. Na consulta de enfermagem utilizou-se a Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana e formulários de caracterização sociodemográfica e alimentar. Constatou-se que 57,8% das crianças possuíam ingestão inadequada de leite, 55,0% apresentaram alimentação complementar inadequada, 87,0% das mães possuíam alta capacidade para oferta do leite em pó, e em relação à alimentação complementar, a capacidade variou entre moderada (45,7%) e alta (48,5%). Foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem que constataram problemas alimentares e déficits de cuidado que exigem intervenções de enfermagem adequadas ao contexto social de cada paciente.

DESCRIPTORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Criança. Alimentação. Diagnóstico de enfermagem.

FEEDING OF CHILDREN EXPOSED TO THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AT BIRTH

ABSTRACT: The aim was to characterize feeding aspects of children born exposed to the Human Immunodeficiency Virus. Cross-sectional study was developed at a referral hospital for infectious diseases in Fortaleza-Ceará, Brazil, between January and June 2010. The sample consisted of 62 mothers who provided information on 64 children born exposed to the virus. In the nursing consultation, the Assessment Scale of Care Skills for Children Exposed to Human Immunodeficiency Virus at Birth and forms for sociodemographic and dietary characterization were used. It was found that 57.8% of children had inappropriate intake of milk, 55.0% had inappropriate complementary feeding, 87.0% of mothers had a high capacity to offer milk powder and, in relation to complementary feeding, the ability ranged from moderate (45.7%) to high (48.5%). Thirteen nursing diagnoses showing feeding problems and deficits in care that require nursing interventions appropriate to the social context of each patient were identified.

DESCRIPTORS: Acquired immunodeficiency syndrome. Child. Feeding. Nursing diagnosis.

ALIMENTACIÓN DE NIÑOS EXPUESTOS AL VÍRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

RESUMEN: El objetivo fue caracterizar aspectos de la alimentación de niños nacidos expuestos al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Estudio transversal realizado en un hospital de referencia para enfermedades infecciosas en Fortaleza-Ceará, entre enero y junio de 2010. La muestra fue de 62 madres que proporcionaron información sobre 64 niños nacidos expuestos al virus. En la consulta de enfermería fue utilizada la Escala de Evaluación de Capacidad del Cuidar de Niños Expuestos al Virus de Inmunodeficiencia Humana, y un formulario de caracterización sociodemográfica y alimentaria. Se encontró que 57,8% de los niños tenían ingestión inadecuada de leche, 55,0% tenía alimentación complementaria inadecuada, 87,0% de las madres tenía alta capacidad de suministro de leche en polvo, y en relación con la alimentación complementaria, la capacidad varió de moderado (45,7%) a alta (48,5%). Fueron identificados 13 diagnósticos de enfermería que mostraron problemas de alimentación y déficit de atención que requieren intervenciones de enfermería apropiadas para el contexto social de cada paciente.

DESCRIPTORES: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Niño. Alimentación. Diagnóstico de enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de mulheres em idade fértil infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem determinado o nascimento de crianças expostas ao vírus, sendo a Transmissão Vertical (TV) a principal via de infecção pelo HIV nesta população.¹ No Brasil, recomenda-se a substituição do aleitamento materno pelo leite artificial e outros alimentos de acordo com a idade, bem como a zidovudina (AZT) xarope durante as seis semanas iniciais de vida.²⁻³ Tais ações asseguram a proteção à vida e possibilita a diminuição das chances de a criança ser infectada pelo HIV por meio da TV.⁴

A orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a alimentação dos filhos nascidos de mães com HIV/aids é que elas suspendam a amamentação e utilizem os substitutos do leite materno quando forem aceitáveis, acessíveis, seguros e sustentáveis; caso contrário, a OMS recomenda a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida como forma de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade destas crianças.⁵ Diante disso, os cuidadores devem ter acesso às orientações sobre a nutrição artificial indicada aos recém-nascidos expostos ao HIV, bem como os profissionais de saúde devem estar informados sobre estas recomendações para que possam realizar orientações adequadas.⁵⁻⁷

A alimentação para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas envolve a escolha do tipo de leite de acordo com o contexto social e cultural da mãe, além da orientação sobre o recebimento da fórmula infantil gratuita para crianças nascidas de mães com HIV, diluição e preparo do leite, alimentação complementar (AC) e práticas de higiene.⁷ No entanto, estudos afirmam que a alimentação destas crianças está aquém do ideal, mostrando-se inadequada, com a introdução precoce de alimentos complementares, comprovando que as mães carecem de informações acerca da alimentação dos filhos nascidos expostos ao HIV.^{1,8-9}

