

QUIMIOPROFILAXIA, ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E IMUNIZAÇÕES DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FAMILIAR

Cristiane Cardoso de Paula*
Fernanda Severo da Silva**
Thayla Rafaella Pasa Toebe***
Marília Alessandra Bick****
Tamiris Ferreira*****
Stela Maris de Mello Padoin*****

RESUMO

Objetivo: avaliar se características da família e da criança interferem na capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV, nas dimensões de quimioprofilaxia, acompanhamento clínico e imunizações. **Método:** Estudo transversal foi realizado com 86 participantes, entrevistados em serviço especializado para HIV, no interior do Rio Grande do Sul, utilizando a Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV. **Resultados:** A alta capacidade (91,9%) para a quimioprofilaxia com AZT foi significativa quando: 3 a 5 pessoas vivem com a mesma renda ($p = 0,10$), a criança não tinha irmãos expostos ao HIV ($p = 0,033$) e não faltaram as consultas ($p = 0,10$). Para quimioprofilaxia com antibiótico (87,2%): a criança realizou nove ou mais consultas/ano ($p = 0,010$) e não apresentou problema de saúde ($p = 0,008$). Para o acompanhamento clínico e imunizações (98,8%): o familiar possuía carteira assinada ($p = 0,044$) e considerou fácil manter acompanhamento ($p = 0,000$); a criança não apresentou problema de saúde ($p = 0,000$) e não fazia outro acompanhamento ($p = 0,001$). **Conclusão:** Características da família (≤ 5 pessoas/renda e não ter outras crianças com HIV), do familiar-cuidador (carteira assinada e percepção de facilidade de manter o tratamento) e da criança (não ter outro problema/demanda de acompanhamento de saúde e assiduidade nas consultas) interferem positivamente na capacidade familiar de cuidar.

Palavras-chave: Saúde do Lactente. Cuidado da Criança. HIV. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Cuidadores.

INTRODUÇÃO

A transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ocorrer durante a gestação, o parto ou após o nascimento pelo aleitamento materno. Entre as recomendações para profilaxia da transmissão vertical estão: quimioprofilaxia antirretroviral e antibioticoterapia, imunizações específicas até definição da condição sorológica da criança, bem como acompanhamento clínico periódico em serviço de saúde especializado^(1,2). No Brasil, há contra-indicação do aleitamento materno para mulheres infectadas pelo HIV, sendo indicada a utilização de fórmula láctea infantil⁽³⁾.

Conforme as recomendações, a quimioprofilaxia com antirretrovirais é realizada com zidovudina (AZT) solução oral, com a primeira dose preferencialmente ainda na sala de parto, administrada de 12 em 12 horas até o final da quarta semana de vida. E nevirapina

adicionada ao esquema medicamentoso até as primeiras 48 horas de vida para crianças de mães que apresentaram baixa adesão à terapia, carga viral maior que 1.000 cópias/ml documentada, outra infecção sexualmente transmissível, e para parturiente com resultado de teste reagente no momento do parto^(1,2). A antibioticoterapia é realizada com Sulfametoxazol (SMX) + Trimetoprima (TMP), na posologia de duas doses diárias, três vezes por semana, em dias alternados, visando a prevenção da pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, a partir de 28 dias de vida da criança até que a mesma possua duas cargas virais indetectáveis^(1,2). Essa quimioprofilaxia é necessária em razão da maior suscetibilidade a infecções em membros dessas famílias⁽³⁾.

As imunizações devem seguir o calendário vacinal de crianças vivendo com HIV, até definição da sua condição sorológica^(3,4-5). O acompanhamento recomendado em Serviço de Assistência Especializada (SAE) deve contemplar

*Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>. Autor Correspondente.

**Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Hospital Estrela. Estrela, RS, Brasil. E-mail: feh.severo@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4078-6768>.

***Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: thaylatoebe@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0812-4641>.

****Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem, UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: mariliabick@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8744-7790>.

*****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, UFSM Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: tamirisf26@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2090-2314>.

*****Enfermeira. em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3272-054X>.

as especificidades da exposição ao HIV, e ser realizado mensalmente, no primeiro semestre e, no mínimo, bimensal até confirmação sorológica. Além disso, o acompanhamento habitual de puericultura deve ser realizado em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS)^(3,6-7).

