

*Documento do
mês sobre
amamentação*

nº 01/2000



maternity by Picasso

AMAMENTAÇÃO E INFECÇÕES MATERNAS

As infecções maternas são com frequência motivo de preocupação e de dúvidas quanto à manutenção do aleitamento materno. As recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde sobre Tuberculose e Hepatite B em mães que amamentam nos oferecem importantes subsídios para facilitar a tomada de decisão. As recomendações da OMS, UNICEF e UNAIDS nos esclarecem como lidar com a alimentação infantil de forma mais segura e satisfatória possível em face ao que já se conhece sobre a AIDS.

Neste Documento do Mês apresentamos textos que tratam de infecções maternas – Hepatite B, Tuberculose e AIDS - e suas implicações para a amamentação:

1. Hepatite B e amamentação. *Hepatitis B and breastfeeding, World Health Organization*, UPDATE nº 22, November 1996.
2. Amamentação e Tuberculose Materna. *Breastfeeding and Maternal Tuberculosis, World Health Organization*, UPDATE nº 23, Feb 1998.
3. A posição atual da OMS, UNAIDS e UNICEF sobre mães HIV+ e alimentação infantil. Marina Ferreira Rea, Texto preparado para o *Seminário “HIV e Amamentação”*, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Realização:



Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância



WABA

Hepatite B e Amamentação

Hepatitis B and breastfeeding. UPDATE N° 22, November 1996.
(Tradução permitida pela Organização Mundial de Saúde.)

Declaração conjunta preparada pelo GPV-Global Programme for Vaccines and Immunization (Programa Global para Vacinas e Imunização); CHD-Division of Child Health and Development (Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil) e RHT-Division of Reproductive Health (Divisão de Saúde Reprodutiva) (Apoio Técnico) da Organização Mundial da Saúde.

Introdução

Por muitos anos se discute se a amamentação desempenha um papel significativo na transmissão da hepatite B. Isto é importante dado o papel crítico da amamentação e o fato de que cerca de 5% das mães em todo o mundo são portadoras crônicas do vírus da hepatite B (VHB). A análise de estudos relevantes indica não haver evidências de que o aleitamento materno represente um risco adicional aos filhos de mães portadoras do VHB. O uso de vacina para a hepatite B em programas de imunização infantil, recomendado pela OMS e atualmente implementado em 80 países, é mais um avanço que poderá eliminar o risco de transmissão. Este documento discute as questões relevantes sobre amamentação e transmissão do VHB, fornecendo uma orientação sob a ótica da OMS.

Infecção por vírus da hepatite B

A infecção por VHB é da maior importância para a saúde pública em todo o mundo. O vírus pode causar infecção assintomática, hepatite clínica aguda, hepatite fulminante, ou infecção persistente, conhecida como estado de portador crônico. Globalmente, existem mais de 350 milhões de portadores crônicos de VHB, os quais apresentam alto risco de desenvolver seqüelas graves incluindo hepatite crônica ativa, cirrose e carcinoma hepato-celular primário, complicações que matam mais de 1 milhão de pessoas por ano. Estima-se que cerca de 25-35% dos indivíduos que se tornam portadores crônicos poderão morrer em consequência destas complicações (1).

Transmissão do VHB

O padrão de transmissão do VHB varia com a prevalência de portadores. Nas áreas em que a infecção persistente é altamente endêmica (leste e sudeste da Ásia e África sub-saariana), a transmissão é principalmente perinatal, de mãe portadora para seu recém-nascido, ou por meio de contato próximo entre crianças (transmissão horizontal). Na Ásia, aproximadamente 40% das mulheres em idade reprodutiva portadoras do VHB são positivas para o antígeno “e” da hepatite (HBeAg) e têm uma probabilidade

de 70 a 90% de infectar seus recém-nascidos no período perinatal. A transmissão perinatal do VHB ocorre principalmente durante ou logo após o nascimento, mediante contato do bebê com o sangue e outros fluidos corporais maternos. Na Ásia, a transmissão perinatal é responsável por cerca de 25 a 30% do grupo de portadores. Fora da Ásia, aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva portadoras de VHB apresentam HBeAg e a transmissão perinatal contribui de maneira muito menos importante para o grupo de portadores. Em áreas de baixa endemicidade (Europa Ocidental e América do Norte) a transmissão perinatal é incomum, a infecção ocorrendo principalmente por meio de sangue e contato sexual entre adultos (2). Mesmo assim, muitos países industrializados rastreiam todas as gestantes para HBsAg e tratam os filhos de mulheres portadoras com globulina hiperimune específica (Imunoglobulina para Hepatite B - IGHB) e vacina contra Hepatite B (3).