No Brasil, considerando a faixa etária menor que cinco anos de idade, de 1980 a junho de 2012 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 17.539 casos de aids.¹⁰ No Ceará, o primeiro caso de aids em criança foi notificado em 1985 e dos 184 municípios cearenses, 120 (65,2%) notificaram 2.107 casos, até dezembro de 2012.¹¹

Diante do exposto, sobressai-se a urgência de investigações que aprofundem a temática nesse campo de atuação da enfermagem. Dessa forma,

este trabalho teve por objetivo caracterizar aspectos relacionados à alimentação de crianças nascidas expostas ao HIV, com ênfase no perfil alimentar, na capacidade das mães de prepararem o leite em pó e a AC, além dos diagnósticos de enfermagem resultantes de problemas identificados na alimentação.

MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre janeiro e junho de 2010, em hospital de referência estadual no atendimento de pessoas com HIV/aids em Fortaleza, Ceará, Brasil.

A amostra compôs-se de todas as mães com HIV que levaram seus filhos nascidos expostos ao vírus para consulta de acompanhamento de saúde no período do estudo. Ressalta-se que as unidades amostrais foram as mães, devido ao fato de serem as responsáveis pelo autocuidado dos filhos. Contabilizou-se 62 mães, as quais forneceram informações referentes a 64 crianças nascidas expostas ao HIV, visto que duas mulheres possuíam filhos gêmeos.

Adotaram-se, como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV antes ou durante o parto; possuir pelo menos um filho nascido exposto ao HIV com até 12 meses de idade; estar em acompanhamento de saúde; e ser mãe/cuidadora principal da criança. Como critérios de exclusão foram: déficits cognitivos ou doença mental que impossibilitasse responder aos questionamentos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem à criança, sendo utilizados os seguintes instrumentos: 1) Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica da mãe/criança; 2) Formulário de caracterização do perfil alimentar da criança; 3) Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV (EACCC-HIV), desenvolvida e validada no Brasil.⁶ A escala avalia os cuidados em saúde direcionados às crianças nascidas expostas ao HIV, do nascimento até 12 meses de idade, mediante cinco fatores: fator I - capacidade para administrar o AZT xarope, para crianças com até 42 dias de vida; fator II - capacidade para preparar e administrar leite em pó, para crianças de até um ano de idade; fator III - capacidade para preparar e administrar alimentação complementar, para crianças acima de quatro meses de idade; fator IV - capacidade para administrar a profilaxia com sulfametoxazol-trime-toprima, para crianças com mais de 42 dias de vida até um ano; e fator V - capacidade para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e vacinação.

A escala geral pode obter de 52 a 260 pontos, distribuídos em três níveis de capacidade para cuidar: baixa (52 a 121 pontos), moderada (122-191 pontos) e alta (192 a 260 pontos). Cada fator pode ser avaliado separadamente, indicando o grau de cuidado desenvolvido pela mãe em cada aspecto. Para atender ao objetivo do estudo foram trabalhados somente os fatores II e III da EACCC-HIV, compostos por 17 e 22 perguntas, respectivamente. De acordo com os níveis de capacidade para cuidar, a pontuação da escala varia para o fator II (baixa: 17-40; moderada: 41-64; alta: 65-88) e para o fator III (baixa: 22-51; moderada: 52-81; alta: 82-110). A partir da consulta de enfermagem e informações obtidas por meio dos formulários e EACCC-HIV foram identificados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).¹²

Utilizou-se o software STATA versão 11 para análise de dados. As variáveis foram descritas por distribuições de frequências univariadas e bivariadas. Para as variáveis contínuas, obtiveram-se a média, desvio padrão e mediana. As análises bivariadas foram realizadas para verificar diferenças entre os níveis de capacidade para cuidar, expressos pelos fatores analisados da EACCC-HIV, enquanto para as características maternas utilizou-se o Teste Qui-quadrado Exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% ($P \leq 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde se desenvolveu o estudo, sob protocolo n. 043/2009. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A faixa etária prevalente das mães foi de 20 a 29 anos (46,8%), 66,1% encontravam-se nos estágios iniciais da doença, e o tempo de diagnóstico predominante foi inferior a um ano (61,3%). A paridade concentrou-se entre um e três filhos (88,7%). Quanto ao nível de escolaridade, 32,2% possuíam menos de cinco anos de estudo. A maioria (85,5%) estava desempregada, predominando a renda familiar entre um e dois salários mínimos (46,8%). O valor do salário mínimo na época era de R\$ 510,00. Entre as crianças, 35 eram do sexo masculino (54,7%) e a faixa etária apresentou-se da seguinte forma: oito crianças (≤ 1 mês; 12,5%), 16 (2-3 meses; 25,0%), 18 (4-6 meses; 28,1%) e 22 (≥ 7 meses; 34,4%). Quanto à sorologia (RNA viral), uma criança era reagente (1,6%); 12 eram não reagentes (18,7%); 17

tinham sorologia inconclusiva (26,7%) e 34 ainda não haviam realizado o exame (53,0%).