Especialmente nos primeiros anos de vida, a criança se revela frágil, vulnerável e dependente de proteção e de cuidados, demandando um cuidador para atender suas necessidades. Essa demanda é assumida por um membro do núcleo familiar, majoritariamente, a mãe. Quando a criança é exposta ao HIV, o cuidador-familiar precisa desenvolver habilidades para cuidá-la devido as demandas particulares da infectologia, a exemplo da quimioprofilaxia antirretroviral e antibioticoterapia, imunizações específicas e acompanhamento clínico periódico em serviço de saúde especializado⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A criança torna-se ainda mais vulnerável quando um ou mais membros da família possuem diagnóstico positivo para o HIV. O cuidado é influenciado quando a família está sob impacto da descoberta da infecção, com medo do estigma e preocupada quanto à possibilidade de transmitir o vírus à criança⁽¹¹⁾. Frequentemente, a rede de apoio de quem tem HIV é restrita, o que implica em ressalva no compartilhamento dos cuidados da criança com outros familiares^(8,11-12).

A oferta de apoio e orientações adequadas pelos profissionais de saúde ao familiar podem facilitar os cuidados prestados à criança no domicílio, visto que é ele quem o realiza diariamente⁽¹³⁾. Então, identificar como esse cuidado é desenvolvido e o quanto os familiares sentem-se capacitados em prestá-lo oportuniza o levantamento das fragilidades e potencialidades que podem direcionar as orientações e intervenções de acordo com as necessidades observadas, para promover o crescimento e desenvolvimento infantil adequado.

Assim, o objetivo foi avaliar se as características da família e da criança interferem na capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV, nas dimensões de quimioprofilaxia, acompanhamento clínico e imunizações.

METODOLOGIA

Este estudo transversal foi desenvolvido no período de dezembro de 2015 a setembro de

2017, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O município foi escolhido considerando classificação dos 100 municípios brasileiros com maior índice composto de HIV, o qual compreende indicadores como taxa de detecção, taxa de mortalidade e primeira contagem de CD4 para compor o ranking com as classificações dos municípios, oferecendo parâmetros epidemiológicos e operacionais⁽¹⁴⁾.

Os participantes foram os familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV, com idade de zero a 18 meses de idade e em acompanhamento em serviço de saúde. Como critérios de inclusão: reconhecer-se como cuidador principal da criança e acompanhar a rotina diária dessa. E como critérios de exclusão: criança institucionalizada (pois não possuem como cuidador um familiar), perda de seguimento ambulatorial (mais de um ano sem acesso ao serviço) e/ou sem contato telefônico (após 10 tentativas em dias e turnos diferentes).

Os participantes foram acessados nos dias de consulta da criança no ambulatório de infectologia Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria, considerado serviço especializado para o atendimento de pessoas vivendo com HIV. Para aquelas sem agenda de consulta no serviço, no período, buscou-se contato telefônico fornecido pelo serviço de saúde, mediante o qual era apresentada a pesquisa e posterior coleta de dados.

Para acessar os familiares, foi utilizada uma lista com as notificações de crianças nascidas expostas ao HIV no período de junho de 2014 a agosto de 2017. Foram excluídas 08 crianças que eram institucionalizadas e 30 crianças com perda de seguimento ambulatorial e/ou sem contato telefônico. Quinze (15) familiares se recusaram a participar e dois (2) desistiram durante a coleta de dados, portanto, a população pesquisada contou com um total de oitenta e seis (86) familiares de crianças verticalmente expostas ao HIV.

A coleta de dados foi procedida por equipe (três estudantes de mestrado e seis de iniciação científica) devidamente capacitada pela coordenadora do projeto, a qual supervisionou a execução com encontros semanais para discussão das dificuldades.

Utilizou-se um instrumento de caracterização do familiar que cuida da criança e outro com a caracterização da criança. As variáveis para o

familiar foram: sexo (masculino ou feminino), idade (17 a 26 anos, 27 a 36, 37 a 46), estado civil (convive com companheiro, divorciado, solteiro, viúvo), escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio, ensino superior), município de residência, zona (urbana, rural, periurbana), situação empregatícia (desempregado, empregado com carteira assinada, empregado sem carteira assinada), renda familiar mensal considerando o salário mínimo no valor de R\$ 879,00 (sem renda, <1 salário, de um a dois, > 2), número de pessoas que convivem com a renda (\leq duas pessoas, três a cinco, > cinco), relação com a criança (mãe, pai, pais adotivos), possuir outra criança sob seus cuidados (sim ou não) e número de filhos (um filho, entre dois a quatro filhos, mais de cinco filhos). E as variáveis clínicas foram: possuir HIV (sim ou não), via de infecção (desconhece, sexual, ignorado), tempo de diagnóstico (< 1 ano, 1 a 5, 6 a 10, >11), faz tratamento para o HIV (sim ou não), algum problema de saúde (sim ou não), ingere bebidas alcoólicas (sim ou não) e faz uso de drogas (sim ou não).