Risco de Transmissão pela Amamentação

Tem-se sugerido o aleitamento como um mecanismo adicional pelo qual as crianças podem adquirir infecção pelo VHB, uma vez que pequenas quantidades de antígenos de superfície (HBsAg) da Hepatite B têm sido detectadas em algumas amostras de leite materno. Entretanto, não existem evidências de que a amamentação aumente o risco de transmissão de mãe para criança. Um estudo de seguimento de 147 crianças nascidas de mães portadoras de VHB, em Taiwan (4), encontrou taxas similares de infecção por VHB em 92 crianças amamentadas quando comparadas a 55 alimentadas com mamadeira. Um estudo na Grã Bretanha, envolvendo 126 indivíduos, também mostrou não haver risco adicional para filhos de mães portadoras amamentadas em comparação a não amamentadas (5). Este estudo incluiu a medida da situação de HBeAg das mães, não encontrando qualquer associação entre situação do antígeno e materno e taxa de transmissão. Estes achados sugerem fortemente que o risco de transmissão associado com o aleitamento é insignificante se comparado ao alto risco de exposição a sangue e fluidos corpóreos maternos ao nascimento. Especialistas em Hepatite, contudo, preocupam-se com o fato de que patologias mamárias como rachaduras ou sangramento

dos mamilos e lesões exsudativas possam expor a criança a doses infectantes de VHB.

Prevenção das transmissões perinatal e horizontal do VHB

A imunização ativa com vacina HB é efetiva na prevenção tanto de transmissão vertical quanto horizontal do VHB (6-7). A imunização pode prevenir o desenvolvimento do estado de portador persistente em 70-90% dos filhos de portadoras e até 95% das crianças infectadas horizontalmente. A administração de IGHB dentro de 24 horas após o nascimento junto com a primeira dose da vacina aumenta a proteção para até 85-90% em filhos de portadoras de VHB (1). Entretanto, nem o rastreamento de gestantes para infecção por VHB nem o uso de IGHB são factíveis na maioria dos países em desenvolvimento. Por isso, recomenda-se a vacinação rotineira das crianças contra HB, sendo a primeira dose nas primeiras 48 horas de vida quando factível, e a realização das doses subsequentes dentro do calendário de imunização da infância. O uso de vacina contra HB ao nascimento é possível quando o parto ocorre em clínicas e hospitais, sendo mais difícil nos partos domiciliares em que o contato com o sistema de imunização demora semanas ou meses. Uma dose de vacina HB próxima ao nascimento é mais importante na Ásia, onde a transmissão perinatal é mais comum. As crianças que recebem a primeira dose de vacina podem ser amamentadas com segurança (8).

Nas áreas em que as crianças não são rotineiramente imunizadas contra VHB, deve-se levar em conta a questão das amas de leite e do uso de leite materno doado. Em áreas endêmicas, a maioria das mulheres não portadoras já se infectaram com VHB e se recuperaram, transferindo passivamente anticorpos anti-HBs aos filhos por meio da placenta, protegendo-os contra a infecção por VHB por aproximadamente 6 meses. Em muitos países industrializados amas de leite e mães doadoras são rastreadas para HbsAg e, quando positivas, seu leite não é utilizado para outras crianças que não os seus próprios filhos. Entretanto, esta estratégia é menos factível nos países em desenvolvimento, onde o teste para VHB pode não estar disponível. Crianças imunizadas com vacina HB não têm risco de se infectar por VHB por meio de amas de leite ou leite materno doado.

Recomendações

A OMS recomenda que todas as crianças recebam a vacina contra hepatite B como parte da rotina de imunização da infância. Onde factível, a primeira dose deve ser dada nas primeiras 48 horas de vida ou tão logo quanto possível. Isto reduzirá substancialmente a transmissão vertical e poderá eliminar qualquer risco de transmissão via amamentação ou uso de leite materno. A imunização infantil também prevenirá a infecção por qualquer outra forma de transmissão de VHB.

A OMS e o UNICEF recomendam que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente por pelo menos 4 meses e se possível 6 meses, e que continuem sendo

amamentadas até dois anos de idade ou mais, com a adição de alimentos complementares apropriados ao redor de 6 meses de idade. Existe um considerável risco de morbidade e mortalidade entre crianças não amamentadas. Não há evidências de que o aleitamento em mães infectadas por VHB traga risco adicional de infecção por VHB para a criança, mesmo sem imunização. Assim sendo, mesmo nos locais em que a infecção por VHB é altamente endêmica e a imunização contra VHB não está disponível, a amamentação é o método recomendado para alimentação infantil.

Nota acrescentada pela Seção de Nutrição do UNICEF para enfatizar que recomenda-se a amamentação em mães portadoras de VHB independentemente da situação vacinal da criança. Entretanto, na medida em que a pasteurização não é confiável para eliminar o VHB do leite humano doado, as crianças devem ser vacinadas contra HB caso venham a receber leite humano ordenhado ou de banco de leite que não seja o de sua própria mãe. Onde a vacina é escassa, deve-se dar prioridade a estes recém-nascidos.

