



Artigo Original

MOTIVOS DA NÃO ADESÃO DE MÃES AO ESQUEMA VACINAL DE FILHOS EXPOSTOS AO HIV

REASONS FOR NON-COMPLIANCE OF MOTHERS TO IMMUNIZATION SCHEDULE OF CHILDREN EXPOSED TO HIV

RAZONES DE LA NO ADHESIÓN DE MADRES AL CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE HIJOS EXPUESTOS AL VIH

Maria do Socorro Mendonça Sherlock¹, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso², Ana Luíza Paula de Aguiar Lélis³, Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes⁴, Maria Lúcia Duarte Pereira⁵

Objetivou-se descrever o conhecimento da mãe soropositiva para HIV sobre o calendário de vacinação do filho e conhecer os motivos da não adesão ao esquema vacinal do filho. Estudo descritivo, abordagem qualitativa realizado no ambulatório de uma instituição pública, em Fortaleza-CE. Os sujeitos constituíram-se de 16 mães/cuidadoras de crianças de até dois anos de idade, expostas ao HIV/AIDS. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada aplicada de janeiro a março/2012. Da análise, emergiram duas categorias: desconhecimento da mãe sobre as vacinas do esquema especial em crianças com HIV, motivos da não adesão ao esquema vacinal especial. As mães apresentaram deficiência de conhecimento, demonstraram medo e desinteresse pelas informações acerca da doença e das medidas preventivas, bem como dificuldades enfrentadas. Os profissionais de saúde devem promover estratégias junto a essas mães visando integração, compromisso e entendimento sobre a importância da vacinação para saúde do filho.

Descritores: Esquemas de Imunização; Vacinas contra a AIDS; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Saúde da Criança.

We aimed to describe the knowledge of HIV seropositive mother on the children immunization schedule and know the reasons for their non-compliance to the children immunization schedule. This is a descriptive study with qualitative approach carried out in the outpatient clinic of a public institution, in Fortaleza-CE, Brazil. The subjects were 16 mothers or caregivers of children up to two years of age exposed to HIV/AIDS. Data collection happened through semi-structured interviews conducted from January to March 2012. Two categories emerged from the analysis: Lack of knowledge of mother about special immunization schedule for children with HIV and Reasons for non-compliance to special immunization schedule. Mothers presented poor knowledge, fear and disinterest in the information on the disease and preventive measures, as well as the difficulties faced. Health professionals should promote strategies with these mothers seeking integration, commitment and comprehension of the importance of immunization in children.

Descriptors: Immunization Schedule; AIDS Vaccines; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Child Health.

El objetivo fue describir el conocimiento de madre seropositiva al VIH sobre el calendario de vacunación del hijo y conocer las razones de no adhesión al esquema de vacunas del hijo. Estudio descriptivo, cualitativo, llevado a cabo en ambulatorio de institución pública de Fortaleza-CE, Brasil. Participaron 16 madres/cuidadoras de niños con hasta dos años expuestos al VIH/SIDA. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semiestructurada, de enero a marzo/2012. Del análisis, emergieron dos categorías: desconocimiento de la madre acerca de las vacunas especiales en niños con VIH y razones de la no adherencia al programa de vacunación especial. Las madres presentaron deficiencia de conocimiento, señalaron miedo y desinterés por informaciones sobre la enfermedad y las medidas preventivas, además de dificultades enfrentadas. Los profesionales de salud deben promover acciones con estas madres para integración, responsabilidad y atención acerca de la importancia de las vacunas a la salud del hijo.

Descritores: Esquemas de Inmunización; Vacunas contra el SIDA; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Salud del Niño.

¹Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: sherlockceara@hotmail.com

²Enfermeira. Pós-Doutorado pela University of Victoria, School of Nursing/ Canadá. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFC. Pesquisadora 1D CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: cardoso@ufc.br

³Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: aninhanurse@hotmail.com

⁴Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)/UFC. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: enf.marcy@gmail.com

⁵Enfermeira. Pós-Doutora em Psicologia Social pela Johannes Kepler University, Liny-Austria. Professora Adjunta do colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: luciad29@gmail.com

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), no Brasil, caracteriza-se como epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade, o que se torna preocupante na população infantil.

