A implementação do programa de distribuição de fórmula infantil para crianças nascidas de mães HIV positivas no Município de Porto Alegre/RS

Implementation of the infant formula distribution program for children born to HIV-positive mothers in Porto Alegre, RS

Ana Paula Pontes Aires[1], Dolores Sanches Wunsch[2], Vera Lúcia Bosa[3]

RESUMO

Introdução: A transmissão vertical representou, em 2012, dentre os expostos ao HIV com menos de treze anos de idade, 99,6% dos casos identificados. Para enfrentar este crescimento, programas voltados a enfrentar o aumento da transmissão vertical vêm sendo desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este artigo objetiva investigar o fluxo do programa de distribuição de fórmula infantil para crianças de zero a seis meses de vida, nascidas de mães HIV positivas, na cidade de Porto Alegre/RS, para a identificação dos fluxos de acesso ao programa e sua eficácia. **Métodos:** O presente estudo é de natureza qualitativa e de caráter exploratório acerca do tema. **Resultados:** Três das cinco maternidades que fazem parte do Projeto Nascer têm seus dados de dispensação da fórmula infantil contabilizados pela Secretaria Municipal. Constatou-se que o processo está bem implementado e não faltam insumos e fórmula para este grupo da população. Na Atenção Básica, pode-se verificar que, em geral, a retirada se dá de forma sistemática, não há dificuldades por parte dos profissionais em atender a essa demanda no serviço. **Conclusão:** Necessita-se de mais estudos em relação ao tema, principalmente nas demais regiões do país, bem como nos municípios do interior, para que se possa traçar um perfil da implementação da distribuição em todo o Brasil. Tornam-se indispensáveis, por outro lado, estudos que possam evidenciar os demais aspectos que impactam na vida das crianças e suas famílias.

UNITERMOS: HIV, Fórmulas Infantis, Criança.

ABSTRACT

Introduction: *In 2012, vertical transmission accounted, among those exposed to HIV under thirteen years of age, for 99.6% of the identified cases. To meet this growth, programs aimed at facing the increase of vertical transmission have been developed within the National Health System. This paper aims to investigate the flow of the infant formula distribution program for children from birth to 6 months of life, born to HIV-positive mothers in the city of Porto Alegre, RS, to identify access flows to the program and its effectiveness.* ***Methods:*** *This is a qualitative study of exploratory nature.* ***Results:*** *Three of the five hospitals that are part of Project Nascer have their data of infant formula dispensation accounted for by the municipal department. The process was found to be well implemented and inputs and formula abound for this population group. In Primary Care, it can be seen that, in general, delivery takes place systematically, there is no difficulty for professionals to meet this demand in the service.* ***Conclusion:*** *Further studies on the subject should be conducted, especially in other regions of Brazil, as well as in countryside municipalities, so that a profile of the distribution implementation across the country can be traced. However, studies highlighting other aspects that impact the lives of children and their families are crucial.*

KEYWORDS: *HIV, Infant Formula, Child.*

[1] Nutricionista. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente.

[2] Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Assistente Social, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA/UFRGS).

[3] Nutricionista. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora do Departamento de Pediatria, curso de Nutrição da UFRGS. Tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – HCPA/UFRGS.

INTRODUÇÃO

No Brasil, como em muitos outros países, a epidemia da AIDS é complexa e dinâmica. Os primeiros casos notificados ocorreram na década de 1980. Desde então, tem sido caracterizada por extensas mudanças epidemiológicas ao longo do tempo e pela evolução de uma série de respostas políticas e sociais (1).

No início da década de 1980, a AIDS teve como característica a predominância de casos entre homossexuais, tendo maior incidência nas regiões metropolitanas da região Sudeste do país. Já no final da década de 1980 e nos primeiros anos da década de 1990, teve surgimento a transmissão sanguínea e inclusão dos usuários de drogas, iniciando-se o processo de juvenização, pauperização e interiorização da epidemia. Na terceira fase, a epidemia se caracterizou pelo aumento do número de casos entre mulheres, e a subcategoria de exposição heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, acelerando a disseminação da epidemia para todo o território nacional, atingindo os municípios de pequeno porte (2).

No Brasil, foram notificados 656.701 casos de AIDS desde 1980 até junho de 2012, com um total de 253.706 óbitos, até dezembro de 2011, em todas as faixas etárias. Neste período, ocorreram 17.539 casos em menores de cinco anos, e 4.435 em crianças entre cinco e nove anos. A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2012 correspondeu a 2,4 casos por 1.000 nascidos vivos. A única região com uma taxa de detecção superior à média nacional foi a Região Sul, com 5,8 casos por 1.000 nascidos vivos (3).

Desde 2002, houve um decréscimo importante dos casos de AIDS por transmissão vertical (TV), podendo ser consequência da criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde em junho de 2000. Porém, nos últimos anos, verifica-se uma estabilização em patamares insatisfatórios, em torno de 500 casos/ano em menores de cinco anos de idade (3).