Referências:

1. Global control of Hepatitis B through vaccination: Role of Hepatitis B vaccine in the Expanded Programme on Immunization, Maynard JE, Kane MA and Hadler SC, Rev Inf Dis 1989;11 (suppl 3):574-578
2. Protocol for assessing prevalence of Hepatitis B infection in antenatal patients, World Health Organization, WHO/EPI/GEN/90.6
3. Protection against viral hepatitis, Recommendations of Immunization Practices Advisory Committee (ACIP), MMWR 1990,39 (nº S-2)
4. Evidence against breastfeeding as a mechanism for vertical transmission of Hepatitis B, Beasley PR, Shiao I-S, Stevens CE, Meng H-C, Lancet 1975; ii: 740-41
5. Vertical transmission of Hepatitis B surface antigen in carrier mothers in two west London hospitals, Woo D, Davies PA, Harvey DR, Hurley R, Waterson AP, Arch Child Dis, 1979;54:670-75
6. Prevention of perinatally transmitted Hepatitis B virus infections with Hepatitis B Immune globulin and Hepatitis B vaccine, Beasley RP, Hwang LY, Lee GCY, et al. Lancet 1983;ii:1099-102
7. Prevention of the HbsAg carrier state in newborn infants of mothers who are chronic carriers of HbsAg and HbeAg by administration of Hepatitis B vaccine and hepatitis B immunoglobulin, Wong VCW, IP HMM, Reesink HW, et al. Lancet 1984;1:921-6
8. Breastfeeding babies of HbsAg-positive mothers, Tseng AKY, Lam CWK, Tam J. Lancet 1988; ii:1032

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma

Revisão: Marina Ferreira Rea

Editoreção eletrônica: Nelson Francisco Brandão

Amamentação e Tuberculose Materna

Breastfeeding and Maternal Tuberculosis. UPDATE N° 23, Feb 1998.

(Tradução permitida pela Organização Mundial de Saúde.)

Declaração conjunta preparada por CHD-Division of Child Health and Development (Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil), GTB-Global Tuberculosis Programme (Programa Global de Tuberculose), GPV-Global Programme for Vaccines and Immunization (Programa Global para Vacinas e Imunização) e RHT-Reproductive Health (Saúde Reprodutiva /Apoio Técnico) da Organização Mundial da Saúde.

Os trabalhadores da saúde com frequência são solicitados a orientar mães com tuberculose (TB) com respeito à segurança para amamentar. No passado, as crianças algumas vezes eram separadas de suas mães, pelo menos até que elas deixassem de ser infectantes. A separação inviabilizava a amamentação e o cuidado materno e a alimentação artificial colocava as crianças sob risco de infecção e desnutrição. Há tempos já não se recomendam tais medidas.

A política do Programa Global de Vacinas e Imunização⁴ para crianças que vivem em situações de risco para infecção com *M.tuberculosis* é vacinar com BCG tão logo quanto possível após o nascimento. Embora os estudos mostrem níveis variados de proteção conferidos pela BCG contra a infecção por todas as formas de TB, é consensual que a imunização no primeiro ano de vida protege contra meningite tuberculosa e tuberculose miliar.

As recomendações básicas do GPV sobre administração de BCG continuam sendo as mesmas. Crianças sob risco de adquirir tuberculose devem receber a vacina BCG tão logo quanto possível após o nascimento. Duas são as exceções – crianças com sintomas de febre amarela ou de infecção por HIV.

Este documento identifica um grupo que necessita de recomendações especiais – crianças cujas mães desenvolvam tuberculose pulmonar infectante (cultura ou esfregaço positivos) pouco antes ou após o parto. Estas crianças não estarão protegidas a tempo pelo BCG. A BCG não está contraindicada nestas crianças, mas elas necessitarão ser vacinadas mais tarde ou revacinadas.

As recomendações atuais para mães infectadas por TB baseiam-se nos seguintes princípios:

- A melhor forma de prevenir a infecção em crianças de mães infectadas é tratar as mães a tempo e de maneira apropriada.
- As mães podem amamentar – exclusivamente por um mínimo de 4 meses e desde que a criança esteja crescendo satisfatoriamente por 6 meses; e devem continuar amamentando até 2 anos ou mais após a introdução apropriada de alimentos complementares.

Nos locais em que tanto a infecção por HIV quanto a tuberculose são comuns, os princípios para controle da tuberculose são os mesmos. Entretanto, as recomendações para amamentar podem necessitar de modificação, levando em consideração a Declaração Conjunta sobre HIV e Alimentação Infantil do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS)⁵.

Quimioterapia para a mãe

Em qualquer situação, a mãe deve receber quimioterapia usando o regime de curta duração, padrão recomendado pelo programa nacional de tuberculose, e ser monitorada pelo serviço de saúde mais próximo^{1,2}.