De acordo com o último Boletim Epidemiológico, notificaram-se 608.230 casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2011, com 397.662 (65,4%) do sexo masculino e 210.538 (34,6%), do feminino. Por consequência, identificaram-se 13.676 casos de AIDS em menores de cinco anos de idade. Contudo, mediante estratégias do Ministério da Saúde (MS), observa-se redução em 44,4% da taxa de incidência de AIDS em crianças menores de cinco anos, passando de 5,4 para 3,0 por 100 mil habitantes⁽¹⁾.

O governo brasileiro tem desenvolvido e fortalecido a prevenção, a fim de fazê-la hábito, principalmente nas mulheres e jovens. Particularizando, à gestante, recomendam-se medicamentos antirretrovirais (ARV) durante a gravidez e no trabalho de parto, além de cesárea de mulheres de carga viral elevada ou desconhecida. Entre as medidas preventivas ao neonato, substitui-se o aleitamento materno pela fórmula infantil e uso de ARV. Adotadas todas as medidas, a chance de transmissão vertical (TV) vai para menos de 1%⁽²⁾. Além disso, é necessária a continuidade da terapia com o fármaco, Zidovudine (AZT) e uso de vacinas e imunobiológicos, em criança exposta ao vírus da AIDS, tendo em vista a suscetibilidade a determinadas infecções⁽³⁻⁴⁾.

De modo geral, calendários de vacinação destinam-se a indivíduos sadios e em condições de vida normal. A vacinação é a maneira mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis, como BCG (*Bacilo Calmette-Guérin*), prevenção da tuberculose; DPT,

também chamada Tríplice Bacteriana, contra difteria, tétano e coqueluche; hepatite B; Sabin, na poliomielite; Anti-sarampo, Rubéola e Triviral. Atualmente, foi acrescentado ao Calendário Básico a Pentavalente e a Vacina Inativada Poliomielite. O conjunto de vacinas é recomendado à população, a partir do nascimento e distribuídos gratuitamente nas unidades básica de saúde (UBS)⁽⁵⁾.

Contudo, em criança em situações especiais, como imunossuprimidos, prematuros, gestação e exposição às doenças infecciosas, pode haver maior risco de adoecimento ou apresentação de eventos adversos pós-vacinais e requerer vacinas ou esquemas específicos⁽⁶⁾. Logo, os centros de referência para imunobiológicos especiais (CRIES) disponibilizam vacinas e imunoglobulinas a esse grupo, com o intuito de proporcionar melhoria na saúde fragilizada, com os produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo à população⁽⁴⁾.

Nessas circunstâncias, considera-se crítica a situação de mãe soropositiva e criança nascida com saúde comprometida que, por sua vez, necessita de acompanhamento especializado e uso de anti-retrovirais (ARV). Estudo realizado em Fortaleza, identificou que crianças expostas ao HIV se encontravam sem administração de imunobiológicos, tornando-se preocupante a baixa adesão e possíveis consequências do rompimento imunológico⁽⁴⁾.

Estudos sobre fatores associados a não adesão ao tratamento confirmam uma realidade universal⁽⁶⁻⁸⁾. Nesse sentido, consideram-se a mãe e/ou cuidador os principais responsáveis pelos cuidados com a criança e manter-se envolvidos com total compromisso a essa problemática à saúde.

Diante do exposto, destaca-se a prática assistencial de enfermagem que sinaliza atenção na prevenção, promoção e recuperação da saúde do ser humano e, sobretudo, possibilita a identificação dos aspectos imunológicos, epidemiológicos, socioeconômicos e tecnológicos relacionados ao cuidado de enfermagem no contexto do HIV/AIDS.

O interesse pela temática, que permite melhor compreensão da não-adesão ao esquema vacinal e imunobiológicos recomendados, despertou as seguintes questões norteadoras: Quais os conhecimentos da mãe soropositiva para HIV acerca do calendário de vacinas do filho? Quais motivos da não adesão ao esquema de vacinas do filho?

Espera-se que este estudo desperte, no profissional de saúde, adequado planejamento de intervenções, com vistas à melhoria da qualidade da assistência à criança no primeiro ano de vida, dando ênfase a importância do calendário vacinal infantil e o seguimento do tratamento com ARV e imunobiológicos. Além disso, habilidades em compreender os fatores associados da não adesão e promover estratégias educativas às mães, estimulando-as a desenvolver atitudes comprometidas com a saúde do filho, exposto ao vírus HIV.