Se considerarmos que as mulheres infectadas pelo HIV estão em idade fértil, tem-se o problema adicional da transmissão vertical, de mãe para filho, que representa a principal forma de disseminação desse vírus na população infantil. A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV, ou seja, cerca de 65% dos casos de transmissão acontece durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação (4), havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno.

Em 2012, a transmissão vertical foi a forma de exposição ao HIV em 99,6% dos menores de 13 anos de idade. Em crianças abaixo de cinco anos, considera-se a TV responsável por aproximadamente 100% dos casos de AIDS. No Brasil, a taxa de incidência de AIDS em crianças menores de cinco anos de idade (por 100.000 habitantes) é considerada um *proxy* da taxa de transmissão vertical no país (3).

A taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade está estável no Brasil, no patamar médio de 3,5 por 100.000 habitantes, mas há uma grande variação por unidade da federação e por região do país. Em 2012, foram notificados 475 casos de AIDS em menores de cinco anos de idade, sendo o maior número de casos em São Paulo (67), Rio Grande do Sul (59) e Rio de Janeiro (50) (3).

A AIDS teve seu primeiro caso registrado em Porto Alegre no ano de 1983 e totaliza até o final de 2011 22.470 casos, sendo 96% em adultos e 4,11% em crianças. Excluindo-se os óbitos, há 14.100 pessoas vivendo com AIDS em Porto Alegre, e a estimativa de pessoas com HIV é de 28.187 pessoas (2% da população), considerando a taxa de infecção do HIV em gestantes ser de 2% no município. A razão de sexo que, em 1987, era de 13 casos em homens para cada mulher com AIDS, em 2012 está em 1,3 caso (4).

O risco de transmissão do vírus pelo leite materno é elevado, entre sete e 22%, e se renova a cada exposição (5). Esse risco se eleva, sendo de aproximadamente 30%, quando a infecção da mãe ocorre durante o período de amamentação (6). Durante o aleitamento materno, a transmissão do vírus pode acontecer em qualquer fase, porém parece ser mais frequente nas primeiras semanas, podendo-se concluir pela literatura que quanto maior o tempo de aleitamento materno, maior é o risco de transmissão do HIV, mostrando que o risco é acumulativo (7).

Para a discussão da transmissão vertical do HIV no país, é fundamental abordar a sua origem, bem como as estratégias de saúde adotadas ao longo do tempo para evitar a disseminação do vírus de mãe para filho, dando destaque para os programas voltados ao aleitamento de crianças expostas ao HIV.

No decorrer desta introdução, a fim de elucidar melhor o tema serão abordados os seguintes tópicos: Políticas nacionais de Suplementação Alimentar e os Programas de Leite; Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS); Fórmula Infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) para as crianças filhas de mães HIV positivo, tendo como recorte para discussão a implementação do programa de distribuição da fórmula infantil, o município de Porto Alegre/RS, para, desta forma, e a partir do ordenamento do SUS verificar os fluxos e desafios para acesso e atendimento desta população usuária.

Segundo dados da literatura, desde o ano de 1972 já haviam sido instituídas no Brasil políticas de suplementação alimentar, de modo particular, programas de leite, com o objetivo de proporcionar alimentação mais adequada para crianças pertencentes a famílias de baixo poder aquisitivo ou com problemas nutricionais. Esses programas federais de suplementação alimentar eram dirigidos ao grupo materno-infantil, abrangendo as famílias de até dois salários mínimos mensais (8).

Os principais grupos de programas voltados à redução da carência alimentar de mães e crianças brasileiras foram: o Programa de Suplementação Alimentar (PSA) do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, direcionado

a gestantes, nutrizes e crianças até 24 meses; o Programa de Complementação Alimentar (PCA) e Distribuição de Leite, dirigidos pela Legião Brasileira de Assistência – LBA, sendo destinado exclusivamente para crianças que apresentam sinais de desnutrição; o Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes (PNLCC), desenvolvido pela Secretaria Especial de Habitação e Ação Comunitária – SEHAC, beneficiando famílias com crianças menores de sete anos, e o Programa de Distribuição de Alimentos a Crianças em Idade Pré-Escolar de 4 a 6 anos, patrocinado pela LBA e pela Fundação de Assistência ao Estudante – FAE (8).

Destes, o mais conhecido foi o Programa Nacional do Leite, lançado em 1986 e extinto em 1989, beneficiando diariamente 7,6 milhões de crianças de famílias carentes (9).

Na década de 1980, porém, já havia casos pediátricos de AIDS no Brasil, embora a categoria de exposição vertical correspondesse a 62,3% dos notificados neste período. Isso se deu em virtude do aumento do número de casos da infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil, todavia, este modo de transmissão poderia ter sido evitado mediante precauções no pré-natal e parto (10).

