

A dificuldade dos conselheiros em lidar com mudanças das políticas que regem HIV e alimentação infantil

– Ted Greiner, Coréia do Sul

Os conselheiros de mães infectadas com HIV foram lançados numa confusa viagem de montanha russa nos últimos 25 anos, desde que se começou a acumular evidências sobre a transmissão do HIV através do leite materno. A primeira reação por parte das autoridades da saúde foi o pânico instintivo. O diretor da unidade AIDS OMS, fez a abertura da reunião de especialistas sobre amamentação e HIV em Junho de 1987, solicitando aos peritos, que somente referente à segunda pergunta que se discutia, que fosse feita uma declaração pedindo às mães com HIV para que evitassem amamentar. Graças à presença de alguns ativistas do aleitamento materno (como observadores e não como especialistas), alguns outros especialistas ameaçaram fazer uma declaração para a minoria se não conseguissem que os especialistas aceitassem a seguinte ressalva: Nos países onde a mortalidade infantil era principalmente causada por desnutrição e infecções, o aleitamento materno deveria ser promovido para todas as mães, independente de sua condição de HIV.

Enquanto isso, em países relativamente ricos, (o que inclui a países recentemente industrializados como Tailândia e Brasil, com porções do país em condições de pobreza), não se questionava o aleitamento materno em mães infectadas com HIV. Isso foi considerado pôr em risco a infância, e políticas provindas de o ministério de Saúde da Suécia em 1987 até interpretações locais de políticas não escritas, haviam assegurado que no caso de mães infectadas com HIV com intenções de amamentar, fossem tomadas medidas para garantir impossibilidade de amamentar. Se alguém souber de exceções à regra, (por exemplo, de autoridades de países ricos que aprovaram o direito de mamar em mães com HIV), gostaria de ser informado. (Estou a par dos esforços de Pamela Morrison do Reino Unido de ao menos evitar interromper a amamentação em mulheres africanas a ponto de serem levadas de volta a seus países de origem, com a intenção de evitar casos óbvios

Lancet citou um exemplo de um representante da Nestlé que numa sala de aula Inglesa soltou uma lágrima ao informar aos alunos que os Africanos não poderiam mais amamentar por causa da AIDS ...

de danos iatrogênicos ou mesmo a morte dos bebês em questão.)

O texto de 1987 entrou na primeira diretriz da OMS sobre HIV e alimentação infantil, que apareceu em 1992. Tudo seguiu sem novidades para HIV e alimentação infantil em países pobres até 1997 quando as agências das nações unidas (em particular UNAIDS, OMS e UNICEF) lançaram uma nova política. Novamente, apesar de protestos posteriores do contrário, ficou claro que não havia nenhuma necessidade de consultar a comunidade internacional de especialistas em amamentação. Fomos taxados de fanáticos que acreditavam no “aleitamento a qualquer custo.” A comunidade de HIV, no entanto, tinha o poder e o dinheiro e estavam cegos pelo seu próprio mantra: “evite a transmissão do HIV a qualquer custo.” Na verdade, ainda hoje, poucos, se é que algum programa de PMTCT (prevenção de transmissão mãe filho) juntou dados sobre os resultados em saúde pós-parto do seu programa além dos índices de transmissão do HIV. Se essa é a única estatística que temos, ações que resultam tanto na diminuição dos índices de transmissão quanto no aumento dos índices de mortalidade infantil serão percebidos como sucessos.

A explicação dada para a mudança na política não foi científica (na época não havia nenhum dado em que confiar), mas “direitos humanos.” O que foi estranho já que mães em países ricos não tinham escolha de como alimentar seus bebês, no entanto, para as mães dos países pobres dizia-se que tinham direito a uma “escolha informada.” Isto era particularmente estranho já que não havia nenhuma informação científica para comparar os riscos de vários padrões de alimentação em diferentes circunstâncias sócioeconômicas. (Ainda é de pouco valor prático em certas situações de aconselhamento.)

O pessoal da OMS e UNICEF que ERAM especialistas em amamentação estavam, é claro, em choque e fizeram tudo que podiam, mas eram deixados de lado pelos “verdadeiros” especialistas, os virologistas. Sua impressão era que o verdadeiro motivo para mudança de postura era “política.” Parte da pressão, sem dúvida provinda de governos capitalistas, tinha

raízes na indústria de alimentos infantis, que finalmente percebera uma abertura em países pobres onde, desde o advento do Código Internacional de Marketing, as vendas haviam caído em relação aos índices de nascimentos. Lancet citou um exemplo de um representante da Nestlé que numa sala de aula Inglesa soltou uma lágrima ao informar aos alunos que os Africanos não poderiam mais amamentar por causa da AIDS. UNICEF foi ferozmente atacada na primeira página do Wall Street Journal por não aceitar as ofertas de pura “caridade” em forma de leite artificial grátis da indústria de alimentos infantis.