Assim, considerando a relevância da temática, este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento da mãe soropositiva para HIV sobre o calendário de vacinas do filho e conhecer os motivos da não adesão ao esquema vacinal do filho.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, desenvolvido em hospital de doenças infecciosas, da rede estadual, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), em Fortaleza-Ceará/Brasil. A instituição tem capacidade

para 118 leitos de internação, sendo sete para UTI, 76 para adultos e 35 para pediatria, contando também com hospital-dia com oito leitos. Além disso, dispõe de ambulatórios especializados de doença sexualmente transmissíveis (DST), hepatites virais, leishmanioses, dermatologia, endocrinologia, egressos e outros.

Como cenário do estudo, escolheu-se o serviço ambulatorial especializado de HIV/AIDS, em que participaram da investigação 16 mães com HIV/AIDS ou cuidadoras de crianças expostas ao HIV/AIDS, com idade até dois anos. Para definir número de participantes, obedeceu-se ao critério de saturação teórica pela repetitividade de informações⁽⁹⁾.

A aquisição de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, com identificação da mãe, à vista das condições socioeconômicas e demográficas (idade, escolaridade, ocupação, estado civil, renda, procedência), bem como de dados da criança (sexo, idade, idade gestacional, tipo de parto, aleitamento materno, uso de AZT, número de internação). Em razão dos objetivos, elaboraram-se questões norteadoras.

A análise iniciou-se com a caracterização de participantes com apresentação dos dados em tabelas. Em seguida, fez-se análise na ordem das falas obedecendo aos seguintes passos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação⁽¹⁰⁾. A partir da análise dos relatos, emergiram as categorias: desconhecimento da mãe sobre vacinas do esquema especial em crianças com HIV e motivos da não adesão ao esquema de vacinas especiais. As falas foram ilustradas e identificadas pela letra M e número sequencial, a fim de preservar o anonimato das mulheres, em seguida, procedidas da discussão subsidiada pela literatura pertinente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição lócus da pesquisa, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, com parecer favorável, conforme protocolo nº 038/201. As participantes assinaram a autorização para utilização das respostas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Com a finalidade de organizar os dados coletados, os resultados estão apresentados em forma de tabelas e textos, cuja caracterização dos participantes encontra-se descrita nas tabelas. Entre as entrevistadas havia 14 mães biológicas e duas adotivas, que concederam informações a respeito de 18 crianças, uma vez que duas tiveram gravidez gemelar. Quanto à paridade, oito

tiveram em torno de um a três filhos e seis, de dois a cinco.

Ressalta-se que dez mães descobriram o diagnóstico da soropositividade durante o pré-natal e cinco conheceram seu estado sorológico antes da gravidez. Nove participantes sabiam do diagnóstico positivo para HIV, entre um e cinco anos, cinco, a mais de seis anos e apenas duas, a menos de um ano.

Nestas condições, o conhecimento do estado sorológico e a precocidade do diagnóstico tornam possível adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco da TV do HIV. Os dados obtidos, por meio do roteiro, contemplaram aspectos socioeconômicos, condições de pré-natal e terapêutica profilática com AZT e estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das variáveis maternas. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

Características	n (16)	%
Idade (anos)		
Até 29	10	62,50
30 - 39	04	25,0
40 - 49	02	12,50
Estado Civil		
Casada/União Estável	06	37,50
Solteira	09	56,25
Viúva	01	6,25
Escolaridade		
Não alfabetizada	02	12,50
Ensino Fundamental Incompleto	07	43,75
Ensino Médio Incompleto	07	43,75
Ocupação		
Desempregada	11	68,75
Auxílio doença	02	12,50
Empregada	02	12,50
Autônoma	01	6,25
Renda (salário mínimo)		
Até 1	06	37,5
1- 2	08	50,0
> 3	02	12,5
Procedência		
Fortaleza	08	50,0
Outros	08	50,0
Pré-natal		
Sim	14	87,5
Não	02	12,5
Profilaxia ARV		
Antes do parto e parto	11	68,8
Trabalho de parto	02	12,5
Não fez	02	12,5
Não sabe informar	01	6,25

Conforme a tabela, a proporção maior de idade foi até 29 anos (62,5%), com predomínio de nove (56,2%) solteiras, seis casadas/união estável e uma viúva. Em relação à escolaridade, sete (43,7%) com ensino fundamental incompleto, sete (43,7%) ensino médio incompleto e duas não alfabetizadas. Sobre a ocupação e renda familiar, 11 (68,7%) desempregadas, 14 (87,5%) vivem com um a dois salários mínimos, apenas duas (12,5%), acima ou igual a três. Tais achados convergem com as características sociodemográficas das participantes do estudo, em que vivenciam grandes dificuldades financeiras para sua sobrevivência.