Nessa mesma década, apesar da ocorrência de crianças nascidas de mães portadoras de HIV/AIDS, não havia programas preventivos direcionados à assistência de gestantes portadoras de HIV, nem mesmo para a orientação da exclusão do aleitamento materno. Da mesma forma, não existiam programas de leite específicos para seus filhos, os quais significariam uma das alternativas para prevenir a ocorrência da infecção em crianças por meio da amamentação (1).

Em 1993, foi instituído o Programa "Leite é Saúde" (PLS), voltado ao atendimento de desnutridos e gestantes em risco nutricional, cujos objetivos eram: reduzir a prevalência de desnutrição; reforçar a prestação de ações básicas de saúde e para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O público-alvo eram crianças desnutridas, na faixa etária de seis a 23 meses de idade (1).

Destaca-se que crianças nascidas sob o risco da infecção pelo HIV e para as quais o aleitamento materno é contraindicado não eram inclusas entre os beneficiados, pois os programas citados se destinavam apenas a combater a desnutrição infantil (1).

Durante o desenvolvimento do PLS, o número de casos de AIDS entre crianças nascidas de mães soropositivas ao HIV atingiu níveis elevados e, em 1997, chegou a 90,2%. Um dos maiores avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV foi o estudo conhecido como Protocolo 076, do *Aids Clinical Trial Group* – ACTG 076. O estudo demonstrou que nas gestantes que não amamentaram houve redução de aproximadamente 70% do risco da TV com o uso do tratamento antirretroviral na gestação, trabalho de parto e parto e também nos recém-nascidos que foram alimentados, exclusivamente, com fórmula infantil (12).

A assistência à gestante no país foi, por muito tempo, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Deste modo, visando a conceitos de atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, foi instituído em 1983, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, onde se apresentava como um deslocamento do olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão (1,3).

Porém, a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos seguiam constituindo o pano de fundo da assistência inadequada (1,3). Diante desse descaso, entra em cena o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, e busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto, puerpério e neonatal, ampliando as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante.

Dados preliminares relativos ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) e as estimativas do uso do AZT (azidotimidina) injetável (CN DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor entre gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia (1,4).

Considerando que a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV e, sabendo que a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%, e que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical, faz-se necessário adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV à maioria das mulheres (3).

Deste modo, a Portaria/GM nº 2104, de 19/11/2002, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Projeto Nascer-Maternidades, que objetiva acompanhar a mulher gestante, a princípio, com o provimento de exames laboratoriais ou teste rápido para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Caso se confirmasse a soropositividade, era instituída a profilaxia com AZT, a partir da 14ª semana de gestação até o parto; realização de cesariana eletiva, com esquema de Zidovudina injetável no início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical; o recém-nascido faz uso de solução oral de Zidovudina e não ocorre o aleitamento materno ou cruzado (1,4).

Ainda em 2002, por meio da Portaria nº 2.313 do Ministério da Saúde, incentiva-se o uso da fórmula infantil para

crianças nascidas de mães portadoras do HIV. Conforme recomendado, a criança deve ser alimentada exclusivamente com a fórmula infantil até os seis meses de vida, e as mães devem ser orientadas quanto à obtenção da fórmula e ao preparo (1,4).

Assim, a abordagem que se segue refere-se ao fluxo relativo à disponibilidade da fórmula infantil nas maternidades previamente identificadas pelo Ministério da Saúde e a continuidade da distribuição pelos demais serviços especializados.

A fim de estabelecer as atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde torna disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, alguns insumos como: testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV, testes para sífilis, antirretrovirais, inibidores de lactação e a fórmula infantil (1,4).

Esses insumos são adquiridos pelo município segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados. A Coordenação Nacional DST/AIDS é responsável pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/AIDS, e às maternidades identificadas (14).

Quanto à fórmula infantil especificamente, em Portaria/GM nº 2104, de 19/11/2002, consta que deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde. Ao nascer uma criança exposta ao HIV, esta já recebe duas a quatro latas da fórmula infantil no momento da alta hospitalar, depois se garante a distribuição de até 60 latas por criança até o sexto mês de vida, a ser feita pelo serviço especializado, onde a criança será encaminhada para acompanhamento, até ser definido o diagnóstico. Ressalta-se que a mãe deverá receber o "Guia Prático de Preparo de Alimentos" para crianças menores de doze meses que não podem ser amamentadas (14).

Ao se analisar o programa de distribuição de fórmula infantil, deve-se também levar em consideração não somente a dinâmica de compra e distribuição, mas também os outros fatores que podem ou não interferir na eficácia do programa. É importante analisar as dificuldades vivenciadas pelos atores em seus diversos níveis, no âmbito dos municípios, ou seja, da Secretaria Municipal de Saúde, dos profissionais envolvidos e mães, além das possíveis consequências destas variáveis no desenvolvimento físico da criança atendida.

