

Administração de medicamentos para crianças nascidas expostas ao vírus da imunodeficiência humana

Administration of medications for children born exposed to human immune deficiency virus

Julyana Gomes Freitas¹

Gilmara Holanda da Cunha²

Léa Maria Moura Barroso¹

Marli Teresinha Gimeniz Galvão³

Descritores

Cuidados de enfermagem; Enfermagem materno-infantil; Pesquisa em enfermagem clínica; HIV; Zidovudina

Keywords

Nursing Care; Maternal-child nursing; Clinical nursing research; HIV; Zidovudine

Submetido

2 de Março de 2012

Aceito

21 de Fevereiro de 2013

Resumo

Objetivo: Avaliar a capacidade de mães com HIV/Aids de administrar a zidovudina e a profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima aos filhos nascidos expostos ao HIV.

Métodos: Estudo transversal e quantitativo, realizado em hospital de referência no atendimento a casos de HIV/Aids em Fortaleza (CE), Brasil. Utilizou-se a Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV, que foi respondida por 60 mães.

Resultados: O nível de capacidade de administrar a zidovudina variou de moderado a alto, sem diferenças significantes em relação às variáveis maternas ($p > 0,05$). Em relação à administração do sulfametoxazol-trimetoprima, o nível de capacidade variou entre baixo, moderado e alto. A variável materna "paridade" apresentou relação com o nível de cuidado alto ($p = 0,051$).

Conclusão: O nível de capacidade das mães para administrar o AZT xarope (Fator I) variou de moderado a alto e para administrar e SMZ-TMP (Fator IV), o nível de capacidade de administração distribuiu-se sem diferença entre baixo, moderado e alto.

Abstract

Objective: To evaluate HIV-positive mothers' ability to administer zidovudine and trimethoprim-sulfamethoxazole (SMZ/TMP) prophylaxis for HIV-exposed infants.

Methods: This cross-sectional and quantitative study was carried out at a reference hospital for HIV/AIDS patients in Fortaleza (CE), Brazil. A total of 60 mothers responded to the ability assessment scale for the care of HIV-exposed children.

Results: The level of ability to administer zidovudine varied from moderate to high. Maternal variables did not show significant differences ($p > 0.05$). TMP/SMZ administration varied from low, moderate, and high. The variable "parity" was related to a high level of care ($p = 0.051$).

Conclusion: The level of ability of mothers to administer AZT syrup (factor I) varied from moderate to high; with SMZ-TMP administration (factor IV), no difference among low, moderate, and high was seen.

Autor correspondente

Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Rua Alexandre Baraúna, 1.115, Rodolfo
Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil. CEP:
60430-160
marligalvao@gmail.com

¹Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

²Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Aids é uma doença que já ultrapassa décadas, sendo considerada uma pandemia.⁽¹⁾ No Brasil, a epidemia da Aids é complexa e dinâmica, pois se apresentou, inicialmente, entre os homossexuais masculinos, passou pelos hemotransfundidos, usuários de drogas injetáveis e, atualmente, destaca-se a categoria de exposição heterossexual entre homens e mulheres, com percentuais respectivos de 43,4% e 96,3% para esses gêneros. Ademais, evidencia-se o acometimento de faixas etárias em idade reprodutiva.^(2,3)

O aumento do número de mulheres em idade fértil infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem determinado a ocorrência de crianças nascidas expostas ao vírus. A transmissão vertical (TV) é a principal via de infecção pelo HIV em crianças.⁽⁴⁾ Como demonstrado pelo Protocolo 076 do Pediatric Aids Clinical Trial Group (PACTG), para a redução da TV do HIV, recomenda-se o uso da zidovudina (AZT) a partir da 14ª semana de gestação, e de AZT intravenoso nas parturientes, durante o trabalho de parto e parto, até o clampeamento do cordão umbilical.⁽⁵⁾

Para o recém-nascido exposto ao HIV, indica-se a substituição da amamentação pelo leite artificial e outros alimentos, de acordo com a idade da criança, e de AZT xarope, 10 mg/mL, iniciando-se preferencialmente até a segunda hora pós-parto, na dose de 2 mg/kg a cada seis horas, durante seis semanas. A partir da quarta a sexta semanas de vida até a definição do diagnóstico da infecção ou não pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (anteriormente denominado *Pneumocystis carinii*), com sulfametoxazol (SMZ) associado à trimetoprima (TMP), na dosagem de 25 a 40 mg/kg por dia de SMZ ou 5 a 10 mg/kg por dia de TMP, divididos em duas doses diárias, três vezes por semana, ou em dias alternados.^(5,6)