Concernente ao perfil alimentar das crianças, maior parte não havia sido amamentada pelas mães. Maior percentual fazia uso da fórmula láctea Nestogênio®, mas 37 crianças (57,8%) tinham consumo inadequado do leite, com irregularidades no tocante à diluição e frequência de oferta. Quarenta crianças já possuíam idade para iniciar a AC, no entanto, dez consumiam apenas leite. Muitas apresentaram um consumo inadequado da AC, em que eram utilizados alimentos inapropriados para crianças. Esses dados são descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil alimentar de crianças nascidas expostas ao HIV. Fortaleza-CE, 2010

Variáveis	n=64	%
História de aleitamento materno		
Sim	2	3,0
Não	55	86,0
Aleitamento cruzado	7	11,0
Tipo de leite		
Nenhum	2	3,1
NAN 1®	7	10,9
Nestogênio®	30	46,9
Ninho®	11	17,2
Outro	14	21,9
Consumo do leite		
Adequado	27	42,2
Inadequado	37	57,8
Diluição do leite nas proporções recomendadas		
Diluição hipoconcentrada	7	11,0
Diluição hiperconcentrada	16	25,0
Diluição correta	27	42,2
Não informado*	14	21,8
Frequência da oferta do leite		
Oferta em excesso	30	46,8
Oferta reduzida	7	11,0
Frequência adequada	27	42,2
Alimentação complementar (n=40)		
Sim	30	47,0
Não†	10	15,5
Consumo da alimentação complementar (n=40)		
Adequada	18	45,0
Inadequada	22	55,0

* Não souberam informar a diluição do leite; †Deveriam estar utilizando alimentação complementar, mas ainda não haviam iniciado.

Na tabela 2 mostram-se os aspectos relacionados ao preparo do leite. Quanto aos hábitos de higiene no preparo do leite, observou-se que algumas não lavavam as mãos antes de manusear os

alimentos (11,3%), nem limpavam o local onde os preparavam (9,7%). Ademais, as toalhas de tecido para secar os materiais utilizados no preparo do leite nem sempre estavam limpas e secas (32,3%) e, às vezes, não se higienizavam devidamente as mamadeiras e demais materiais. Muitas mães referiram administrar o leite ao filho pelo menos

até duas horas após o preparo; quando estavam fora do domicílio carregavam consigo água adequada para preparar o leite. Em alguns casos não eram observadas as condições do recipiente de estocagem do leite, data de validade do leite (24,0%), assim como a estocagem em local apropriado (5,0%).

Tabela 2 - Aspectos referentes ao preparo do leite em pó para crianças nascidas expostas ao HIV. Fortaleza-CE, 2010

Aspectos referentes ao preparo do leite em pó (n=62)	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
Lavagem das mãos antes de preparar o leite	7 (11,3)	-	-	-	55 (88,7)
Limpeza do local onde prepara o leite	6 (9,7)	-	-	-	56 (90,3)
Uso de pano de prato limpo e seco exclusivo para secar o material de preparo do leite	20 (32,3)	-	-	-	42 (67,7)
Limpa e ferve o material utilizado no preparo do leite	2 (3,2)	4 (6,5)	10 (16,1)	2 (3,2)	44 (71,0)
Faz limpeza adequada da mamadeira, usando escova própria e fervendo depois	4 (6,5)	5 (8,0)	8 (12,9)	6 (9,7)	39 (62,9)
Quando prepara o leite e a criança não toma logo, usa em até 2 horas	2 (3,2)	3 (5,0)	7 (11,2)	1 (1,6)	49 (79,0)
Quando sai de casa leva água fervida, filtrada ou mineral para preparar o leite	1 (1,6)	1 (1,6)	5 (8,1)	-	55 (88,7)
Observa as condições da lata de leite e validade	15 (24,0)	1 (1,6)	2 (3,2)	2 (3,2)	42 (68,0)
Guarda a lata em local seco e ventilado	3 (5,0)	7 (11,0)	3 (5,0)	16 (26,0)	33 (53,0)

Sobre os hábitos de higiene no preparo da AC, a maioria das mães não higienizava adequadamente frutas e verduras e não utilizava água apropriada no preparo de alimentos. Algumas vezes, o lixo era armazenado inadequadamente no domicílio em recipientes abertos. Grande parcela

das mães (53,3%) sempre usava açúcar no preparo da AC. Algumas crianças consumiam diariamente café, enlatados, frituras e refrigerantes (13,3%). Treze mães utilizavam sempre mamadeira para administrar leite, sopas e vitaminas. Ver tabela 3.