As dificuldades de implementação de um programa, diversas vezes, não estão relacionadas a limitações financeiras ou à oferta do serviço em si. Na maioria das vezes, tornar essa prática eficiente esbarra em dificuldades entre a disponibilidade e o acesso, na crença da eficácia do mesmo, nas práticas educacionais da população e dos profissionais, na interação e na circulação de informações entre os atores das diversas áreas que compõem o programa, entre outros aspectos.

Além disso, verifica-se escassez de estudos acerca deste tema, o que vem a corroborar com o pouco conhecimento sobre a implementação, do acesso e eficácia do programa nas diversas regiões do país.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva investigar o fluxo do programa de distribuição de fórmula infantil para crianças de zero a seis meses de vida, nascidas de mães HIV positivas, na cidade de Porto Alegre/RS, para a identificação dos fluxos de acesso ao programa e sua eficácia.

MÉTODOS

O presente estudo é de natureza qualitativa e de caráter exploratório acerca do tema. O percurso metodológico do processo investigativo foi composto pela revisão bibliográfica a partir da base de dados Medline e Lilacs do Sistema BIREME, com as seguintes categorias teóricas: aleitamento artificial, mães HIV positivo, transmissão vertical do HIV/AIDS, políticas públicas de saúde em HIV/AIDS.

No segundo momento, tendo como referência os princípios organizativos do SUS, buscou-se identificar a implementação e os fluxos do programa de distribuição de fórmula infantil para crianças de zero a seis meses de vida, nascidas de gestantes soropositivas para o vírus HIV, na cidade de Porto Alegre/RS.

Para tanto, realizou-se uma aproximação com os serviços envolvidos com o programa, tendo como referência os níveis de gestão e "execução" do mesmo, possibilitando, desta forma, a partir do ordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrar a configuração do programa em questão.

Entrou-se em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, onde se identificou a Área Técnica de DST/AIDS e Hepatites Virais, responsável pelo Projeto Nascer-Maternidades no município, o que possibilitou identificar os fluxos no âmbito da rede pública de saúde de Porto Alegre/RS relativos à compra, estocagem e disponibilização da fórmula infantil para os filhos de mães HIV positivo, bem como as maternidades que fazem parte do projeto.

Com o objetivo de complementar o fluxo, realizou-se uma aproximação com uma Unidade de Saúde da Família da gerência distrital leste-noroeste, que, segundo informação da Secretaria de Saúde, vem a ser um dos locais com maior dispensação de fórmula infantil no município. Este contato se deu no intuito de verificar como se dá o processo de retirada do insumo e informações relativas ao acompanhamento destas crianças pela Unidade de Saúde.

Para fins metodológicos, as informações apresentadas neste trabalho, advindas dos serviços de saúde, podem ser publicizadas de acordo com a Lei nº 12.527, de 18/11/2011, que regula o acesso a informações públicas, conhecida como lei de transparência pública. O trabalho contou ainda com os dados disponíveis no portal da Secretaria Municipal de Porto Alegre relativos ao Plano Munici-

pal de Saúde de 2014-2017, Relatório Anual de Gestão de 2013 e Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre de 2014.

Por tratar-se de estudo exploratório com revisão bibliográfica e construção de fluxos relativos à implementação de um Programa de Saúde para HIV/AIDS, a implicação ética constitui-se no compromisso do pesquisador em apresentar publicamente os dados obtidos, contribuindo assim para a análise sobre a efetivação da política de saúde em HIV/AIDS no município de Porto Alegre/RS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor entendimento acerca do fluxo de distribuição da fórmula infantil no município, faz-se necessário historiar brevemente a forma como o Sistema Único de Saúde (SUS) se estrutura dentro de seus princípios, bem como a sua organização hierárquica.

A base para organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no país são os princípios, que se dividem em princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e participação da comunidade (15).

O princípio da universalidade diz respeito ao acesso universal aos serviços de saúde, já a equidade fala da organização dos serviços de saúde para atender pessoas de risco e suas características individuais, trabalha com as iniquidades em saúde, favorecendo a acessibilidade do indivíduo (16).

Porém, para a materialização da equidade, são fundamentais a regionalização e a hierarquização, onde temos os serviços organizados em redes, segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas limitadas e com populações definidas. É um mecanismo de descentralização da administração e dos serviços, pois, com o aumento da cobertura dos serviços e uma eficiente inter-relação entre eles, teremos equidade, eficácia e eficiência, assegurando o acesso de toda a população a serviços eficazes, organizados conforme o nível de complexidade (16).

Desse modo, entra em cena o princípio da integralidade, que, de acordo com a Lei 8080 (1990), é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, onde, no plano sistêmico, pode ser trabalhada através da articulação das redes, dos diversos serviços em diferentes níveis de complexidade da atenção (16).