Para a criança exposta as variáveis foram: possuir irmãos expostos ao HIV (nenhum, um a dois, \geq três irmãos), atendimento no serviço de saúde especializado (ao nascer, menos de um mês, entre um e dois meses, outra), número de consultas no último ano (uma a quatro, cinco a oito, nove ou mais, nenhuma), faltou alguma consulta (não, sim até duas), manter o acompanhamento da criança (difícil, mais ou menos, fácil), sabem qual é o serviço de saúde de nível primário mais próximo de sua casa (sim, não), levam a criança nesse serviço (sim, não), situações para levar a criança no serviço de saúde de nível primário (consultas, vacinas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sempre que necessário), possuir problema de saúde (sim, não), faz algum outro acompanhamento em saúde (sim, não).

Foi aplicada também a Escala de Avaliação da Capacidade de Cuidar de Crianças Expostas ao HIV (EACCC-HIV), validada⁽¹⁵⁾, composta por 52 itens e cinco dimensões. Nesse estudo foram contempladas as dimensões I (capacidade para administrar o AZT xarope, em crianças de até 28 dias de vida), IV (capacidade para administrar a profilaxia com Sulfametoxazol e Trimetoprima -

SMX e TMP, em crianças maiores de 28 dias) e V (capacidade para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e vacinação, em crianças até um ano). Na escala, do tipo *likert*, o participante pode indicar apenas uma alternativa, variando entre 01 (nunca) e 05 (sempre), quanto maior for o somatório obtido pelas respostas, maior é a capacidade para cuidar, classificando-se em baixa (dimensão I e IV de 4 a 9, e dimensão V de 5 a 9 pontos) moderada (dimensão I e IV de 10 a 15, e dimensão V de 10 a 19 pontos) e alta (dimensão I e IV de 16 a 20, e dimensão V de 20 a 25 pontos).

A inserção dos dados foi realizada no programa Epi-info®, versão 7,2, com dupla digitação independente para garantir a exatidão dos dados. Após a correção de erros e inconsistências, foram exportados para o programa estatístico R para a análise. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. Considerou-se como variáveis independentes aquelas pertencentes à caracterização sociodemográfica e clínica do familiar e da criança. Como variável dependente, considerou-se as pontuações obtidas por dimensão da EACCC-HIV. A associação das variáveis de caracterização com as dimensões da escala foram realizadas por meio das correlações utilizando o Teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 50609615.1.0000.5346) e dispôs de termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes.

RESULTADOS

Entre os participantes, a maior abrangência foi de mulheres (97,7%), mães (95,3%), com idade entre 27 a 36 anos (52,3%), conviviam com companheiro/a (72,1%), escolaridade de ensino médio completo (52,3%), estavam desempregadas (62,8%) e com renda familiar entre um e dois salários mínimos (40,7%), sendo que (55,8%) possuíam outras ocupações que não a do lar. A maioria residia no município de Santa Maria (74,7%) em zona urbana (83,7%), e possuíam entre 2 a 4 filhos (59,3%), dispensando cuidados a outras crianças (67,4%). Quanto à caracterização

clínica, houve a prevalência de mulheres infectadas pelo HIV (95,3%), por relação sexual (55,8%), com tempo de diagnóstico entre 01 e 05 anos (38,4%), em tratamento (88,4%). A maioria não usava nenhum tipo de drogas (96,5%) ou bebidas alcoólicas (65,1%), e não apresentavam problemas de saúde (87,2%).

Quanto à caracterização das crianças, 61,6% não possuíam irmãos expostos ao HIV, 33,7% tiveram o primeiro atendimento ao nascer, 98,8% desses atendimentos foram no serviço especializado, 53,5% tiveram de 1 a 4 consultas agendadas no último ano, 79,1% nunca faltaram nas consultas agendadas, 61,6% consideraram fácil manter o acompanhamento da criança, 94,2% souberam referenciar qual o serviço de saúde de nível primário mais próximo de sua casa. Apenas 64,0% das crianças foram levadas para atendimento na atenção primária a saúde, 5,8% para consultas, 12,8% para realização de vacinas e 45,3% sempre que necessário, 79,1% das crianças não apresentavam nenhum problema de saúde e 53,5% não faziam outro acompanhamento em saúde.