As taxas de TV do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25 e 30%, de forma que as crianças nascidas de mães portadoras de HIV/Aids têm grande possibilidade de não serem portadoras do vírus, se realizada

a prevenção da TV do HIV adequadamente.^(5,6) Nesse contexto, se todos os cuidados de saúde forem realizados no pré-natal e parto, é essencial orientar a mãe ou responsável pelo recém-nascido acerca dos cuidados no pós-parto, que envolvem, entre outras coisas, a administração do AZT xarope e da profilaxia com SMZ-TMP. A administração desses fármacos é essencial para que a criança seja protegida do HIV e da pneumonia, que é a mais frequente infecção oportunista em crianças infectadas pelo HIV no primeiro ano de vida.⁽⁶⁾ No entanto, estudos têm comprovado a não adesão ao tratamento medicamentoso, ocasionando o aumento do número de crianças infectadas, além de pneumonia e outras co-morbidades.^(1,7,8)

A administração do AZT e SMZ-TMP para crianças nascidas expostas ao HIV/Aids representa um desafio, principalmente, por ser realizada em domicílio e depender da mãe ou de outro cuidador, que devem estar orientados quanto ao regime terapêutico. Considerando-se a relevância dessa temática, teve-se por objetivo avaliar a capacidade de mães com HIV/Aids de administrar o AZT xarope e a profilaxia com SMZ-TMP aos filhos nascidos expostos ao HIV.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa, realizado entre janeiro e junho de 2010 no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), referência no atendimento a portadores de HIV/Aids em Fortaleza (CE). O serviço tem ambulatório de infectologia adulto e pediátrico, fornece fármacos antirretrovirais, realiza exames laboratoriais e radiológicos, internamentos, além de atendimento psicossocial e nutricional.

A população do estudo foi composta por mães com HIV/Aids que possuíam filhos nascidos expostos ao HIV com até 12 meses de idade. Com base no número de notificações de partos em gestantes portadoras de HIV em Fortaleza entre 2009 e 2010 (n=122), obteve-se uma amostra de conveniência de 60 mães biológicas, a qual representou 49,2% dos nascimentos de crianças expostas ao HIV.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser a mãe da criança e ter capacidade de sozinha prestar os cuidados ao filho. Como critérios de exclusão, constaram a presença de doença mental, fase avançada da Aids e qualquer outra condição que impossibilitasse os cuidados com a criança.

A amostra de conveniência foi obtida no próprio serviço onde o estudo foi realizado, no momento em que a mãe levava a criança para a consulta de acompanhamento durante o período em que ocorreu a pesquisa. Todas as mães de crianças nascidas expostas ao HIV identificadas foram incluídas no estudo, visto que não houve mulheres com doença mental, fase avançada da Aids ou com outros quesitos que interferissem nos resultados da pesquisa.

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) formulário de caracterização sociodemográfica e clínica-epidemiológica da mãe; (2) formulário de caracterização clínico-epidemiológica da criança e medidas profiláticas de redução da TV; (3) Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV (EACCC-HIV), desenvolvida e validada no Brasil.⁽⁹⁾ As entrevistas foram realizadas individualmente, em consultórios do hospital. Realizou-se um estudo piloto com três entrevistas, que não compuseram a amostra, a fim de habilitar os pesquisadores na coleta de dados e validar os instrumentos de pesquisa.

A EACCC-HIV 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 de administrar o AZT xarope, para crianças com até 42 dias de vida; Fator II - capacidade para preparar e administrar o leite em pó, para crianças de até um ano; Fator III - capacidade para preparar e administrar a alimentação complementar, para crianças acima de quatro meses de idade; Fator IV - capacidade para administrar a profilaxia com SMZ-TMP, para crianças com mais de 42 dias de vida até um ano; Fator V - capacidade para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e vacinação. Cada fator pode ser avaliado separadamente, indicando o grau de cuidado desenvolvido pela mãe em cada aspecto.