Nesse âmbito, entra o princípio da descentralização, em que cada gestor passa a ter o seu papel mais bem definido na atenção à saúde do usuário. Através de uma gestão única em cada esfera de governo, o município passa a ser mais próximo e responsável pelas necessidades de saúde da sua população (16).

Desta forma, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora (15).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (15).

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (15).

Os serviços e programas vinculados à atenção básica de saúde acabam ficando mais próximos da vida das pessoas, a qual se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, proporcionando acessibilidade, vínculo e continuidade do cuidado, trabalhando de forma a garantir a integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde. Isso é evidenciado pelos registros disponíveis de morbi-mortalidade, como, por exemplo, crianças com idade inferior a um ano, gestantes, idosos, trabalhadores urbanos e rurais sob certas condições de trabalho, etc. A exposição a riscos pode também ser vista e entendida em função de cada doença, como no caso da Tuberculose, Câncer, Hanseníase, Doenças cardiovasculares, HIV/AIDS e outras (17).

Portanto, no planejamento da produção das ações de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores e atendimento ambulatorial e hospitalar, devem ser normalizados alguns procedimentos a serem dirigidos especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde (17).

Diante do exposto, vem o conceito e prática dos programas de saúde, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área. Como tal, os programas de Saúde são eficientes para a população-alvo, somente quando as normas nacionais e estaduais respeitam as condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes em nível regional ou microrregional, passando por adaptações e até recriações nestes níveis (17).

Neste sentido, a seguir será discutido o fluxo de implementação do programa de distribuição de fórmula infantil no município de Porto Alegre/RS e os desafios para sua efetivação eficaz.

O Projeto Nascer-Maternidades está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, materializando-se na coordenação do projeto, a qual tem a responsabilidade de um profissional de realizar todas as ações inerentes ao funcionamento do projeto como um todo, fazendo a ponte entre o Estado e o Município e do Município com os

demais serviços que realizam o atendimento integral das crianças expostas ao HIV.

Como já exposto anteriormente, no Brasil o Projeto Nascer-Maternidades, dentre seus objetivos, tem o de garantir e criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural (18).

No município de Porto Alegre, a fórmula infantil é disponibilizada até um ano de vida do recém-nascido, abrangendo desta forma um período maior de crescimento e desenvolvimento destas crianças, conseguindo ir além do mínimo preconizado na legislação.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, são distribuídas 10 latas de fórmula de 1º semestre e, em alguns casos, após criteriosa avaliação, são fornecidas 12 unidades mensais, dependendo da curva de crescimento e das necessidades nutricionais do recém-nascido. A partir do sétimo mês até os 12 meses, o número de latas decresce para 9 unidades de fórmula de 2º semestre, fórmula melhor indicada para as necessidades nutricionais da criança nessa faixa etária, pois do sétimo mês em diante são inseridos outros alimentos.

Entretanto, a partir de uma aproximação realizada junto a uma Unidade de Saúde do Município de Porto Alegre, identificou-se que, em casos especiais, as crianças chegam a receber bem mais do que o preestabelecido, dependendo da necessidade de cada caso e de cada família.

Há um modelo preestabelecido de fluxograma para distribuição da fórmula infantil, que demonstra o caminho até a chegada ao usuário (Figura 1).

Porém, em Porto Alegre, de forma geral, o fluxo estabelecido ocorre da seguinte forma (Figura 2): nas maternidades do município, as crianças recebem as primeiras quatro latas na alta hospitalar, dando seguimento da retirada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), na qual são referenciadas pela própria maternidade no âmbito da alta. Nos hospitais em que as maternidades recebem os insumos diretamente da Secretaria do Estado, sem passar pela Secretaria Municipal, os recém-nascidos retiram a fórmula até um ano de idade no próprio hospital e não na UBS ou USF de referência.

O fluxograma anterior demonstra que em Porto Alegre/RS o fluxo para distribuição da fórmula é realizado de forma mais simples do que o preconizado, sem comprometer a organização hierárquica e regionalizada. Faz-se necessário ainda salientar que, desta maneira, a implementação do programa tende a ser mais eficaz à medida que os serviços envolvidos se articulam de modo a garantir o acesso e o acompanhamento integral dessas crianças pelos serviços aos quais elas estão vinculadas, podendo vir a garantir o estabelecido pelo SUS, quando se trata de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

Realidade esta que não é a mesma em todas as cidades brasileiras. Toma-se como exemplo cidades do interior do Ceará, onde estudo realizado com cuidadores de crianças expostas ao HIV mostrou que parece não existir normalização nas maternidades públicas para a doação de fórmula infantil, pois 20,6% das mães entrevistadas não receberam o produto quando da alta hospitalar. E quanto à continuidade da distribuição pelas Unidades de Saúde, essa distribuição não se mostrou efetiva nos serviços de saúde procurados pelas mães entrevistadas. Tal dado é indicativo de falta de estruturação dos serviços, o que pode dificultar a interação do binômio mãe-filho com o serviço, além de desfavorecer a ingestão de leite pelas crianças nos primeiros seis meses de vida, tornando-as vulneráveis a déficit alimentar (19).