Quanto à procedência, oito (50,0%) eram de Fortaleza e as demais oriundas dos municípios do Estado do Ceará: Beberibe, Paraipaba, Tururu, Pedra Branca, Iguatu, Horizonte, Paracuru e Mombaça. Os resultados demonstram notificação em grandes centros e em cidades menores.

O acompanhamento de consultas de pré-natal foi relatado por 14 mães (87,5%), de quem se confirma a realização de teste anti-HIV durante o pré-natal. Quanto à profilaxia antirretroviral, onze mães (68,75%) usaram-na, no pré-natal e sala de parto, duas (12,5%), somente no trabalho de parto, duas (12,5%) não o fizeram e apenas uma não soube informar.

Demonstram-se também as características das crianças expostas ao HIV, cujos dados apresentam-se na tabela a seguir.

Tabela 2 - Distribuição do número de crianças expostas ao HIV segundo características clínicas e epidemiológicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

Características	n (18)	%
Sexo		
Masculino	08	44,5
Feminino	10	55,5
Idade atual (meses)		
Menos 1	07	38,9
1 - 2	06	33,3
3 - 5	05	27,8
Idade gestacional		
Pré-termo	09	50,0
A termo	08	44,5
Não informado	01	5,5
Tipo de parto		
Cesárea	13	72,3
Vaginal	05	27,7
Uso de AZT xarope		
Nas primeiras 24 horas	13	72,2
Após 24 horas do nascimento	03	16,6
Não informado	02	11,2
Aleitamento materno		
Não	15	83,3
Sim	03	16,7
Acompanhamento UBS		
Sim	16	88,8
Não	01	5,56
Às vezes	01	5,56
Presença de patologias		
Não	14	77,7
Sim	04	22,3
História de internações		
Nenhuma	17	94,4
1-2	01	5,6

Das 18 crianças de mães com HIV/AIDS, oito são do sexo masculino (44,5%) e dez do feminino (55,5%), nove nasceram prematuras (50,0%), oito a termo

(44,4%) e uma mãe não soube informar (5,5%). No que diz respeito à idade atual dessas, 7(38,9%) tem menos de um mês, 5(27,8%), entre três a cinco meses.

Quanto ao tipo de parto, 13(72,2%) nasceram de cesárea e as demais, parto vaginal, sendo onze (11,1%) assistidas em maternidades de médio e grande porte, onde garantiram medidas profiláticas da TV a 13 (72,2%) crianças, nas primeiras 24 horas de vida. De acordo com os resultados, três foram atendidas após as 24 horas e duas não souberam informar.

Quanto à alimentação, 15 (83,3%) crianças não foram amamentadas, sendo alimentadas com leite artificial, conforme as recomendações do MS e rotina nas maternidades. Observa-se ainda que três (16,7%), receberam aleitamento materno. Os resultados sinalizam que 16 (88,8%) crianças frequentam rotineiramente a Unidade Básica de Saúde (UBS), buscando atendimento também nas intercorrências, uma vez que quatro (22,3%) crianças apresentaram alguma infecção e, apenas uma havia sido internada, em unidade hospitalar, com diagnóstico de pneumonia.

Para apresentar as categorias, optou-se, inicialmente, descrever o desconhecimento da mãe sobre as vacinas do esquema especial em crianças com HIV e a seguir, motivos da não adesão ao esquema vacinal especial.

Categoria 1 - Desconhecimento da mãe sobre as vacinas do esquema especial

Percebe-se nos depoimentos que a maioria das mães não expôs o diferencial de vacinas especiais em detrimento das disponíveis à população e revelaram conhecimento limitado sobre a vacinação básica da criança: *Eu não sei.., sei que é para não contrair a doença (M1). Eu acho que deve proteger as crianças de várias doenças (M3). Como ela tem a defesa baixa está sujeita a pegar qualquer infecção (M4). Para ele ficar imune às doenças, por exemplo, tuberculose, pneumonia, coqueluche, gripe... (M5). Sei que é vacina para gripe, tétano, paralisia, sarampo, coqueluche, para evitar doenças (M6). As vacinas são importantes, porque se vier a ter a doença é mais branda (M13).*