Para atender ao objetivo do presente estudo, foram utilizados os Fatores I e IV da EACCC-HIV, os quais estão relacionados à administração de medicamentos e cada um contempla quatro perguntas. As questões relacionadas ao Fator I são: (1) Preparo o AZT xarope de acordo com a receita médica; (2) Administro o AZT xarope a cada seis horas; (3) Deixo de administrar o AZT xarope; (4) Sei até quando a criança precisa usar o AZT xarope. No Fator IV, as perguntas são: (1) Preparo o SMZ-TMP de acordo com a receita médica; (2) Ofereço o SMZ-TMP três vezes por semana em dias alternados; (3) Esqueço-me de administrar o SMZ-TMP; (4) Administro para a criança remédio para dor, febre ou diarreia, que não foi receitado pelo médico.

De acordo com a EACCC-HIV, o entrevistado deve indicar apenas uma resposta que se relaciona à frequência que executa o cuidado à criança, conforme uma escala do tipo Likert, que varia de um a cinco pontos, cujas opções de respostas são: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre. A classificação do nível de capacidade de cuidar ocorre de acordo com a pontuação: baixa (quatro a nove pontos), moderada (dez a 15 pontos) e alta (16 a 20 pontos).

Os dados foram digitados no programa Excel 97 e exportados para o pacote estatístico Stata, versão 11, para o tratamento e geração dos resultados. As variáveis categóricas nominais e ordinais foram descritas por meio de distribuições de frequências univariadas e bivariadas. Para as variáveis contínuas, obtiveram-se a média, o desvio padrão e a mediana. As análises bivariadas foram realizadas para descrever e verificar diferenças proporcionais entre os níveis de capacidade para cuidar, expressos por dimensões da EACCC-HIV e as características maternas mediante aplicação do teste exato de Fischer. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Para validar a consistência interna dos itens do instrumento, utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach, que mensura o grau de correlação entre os itens da escala; seus valores variam entre zero e um e, quanto mais próximo de um, mais forte é a correlação entre os itens. Para avaliar a força da correlação entre as respostas, adotou-se a seguinte classificação: valores entre 0,70 e 0,90, significam boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.⁽⁹⁾

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Participaram do estudo 60 mães biológicas que sobrevivem com HIV em diferentes estágios da doença. Essas mães forneceram informações acerca dos cuidados de 62 crianças, pois duas mães tiveram gravidez gemelar.

Na análise do perfil das mães participantes deste estudo foram descritas as principais características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas delas. A maioria tinha menos de 29 anos (55,0%), sendo que a média de idade foi de 28,8±6,0 anos. Houve maior proporção de casadas ou em união estável (78,3%). Do total, 20 mulheres (33,3%) tinham cinco ou menos anos de estudo e 51 (85,0%) estavam desempregadas na época da pesquisa. A renda familiar concentrou-se entre um e dois salários mínimos, o que foi referido por 45,0% das participantes. O valor do salário mínimo na época do estudo era de R\$ 510,00.

Em relação ao uso do AZT materno durante a gravidez, 30 mulheres (50,0%) afirmaram que o mesmo foi utilizado a partir da 14ª semana de gestação. Vale ressaltar que oito mães não utilizaram o AZT durante o período gravídico.

Ao que se refere às crianças, somente uma (1,6%) já possuía diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV, enquanto 32 (51,6%) ainda não haviam realizado sorologia anti-HIV. A maioria tinha mais de 7 meses de idade (37%) e havia nascido com idade gestacional a termo (69,3%). Quanto ao aleitamento materno, 53 crianças (85,5%) não foram amamentadas ao nascer, porém, houve casos de aleitamento materno (3,2%) e cruzado (11,3%). O AZT xarope foi administrado nas primeiras 24 horas após o nascimento para um total de 61 recém-nascidos (98,4%), sendo que, na época do estudo, 11 crianças (17,8%) ainda estavam no período de profilaxia com esse fármaco. Não se constataram significância estatística entre as variáveis ($p>0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização clínico-epidemiológica das crianças e medidas profiláticas de redução da transmissão vertical