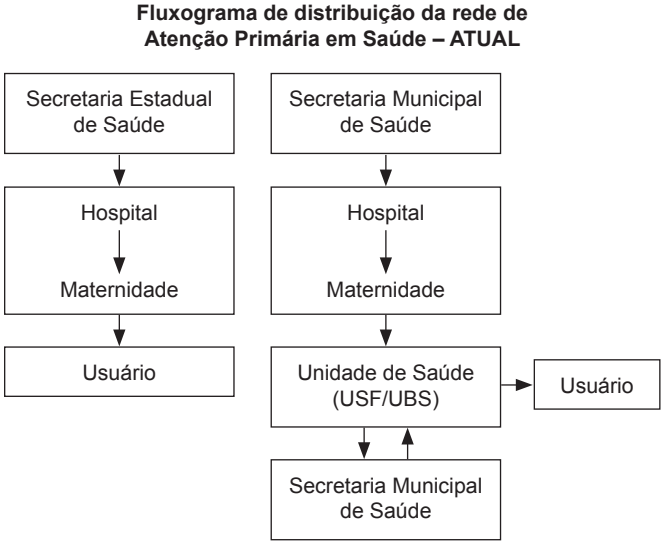


Figura 1 – Modelo de fluxograma de distribuição da fórmula infantil em Porto Alegre/RS.
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (SES).

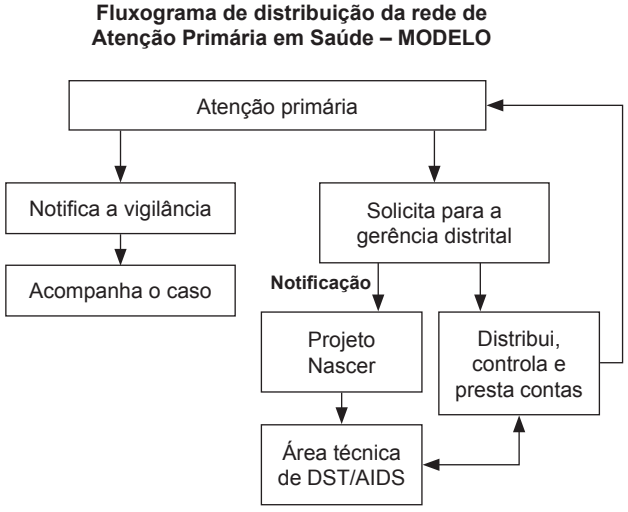


Figura 2 – Fluxograma atual de distribuição da fórmula infantil em Porto Alegre/RS
Fonte: Autor.

Retomando a realidade de Porto Alegre/RS, como já mencionado anteriormente, a entrega dos insumos preconizados no Projeto Nascer-Maternidades, bem como a disponibilização das fórmulas infantis obedecem ao recomendado, e não faltam insumos (teste rápido, teste para sífilis, inibidor de lactação) nem fórmula para a população abrangida pelo Programa no município.

Todavia, como se sabe, em muitos casos a doação do leite possibilita a utilização e divisão pelos demais membros da família, em decorrência da situação socioeconômica desfavorável em que vivem as famílias. Assim, a doação da fórmula infantil, uma estratégia para evitar a desnutrição da criança nascida de mãe soropositiva para o HIV, não necessariamente passa a ser exclusividade desta criança. As mães, principalmente aquelas que têm um número maior de filhos, compartilham o leite doado entre eles.

Situação esta que acontece na maioria das Unidades de Saúde, mas que são, de certa forma, flexibilizadas pela grande disponibilidade de fórmulas no município.

Como descrito anteriormente, as crianças cadastradas em cada Unidade são, em geral, acompanhadas periodicamente pelo serviço para monitorização de seu crescimento e desenvolvimento, podendo-se, assim, estabelecer um parâmetro indireto da eficácia da distribuição das fórmulas infantis e uso adequado/inadequado das mesmas pela família.

Diante disso, há a necessidade de se dialogar entre as políticas públicas de saúde para que estas famílias sejam inseridas eficazmente em outros programas governamentais. A inserção nos programas sociais contribui para atender às demandas da família, evitando, dessa maneira, que parte dos insumos recebidos seja partilhada entre os membros familiares. Pois os programas de transferência de renda, em especial o programa Bolsa Família, representam importantes fontes de subsistência das famílias brasileiras. Mesmo com os restritos valores percebidos pelas mesmas, estudos realizados recentemente mostram o impacto do programa na qualidade nutricional das crianças e na diminuição da mortalidade infantil. (20) Portanto, entende-se que a atenção integral às famílias atendidas passa pela intersetorialidade das políticas sociais, em especial da política de assistência social, através dos diferentes programas e serviços a ela vinculados e da política de saúde por meio do fortalecimento da atenção básica.