Apresentam-se também depoimentos de mães com pouca compreensão sobre as vacinas especiais: *Tem umas vacinas especiais, as crianças que tem o vírus,.. eu acho... não estão imune, qualquer doença elas podem pegar com mais facilidade (M2). Evita doenças, para isso tem que manter em dia as vacinas e aí tem o controle da saúde da criança (M9). Se ele não tomar, ele pode pegar doença mais fácil (M12). Eu acho que a vacina ajuda a não ser soropositivo (M14).*

Por outro lado, visualizam-se nas falas de mães/cuidadoras falta de envolvimento familiar e indicam deficiência na compreensão das informações fornecidas pelos profissionais. *Eu não sei de nada, porque quem criava a criança era a avó, só agora peguei de volta (M8). Eu não sei, vou ao posto, mostro o cartão e a moça dá as vacinas (M10). Sobre essas vacinas, eu ainda não sei (M11). Direito eu não sei ... mas, a enfermeira informa e eu não sei dizer (M15).*

Com base no desconhecimento da mãe soropositiva, quanto ao esquema vacinal, é importante reconhecer os motivos de não adesão, para proposição de atitudes e condutas de profissionais de saúde junto a esse grupo de risco, visando fortalecer a proteção da saúde da criança e família.

Categoria 2 - Motivos da não adesão das mães ao esquema de vacinas especiais

Na população estudada, identificaram-se diversos motivos de não adesão ao esquema vacinal: escassez de informação, falta de vacinas, pouca credibilidade na efetividade da imunização, negação do fato de o filho ser portador do vírus, dificuldade de enfrentamento do preconceito, acessibilidade aos CRIES e crença em Deus.

As respostas das mães sinalizaram a necessidade de imunização como cuidado básico da criança, especialmente, das expostas ao HIV, entretanto, demonstraram sentimento de negação do diagnóstico e tratamento: *Eu botei na cabeça que meu filho não tinha o vírus, logo, não precisava tomar a vacina (M11). Eu acho que medo de*

alguma coisa, de não servir (M1). Muitas vezes, quero esconder das pessoas para onde eu vou, por esse motivo, falto às vacinas e às consultas (M12). Tenho medo que troquem as vacinas e prejudicar minha filha (M15).

Além desses motivos, citaram situações que dificultam a adesão: *A minha dificuldade é morar no interior. É só sair de lá, para vir morar aqui, eu acho que melhora ... (M2). Falta de tempo, mas se eu não for no dia marcado, no outro, eu vou (M3). Quando não tenho dinheiro para ir, eu pego uma carona ou vou a pé (M14). Falta de orientação do perigo que a criança corre em não tomar a vacina (M16).*

Destaca-se que a espiritualidade se apresenta como uma dimensão muito presente no cotidiano das pessoas que enfrentam o HIV. Nesse estudo, é evidente a crença em Ser superior, na cura da criança, bem como se caracteriza desculpas da não adesão, mães expressam: *Sei que Deus vai mandar uma vacina. Eu rezo para Deus porque sei que Ele é poderoso para dar tudo para a gente (M10). Peço a Deus um milagre para que meu neto seja curado (M13).* Ainda mães mencionam o esquecimento da data, o que resulta em atitudes de indiferença, descuido e descompromisso, como: *Às vezes eu esqueço, pois não sei ler, já perdi consultas dela, eu pergunto para a outra minha filha, se ela não disser, eu não lembro (M6). É descuido, minha filha se esquece (avó falando sobre a mãe da criança) (M7). Trabalho muito e às vezes acabo esquecendo. Deixei de ir ao posto de vacina por irresponsabilidade (M10).*

DISCUSSÃO

Os resultados pertinentes a caracterização das mães foram semelhantes aos encontrados em estudos qualitativos realizados^(4,6,12), ao indicarem baixo nível de escolaridade e renda. A escolaridade, comumente associada a níveis de renda, é indicador indireto da situação socioeconômica. Assim, pessoas com HIV, com menor escolaridade podem vivenciar impacto negativo sobre adesão ao tratamento, afetando as condições de vida⁽⁷⁾.

Referente à procedência das entrevistadas, destaca-se que a acessibilidade aos serviços de saúde está associada às baixas condições sociais e econômicas, bem como a residir em municípios fora da área metropolitana de Fortaleza, surgem como fatores limitantes para seguir o tratamento. Em contra partida, a acessibilidade de antirretrovirais e demais terapêuticas devem ser efetivas, pois evidencia que a gratuidade do tratamento para controle do HIV não tem garantido acesso para adesão⁽⁷⁻⁸⁾.