Tabela 3 - Aspectos relacionados à alimentação complementar de crianças nascidas expostas ao HIV. Fortaleza-CE, 2010

Aspectos relacionados à alimentação complementar (n=30)	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Muitas vezes n (%)	Sempre n (%)
Lava frutas e verduras com água corrente, e hipoclorito de sódio ou água sanitária por 30 minutos	28 (93,3)	-	-	-	2 (6,7)
Cozinha a comida da criança com água fervida, filtrada ou mineral	5 (16,7)	-	-	1 (3,3)	24 (80,0)
Faz limpeza da mamadeira a cada vez que for dar o alimento, usando escova e fervendo todo o material	2 (6,7)	2 (6,7)	5 (16,7)	2 (6,7)	19 (63,2)
Limpa o local onde vai preparar o alimento	1 (3,3)	1 (3,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	23 (76,7)
Deixa o lixo em cestos tampados ou sacos plásticos fechados	11 (36,7)	-	1 (3,3)	1 (3,3)	17 (56,7)
Deixa o alimento pronto em cima do fogão por mais de 2 horas	22 (73,3)	2 (6,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	-

Usa açúcar na alimentação	-	2 (6,7)	9 (30,0)	3 (10,0)	16 (53,3)
Consumo de café, enlatados, frituras, refrigerantes, salgadinhos	14 (46,7)	8 (26,7)	3 (10,0)	1 (3,3)	4 (13,3)
Usa liquidificador para fazer papa salgada ou de fruta	1 (3,3)	1 (3,3)	11 (36,7)	3 (10,0)	14 (46,7)
Oferece água nos intervalos das refeições	6 (20,0)	-	-	-	24 (80,0)
Usa mamadeira para dar sopas ou vitaminas	6 (20,0)	2 (6,7)	5 (16,7)	4 (13,3)	13 (43,3)

Quanto à capacidade para cuidar, 62 mães responderam ao fator II, havendo maior frequência para alta capacidade de cuidar (87,0%), ou seja, a maioria das mães tinham alta capacidade para preparar e administrar o leite em pó. Para o fator III, que envolve a capacidade para preparar e administrar a AC, maior frequência de respostas concentrou-se entre a capacidade moderada

(45,7%) a alta (48,5%), assim, a maioria das mães cuidavam a nível moderado a alto (Tabela 4). Não houve diferenças significantes entre a distribuição de variáveis maternas (idade, estágio evolutivo da doença, tempo de diagnóstico, paridade, escolaridade, renda familiar) e capacidade para preparar e administrar o leite em pó e a AC.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis maternas e o nível de capacidade para administrar o leite em pó e a a alimentação complementar. Fortaleza-CE, 2010

Variáveis maternas	Capacidade para preparar e administrar o leite em pó (fator II)			P*	Capacidade para preparar e administrar a alimentação complementar (fator III)			P*
	Baixo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)		Baixo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)	
Faixa etária[†]				0,195				0,836
< 30	-	3 (42,9)	32 (59,3)		1 (50,0)	8 (50,0)	11 (64,7)	
30-39	1 (100,0)	3 (42,9)	21 (38,9)		1 (50,0)	7 (43,8)	5 (29,4)	
40-49	-	1 (14,2)	1 (1,8)		-	1 (6,2)	1 (5,9)	
Estágio da doença				0,791				1,000
HIV	1 (100,0)	4 (57,1)	36 (66,7)		1 (50,0)	9 (56,3)	9 (52,9)	
Aids	-	3 (42,9)	18 (33,3)		1 (50,0)	7 (43,7)	8 (47,1)	
Tempo de diagnóstico[†]				0,508				0,868
≤ 1	-	5 (71,4)	33 (61,1)		1 (50,0)	10 (62,5)	8 (47,1)	
2-5	1 (100,0)	1 (14,3)	15 (27,8)		1 (50,0)	5 (31,3)	7 (41,2)	
≥ 6	-	1 (14,3)	6 (11,1)		-	1 (6,2)	2 (11,7)	
Paridade[‡]				1,00				0,481
1-3	1 (100,0)	6 (85,7)	48 (88,9)		2 (100)	13 (81,3)	16 (94,1)	
≥ 4	-	1 (14,3)	6 (11,1)		-	3 (18,7)	1 (5,9)	
Escolaridade[§]				0,063				0,740
≤ 5	1 (100,0)	5 (71,4)	14 (26,0)		1 (50,0)	6 (37,5)	4 (23,5)	
6-9	-	1 (14,3)	20 (37,0)		-	4 (25,0)	7 (41,2)	
≥ 10	-	1 (14,3)	20 (37,0)		1 (50,0)	6 (37,5)	6 (35,3)	
Renda familiar				0,624				0,928
< 1	-	2 (28,6)	22 (40,7)		1 (50,0)	5 (31,3)	7 (41,2)	
1-2	1 (100,0)	3 (42,8)	25 (46,3)		1 (50,0)	8 (50,0)	8 (47,1)	
≥ 3	-	2 (28,6)	7 (13,0)		-	3 (18,7)	2 (11,7)	