Características da criança	Gênero		Total n(%)	Valor de p-value*
	Masculino n(%)	Feminino n(%)		
Sorologia anti-HIV				
Reagente	1(3,0)	0(0,0)	1(1,6)	0,661 ^a
Não reagente	6(17,6)	5(17,8)	11(17,7)	
Inconclusivo	11(32,4)	6(21,4)	17(27,5)	
Não realizado	16(47,0)	17(60,8)	33(53,2)	
Idade da criança (meses)**				
≤ 1	5(14,7)	3(10,7)	8(13,0)	0,848 ^a
2 - 3	7(20,5)	7(25,0)	14(22,5)	
4 - 6	11(32,4)	7(25,0)	18(29,0)	
≥ 7	11(32,4)	11(39,3)	22(35,5)	
Idade gestacional de nascimento				
Pré-termo	10(29,5)	8(28,5)	18(29,0)	0,789 ^a
A termo	24(70,5)	20(71,5)	44(71,0)	
Pós-termo	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
História de aleitamento materno				
Sim	2(5,8)	0(0,00)	2(3,3)	0,077 ^a
Não	26(76,5)	27(96,5)	53(85,5)	
Aleitamento cruzado	6(17,7)	1(3,5)	7(11,2)	
Uso do AZT*** (xarope)				
Nas primeiras 24 horas	33(97,0)	28(100,0)	61(98,4)	1,000 ^b
Não realizada	1(3,0)	0(0,0)	1(1,6)	
Tempo de profilaxia (AZT)				
Ainda está em uso	5(14,7)	6(21,5)	11(17,8)	0,942 ^a
3 a 5 semanas	2(5,8)	1(3,5)	3(4,8)	
6 semanas	26(76,5)	21(75,0)	47(75,8)	
Não usou	1(3,0)	0(0,0)	1(1,6)	

Legenda: Valores de n(%): n(%) masculino 34(54,8), n(%) feminino 28(45,2), n(%) total 62(100); *Valor de p-value obtido pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fischer; **Em relação à idade das crianças: mediana: 5 meses, valor mínimo: 7 dias de vida, valor máximo: 12 meses; ***AZT: zidovudina

Do número total de mães, apenas dez responderam as perguntas da escala relacionadas ao Fa-

tor I, em função de avaliar crianças com idade até 42 dias. Um total de 50 mães, cujos filhos tinham de 43 dias de vida até 12 meses, respondeu ao Fator IV. Vale ressaltar que uma mãe com filhos gêmeos respondeu a cada um dos fatores, resultando em dados referentes a 11 crianças na dimensão I e 51 na dimensão IV.

O nível de capacidade para administrar o AZT xarope (Fator I) variou de moderado a alto. Não se identificaram diferenças proporcionais significantes em relação às características maternas analisadas e ao nível de capacidade para administrar esse medicamento. Em relação à profilaxia com SMZ-TMP (Fator IV), o nível de capacidade de administração variou entre baixo, moderado e alto. A variável “paridade”, expressa pelo número de filhos, concentrou-se em torno de um a três

filhos, com alto percentual no nível de cuidado alto, com diferenças proporcionais significantes em nível borderline em relação à capacidade para administrar a profilaxia com SMZ-TMP (p=0,051).

Embora não tenha sido encontrada diferença significativa, observa-se que a proporção de mães com alta capacidade para administrar a profilaxia com SMZ-TMP eram mais escolarizadas (42,1%), sugerindo-se que, provavelmente, níveis elevados de escolaridade podem atuar positivamente nesta dimensão. O coeficiente alfa de Cronbach, o qual mensura o grau de correlação das repostas entre os itens da escala, teve valor de 0,96 para a dimensão I e de 0,85 para a dimensão IV significando, respectivamente, alta consistência interna e boa consistência interna (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Distribuição das variáveis maternas e o nível de capacidade de administrar a zidovudina (AZT) xarope e a profilaxia com sulfametoxazol (SMZ) associado à trimetoprima (TMP)

Características maternas	Nível de capacidade para administrar o AZT xarope (Fator I)*			Valor de p-value***	Nível de capacidade para administrar SMZ-TMP (Fator IV)**			Valor de p-value***
	Baixo n(%)	Moderado n(%)	Alto n(%)		Baixo n(%)	Moderado n(%)	Alto n(%)	
Grupo etário (anos)								
< 29	-	2(66,7)	4(57,1)	1,000 ^a	2(50,0)	6(75,0)	19(50,0)	0,775 ^a
30 - 39	-	1(33,3)	3(42,9)		2(50,0)	2(25,0)	17(44,7)	
40 - 49	-	0(0,00)	0(0,00)		0(0,0)	0(0,0)	2(5,3)	
Paridade (nº de filhos)								
1 - 3	-	3(100,0)	7(100,0)	-	3(75,0)	5(62,5)	35(92,1)	0,051 ^b
≥ 4	-	-	-		1(25,0)	3(37,5)	3(7,9)	
Escolaridade****								
≤ 5	-	0(0,0)	1(14,3)	0,667 ^a	2(50,0)	5(62,5)	11(28,9)	0,119 ^a
6 - 9	-	1(33,3)	4(57,1)		1(25,0)	3(37,5)	11(28,9)	
≥ 10	-	2(66,7)	2(28,6)		1(25,0)	0(0,0)	16(42,2)	
Renda familiar*****								
< 1	-	1(33,3)	2(28,6)	1,000 ^a	3(75,0)	2(25,0)	16(42,1)	0,537 ^a
1 - 2	-	2(66,7)	3(42,9)		1(25,0)	4(50,0)	17(44,7)	
≥ 3	-	0(0,0)	2(28,5)		0(0,0)	2(25,0)	5(13,2)	