Sobre as medidas profiláticas para a eliminação da TV, ressalta-se a conduta obstétrica, em relação à definição da via de parto que se baseia no resultado da carga viral materna, que relata o número de cópias do vírus em 1mlilitro de sangue. A partir dessa avaliação, indica-se cesariana eletiva para gestantes, após 33-34 semanas, que apresentem carga viral desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml⁽³⁾.

Quanto a alimentação da criança, conforme as recomendações do MS, inicia-se a primeira dose do AZT solução oral, preferencialmente, na sala de parto ou primeiras duas horas, após nascimento. Recomenda-se a não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil⁽³⁾.

A criança exposta ao HIV deve ter alta com consulta agendada em serviço especializado, não devendo ultrapassar 30 dias após nascimento. São essenciais as informações do pré-natal, condições do parto, tempo de uso do AZT injetável na mãe, início, dose e periodicidade do AZT do neonato, além das mensurações antropométricas, alimento fornecido e outras informações importantes das condições do nascimento⁽³⁾.

Paralelamente aos cuidados, a imunização da criança exposta ao HIV deve ser acompanhada regularmente, uma vez que se consideram mãe e

criança vulneráveis pelas condições da infecção, integrando-se ao grupo de risco⁽⁴⁾.

O seguimento efetivo do esquema vacinal infantil está intrínseco ao desempenho e compromisso de quem cuida, seja mãe, cuidador ou familiar, visto que a compreensão do processo saúde-doença e das possíveis implicações contribui para adesão da terapêutica da criança, além de favorecer o autocuidado, bem como o enfrentamento das situações adversas.

O conhecimento de determinado tratamento e métodos de prevenção de doenças favorecem seguimento e total adesão por parte dos usuários do sistema de saúde, bem como pode contribuir para melhorar as políticas dirigidas a esse grupo e auxiliar os profissionais de saúde a lidar com as dificuldades, quando relacionadas a não adesão.

As narrativas apresentadas referem-se às experiências com o calendário básico de vacinação infantil. Observa-se, portanto, limitação de conhecimento sobre o esquema vacinal e não demonstram saber sobre o esquema especial com imunobiológicos. Então, torna-se importante que a usuária (mãe) adquira conhecimento e compreenda a enfermidade que acomete a criança, bem como a finalidade da terapia proposta⁽¹³⁾.

A falta de envolvimento no seguimento de vacinas, associada a pouca compreensão, repercute em não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no rompimento da imunidade vacinal. O descompromisso pode relacionar-se ao sentimento de culpa, em relação a transmissão do vírus HIV ao filho, além de intensa angústia, que provoca comportamentos diversos, desde atitudes de superproteção a certo distanciamento da criança⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado em Fortaleza-CE, com amostra de 125 prontuários de crianças, evidenciou que na

maioria, iniciava a imunização aos dois meses de idade, das quais 65 (52,0%) com esquema vacinal injetável contra pólio e 68 (64,8%) contra pneumococo, apresenta redução da demanda do seguimento do calendário com o avançar da idade⁽⁴⁾.

Estudo, em que se abordam questões sobre atraso de vacinação, evidencia número expressivo de famílias sem orientações sobre a vacina administrada e datas subsequentes, deduzindo-se que os motivos de atraso e da ausência de vacinação estão mais relacionados aos serviços de saúde do que as próprias características da população⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, entende-se ser necessária maior atenção dos profissionais da saúde disponibilizar atenção e devidas orientações, bem como promover condições de enfrentamento da doença e acessibilidade a essa clientela vulnerável. Quanto mais integrada a vacinação ao cuidado da criança, no processo de crescimento e desenvolvimento, mais sucesso na imunização, como indicador de cobertura vacinal, o que resulta ampliação do entendimento das famílias sobre a ação de saúde, por parte dos profissionais⁽¹⁵⁾.

As relações entre famílias e serviços de saúde estão inseridas no conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos, sendo estilo de vida fator fundamental de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽¹⁵⁾. No que concerne à educação em saúde, destaca-se o papel educativo dos enfermeiros junto à comunidade, desempenhando compromisso social com troca de conhecimentos, repasse de informações, a partir dos cuidados relacionados à doença, a fim de mobilizar significados à superação e conquista da solidariedade no enfrentamento do HIV/AIDS⁽¹⁶⁾.

Em face dos motivos que influenciam a adesão, as mães referem medo que a vacina não seja efetiva ou negam que o filho estava infectado com o HIV,

demonstrando deficiência no enfrentamento da doença. Acredita-se que o sentimento de negação e preconceito são fatores que dificultam a adesão ao esquema de vacinas, implicam distanciamento da família no comparecimento aos serviços de saúde, logo compromete as medidas preventivas.