Os regimes de curta duração combinam o uso de 4 drogas: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante os primeiros dois meses, e tratamento continuado por quatro ou seis meses com drogas selecionadas. Pacientes com esfregaços positivos (infectante) normalmente têm os esfregaços negativados (não-infectante) dentro de 2 meses.

Estas drogas anti-tuberculose não são perigosas durante a gravidez e são compatíveis com a amamentação. As quantidades de drogas excretadas no leite materno são muito pequenas e insuficientes para neutralizar a vacina BCG.

Quimioterapia preventiva para a criança

A criança sob risco de adquirir infecção da mãe deve receber isoniazida 5mg/kg por via oral, uma vez ao dia, durante 6 meses. Esta dose de isoniazida é alta o suficiente para neutralizar a vacina BCG.

Recomendações para lidar com mãe e criança

- **Conduta Geral:**
mãe e criança devem permanecer juntas e a criança deve ser amamentada normalmente.
- **Conduta específica em diferentes situações:**
 1. Se a mãe tem diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa e iniciou tratamento 2 meses ou mais antes do parto, deve-

se realizar exame microscópico de 2 esfregaços de escarro para assegurar que ela é esfregaço negativo e não infectante antes da criança nascer.

Se a mãe tem esfregaço negativo logo antes do parto:

- continue o tratamento anti-tuberculose para a mãe;
- aconselhe-a a amamentar normalmente;
- vacine a criança com BCG tão logo quanto possível após o nascimento.

A quimioterapia preventiva não é recomendada para a criança.

Se a mãe tem esfregaço positivo logo antes do parto:

- Encaminhe-a ao centro de saúde ou hospital de referência mais próximo para avaliação e tratamento de tuberculose;
- aconselhe-a a amamentar normalmente;
- dê à criança quimioterapia preventiva com isoniazida por 6 meses;
- vacine a criança com BCG após o término da isoniazida.

2. Se a mãe tem diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa e iniciou tratamento menos de 2 meses antes do parto, ela ainda será potencialmente infectante quando a criança nascer. A criança não estará protegida pela BCG por algumas semanas, necessitando de quimioterapia preventiva:

- continue o tratamento anti-tuberculose para a mãe;
- aconselhe-a a amamentar normalmente;
- dê à criança quimioterapia preventiva por 6 meses;
- vacine ou revacine a criança com BCG após o término da isoniazida.

Se a BCG foi feita ao nascimento porque se desconhecia a situação materna, ou por erro, não há prejuízo, mas a vacina será neutralizada pela isoniazida dada à criança e não a protegerá. A vacinação com BCG deverá ser repetida após o término da isoniazida.

3. Se a mãe tem diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa menos de 2 meses após o parto, a imunização com BCG no nascimento não dará à criança proteção adequada. A vacina será neutralizada pela quimioterapia preventiva:

- dê à mãe tratamento anti-tuberculose;
- aconselhe-a a continuar amamentando;
- dê à criança quimioterapia preventiva com isoniazida por 6 meses;
- vacine ou revacine a criança com BCG após o término da isoniazida.

4. Se a mãe tem diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa 2 meses ou mais após o nascimento:

- dê à mãe tratamento anti-tuberculose;
- aconselhe-a a continuar amamentando;
- dê à criança quimioterapia preventiva com isoniazida por 6 meses.

Se a vacina BCG foi dada ao nascer, a criança está protegida:

- não é útil revacinar quando terminar a terapia medicamentosa;
- monitore a saúde e o ganho de peso da criança.

Se a vacina BCG não foi dada previamente, a criança não está protegida:

- vacine com BCG quando terminar a terapia medicamentosa;
- monitore a saúde e o ganho de peso da criança.

Monitoramento da saúde e do ganho de peso da criança

Se em qualquer momento durante o primeiro ano de vida, uma criança desenvolve sinais ou sintomas que possam sugerir tuberculose³, especialmente:

- perda de peso
- febre
- tosse persistente
- dificuldade respiratória
- vômitos
- agitação ou apatia
- choro excessivo ou anormal

⇒ encaminhe a criança imediatamente ao centro de saúde ou hospital de referência mais próximo para mais investigações:

- exame médico é necessário, incluindo radiografia do tórax e exames CSF (para identificar potencial tuberculose pulmonar ou extra pulmonar), e algumas vezes um teste tuberculíneo;
- Se for confirmada infecção por TB será necessário tratamento específico usando o regime de quimioterapia padrão recomendado pelo programa nacional de tuberculose.

⇒ aconselhe a mãe a continuar amamentando:

- se a criança for hospitalizada, admita também a mãe para que o aleitamento possa continuar;
- se a criança é incapaz de sugar, alimente-a com leite materno ordenhado usando xícara.