* Valor de P obtido pelo emprego do Teste Qui-quadrado Exato de Fischer; [†]Faixa etária e tempo de diagnóstico: expresso em anos; [‡]Paridade expressa pelo número de filhos; [§]Escolaridade expressa pelo número de anos de estudo; ^{||}Renda familiar em número de salários mínimos. Valor do salário vigente no período: R\$ 510,00.

Com os dados obtidos por meio da consulta de enfermagem, aplicação dos formulários e da

escala, identificaram-se 13 diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia II da NAN-

DA, o que representa um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade para problemas reais e potenciais de saúde ou processos de vida.⁹ A tabela 5 mostra os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios.

Tabela 5 - Diagnósticos de enfermagem relacionados aos cuidados maternos na alimentação de crianças nascidas expostas ao HIV. Fortaleza-CE, 2010

Diagnósticos de enfermagem	n=64
Domínio - Nutrição	
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	7
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	30
Risco de volume de líquidos deficiente	6
Domínio - Atividade/repouso	
Déficit no autocuidado para alimentação	37
Domínio - Percepção/cognição	
Conhecimento deficiente	37
Planejamento de atividade ineficaz	28
Domínio - Papéis nos relacionamentos	
Amamentação interrompida	55
Tensão do papel de cuidador	62
Domínio - Enfrentamento/tolerância ao estresse	
Comportamento de saúde propenso a risco	28
Domínio - Segurança/proteção	
Risco de infecção	64
Risco de contaminação	28
Domínio - Crescimento/desenvolvimento	
Risco de atraso no desenvolvimento	7
Risco de crescimento desproporcional	7

Quanto ao domínio 2, referente à nutrição, identificou-se três diagnósticos: nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais foi caracterizado pela falta de alimento em quantidade adequada e informações incorretas, pois a oferta de leite era inferior à quantidade preconizada, devido à baixa renda familiar; nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais foi caracterizado por ingestão de alimentos concentrados, relacionado à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, o que pode contribuir para o sobrepeso; e em algumas crianças verificou-se que o consumo de líquidos diário era limitado, levando ao risco de volume de líquidos deficiente relacionado à falta de conhecimento da mãe sobre a importância dos líquidos para o organismo e desvios que afetam o acesso aos líquidos, como a baixa condição socioeconômica e extremos de idade.

Observou-se o déficit no autocuidado para alimentação caracterizado pela incapacidade de

preparar adequadamente alimentos para administrar ao filho, relacionado à falta de recursos financeiros e orientações adequadas. Este diagnóstico diz respeito ao cuidador, pois a criança não promove sozinha o autocuidado. Algumas mães denotaram conhecimento deficiente caracterizado por verbalização do problema e seguimento inadequado de instruções, relacionado à falta de informações e falta de interesse em aprender.

Destaca-se a incompetência das mães para diluírem o leite, o fato de que algumas crianças deveriam estar usando a AC, bem como os hábitos de higiene inadequados no preparo de alimentos. Constatou-se o planejamento de atividade ineficaz, caracterizado pela inexistência de recursos, relacionados à falta de apoio familiar, com influência negativa no preparo dos alimentos e administração para a criança. Outro diagnóstico, a amamentação interrompida, caracterizou-se por a criança não receber nutrição em todas as mamadas, relacionado à contraindicação da amamentação, em virtude da infecção pelo HIV.