Estudo demonstrou opiniões e atitudes de pessoas soropositivas, quanto à medicação dos ARV, referindo: "*muito remédio ...faz mal*" ou "*não é bom fazer uso da medicação por períodos longos*"⁽⁶⁾. Outro estudo realizado com 13 pessoas que vivem com HIV, no Rio de Janeiro, evidenciou sentimentos de indiferença e pouco empenho na busca de informação sobre a doença pelo portador do vírus e, conseqüentemente, prejuízo do autocuidado, além de possibilitar práticas que aumentam a chance de disseminação do HIV⁽¹²⁾.

O cotidiano de mulheres que vivem com HIV/AIDS é marcado por tensões, angústia e ansiedade, principalmente no período gestacional, em que estas sofrem discriminação e preconceito na família, além de preocupações e medo de transmissão à criança, por não terem iniciado tratamento no tempo adequado⁽¹⁶⁾. O receio do conhecimento público sobre o diagnóstico de positividade para o HIV implica não comparecimento às consultas, não realização de exames e negligência na administração de medicamentos, resultando abandono do tratamento⁽¹³⁾. Já em relação a adesão aos ARV, estudos apontam as principais dificuldades inerentes ao estigma, estilo de vida, relacionamentos pessoais e à necessidade de esconder a medicação de amigos e familiares^(6,12,17).

Os sujeitos justificam a omissão da condição soropositiva como forma de autoproteção, uma vez que alguns ocultam o diagnóstico como forma de

enfrentamento da doença, principalmente para a família⁽¹²⁾.

Considera-se difícil o enfrentamento de situações estressoras advindas de soropositividade para o HIV, portanto, atitudes e práticas religiosas ou de pensamentos fantasiosos significam que cuidadores adotam estratégias milagrosas para lidar com a impossibilidade de cura da infecção pelo HIV⁽¹⁶⁾.

Os depoimentos refletem desinteresse dos cuidadores, no acompanhamento da criança exposta ao HIV/AIDS. Seu comportamento apresenta-se como reflexo de pouca importância à exposição da criança ao vírus, de pouca credibilidade perante a eficácia da vacinação, junto a orientações de profissionais.

Estudos recentes sobre cuidados da equipe de enfermagem da puérpera com HIV/AIDS, em alojamento conjunto, descreve que são comuns os sentimentos de indiferença e desinteresse em informações da doença pelas portadoras, o que conseqüentemente implica prejuízo ao autocuidado materno e cuidado da criança⁽¹⁸⁾. O cuidado para viver melhor com HIV/AIDS implica em adotar mudanças de comportamento e estilo de vida, pois os aspectos físicos, sociais e pessoais repercutem na qualidade de vida⁽¹⁹⁾.

Nesse estudo, foi elencada uma diversidade de fatores para não adesão ao seguimento do esquema recomendado, porém, as dificuldades relacionadas aos fatores sociais, como o preconceito, sentimentos de medo, negação parecem mais difíceis de encontrar soluções, uma vez que fazem parte de uma dinâmica social complexa. Todavia, cuidadores e família precisam estar conscientes e responsáveis de seu papel na vida de crianças expostas ao HIV/AIDS. A família e os amigos constituem-se em expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a doença^(12,20).

Nos serviços de saúde, as pessoas que buscam o atendimento, depositam suas expectativas com relação ao tratamento. Logo, o acolhimento, por parte dos profissionais de saúde pode ajudar os pacientes a lidar com tais fatores em suas vidas pessoais, particularmente no começo do tratamento, quando estes parecerem ser mais cruciais⁽¹⁹⁾.

Portanto, é fundamental a reflexão acerca da coexistência de sentimentos e preconceitos por parte dessas mães, considerando que compartilhar seu diagnóstico e as implicações de saúde do filho com pessoas de confiança, torna-se difícil e estressante. Também é preciso percepção e sensibilidade dos profissionais na visualização da mãe que merece apoio e, então, promover ambiente acolhedor e seguro, compreender o contexto em que estão inseridas, bem como disponibilizar informações pertinentes para adesão ao tratamento e qualidade de vida desta clientela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender a não adesão ao esquema vacinal, considerando ser um fenômeno multifatorial. Assim, pondera que os objetivos foram alcançados, uma vez que foram identificadas as possíveis razões pessoais, como sentimento de negação e preconceito, falta de conhecimento, pouca disponibilidade de tempo e de dinheiro, desinteresse e descuido na data previamente agendada, bem como os problemas inerentes ao serviço de saúde (acessibilidade, falta de vacinas), dentre outras justificativas.