Legenda: *(Fator I) n = 10, **(Fator IV) n = 50; ***Valor de p obtido pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fischer; ****Escolaridade: em anos de estudo;*****Em número de salários mínimos: valor vigente no período R\$510,00

Tabela 3. Distribuição percentual e medidas descritivas das dimensões da capacidade de cuidar

Dimensões (Fatores)	Nível de capacidade para cuidar						Média ± DP*	Mediana	Alfa de Cronbach
	Total de mães	Total de crianças	Baixa n(%)	Moderada n(%)	Alta n(%)				
I	10	11	0(0,0)	3(27,3)	7(72,7)		16,4 ± 3,0	16	0,96
IV	50	51	4(7,8)	8(15,7)	38(76,5)		16,7 ± 4,1	18	0,85

Legenda: * DP: Desvio Padrão

Discussão

A limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de locomoção até a residência da criança para observar in loco a administração de medicamentos. Porém, outras análises com a mesma temática utilizaram método semelhante, tornando estes achados representativos. Outra limitação foi o tamanho da amostra, principalmente, no que se refere ao número de respondentes ao Fator I. Acerca desse evento, considera-se a dificuldade de obter informações referentes a esse fator, visto que é aplicável somente às crianças com até 42 dias de vida.

Ressalta-se que a mãe ou outro cuidador deve ser capaz de realizar todas as recomendações que reduzem a TV do HIV, assim como é necessária a compreensão acerca dos riscos decorrentes da não adesão ao tratamento.

Considerada uma doença complexa, a Aids acarreta alterações nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos dos pacientes, provocando mudanças marcantes em suas vidas, fato que instiga muitas pesquisas acerca da temática.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Neste estudo, a faixa etária predominante de mães com essa doença foi ≤ 30 anos, um achado que representa a dinâmica nacional, pois, no Brasil, a maior parcela de mulheres infectadas pelo HIV encontram-se em idade fértil.⁽³⁾ Evidenciou-se o predomínio de mulheres casadas ou em união estável, corroborando achados de pesquisas anteriores sobre tal temática.^(2,7) Em relação à escolaridade, poucas mães possuíam mais de dez anos de estudo. Outras pesquisas demonstram dados semelhantes,^(2,7,13) indicando a progressiva disseminação da epidemia entre pessoas com baixos níveis de escolaridade.

O aumento da proporção de casos de Aids em indivíduos com menor escolaridade é descrito como uma pauperização da epidemia, contri-

buindo também para esse fato, os baixos níveis de renda.^(3,14) Maior percentual de mulheres estava desempregado. Diante disso, ressalta-se que a condição financeira interfere na qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids, dificultando o autocuidado e o tratamento específico,⁽⁹⁾ pois são exatamente os mais pobres que vivem nas piores condições sociais, ambientais e sanitárias, com maiores dificuldades no acesso aos serviços públicos em geral, e de saúde em particular.⁽¹⁵⁾

Maior parte das mães iniciou o AZT a partir da 14ª semana de gestação, porém, houve casos da não utilização do AZT. A baixa adesão de gestantes portadoras do HIV no acompanhamento em saúde é uma constante, devido ao fato de muitas residirem fora da área urbana, havendo relatos de falta de meios de transporte e de recursos financeiros para comparecerem ao serviço de saúde.⁽¹⁶⁾