⇒ se os sinais e sintomas não são relacionados à infecção por tuberculose ou HIV, vacine a criança com BCG (se ainda não foi feito).

Amamentação e tuberculose materna

Resumo das orientações

(de acordo com o tempo do diagnóstico e da situação bacteriológica materna)

TB pulmonar ativa diagnosticada antes do parto		TB pulmonar ativa diagnosticada depois do parto		
> 2 meses antes		< 2 meses antes	< 2 meses depois	> 2 meses depois
Escarro negativo pouco antes do parto	Escarro positivo pouco antes do parto	-	-	-
Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe	Tratar a mãe
Manter amamentação	Manter amamentação	Manter amamentação	Manter amamentação	Manter amamentação
Nenhuma quimioterapia preventiva para a criança	Dar isoniazida para a criança por 6 meses	Dar isoniazida para a criança por 6 meses	Dar isoniazida para a criança por 6 meses	Dar isoniazida para a criança por 6 meses
BCG ao nascimento	BCG após término da isoniazida	BCG após término da isoniazida	BCG após término da isoniazida	BCG após término da isoniazida se não foi dada ao nascimento

Monitorar todas as crianças quanto ao ganho de peso e saúde.

Não dar BCG para crianças que têm sintomas de febre amarela ou infecção pelo HIV.

Referências:

1. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*. WHO, 1993.
2. *Managing tuberculosis at district level – a training course*. WHO Tuberculosis Programme, 1992,
3. Pierre Chaulet and collaborators. *Childhood Tuberculosis, still with us...* Children in the Tropics, 1992 – Nº 196-197. International Children's Centre, Chateau de Longchamp, 75016 Paris, France.
4. *Immunization Policy*. Global Programme for Vaccines and Immunization, WHO, Geneva. WHO/EPI/GEN/95.03 (Ver. 1).
5. *HIV and Infant Feeding*. A Policy Statement Developed Collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF, May 1997. (Document number UNAIDS 97.1).

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e Tereza S. Toma
Revisão: Marina F. Rea
Editoração eletrônica: Nelson F. Brandão

A posição atual da OMS, UNAIDS e UNICEF sobre mães HIV + e alimentação infantil¹

Marina F. Rea ⁽²⁾

Antecedentes:

O 1º documento internacional com recomendações sobre a questão da TVMC (Transmissão vertical de mãe para a criança) do HIV através do leite materno data de 1988, quando pouco se conhecia desse tipo de transmissão e basicamente o que se recomendava era cautela e mais pesquisa sobre o assunto.

Em 1992, quando dados já confirmavam inequivocamente que a amamentação era uma via de transmissão do vírus da mãe para a criança, a OMS convoca uma reunião internacional de especialistas. Nessa reunião, um dos estudos mais comentados e que acabou por nortear as recomendações foi uma análise matemática de riscos e benefícios de uso do leite materno *versus* uso do leite artificial e conseqüências para a mortalidade infantil em comunidades com variadas taxas de mortalidade infantil (TMI). A declaração saída desta reunião foi então bastante ambígua, criticada por estabelecer um “double standard” na medida em que recomendava que “...em lugares com altas TMI o risco de morrer por diarreia com a não amamentação é tão alto que pode ser maior que o risco da transmissão do HIV pela mãe pelo leite materno, assim, a amamentação é o método de escolha nessas comunidades. Entretanto, onde as TMI são baixas, e o uso de fórmula infantil é seguro, esta é a alimentação de escolha para as crianças filhas de mães HIV+ ...” ou seja, havia uma recomendação para Los Angeles e outra para Nairobi.

A decisão acima não foi fácil, e as adaptações que os países fizeram a ela foram diversas ; na maior parte dos lugares, entretanto, a tendência foi orientar a mãe HIV+ a não dar o leite de peito, muitas vezes oferecendo medicamentos para “secar o leite”, mas não oferecendo alternativa de alimentação ao bebê de maneira segura e continuada.

O Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e seus co-patrocinadores OMS e UNICEF, realizaram uma reunião em abril/1998 para rever os dados atuais sobre TVMC, desenvolver um conjunto de orientações (Guias) e publicar uma revisão sobre o assunto.