A avaliação da capacidade dos familiares para preparar e administrar a profilaxia antirretroviral, utilizando AZT xarope foi considerada por 91,9% (n = 79) como alta e indicou que para 97,6% (n = 81) o preparo sempre foi realizado de acordo com a orientação médica. A frequência de oferta dessa quimioprofilaxia foi realizada, sempre, de acordo com as orientações para 95% (n = 78). Quando questionados acerca de ter deixado de oferecer a quimioprofilaxia à criança em algum momento, 73,8% (n = 63) responderam que nunca ocorreu. Entretanto, 26,2% (n = 19) informaram que ao menos alguma vez deixaram de oferecer o medicamento à criança. Quanto ao período de duração da administração do medicamento, 81,4% (n = 70) relataram conhecer o tempo recomendado de duração da profilaxia. Três participantes não responderam a essas questões devido à hospitalização da criança, o que impossibilitou a realização desses cuidados.

A capacidade dos familiares para preparar e administrar a quimioprofilaxia com SMX + TMP foi considerada alta para 87,2% (n = 75). O medicamento foi sempre preparado segundo as orientações por 96,5% (n = 83). Quanto à frequência e o intervalo recomendado de oferta do medicamento à criança, 93% (n = 80)

consideraram que sempre o realizavam. A ausência de administração do medicamento, por razão de esquecimento, nunca ocorreu para 73,3% (n = 63). Entretanto, quanto à administração de medicamentos que não foram prescritos, apenas 39,5% (n = 34) informaram que nunca a realizaram.

Para o acompanhamento clínico e imunizações das crianças expostas ao HIV, a avaliação dos familiares indicou 98,8% (n = 85) de alta capacidade. A assiduidade ao acompanhamento clínico foi relatada por 96,5% (n = 83). Todos (n = 86) informaram que sempre levavam a criança para a realização de exames no dia agendado pelo serviço. Quando questionados do esforço próprio realizado para manter o acompanhamento clínico, todos (n = 86) relataram que fazem o possível para conseguir levar a criança para consultas ou exames. Em ocasião de adoecimento da criança, 91,9% (n = 79) informaram que procuraram atendimento de saúde, mesmo sem agendamento prévio. E acerca das imunizações, 93% (n = 80) informaram que sempre levaram as crianças no dia agendado para a vacinação.

A avaliação da capacidade familiar para a quimioprofilaxia, imunizações e acompanhamento clínico da criança exposta ao HIV, apresentou relação estatisticamente significativa, quando relacionada com alguns fatores sociodemográficos e clínicos do cuidador principal da criança. A alta capacidade para preparar e administrar a quimioprofilaxia com AZT apresentou relação de significância com a quantidade de pessoas que vivem com a mesma renda familiar, sendo que famílias com 03 a 05 membros possuem maior capacidade para administrar o medicamento (p = 0,010). A criança não ter irmãos expostos ao HIV (p = 0,033) e não faltar às consultas de acompanhamento (p = 0,010) foram associados de maneira significativa à alta capacidade (Tabela 1).

Para a quimioprofilaxia com antibiótico (SMX-TMP), a alta capacidade familiar esteve significativamente associada ao maior número de consultas (≥ 9) agendadas para a criança (p = 0,010), e para aquelas que não apresentavam problemas de saúde (p = 0,008) (Tabela 2).

A alta capacidade familiar para garantir o acompanhamento clínico e as imunizações mostrou relação estatisticamente significativa com o fato de esse familiar estar empregado com

carteira assinada ($p = 0,044$). Além do mesmo considerar fácil manter o acompanhamento de saúde da criança ($p = 0,000$).

Quanto aos dados da criança exposta ao HIV, a alta capacidade familiar para garantir o acompanhamento clínico e as imunizações

mostrou relação estatisticamente significativa com a criança não apresentar problema de saúde ($p = 0,000$) e não fazer nenhum outro tipo de acompanhamento clínico além da infectologia ($p = 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 1. Correlações entre a capacidade para garantir a quimioprofilaxia com AZT à criança exposta ao HIV com fatores sociodemográficos e clínicos do familiar. Santa Maria, RS, 2017 (n = 83)

Variáveis	Baixa / Moderada n (%)	Alta n (%)	P
Nº de pessoas que vivem com a renda			
Até 2 pessoas	01 (50)	01 (50)	0,01
3 e 5 pessoas	02 (3,5)	55 (96,5)	0
Mais de 5 pessoas	01 (4,2)	23 (95,8)	
A criança tem irmãos expostos ao HIV?			
Nenhum	01 (1,9)	51 (98,1)	0,03
1 a 2	01 (4,8)	20 (95,2)	3
3 ou mais	02 (22,2)	07 (77,8)	
A criança faltou alguma consulta de acompanhamento?			
Sim	03 (20,0)	12 (80,0)	0,01
Não	01 (1,5)	66 (98,5)	0

Fonte: Autoria própria, preparado para este estudo.