Muitos dos filhos nascidos expostos ao HIV ainda não possuíam diagnóstico conclusivo quanto à infecção. Filhos de mães portadoras do HIV recebem anticorpos IgG anti-HIV durante a gestação. Todas essas crianças são HIV-positivas no nascimento, e as não infectadas soroconvertem, em média, entre nove e 12 meses, podendo permanecer com teste positivo até 18 meses de vida. Consideram-se não infectadas as crianças com idade ≥ 18 meses quando houver: uma amostra não reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV; ou uma amostra negativa em dois testes rápidos. Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, realiza-se um terceiro teste rápido. Quando esse terceiro teste resultar negativo, considera-se a amostra “negativa para o HIV”.^(5,6)

Devido ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil, as crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente. Por isso, foi implementado, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), o projeto Nascer-Maternidades, com vistas a ampliar o diagnóstico precoce da TV, fornecer gratuitamente os antirretrovirais e a fórmula infantil em substituição ao aleitamento natural.⁽¹⁷⁾ A administração do AZT nas primeiras 24 horas após o nascimento foi relatada por 98,5% das mães, o que otimiza a assistência em saúde dos recém-nascidos expostos ao HIV, porém, em pesquisa anterior, na cidade de Fortaleza, observou-se que apenas 64,4% das crianças utilizaram o AZT nas primeiras 24 horas de vida.⁽⁹⁾

Acerca dos medicamentos estudados, o AZT é um fármaco que inibe a transcriptase reversa, sendo aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento de adultos e crianças com infecção pelo HIV e prevenção da transmissão da infecção pelo HIV da mãe para o filho, podendo ser utilizado em combinação com outros antirretrovirais. Já o SMZ é um agente bacteriostático, que interfere na síntese de folato e, assim, na síntese de nucleotídeos pela bactéria. A TMP também é bacteriostática, atuando por meio de antagonismo ao folato.⁽¹⁸⁾

De acordo com a EACCC-HIV, o nível de capacidade das mães de administrarem o AZT xarope variou de moderado a alto, mostrando que elas se esforçam em tal tarefa. Pesquisas têm demonstrado que mães portadoras do HIV/Aids têm receio de contaminar seu filho e referem o desejo de que o filho não tenha o vírus, por isso realizam o tratamento antirretroviral.^(19,20) Essas mulheres têm medo de que os filhos sejam soropositivos para o HIV ou que fiquem doentes com mais frequência, devido à exposição ao vírus. Esse temor perdura até o esclarecimento do diagnóstico definitivo do filho, por isso elas se esforçam para administrar corretamente o AZT à criança.⁽²⁰⁾

O nível de capacidade das mães de administrar a profilaxia com SMZ-TMP variou entre baixo, moderado a alto, constatando-se que a proporção de mães com alta capacidade para administrar esses medicamentos tinha maior escolaridade. Considerando as desigualdades da sociedade brasileira e a propagação da infecção pelo HIV no país, a epidemia da Aids vem sendo marcada por feminilização, heterossexualização, interiorização, envelhecimen-

to, baixa escolarização e pauperização, de forma que todos esses fatores influenciam diretamente na qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids e de suas famílias, interferindo, muitas vezes, na condução adequada da terapêutica.⁽²¹⁾

Observou-se que a variável paridade, representada, no estudo, pelo número de filhos, apresentou tendência de associação com o nível de capacidade em administrar o SMZ-TMP. Para esse achado, pesquisas que estudam famílias que possuem portadores de HIV/Aids mostram que a presença de muitos filhos é um fator de risco para a não adesão à terapia antirretroviral ou de outros medicamentos, bem como também interfere nos cuidados que as mães devem proporcionar aos filhos dependentes de seus cuidados. Assim, a demanda de cuidados com os inúmeros filhos, principalmente se forem crianças, pode causar problemas na rotina, devido as necessidades concorrentes da rotina dos filhos.^(22,23)

Diante disso, o benefício da profilaxia da TV do HIV com o uso de fármacos antirretrovirais aliados a outras medidas é inquestionável,⁽¹¹⁾ de forma que o vínculo entre a criança, os pais/cuidadores e a equipe de cuidado é primordial e deve se basear na escuta diferenciada e na assistência direcionada às condições de vida de cada paciente.

Embora não tenha sido o objetivo do presente estudo, destaca-se que sete mães (11,0%) relataram ter dificuldade para administrar o SMZ-TMP em decorrência do término da medicação e por não disporem de receita médica, necessitando aguardar a consulta pediátrica para aquisição do medicamento. Também relataram que, em virtude dos escassos recursos econômicos, não podiam comprar a medicação em farmácias e não tinham condições de utilizar o transporte coletivo (ônibus urbano) para ter acesso ao serviço de saúde.