Acredita-se que o desconhecimento das mães/cuidadoras frente à importância do adequado seguimento do calendário vacinal refletiu como um dos fatores impeditivos para a promoção da saúde da criança, contribuindo na ausência do comparecimento

da mãe e criança aos serviços de saúde para atualizar as vacinas.

As dificuldades elencadas pelas mães requerem maior envolvimento entre profissionais dos serviços de saúde e pacientes. Por sua vez, as estratégias propostas para a promoção da saúde vão em direção à articulação e envolvimento entre os profissionais e responsáveis pela criança, comprometendo-se com a troca de informações, estimulando-os ao desenvolvimento de habilidades individuais, além de fortalecerem quanto às responsabilidades para adesão às medidas preventivas.

No entanto, o vínculo entre profissionais e a família precisa ser reforçado, para aumentar a adesão às medidas de proteção e promoção da saúde infantil. Atitudes e condutas de profissionais de saúde em relação às famílias com esquemas vacinais incompletos há que serem analisadas e redirecionadas, pois tal condição dificulta atingir metas traçadas pelo Programa Nacional de Imunização e CRIES. Assim, a criança, por sua condição clínica, deve ser encaminhada o mais cedo possível para iniciar a terapêutica recomendada. Vale ressaltar que a acessibilidade também é fundamental, o que implica diminuição da morbi/mortalidade, redução de internações e custos do tratamento.

Destaca-se que o roteiro de entrevista com sete questões abertas direcionado às participantes, evidenciou, em sua maioria, respostas curtas e com pouca abrangência do assunto, o que se caracteriza como limitação do estudo. Além disso, ainda são escassos os estudos sobre a efetividade da vacinação de pessoas com comprometimento de imunidade, principalmente na administração de imunobiológicos injetáveis.

Assim, recomenda-se a realização de pesquisas com abordagem de estratégias educativas que motivem mãe de criança exposta ao HIV, o autocuidado de seu

filho, considerando como possibilidade dele tornar-se adulto responsável mediante os cuidados inerentes a infecção.

Portanto, assegurar adesão ao esquema vacinal, faz menção a melhoria na qualidade do cuidado de enfermagem, uma vez que o enfermeiro, em suas atribuições, exerce o papel de promotor da saúde, proporcionando bem-estar e qualidade de vida ao indivíduo que busca atendimento nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VIII nº 01. 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2010. 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). AIDS no Brasil: epidemia concentrada e estabilizada em populações de maior vulnerabilidade [Internet]. Boletim 1/2012. [citado 2012 nov 24]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina>.
4. Sherlock MSM, Cardoso MVLML, Lopes MMCO, Lélis ALPA, Oliveira NR. Imunização aplicada em criança exposta ou infectada pelo HIV em um serviço de referência de imunobiológicos. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011; 15(3):573-80.
5. Portal da Saúde SUS. Vacinação [Internet]. [citado 2012 nov 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448.
6. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Rev Saúde Pública. 2007; 41(supl 2):87-93.
7. Seidl EMF, Melchades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad Saúde Pública. 2007; 23(10):2305-16.
8. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol Serv Saúde. 2007; 16(4):261-78.
9. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epidemiológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução 196/96: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
12. Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012; 16(1):111-20.
13. Ministério da Saúde (BR). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Borges JMC, Pinto JA, Ricas J. Mães e crianças vivendo com HIV/AIDS: medo, angústia e silêncio

levando a infância à invisibilidade. *Estud Psicanal.* 2009; 32:71-80.

15. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Rev Latino-am Enferm.* 2011; 19(3):598-605.

16. Machado AG, Padoin SMM, Paula CC, Vieira LB; Carmo DRP. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. *Rev Rene.* 2010; 11(2):79-85.

17. Salles CMB, Ferreira EAP, Seidl EMF. Adesão ao Tratamento por cuidadores de crianças e adolescentes soropositivos para o HIV. *Psicol Teor Pesq.* 2011; 27(4):499-506.

18. Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB. O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012; 16(1):49-56.

19. Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev Rene.* 2010; 11(3):68-75.

20. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(9):2023-33.

Recebido: 12/09/2012
Aceito: 11/12/2012