Tensão do papel de cuidador foi caracterizado por apreensão quanto ao futuro, no concernente à capacidade da mãe cuidar do filho, relacionado à cronicidade da doença e problemas socioeconômicos. Identificou-se o comportamento de saúde propenso ao risco, caracterizado pela mãe não agir de forma a prevenir problemas de saúde, relacionado ao apoio social inadequado, baixa condição econômica e compreensão inadequada.

Risco de infecção é um diagnóstico de enfermagem comum a todas as crianças, seja por imunidade inadequada em face da idade, bem como por serem consideradas potencialmente infectadas, visto que algumas ainda estão em período de soroconversão. Ocorreu o risco de contaminação, tendo como fatores de risco as práticas de higiene domésticas e viver na pobreza, o que aumenta o potencial para múltiplas exposições à infecção, falta de acesso aos cuidados de saúde e dieta insatisfatória. Por fim, algumas crianças tinham risco de atraso no desenvolvimento, tendo como fatores de risco a pobreza, infecções, nutrição inadequada e cuidado pré-natal insatisfatório. Evidenciaram, ainda, risco de crescimento desproporcional, tendo como fatores de risco: pobreza, infecção e comportamentos alimentares mal-adaptados.

DISCUSSÃO

Com vistas a não amamentarem seus filhos, as mulheres com HIV devem ser orientadas sobre o risco de transmissão do vírus pelo leite materno.

Porém, em países onde as condições sanitárias e de acesso à água e à fórmula infantil ainda são restritas, indica-se o uso de leite materno como forma de propiciar a sobrevivência da criança.^{5,13} No Brasil, as crianças que nascem expostas ao HIV têm o direito à fórmula láctea infantil gratuita, pelo menos até seis meses de idade. Cabe à equipe de saúde explicar o preparo do leite e as orientações nutricionais. Para facilitar o acesso das mães ao leite, recomenda-se que a distribuição seja efetuada no serviço especializado no qual a criança será acompanhada.³

Algumas mães administravam o leite e AC de forma inadequada, em relação às quantidades e preparo. Reconhecidamente, a baixa escolaridade e renda mensal insuficiente são fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantil, em especial quando as crianças não são amamentadas. A condição financeira é a situação que mais interfere na qualidade de vida dessas mulheres e pode dificultar o autocuidado e tratamento específico.¹⁴ Acrescenta-se a isso, o fato de as mães não serem orientadas adequadamente. Ressalta-se que apesar da literatura sobre as orientações alimentares para nascidos expostos ao HIV ser restrita, estudos e manuais divulgam orientações que possibilitam facilitar o aprendizado das mães.^{7,15-16}

Diante das dificuldades, evidenciou-se a complexidade do acompanhamento desse tipo de demanda. O número crescente de mulheres com HIV não é incorporado pelos serviços de saúde. Assim, essas mães acabam não recebendo orientações sobre o uso da fórmula infantil e da AC no momento ideal.¹⁷ A alimentação indicada aos filhos nascidos expostos ao HIV deve ser acompanhada ambulatorialmente, caso contrário, pode aumentar o risco de doenças, a exemplo da diarreia e desnutrição, por falta de orientação acerca do preparo dos alimentos, particularmente em ambientes desprovidos de água potável ou privados das devidas condições socioeconômicas e culturais.¹⁸ Além disso, a diluição do leite artificial pode ser realizada sem critérios. Nesta ótica, a criança cujo risco de infecção é maior por não ser amamentada exclusivamente, acaba recebendo também uma formulação inadequada de nutrientes.¹⁴

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou um manual que indica como preparar a alimentação para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Quando for indicado o uso da fórmula infantil, o modo de preparo do leite deve ocorrer conforme as orientações do fabricante constantes no recipiente, de acordo com a idade da criança. Contudo, o leite em pó deverá

ser diluído de acordo com as seguintes orientações: para crianças de 0 a 4 meses, a cada 50ml de água deverão ser acrescentadas 5g de leite em pó; para crianças acima de 4 meses, a cada 50 ml de água se acrescentarão 7,5g de leite em pó.⁷

O uso de mamadeira foi prevalente para a administração de leite e AC. Estudos mostram que mesmo sendo amplamente utilizadas, desaconselha-se o uso de mamadeiras para ofertar qualquer alimento, por ser uma fonte de infecção e interferir na dinâmica oral.¹⁷ Na impossibilidade da amamentação, os alimentos devem ser oferecidos em copos apropriados.⁸