Por fim, o presente trabalho pode auxiliar os profissionais que necessitam orientar os indivíduos que cuidam de crianças nascidas expostas ao HIV. Ressalta-se que é essencial que as unidades de saúde estejam preparadas para acolher e orientar essas mães. Se capacitados, o profissional enfermeiro e demais membros da equipe de saúde poderão orientar adequadamente os cuidados à criança, considerando o contexto social e as características de cada

família. Ademais, incentiva-se o desenvolvimento de outras pesquisas que contemplem a atenção às crianças nascidas expostas ao HIV, visto que podem contribuir, de forma significativa, para a melhoria da qualidade de vida.

Conclusão

O nível de capacidade das mães para administrar o AZT xarope (Fator I) variou de moderado a alto. Não se identificaram diferenças proporcionais significantes em relação às características maternas analisadas e ao nível de capacidade para administrar esse medicamento. Em relação à profilaxia com SMZ-TMP (Fator IV), o nível de capacidade de administração distribuiu-se sem diferença estatística entre baixo, moderado e alto, constatando-se que a proporção de mães com alta capacidade para administrar esses medicamentos tinha maior escolaridade.

Colaborações

Freitas JG; Cunha GH; Barroso LMM e Galvão MTG declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Wamalwa DC, Obimbo EM, Farquhar C, Richardson BA, Mbori-Ngacha DA, Inwani I, et al. Predictors of mortality in HIV-1 infected children on antiretroviral therapy in Kenya: a prospective cohort. *BMC Pediatr*. 2010;10(33):2-8.
2. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):526-32.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano VII, nº 01, 26ª a 52ª semanas epidemiológicas, julho a dezembro de 2009 e 01ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
4. Araújo LM, Nogueira LT. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):396-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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): Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
7. Cunha GH, Galvão MTG. Contexto sócio demográfico de pacientes com HIV/Aids atendidos em consulta de enfermagem. *Rev Enferm UFPE* 2011; 5(3):713-21.
8. Botene DZ, Pedro EN. Implicações do uso da terapia antirretroviral no modo de viver de crianças com Aids. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):108-15.
9. Barroso LM. Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV [tese]. Fortaleza: Universidade de Federal do Ceará Departamento de Enfermagem; 2008.
10. Lima FL, Saldanha AA, Oliveira JS. Bem-estar subjetivo em mães de crianças sorointerrogativas para o HIV/AIDS. *Psicol Rev*. 2009;15(1):141-57.
11. Silva RA, Rocha VM, Davim RM, Torres GV. Ways of coping with Aids: opinion of mothers with HIV children. *Rev. Latinoam Enferm*. 2008;16(2):260-5.
12. Cunha GH, Galvão MTG. Inserção de crianças nascidas de mães com HIV/Aids nos programas de suplementação alimentar. *Rev Rene*. 2007;8(1):71-7.
13. Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de enfermagem em portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):92-9.
14. Maciel SS, Maciel WV, Andrade MC, Santana CE, Aleluia RM, Donato M, et al. Epidemiological profile of aids in Caruaru city, PE. *Rev Enferm UFPE*. 2010;4(4):1801-7.
15. Marchiori BP. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1575-89.
16. Alves KC, Fram DS, Diccini S, Belasco AG, Barbosa DA. Prevalence and risk factors for human immunodeficiency virus infection in pregnant women. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):307-12.
17. Machado MM, Galvão MT, Lindsay AC, Cunha AJ, Leite AJ, 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;10(3):377-82.
18. Pretri Jr, WA. Sulfonamides, trimethoprim-sulfamethoxazole, quinolones, and agents for urinary tract infections. In: Brunton LL, Chabner B, Knollman B, editors. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th. New York: McGraw-Hill; 2011. p. 1463-76.
19. Araújo MA, Queiroz FP, Melo SP, Silveira CB, Silva RM. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):216-23.
20. Gonçalves TR, Piccinini CA. Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. *Psicol Teor Pesqui*. 2008;24(4):459-70.
21. Gomes AM, Silva EM, Oliveira DC. Social representations of Aids and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev. Latinoam Enferm*. 2011;19(3):485-92.
22. Harris J, Pillinger M, Fromstein D, Gomez B, Garris I, Kanetsky PA, et al. Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. 2011;15(7):1410-5.
23. Ilias M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2011;35(2):471-84.