Retomando os aspectos que envolvem a distribuição da fórmula infantil em Porto Alegre, constatou-se que há na Secretaria Municipal de Saúde um cadastro de todas as crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, o qual contém o nome da mãe, nome da criança, idade, maternidade em que nasceu, entre outros dados e se o cadastro está ativo ou inativo.

O fluxo para solicitação das fórmulas lácteas se dá da seguinte forma: se for a primeira solicitação do recém-nascido (RN) não inscrito, a Unidade de Saúde deve preencher o formulário denominado "Ficha de inscrição do Projeto Nascer", disponível em link na internet e encaminhar para a coordenação do projeto, ou as mesmas informações também podem ser transmitidas por telefone para a coordenação do projeto. Se o RN já for inscrito no Projeto Nascer, fará parte do pedido mensal e, se houver um ingresso de RN após o envio do pedido mensal, deve-se entrar em contato com o Projeto Nascer, realizar a inscrição da criança e, dentro da mesma semana, já estará disponível na Unidade a fórmula láctea.

Na Tabela 1, estão demonstrados os dados relativos ao número de crianças cadastradas no projeto no município, segundo o relatório anual de gestão do ano de 2013 disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Prefeitura de Porto Alegre/RS.

Os dados demonstram que houve do ano de 2012 para o ano de 2013 uma redução de 5,46% de crianças inseridas no banco de dados no Projeto Nascer. Esta redução está de acordo com o monitoramento até um ano de idade das crianças inseridas no projeto através da dispensação da fórmula láctea na Rede de Atenção Primária do Município. Destaca-se que houve redução da transmissão vertical de 5,6 para 3,6/1000 nascidos vivos (NV) no referente ano, índice este que colaborou para a diminuição de crianças cadastradas no projeto (21).

Na Tabela 2, estão demonstrados os dados relativos ao número de crianças cadastradas no projeto no município, segundo o relatório anual de gestão do ano de 2014, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Prefeitura de Porto Alegre/RS.

A Tabela 2 mostra que houve aumento de 18,6% no número absoluto de crianças expostas ao HIV por raça/cor, consequentemente, ocorreu aumento no número de cadastros e no quantitativo de fórmulas lácteas dispensadas.

No ano de 2013 em relação a 2012, a dispensação de fórmulas lácteas apresentou um aumento significativo de 64,24%, dado este que demonstra que as Maternidades estão mais sensíveis para o fluxo do insumo de fórmulas lácteas de recém-nascidos expostos do município de Porto Alegre/RS. Comparando-se o primeiro quadrimestre do ano de 2014 em relação a igual período em 2013, ocorreu

Tabela 1 – Crianças cadastradas no Projeto Nascer (2012-2013).

	Anual		Variação
Total de crianças	2013	2012	%
	225	238	-5,46%

Fonte: SMS, Relatório de gestão - 2013 Projeto NASCER

Tabela 2 – Crianças cadastradas no Projeto Nascer (2013 - 2014).

	1° Quadrimestre		Variação
Total de crianças	2014	2013	%
	267	225	18,60%

Fonte: SMS, Relatório de gestão – 2013 Projeto NASCER

aumento de 27,8% nas Maternidades e 12,5% na Rede de Atenção Primária de dispensação de fórmula láctea (21,22).

Além deste dado, cabe ressaltar que as maternidades estão realizando quantitativo maior de teste rápido e participação efetiva no Comitê de Transmissão Vertical, o que vem a ser um indicador positivo, pois demonstra maior aceitabilidade das Instituições.

Quanto ao acompanhamento das crianças na Rede de Atenção à Saúde, cada unidade de saúde disponibiliza quantas crianças estão sendo atendidas ou não comparecem para a retirada da fórmula naquela UBS ou ESF, retroalimentando o sistema periodicamente. Ao final dos 12 meses de vida de cada criança, a Unidade deverá enviar ao Projeto Nascer por e-mail ou malote a Ficha de acompanhamento da criança.

As fórmulas são entregues às UBSs ou ESFs uma vez ao mês, de acordo com o número já cadastrado no sistema. É realizada também a busca ativa das crianças que não estão retirando a fórmula pelos serviços aos quais estão referenciadas.

Caso a mãe da criança não se sinta à vontade por qualquer motivo de retirar a fórmula infantil ou mesmo medicação no serviço ao qual foi referenciada, a mesma pode solicitar a retirada dos insumos em outro local em que não se sinta estigmatizada ou exposta.

Na perspectiva do direito à saúde, todo cidadão pode buscar qualquer serviço, sem obrigatoriedade do seguimento na área adstrita. Entretanto, existem estigmas e preconceitos em relação aos portadores do HIV. Em virtude desses preconceitos, as pacientes escolhem preferencialmente lugares considerados mais seguros e adequados para seu seguimento e dos seus filhos (15).