Fundamentos:

Sabemos que a TVMC pode acontecer durante a gravidez, o parto e a amamentação. Entre o total de crianças menores de 15 anos infectadas pelo HIV, 90% adquiriram o vírus pela mãe, e o restante 10% pode ser atribuído a transmissão via sangue contaminado, sexual, ou até drogas injetáveis. As variações regionais quanto à transmissão vertical são grandes:

a partir de 13 estudos (meta-análise), o Grupo Ghent confirmou que é mais alta a taxa de transmissão na África, onde varia de 20-42%, sendo significativamente menor na Europa e EEUU, de 14-24% (p=0.002). No Brasil, estudo realizado em 4 cidades do Estado de São Paulo encontrou taxas de 16%. (Tess e cols, 1998)

A partir de 1994 com o uso do AZT através do chamado “protocolo 076”, demonstrou-se a grande redução da TVMC quando administrada a partir da 24ª semana, no parto e para o recém-nascido. A grande novidade trazida neste ano, é o estudo concluído na Tailândia que demonstrou que o mesmo medicamento é capaz de reduzir em cerca de 50% a TVMC mesmo quando dado no final da gravidez (a partir da 36ª semana) e no parto. Este estudo foi feito entre mulheres que não amamentaram suas crianças. Ele conclui que o uso de AZT em mulheres grávidas e no parto combinado com a administração de fórmula infantil reduz a transmissão de mãe para a criança para menos de 5%.

A transmissão através do leite materno :

Em 1992 realizou-se uma meta-análise de 4 documentos informando sobre 42 mulheres infectadas e 6 estudos sobre 1772 mulheres com infecção estabelecida. A maioria delas amamentou de 2-4 semanas e apenas 106 amamentaram mais de 6 meses. O risco adicional de transmissão pelo leite materno foi de 14% (de 7-22% com IC 95%), entre mulheres com infecção estabelecida e entre aquelas recentemente infectadas o risco foi de 29% (de 16-42%, IC 95%).

O risco de transmissão é também maior se a mulher está num estágio avançado da doença. O aleitamento prolongado continua a expor a criança ao risco, embora a maior parte dos estudos mencione maior risco de transmissão no início da vida (mucosas do bebê imaturas; mamilos fissuras, mastite, abcesso mamário?); outros riscos aumentados parecem ser a deficiência de Vitamina A na mãe (ainda não comprovado). Lembrar então que temos que agir na suposição de que um bebê nascido de mãe HIV+ não está infectado no nascimento (o que é verdade para 80% dos bebês). Se a mãe recebeu terapia antiretroviral (AZT) durante a gravidez, esta suposição pode ser feita com maior confiança (mais de 90% nascem não infectados).

No pós parto imediato, devido à produção de prolactina, a mulher produz grande quantidade de leite materno; seu organismo está preparado para amamentar. Que aconselhamento deveria ela receber, se for HIV+ ? Como alimentar seu bebê ?

¹ Artigo preparado para o Seminário “ HIV e Amamentação”, promovido pela Secretaria de estado da Saúde de São Paulo – CPS /GATS (Área de Saúde da Mulher e Área de Saúde da Criança) & Instituto de Saúde – Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, baseado nos guias da UNAIDS/OMS/ UNICEF de março de 1998.

² Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde /CIP/SES. Médica da OMS, Genebra, entre 1990 e 1992

Substituir a amamentação: o grande desafio

A OMS parte do princípio que a mãe deve optar de maneira informada, pelo leite a ser dado a seu filho, levando em conta sua situação cultural e sócio-econômica. Esta opção não será a mesma em culturas onde a amamentação é a norma (como em Ruanda) ou onde a “a cultura da mamadeira” já se estabeleceu (como na Jamaica). As seis formas de alimentar o bebê a partir do nascimento são, então, apresentadas a seguir, complementadas pelas opções de alimentação para a criança maior de 6 meses.

DO NASCIMENTO AOS SEIS MESES

Do nascimento aos seis meses de idade, o leite em alguma forma é essencial para a criança. Se não usar o leite de peito, uma criança precisa de 150 ml de leite por kg de peso por dia. Assim, por exemplo, uma criança pesando 5 kg precisa de 750 ml por dia, podendo ser dadas 5 refeições por dia de 150 ml cada.

1. Substitutos do leite materno

Fórmula infantil comercial

A fórmula infantil comercial poderia ser considerada como uma opção para as mulheres HIV positivas quando:

- a família tem realmente acesso à fórmula suficiente durante pelo menos seis meses
- a família tem os recursos - água, combustível, utensílios, habilidade e tempo - para prepará-la com precisão e higiene

Fórmula preparada em casa

A fórmula preparada em casa pode ser feita com leite fluido ou com leite em pó. A preparação de fórmula com quaisquer destes tipos de leite envolve modificações, e para fazer isto de modo satisfatório para a criança, é preciso ter cuidado para evitar diluição. Suplementação de micronutrientes é necessário, já que os leites animais contêm ferro e zinco insuficientes, e pode faltar vitamina A e ácido fólico. Se a suplementação de micronutrientes for impossível, a complementação com alimentos ricos em ferro, zinco, vitamina A e ácido fólico deve ser introduzida no quarto mês de idade. Porém, eles seriam improváveis em prover quantidade suficiente dos nutrientes exigidos. Alimentar um bebê com fórmula infantil até seis meses requer cerca de quarenta latas de 500gr, ou quarenta e quatro de 450g.