Apesar dos problemas identificados em relação à diluição e preparo do leite e AC, a capacidade de cuidar das mães variou, principalmente, entre moderada e alta. Em relação a este aspecto, as mães com HIV têm medo de que seus filhos sejam soropositivos ou adoeçam com mais frequência. Esse temor perdura até o diagnóstico definitivo do filho, por isso, elas se esforçam, dentro das possibilidades, para cuidar deles da melhor forma possível.¹⁹⁻²⁰

No referente à assistência prestada pelo enfermeiro, o processo de tomada de decisão em saúde exige raciocínio crítico e ações apropriadas para solucionar os problemas identificados. Nesse contexto, os diagnósticos de enfermagem exercem profunda influência na determinação das necessidades dos pacientes, proporcionando subsídios para orientações e condutas adequadas e direcionadas aos problemas existentes.²¹ Nesta pesquisa, alguns diagnósticos de enfermagem foram mais prevalentes, como a nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, conhecimento deficiente, amamentação interrompida, tensão do papel de cuidador e o risco de infecção e contaminação. Diagnósticos semelhantes também foram identificados em pacientes pediátricos de outros contextos, como numa clínica pediátrica de um hospital escola²² e em internação hospitalar por doenças respiratórias.²³

Diante disso, ao prestar cuidados integrais ao ser humano nas diversas formas de assistência à saúde, o enfermeiro requer a utilização de uma metodologia que permita dispensar uma assistência qualificada e ações organizadas. Para tanto, pode-se adotar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um instrumento que permite a identificação, compreensão e elaboração das respostas dos pacientes aos problemas de saúde.²⁴ A SAE na prática assistencial, no ensino e na pesquisa é uma prioridade emergente para a profissão, pois representa uma forma de raciocínio lógico que possibilita uma interrelação de causas e efeitos das alterações

manifestadas pelo paciente.²⁵ Ademais, facilita o estabelecimento de metas, a adoção de condutas de enfermagem e a avaliação da assistência prestada a essas mães que, muitas vezes, passam por privações em diversos aspectos da vida e que podem interferir negativamente nos cuidados ao filho.

Diante dos diagnósticos de enfermagem obtidos, mostram-se relevantes as intervenções de enfermagem direcionadas a essa clientela, pois o suporte nutricional para as crianças nascidas expostas ao HIV é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequado, assim como evita a desnutrição e melhora a qualidade de vida dos pacientes imunodeprimidos, que na maioria das vezes, apresentam alterações celulares que dificultam o fornecimento e assimilação de nutrientes, resultando em perda ponderal e deterioração do estado nutricional. A desnutrição pode influenciar de forma desfavorável na taxa de morbimortalidade, ao diminuir a tolerância ao tratamento e aumentar o tempo e a reincidência de hospitalização.²⁶

A OMS e as Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) apontam que as intervenções nutricionais fazem parte dos programas de controle e tratamento da aids, sendo a nutrição vital para a saúde, independentemente do *status* do HIV, de forma que a atenção à dieta e nutrição pode melhorar a aderência e efetividade da terapia antirretroviral e a qualidade de vida dos infectados ou nascidos expostos ao HIV. Todas as mães soropositivas para o HIV devem receber aconselhamento e apoio periódicos de rotina, para garantir que sejam capazes de tomar decisões apropriadas sobre a alimentação infantil, e de cumpri-las efetivamente. Pesquisas mostram que as mulheres necessitam de contatos pelo menos mensais, com apoio frequente imediatamente após o parto. Este aconselhamento deve prosseguir durante pelo menos 18 meses após o parto, e de preferência por 24 meses.^{5,27-28}

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou as deficiências relacionadas ao preparo e à oferta da alimentação aos filhos nascidos expostos ao HIV. Como constatado, os subsídios para melhoria da assistência à saúde do binômio mãe-filho são necessários para a identificação de problemas e ampliação de planos terapêuticos de cuidado, que sejam capazes de minimizar a morbidade e mortalidade infantil. Parcela expressiva das mães não possuía alta capacidade para preparar e administrar o leite em pó e a AC, o que pode ser reflexo de uma assistência em saúde ainda deficiente, na qual essas

mães não recebem informações apropriadas dos profissionais que as assistem.

Assim, urge essas mães serem orientadas para desenvolverem habilidades, no intuito de superar as dificuldades no seguimento das orientações acerca da alimentação de seus filhos. Ressalta-se a importância da SAE e dos diagnósticos de enfermagem, pois com eles podem ser identificados problemas reais ou potenciais, os quais requerem diversas ações da enfermagem, sobretudo, de educação em saúde. Portanto, enfatiza-se o cuidado de enfermagem como diferencial na assistência prestada a essa população.