Tabela 2. Correlações entre a capacidade para garantir a quimioprofilaxia com antibiótico à criança exposta ao HIV com fatores sociodemográficos e clínicos do familiar. Santa Maria, RS, 2017 (n = 86)

Variáveis	Baixa / moderada n (%)	Alta n (%)	p
Nº de consultas agendadas no último ano			
1 a 4	02 (4,5)	42 (95,5)	0,01
5 a 8	06 (24)	19 (76)	0
9 ou mais	-	10 (100)	
A criança tem algum problema de saúde?			
Sim	05 (29,4)	12 (70,6)	0,00
Não	03 (4,6)	62 (95,4)	8

Fonte: Autoria própria, preparado para este estudo.

Tabela 3. Correlações entre a capacidade para garantir as imunizações e acompanhamento clínico da criança exposta ao HIV com fatores sociodemográficos e clínicos do familiar. Santa Maria, RS, 2017 (n = 86)

Variáveis	Baixa/moderada n (%)	Alta n (%)	P
Vínculo empregatício			
Sim, com carteira assinada	-	19 (22,1)	
Sim, sem carteira assinada	01 (1,2)	11 (12,8)	0,044
Não	-	55 (100)	
Manter o acompanhamento da criança*			
Difícil	-	14 (16,5)	
Mais ou menos	-	18 (21,2)	0,000
Fácil	-	53 (62,3)	
Criança tem algum problema de saúde?*			
Sim	-	17 (20)	0,000
Não	-	68 (80)	
A criança faz outro acompanhamento de saúde?*			
Sim	-	34 (42,5)	0,001
Não	-	46 (57,5)	

Fonte: Autoria própria, preparado para este estudo.

*85 cuidadores responderam este questionamento. **80 cuidadores responderam este questionamento.

DISCUSSÃO

A alta capacidade para administração da quimioprofilaxia encontrada no presente estudo

converge com estudo realizado em Fortaleza, região nordeste do Brasil, com mães infectadas pelo HIV com filhos expostos ao vírus, o qual identificou alta capacidade para administrar o AZT (72,7%) e para administrar a quimioprofilaxia com antibiótico (76,5%)⁽⁹⁾.

Entretanto, a alta capacidade para garantir as imunizações das crianças expostas ao HIV apontada pelo presente estudo diverge dos resultados encontrados no mesmo estudo realizado em Fortaleza. Os autores indicaram que as imunizações nos primeiros meses de vida da criança seguiam o calendário nacional, mas conforme a idade dessas crianças avançava, foram identificadas incompletudes no número de doses ou atraso na realização⁽⁹⁾. Outro estudo desenvolvido com mães de crianças expostas ao HIV, também em Fortaleza, apontou que as cuidadoras justificam a não adesão ao esquema vacinal por desconhecimento da necessidade de vacinas especiais para crianças expostas. Também, apontaram a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de suprimento das vacinas nos serviços de saúde e as barreiras para o enfrentamento do preconceito⁽¹⁶⁾.

Quanto ao acompanhamento clínico das crianças expostas ao HIV, os familiares também apresentaram alta capacidade. Esse resultado converge com aqueles obtidos em Fortaleza, nos quais a totalidade de mães apresentou alta capacidade para manter o acompanhamento⁽⁹⁾; sendo que três anos antes, apenas 23% garantiam o acompanhamento clínico adequado das crianças⁽¹¹⁾. Inferimos que a qualidade do serviço de saúde prestado à população tem influência na capacidade familiar para garantir o acompanhamento clínico, em razão da considerável melhora no comparecimento às consultas com o passar dos anos. Garantir o acompanhamento de crianças expostas em ambulatórios de infectologia pediátrica é fundamental para o adequado desfecho do caso de exposição, além de possibilitar maior efetividade na profilaxia da transmissão do HIV após o nascimento da criança, integrando os indicadores da capacidade familiar na realização dos cuidados para com essas crianças^(6,7).

O cuidador principal da criança exposta ao HIV frequentemente é a própria mãe, que além dos cuidados cotidianos direcionados à criança em desenvolvimento, precisa, nessa situação,

contemplar os cuidados referentes à profilaxia da transmissão vertical do HIV, por meio da quimioprofilaxia⁽⁸⁾. O presente estudo evidenciou a relação entre a alta capacidade para administrar o medicamento AZT com a presença de 3 a 5 pessoas vivendo com a mesma renda no domicílio. Nesse sentido, um estudo desenvolvido com cuidadores de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV, que estavam em seguimento em um serviço especializado no Nordeste do Brasil, indicou a presença de outros membros da família participando do cuidado medicamentoso à criança como fortalecedor do apoio social do cuidador⁽¹¹⁾.