Leite “in natura”, leite em pó integral, leite fluido (A,B ou C) ou leite esterilizado (de caixinha)

O leite de vaca tem mais proteína e uma maior concentração de sódio, cálcio e outros sais do que o leite de peito. A modificação envolve diluição com água fervida para reduzir a concentração. A diluição reduz a concentração de energia, assim, o açúcar deve ser adicionado. Devem ser misturados leite, água e açúcar nas seguintes proporções e

então fervidos para fazer 150 ml de fórmula preparada em casa para uma criança do nascimento até os seis meses de idade: 100ml de leite de vaca com 50 ml de água fervida e 10 g (2 colheres de chá) de açúcar.

A composição do leite de cabra é semelhante ao leite de vaca e assim precisa ser modificado da mesma maneira. É deficiente em ácido fólico e as crianças precisam receber suplementação de micronutrientes.

A fórmula preparada em casa poderia ser considerada como uma opção para as mulheres HIV positivas quando:

- a fórmula infantil comercial não está disponível ou é muito cara para a família comprar e preparar
- o uso de leite animal “in natura” é confiável e a família pode dispor disto durante pelo menos seis meses
- a família tem recursos para preparar o leite com higiene e pode fazer as modificações exigidas com precisão
- a suplementação de micronutrientes é possível
- a família recebe leite integral de programas de suplementação alimentar que não tenham interrupção

2. Modificação do Aleitamento Materno

Desmame precoce

O momento adequado para induzir o desmame das mães que decidiram começar a amamentar é desconhecido. O período mais arriscado para usar o leite artificial mal preparado são os primeiros dois meses.

Desmamar poderia ser considerado como uma opção para mulheres HIV positivas que:

- achem difícil por razões sociais ou culturais evitar amamentar, e por isto “solicitam” que seu leite seja secado.
- desenvolveram os sintomas de AIDS durante o período de amamentação
- podem dar substituto do leite materno adequado e podem, higienicamente, preparar e dar este somente depois que suas crianças forem alguns meses mais velhas

Leite de peito tratado pelo calor

O tratamento por calor do leite de peito ordenhado mata o vírus no leite de mães HIV positivas. O leite de peito tratado por calor é nutricionalmente superior a qualquer outro leite, mas o tratamento por calor reduz os níveis dos fatores anti-infecciosos.

Para pasteurizar o leite de peito, este deve ser aquecido à 62,5°C durante 30 minutos (método de pasteurização de Holder). Ou este pode ser fervido e então esfriado imediatamente, colocando-o no refrigerador ou deixando o recipiente em água fria.

Esta pode ser considerada uma opção de curta duração porque exige: ordenha, aquecimento, refrigeração mais de uma vez por dia, o que consome bastante tempo.

3. Outros leites

Banco de leite humano

Em algumas regiões existem bancos de leite humano que têm cumprido um papel importante na alimentação de bebês doentes e prematuros. Devido ao risco de transmissão direta de HIV pelo leite de peito de “pool” não pasteurizado das doadoras não testadas, bancos de leite humano devem ser considerados como opção para filhos de mães HIV+ quando:

- eles já são estabelecidos e funcionam conforme procedimentos padrão e medidas de segurança.
- é certo que as doadoras são testadas e não são HIV positivas e que o leite doado é pasteurizado adequadamente (usando o método de Holder)

Esta pode ser considerada uma opção também de curta duração.

4. Ama-de-leite

As amas-de-leite só devem ser consideradas quando:

- uma ama-de-leite potencial é informada do risco dela adquirir HIV da criança de uma mãe HIV positiva.
- a ama-de-leite é aconselhada sobre HIV, e voluntariamente faz um teste e este é HIV negativo
- a ama-de-leite recebeu informações e é capaz de praticar sexo seguro para garantir que ela permaneça HIV negativo enquanto está amamentando a criança
- a ama-de-leite tem um espaço no contexto familiar e não há nenhum pagamento envolvido
- a ama-de-leite pode amamentar a criança com a frequência e o tempo que forem necessários
- a ama-de-leite tem acesso a um apoio para a amamentação para prevenir e tratar problemas tais como mamilos rachados

5. Substitutos Inadequados do Leite Materno

Nem o leite desnatado nem o condensado são recomendados para a alimentação infantil antes dos seis meses de idade. O leite desnatado tem a gordura retirada e não supre energia suficiente.

Sucos de frutas, água com açúcar, farinha e cereal de aveia diluídos são algumas vezes dados erroneamente no lugar de leite, mas estes e produtos de leite como o iogurte, não são recomendados para substituir a alimentação de crianças com menos de seis meses.

DOS SEIS MESES AOS DOIS ANOS DE IDADE

Depois dos seis meses de idade, o leite de peito é normalmente componente importante da dieta, suprimindo 50% das exigências nutricionais entre os 6-12 meses de idade e 34% entre 12-24 meses. Uma criança que não é amamentada precisa de substituto do leite materno que lhe dê todos os

nutrientes exigidos.