A despeito dos resultados deste estudo, mencionam-se algumas limitações. Entre estas, o fato da coleta de dados ocorrer na instituição de saúde, onde não se tem como observar diretamente o preparo dos alimentos, o que só seria possível em visita ao ambiente domiciliar. Ademais, são necessárias mais pesquisas acerca dessa temática, considerando o aumento da infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil e o conseqüente nascimento de crianças expostas ao vírus. Destaca-se o papel do enfermeiro na elaboração de intervenções direcionadas aos problemas existentes, levando-se em consideração o contexto social de cada paciente e os recursos disponíveis para o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev Saúde Pública. 2011 Ago; 45(4):644-51.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília (DF): MS; 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF): MS; 2010.
4. Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Soc Bras Med Trop. 2010 Jan-Fev; 43(1):32-35.
5. World Health Organization (SW). Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva (SW): WHO; 2010 [acesso 2012 Dez 10]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html

6. Barroso LMM, Freitas JG, Galvão MTG. Escala para avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2013 [acesso 2013 Mar 5]; 7(1):772-30. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2944/pdf_2159
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília (DF): MS; 2005.
8. Paim BS, Souza GC. Práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV acompanhadas em quatro serviços especializados de Porto Alegre/RS. *Rev HCPA*. 2010 Jul-Set; 30(3):252-7.
9. Vieira M, Padilha MI, Santos EKA. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Jan-Mar; 18(1):33-40.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDs e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - AIDs e DST. Ano IX n. 01. Até semana epidemiológica 26^a - junho de 2012. Brasília (DF): MS; 2012.
11. Governo do Estado do Ceará (CE). Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, Núcleo de Epidemiologia, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Informe epidemiológico aids. Fortaleza (CE): SESA; 2013.
12. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
13. Atashili J, Kalilani L, Seksaria V, Sickbert-Bennett EE. Potential impact of infant feeding recommendations on mortality and HIV-infection in children born to HIV-infected mothers in Africa: a simulation. *BMC Infect Dis*. 2008; 8:66.
14. Machado MMT, Galvão MTG, Kerr-Pontes LRS, Cunha AJLA, Leite AJM, Lindsay AC, et al. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2007 [acesso 2013 Jan 12]; 9(3):699-711. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a10.htm>
15. Barroso LMM, Galvão MTG, Cavalcante RM, Freitas JG. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/AIDS. *Rev Rene*. 2009 Out-Dez; 10(4):155-64.
16. Machado MMT, Galvão MTG, Lindsay AC, Cunha AJLA, Leite AJM, Leite RD, et al. Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/AIDS, Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 Jul-Set; 10(3):377-82.
17. Schaurich D, Freitas HMB. The HIV/AIDS vulnerability framework applied to families: a reflection. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Aug; 45(4):981-6.
18. Neto ETS, Faria CP, Barbosa ML, Oliveira AE, Zandonade E. Association between food consumption in the first months of life and socioeconomic status: a longitudinal study. *Rev Nutr*. 2009 Set-Out; 22(5):675-85.
19. Araújo MAL, Queiroz FPA, Melo SP, Silveira CB, Silva RM. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 Abr-Jun; 7(2):216-23.
20. Gonçalves TR, Piccinini CA. Experiência da maternidade no contexto do HIV/aids aos três meses de vida do bebê. *Psic Teor Pesq*. 2008 Out-Dez; 24(4):459-70.
21. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010 Jul-Ago; 23(4):526-32.
22. Nóbrega EV, Nóbrega MML, Silva KL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2011 Mai-Jun; 64(3):501-10.
23. Chagas KLM, Lima LHO, Oliveira EAR, Luz GOA. Diagnósticos de enfermagem em crianças com sinais e sintomas respiratórios: um estudo descritivo. *Rev Rene*. 2011 Abr-Jun; 12(2):302-8.
24. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
25. Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de enfermagem em portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jan-Fev; 62(1):92-9.
26. Frota MA, Ramos RP, Mourão SJG, Vasconcelos VM, Martins MC, Araújo MAL. Cuidado à criança com HIV: percepção do cuidador. *Acta Scientiarum*. 2012 Jan-Jun; 34(1):39-45.
27. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (EUA). HIV/Sida, nutrição e segurança alimentar: o que podemos fazer. Uma síntese de princípios de orientação internacionais. Washington (EUA): BIRD; 2008. [acesso 2013 Jan 10]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/HIVAIDSNutritionFoodSecurityPortuguese.pdf>
28. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2010 Maio-Jun; 63(3):371-6.