A assiduidade da criança nas consultas de acompanhamento foi significativamente relacionada a alta capacidade para administrar a quimioprofilaxia com AZT. E o maior número de consultas realizadas no último ano foi significativamente associado a alta capacidade para administrar a quimioprofilaxia com antibiótico (SMX-TMP). Esses resultados corroboram ao encontrado em Fortaleza, em que mães que faltaram as consultas não realizaram a quimioprofilaxia no período adequado e algumas sequer administraram os medicamentos às crianças⁽¹⁷⁾. A criança não apresentar problema de saúde também foi associado a alta capacidade para administrar a quimioprofilaxia, o que indica menor possibilidade de outras morbidades. Uma vez que a presença de problemas de saúde da criança é evidenciada como desencadeador de sobrecarga materna, a dedicação com o cuidado fornecido à criança é dificultada⁽¹¹⁾.

Destaca-se que a adesão dos familiares à quimioprofilaxia é facilitada quando há diálogo, orientações e informações adequadas por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾. O desconhecimento acerca da infecção pelo HIV e das oportunidades de redução da transmissão vertical do vírus evidenciado pelas respostas desses cuidadores que apresentaram baixa ou moderada capacidade para a quimioprofilaxia indicam que o conhecimento acerca da doença fortalece o cumprimento das medidas de prevenção. A exemplo disso, tem-se o estudo realizado em Pelotas, o qual aponta que o conhecimento das gestantes acerca do assunto foi fator protetor para a redução da transmissão vertical do HIV⁽¹⁹⁾.

A correlação entre o emprego com carteira assinada do cuidador principal com a alta capacidade para o acompanhamento clínico e imunizações pode estar relacionada à necessidade de organização entre as rotinas de trabalho e cuidado à saúde da criança⁽²⁰⁾. Ainda, estar empregado com carteira assinada permite inferir a possibilidade desse familiar em dispor melhores condições financeiras, além de dispor direitos trabalhistas que facilitam a manutenção do acompanhamento nos serviços de saúde. Pesquisas anteriores evidenciaram que as dificuldades financeiras são as principais justificativas dos cuidadores para não acessarem os serviços de saúde^(9,15). Esse resultado configura-se como um novo achado em pesquisas realizadas com pessoas vivendo com HIV, indicando que a presença delas no mercado de trabalho tem o potencial de melhorar suas condições de vida e saúde.

Estudos indicam boas condições de saúde das crianças expostas ao HIV, as quais frequentemente não estão acometidas por comorbidades⁽⁸⁾. A criança não apresentar problema de saúde mostrou-se correlacionado a alta capacidade familiar em manter o acompanhamento clínico e imunizações. Esses resultados podem indicar que o acompanhamento de saúde em apenas uma especialidade, nesse caso a infectologia, tem potencial facilitador do cuidado à criança. Considerar a manutenção do acompanhamento clínico e imunizações da criança como uma tarefa fácil apresentou correlação com a alta capacidade familiar. A literatura aponta que a possibilidade de prevenir a transmissão do vírus à criança se sobrepõe às dificuldades encontradas no cuidado e reforça a motivação em aderir às orientações que lhe são possibilitadas pelo acompanhamento clínico⁽¹⁹⁾. Além disso, o relacionamento de empatia entre os familiares e os profissionais de saúde dos serviços é fator de proteção para a adesão às orientações de cuidados à saúde da criança.

Como limitações do estudo, destaca-se sua realização em apenas um município do estado do Rio Grande do Sul, o que não permite afirmar que, apesar dos altos índices de HIV no estado, os familiares apresentam alta capacidade para cuidar de crianças expostas ao vírus, tanto na dimensão de quimioprofilaxia e

acompanhamento clínico para prevenir a transmissão vertical, quanto na dimensão de imunizações. Além disso, a avaliação do cuidado por meio de instrumento autorreferido não permite identificar com precisão a aplicação dessas práticas no cotidiano de cuidados à criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que características da família (\leq 5 pessoas/renda e não ter outras crianças com HIV), do familiar-cuidador (carteira assinada e percepção de facilidade de manter o tratamento) e da criança (não ter outro problema/demanda de acompanhamento de saúde e assiduidade nas consultas) interferem positivamente na capacidade familiar de cuidar. Ainda que se mantenham as questões sociais e históricas de preconceito e estigma no contexto do HIV, destacamos o resultado que mostra a inserção dos familiares no mercado de trabalho associada a alta capacidade familiar para cuidar da saúde da criança exposta ao HIV. As consultas de acompanhamento foram fundamentais para fortalecer a capacidade familiar em relação ao cumprimento das recomendações brasileiras de profilaxia da transmissão vertical.