Depois dos seis meses de idade, a alimentação de uma criança que não é amamentada deveria, preferivelmente, consistir de um substituto de leite materno adequado e alimentos complementares preparados apropriadamente e enriquecidos com nutrientes, a partir dos alimentos da família, dados três vezes ao dia. Se nas refeições diárias não puder ser incluído um substituto do leite materno (conforme descrito), recomenda-se então dar cinco refeições por dia, ao invés de três.

COMO PREPARAR E DAR ALIMENTOS

Os filhos de mães HIV+ que não vão receber leite materno- produto completo e higienicamente perfeito, estarão sujeitos ao uso de alimentos artificiais, cuja higiene no preparo e no veículo (container) precisam ser rigorosamente avaliadas e orientadas, levando em conta as condições da família.

Quanto à higiene na preparação dos substitutos do leite materno para minimizar os riscos de contaminação e infecção bacteriana, deve-se assegurar que os trabalhadores de saúde sejam capazes de:

- ensinar às mães e familiares a lavar suas mãos com sabão e água antes de preparar os alimentos e o leite artificial.
- ensinar às mães e familiares a lavar alimentos e utensílios com água fervida ou fervê-los para esterilizá-los antes da preparação do alimento e alimentação da criança
- se possível, pedir para as mães para mostrar a preparação de um alimento e assisti-las para assegurar que elas podem fazer isto higienicamente e na composição correta
- orientar quanto a fervura da água e estocagem dos alimentos.

Diluição correta

Os trabalhadores de saúde precisam ser capazes de demonstrar, às mães e famílias, como diluir leite em pó integral ou leite fluido adequadamente, e, se possível, lhes pedir que mostrem como preparar os alimentos para assegurar que isto é feito corretamente.

Os trabalhadores de saúde também precisam assegurar que as famílias tenham algum meio para medir adequadamente a água e o leite em pó ou líquido.

Métodos de alimentação

Os trabalhadores de saúde devem ser treinados para mostrar às mães e familiares como alimentar na xícara ou copinho e explicar que é preferível alimentar a criança deste modo porque:

- as xícaras são seguras, pois elas são mais fáceis de limpar com água e sabão quando comparado com as mamadeiras

- as xícaras dão menos condições para as bactérias se multiplicarem nas bordas
- a alimentação por xícara possibilita que a mãe ou outra pessoa tenham mais contato com a criança, promovendo mais estimulação psicológica do que a mamadeira
- a criança pode controlar a ingestão do leite
- alimentação por xícara é mais conveniente do que alimentar com o auxílio de uma colher porque esta é mais demorada e a mãe pode parar antes da criança se satisfazer.

Conclusões:

Todas as opções acima devem ser discutidas com a mãe.

Se a opção for usar substitutos do leite materno, recomenda-se que os governantes tomem medidas para prevenir o uso indevido de substitutos de leite materno, o que prejudicaria a amamentação. Isto inclui:

- Controle de compras e estoque centralizada nos postos governamentais. Um município não precisaria comprar fórmulas infantis mais do que o suficiente para cobrir o percentual de mães HIV naquela cidade.
- A fórmula infantil deve ser indicada sob prescrição, podendo ser gratuita ou subsidiada somente para mulheres HIV positivas que decidem não amamentar e escolhem esta opção
- Considerar o empacotamento ou rotulagem genérica, se localmente aceitável, e assegurar meios de identificação para controle.
- Monitoramento amplo da implementação destas medidas utilizando-se o Código Internacional com enfoque particular na distribuição apropriada de fórmulas infantis para mulheres HIV positivas; no caso do Brasil, levar em conta a Resolução 31/92 do Conselho Nacional de Saúde (Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes) e os acordos firmados entre o Ministério da Saúde e Indústrias Produtoras em 1993-1994.
- Distribuição destes substitutos através de ONGs, farmácias “cadastradas” ou outros mecanismos que possam ser monitorados, como os Centros de Referência de AIDS, onde as pessoas obtém seus medicamentos.

Referências Bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention. Administration of Zidovudine During Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission - Thailand, 1996-1998. **JAMA HIV/AIDS Information Center. The Journal of the American Medical Association**, MMWR, 47(8). 1998.

CONNOR, E. M. & cols. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency vírus Type 1 with Zidovudine Treatment. **The New England Journal of Medicine**, **331 (18)**: 1173-1180. 1994

HIV and Infant Feeding - docs. WHO/FRH/NUT 98.1, 98.2, 98.3, UNAIDS/98.3, 98.4 e 98.5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes**. Brasília, MS/INAN/PNIAM, 2ª edição, 1993.

TESS, B. H. & cols. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. **AIDS**, **12 (5)**: 513-520. 1998