CONCLUSÃO

Esta investigação possibilitou melhor entendimento acerca do fluxo de distribuição da fórmula infantil para crianças filhas de mães HIV positivo no município de Porto Alegre/RS.

Pode-se verificar que no município de Porto Alegre três das cinco maternidades que fazem parte do Projeto Nascer têm seus dados de dispensação da fórmula infantil contabilizados pela Secretaria Municipal, demonstrando que os valores absolutos de distribuição na alta hospitalar podem ser relativamente maiores do que os demonstrados neste trabalho. Quanto à compra, estocagem e dispensação das fórmulas pela Secretaria Municipal, constatou-se que o processo está bem implementado e não faltam insumos e fórmula para este grupo da população. Em relação à distribuição das fórmulas pela Atenção Básica, pode-se verificar que, em geral, a retirada se dá de forma sistemática, não há dificuldades por parte dos profissionais em atender a essa demanda no serviço, e estes possuem um bom vínculo às usuárias, além de realizarem o acompanhamento das crianças como o preconizado pelo Programa.

Deste modo, necessita-se de mais estudos em relação ao tema, principalmente nas demais regiões do país, bem como nos municípios do interior, para que se possa traçar um perfil da implementação da distribuição em todo o Brasil. Destaca-se que, para serem mais eficazes, estratégias de prevenção oferecidas pelos órgãos governamentais, principalmente aqueles ligados à saúde, devem considerar as adversidades das famílias com HIV. Tornam-se indispensáveis, por outro lado, estudos que possam evidenciar os demais aspectos que impactam na vida das crianças e suas famílias e consideram as reais necessidades em saúde para que se possam estabelecer outras maneiras de contribuir com o desenvolvimento das mesmas, que não apenas com a distribuição da fórmula láctea no primeiro ano de vida.

REFERÊNCIAS

1. CUNHA, Gilmara Holanda da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Inserção de crianças nascidas de mãe soropositivas para o HIV/AIDS nos programas de suplementação alimentar. Revista Rene, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.71-77, 2007.
2. POSSOLLI, Glaucia Talita. Fatores Associados ao Tempo entre o Nascimento e o Início da Amamentação entre Mães Soronegativas que Realizaram Teste Rápido Anti-HIV em hospitais Amigos da Criança no Município do Rio de Janeiro, 2006. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Acesso em: 10 jul. 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST; Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Disponível em www.aids.gov.br
4. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. Porto Alegre - RS, 2013.
5. DUARTE G, QUINTANA SM, EL BEITUNE P. Fatores que Influenciam a Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo I. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005; 11: 698-705.
6. GIANVECCHIO RP, GOLDBERG TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2):581-8.
7. OPAS - Organización Panamericana de la Salud,. Transmisión del VIH a través de La lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. Washington DC: Organización Panamericana de La Salud,; 2004.
8. PELIANO, AM. Quem se beneficia dos programas governamentais de suplementação alimentar. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 1990; 1-44.
9. BATISTA FILHO M, MALAQUIAS- RISSIN A. Vigilância alimentar e nutricional: antecedentes, objetivos e modalidade. A VAN no Brasil. Cad Saúde Pública 1993 jan/mar; 9(1): 99-105.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Bol Epidemiol Aids 2004; 17(1).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de atendimento aos desnutridos e gestantes em risco nutricional: roteiro para implantação da vigilância nutricional. Brasília; 1993.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. Gestação de alto risco. Manual Técnico. Brasília; 2000. 164p
13. SERRUYA Suzanne Jacob, CECATTI José Guilherme, DO LAGO Tânia de Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2104/GM, de 19 de novembro de 2002.
15. SANTOS, Lenir. O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares: rede, regionalização e hierarquização. Disponível em: http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-

-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/ Acesso em: 18 de outubro de 2014.
16. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONAS) - Brasília; 2003. 243p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília; 1990. 10p.
18. OLIVEIRA E SILVA, D. O processo de implantação do SISVAN no Brasil e o Programa Leite é Saúde. Boletim Nacional SISVAN. 1996;1 (2).
19. GALVÃO MTG, CERQUEIRA ATAR, MARCONDES-MACHADO J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. Cad, Saúde Pública, 20:430:7, 2004.
20. BARRETO M L. Eff ect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. Lancet 2013; 382: 57-64.
21. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Porto Alegre. Relatório Anual de Gestão 2013. Porto Alegre - RS, 2013.
22. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Porto Alegre. Relatório de Gestão 1º Quadrimestre de 2014. Porto Alegre - RS, 2014.

✉ Endereço para correspondência
Ana Paula Pontes Aires
Rua Barão do Triunfo, 549/202
97.010-070 – Santa Maria, RS – Brasil
☎ (55) 3311-6083 / (55) 8413-0465
anapaula_aires@hotmail.com

Recebido: 9/3/2015 – Aprovado: 20/8/2015