Nesse sentido, recomendamos que os profissionais desenvolvam ações educativas para o processo de autonomia dos familiares, na tentativa de prevenir falhas no cotidiano de cuidado. Por meio de orientações adequadas e escuta qualificada, a educação em saúde atende o objetivo de fortalecer os conhecimentos e habilidades dos familiares em relação às especificidades de cuidado de crianças expostas ao HIV.

FINANCIAMENTO

This article received an incentive to research to the Universal Edit nº 01/2016 of the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), of the Ministry of Science, Technology, Innovation and Communications - Brazil; and Edit Program of Research for the Unified Health System (PPSUS) nº 03/2017 of the Foundation for Research Support of the State of Rio Grande do Sul (FAPERGS).

CHEMOPOPILAXIA, CLINICAL FOLLOW-UP AND IMMUNIZATIONS OF CHILDREN EXPOSED TO HIV: ASSESSMENT OF FAMILY CAPACITY

ABSTRACT

Aim: evaluate whether family and child characteristics interfere with the family capacity to care for children exposed to HIV in the dimensions of chemoprophylaxis, clinical follow-up and immunizations. **Methods:** A cross-sectional study with 86 participants interviewed in a specialized HIV service in the interior of Rio Grande do Sul using the Scale to assess the capacity to care for children exposed to HIV. **Results:** The high capacity (91.9%) for chemoprophylaxis with AZT was significant when: 3 to 5 people lived with the same income ($p = 0.10$), the child had no siblings exposed to HIV ($p = 0.033$) and did not miss consultations ($p = 0.10$). For antibiotic chemoprophylaxis (87.2%): the child had nine or more visits/year ($p = 0.010$) and did not present a health problem ($p = 0.008$). For the clinical follow-up and immunizations (98.8%): the relative had a formal work contract ($p = 0.044$) and considered it easy to keep follow up ($p = 0.000$); the child did not present a health problem ($p = 0.000$) and did have another type of follow up ($p = 0.001$). **Conclusion:** The family characteristics (≤ 5 persons/income and not having another children with HIV), family-caregiver (formal work contract and perception of being easy to keep treatment) and the child (not having another health problem/ need to follow up and attendance at consultations) positively interfere with the family's capacity to care.

Keywords: Infant Health. Child Care. HIV. Infectious Disease Transmission. Vertical. Caregivers.

QUIMIOPROFILAXIS, ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO E INMUNIZACIONES DE NIÑOS EXPUESTOS AL VIH: EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FAMILIAR

RESUMEN

Objetivo: Evaluar si características de la familia y del niño interfieren en la capacidad familiar para cuidar a los niños expuestos al VIH, en las dimensiones de quimioprofilaxis, acompañamiento clínico e inmunizaciones. **Método:** Estudio transversal, con 86 participantes, entrevistados en servicio especializado para VIH, en el interior de Rio Grande do Sul-Brasil, utilizando la Escala de evaluación de la capacidad para cuidar a niños expuestos al VIH. **Resultados:** La alta capacidad (91,9%) para la quimioprofilaxis con AZT fue significativa cuando: 3 a 5 personas viven con la misma renta ($p = 0,10$), el niño no tenía hermanos expuestos al VIH ($p = 0,033$) y no faltaron a las consultas ($p = 0,10$). Para quimioprofilaxis con antibiótico (87,2%): el niño realizó nueve o más consultas/año ($p = 0,010$) y no presentó problema de salud ($p = 0,008$). Para el acompañamiento clínico e inmunizaciones (98,8%): el familiar poseía contrato formal ($p = 0,044$) y consideró fácil mantener acompañamiento ($p = 0,000$); el niño no presentó problema de salud ($p = 0,000$) y no hacía otro acompañamiento ($p = 0,001$). **Conclusión:** Las características de la familia (≤ 5 personas/renta y no tener otros niños con VIH), del familiar-cuidador (contrato formal y percepción de facilidad de mantener el tratamiento) y del niño (no tener otro problema/demanda de acompañamiento de salud y asiduidad en las consultas) interfieren positivamente en la capacidad familiar de cuidar.

Palabras clave: Salud del Lactante. Cuidado al Niño. Infección por el VIH. Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa. Cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Veroniki AA, Antony J, Straus SE, Ashoor HM, Finkelstein Y, Khan PA, et al. Comparative safety and effectiveness of perinatal antiretroviral therapies for HIV-infected women and their children: Systematic review and network meta-analysis including different study designs. *PLoS ONE* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Out]; 13(6): e0198447. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0198447>.
2. Hurst SA, Appelgren KE, Kourtis AP. Prevention of mother-to-child transmission of HIV Type 1: the role of neonatal and infant prophylaxis. *Expert Rev Anti Infect* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Out]; 13(2):169-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1586/14787210.2015.999667>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília - DF; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>.
4. Mutsaerts EAML, Nunes MC, Rijswijk MVN, Klipstein-Grobusch K, Grobbee DE, Madhi SA. Safety and immunogenicity of measles vaccination in HIV-Infected and HIV-Exposed uninfected children: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [on-line]. 2018 [citado em 2018 Oct]; 1:28-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.06.002>.
5. Kidzerua EB, Hesselingb AC, Passmore JS, Myere L, Gamielidien H, Tchakoute CT, et al. In-utero exposure to maternal HIV infection alters T-cell immune responses to vaccination in HIV-uninfected infants. *AIDS* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Out]; 28(10):1421-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000000292>.
6. Cotton MF, Slogrove Amy, Rabie Helena. Infections in HIV-exposed uninfected children with focus on sub-Saharan Africa. *Pediatr Infect Dis J* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Out]; 33(10):1085-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000000489>.
7. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2016 [citado em 2018 Oct]; 69(3):522-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>.
8. Silva MR, Alvarenga WA, Dupas G. Caregiver experience in preventive treatment for children exposed to Human Immunodeficiency Virus. *Rev Rene* [on-line]. 2014 [Citado em 2018 Out]; 15(5):743-52. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500003>.
9. Freitas JG, Barroso LMM, Galvão MTG. Maternal ability to take care of children exposed to HIV. *Rev Rene* [on-line]. 2013 [citado em 2018 Out]; 21(4):9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400019>.
10. Alvarenga WA, Dupas G. Experience of taking care of

children exposed to HIV: a trajectory of expectations. *Rev Latino-Am Enfermagem* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Out]; 22(5):848-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3607.2489>.

11. Lachman JM, Cluver LD, Boyes ME, Kuo C, Casale M. Positive parenting for positive parents: HIV/AIDS, poverty, caregiver depression, child behavior, and parenting in South Africa. *AIDS Care* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Out]; 26(3):304-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2013.825368>.

12. Alvarenga WA, Galvão MTG, Nascimento LC, Beretta MIR, Dupas G. Weakened social network: the experience of caregivers of the HIV-exposed infant. *Texto Contexto Enferm* [on-line]. 2015 [citado em 2018 Out]; 24(3):775-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015011160014>.

13. Lima ACMACC, Sousa DMN, Mendes IC, Oliveira LL, Oriá MOB, Pinheiro PNC. Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. *Av Enferm* [on-line]. 2017 [citado em 2018 Out]; 35(2):181-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.39872>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília – DF, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>.

15. Barroso LMM, Freitas JG, Galvão MTG. Scale for assessment of ability to care for children exposed to HIV. *Rev Enferm UFPE* [on-line]. 2013 [Citado em 2018 Out]; 7(3):722-30. Available from:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10285/10932>.

16. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lélis ALPA, Lopes MMCO, Pereira MLD. Motivos da não adesão de mães ao esquema vacinal de filhos expostos ao HIV. *Rev Rene* [on-line]. 2013 [citado em 2018 Out]; 14(2):341-53. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3389/2625>.

17. Barroso LMM, Galvão MTG, Cavalcante RM, Freitas JG. Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV. *Rev Rene* [on-line]. 2009 [citado em 2018 Out]; 10(4):155-64. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4873/3587>.

18. Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV. Mulheres que geram filhos expostos ao vírus da imunodeficiência humana: representações sociais da maternidade. *Rev Eletrônica Enferm* [on-line]. 2014 [citado em 2018 Out]; 16(4):804-11. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22760>.

19. Leal AF, Roesse A, Sousa AS. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças opositivas. *Invest Educ Enferm* [on-line]. 2012 [citado em 2018 Out]; 30(1):44-54. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072012000100006&script=sci_abstract&tlng=pt.

20. Leite MF, Gomes IP, Leite MF, Oliveira BRG, Rosin J, Collet N. Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. *Ciênc Cuid Saúde* [on-line] 2012 [citado em 2018 Out]; 11(1):051057. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18858>.

Endereço para correspondência: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima, nº 1000. Prédio 26, 3º andar, sala 1336. Bairro Camobi. Santa Maria, RS, Brasil. CEP: 97.105-900. E-mail: cristiane.paula@ufsm.br

Data de recebimento: 21/10/2018

Data de aprovação: 24/01/2019