A nova política foi seguida em 1998 por: (1) Já em Março de 1998, um release de imprensa de três agências anunciou que uma “experiência piloto” começaria em 11 países, dando leite artificial gratuito a mais de 30.000 recém-nascidos com mães pobres demais para comprar o leite. Não havia nenhuma evidência que as mães poderiam usar esse leite com segurança; na verdade, o teste piloto não incluía nenhuma medição do resultado em relação à saúde dos bebês. Considerava apenas questões de logística presumindo que era a coisa certa a se fazer. (2) Uma revisão de literatura oficial foi encomendada pelo primeiro autor de um dos únicos estudos que encontrou que a alimentação artificial desde o nascimento leva a um aumento de sobreviventes livres do HIV. (3) Redigiu-se um conjunto de diretrizes da OMS sobre como implantar a nova política. Nos anos seguintes, essas diretrizes foram apoiadas por materiais didáticos e um currículo de curso detalhado. Partindo do pressuposto que todos usando o material, somente o fariam após participarem de um curso de cinco dias da OMS, o novo curso enfocava mais o uso seguro da alimentação artificial num ambiente de baixa renda.

No ano 2000, uma revolução acontecia por trás das cenas. Em especial, funcionários locais da UNICEF em todo o mundo estavam desanimados com o dano que estava sendo feito com a implementação da nova política. A OMS promoveu um novo encontro de peritos que mudou a política ao pedir que, entre outras coisas, a amamentação seja substituída apenas nas situações em que fosse “aceitável, possível, acessível, sustentável, e seguro.” (nota do tradutor AFASS significa Acceptable Feasible Affordable Sustainable and Safe). Até o ano de 2003 as Diretrizes da OMS mudaram de acordo.

Mas até 2002, UNICEF havia mudado de tom. Depois de haver ignorado esforços anteriores da WABA, começou a dizer que concordava com o ponto

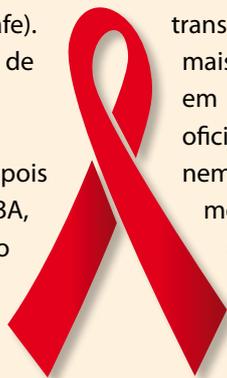
... 6 meses é muito cedo para parar a amamentação, e os índices resultantes do aumento de morbidade severa, desnutrição e mortalidade anulam os ganhos obtidos na redução da transmissão do HIV.

de vista da WABA no assunto e aceitou em realizar um Colóquio conjunto HIV e Alimentação Infantil, com a intenção de juntar as comunidades de HIV e de amamentação num diálogo aberto. Isto aconteceu em Arusha em Setembro de 2002 (acesso às atas em <http://www.waba.org.my/whatwedo/hiv/colloquium/programme.html>). Nessas alturas, UNICEF também havia decidido parar de fornecer leite artificial à mães infectadas com HIV emitindo uma declaração às agências parceiras explicando sua decisão bastante controversa na época.

Enquanto isso, estudos científicos começaram a aparecer. Desde 1998, inúmeros estudos demonstraram que a amamentação reduz a transmissão pós-natal comparada a uma variedade de padrões de alimentação mais comuns onde os bebês eram introduzidos a uma ampla gama de alimentos desnecessários e pouco saudáveis após o nascimento. (Um “especialista” da OMS havia atacado um oficial da UNICEF por concordar comigo pouco antes que a amamentação exclusiva parecia ter esse efeito.)

Estranhamente o maior impacto disso foi um frenesi de negatividade em relação a uma “alimentação mista” (confusamente, o termo usado antes se referia a uma alimentação mista de leite materno e artificial; hoje é usado para qualquer padrão com amamentação predominante e parcial apesar do fato deles terem resultados muito diferentes). A maioria dos países pobres então implantou uma política (ainda muito comum) que pedia às mulheres de baixa renda infectadas com o HIV que amamentassem exclusivamente por seis meses, seguido por uma rápida interrupção da amamentação para evitar os perigos de “alimentação mista”. Parece ser também (embora não tenha sido comprovado) que os índices de transmissão de HIV entre bebês que recebem alimentos complementares são mais baixos que os índices de bebês menores que são amamentados parcialmente.

Pesquisas realizadas nos últimos anos sugerem que 6 meses é muito cedo para parar a amamentação, e os índices resultantes do aumento de morbidade severa, desnutrição e mortalidade anulam os ganhos obtidos na redução da transmissão do HIV. Baseado nisso, a OMS promoveu mais uma reunião de especialistas em 2006 que resultou em outra mudança de diretrizes (embora a diretriz oficial da OMS ainda não tenha mudado oficialmente; nem os materiais didáticos ou cursos). Mesmo aos 6 meses, a amamentação deve ser continuada a não ser que a interrupção nessa hora seja julgada AFASS(ver



nota do tradutor). Havia poucos motivos para interromper a amamentação antes dos 6 meses. E quando os bebês foram testados prematuramente para HIV, um resultado negativo não tinha nenhuma implicação para como a criança deveria ser alimentada. Um teste positivo significava que não havia nenhum motivo para interromper a amamentação em nenhum tempo em particular.

Hoje há poucas dúvidas que mães infectadas com o HIV com sistemas imunológicos abalados (baixa contagem de CD4) que recebem tratamento com drogas antiretrovirais (ARV), têm seus índices de transmissão pós-natal do HIV reduzidos a metade ou mais. Isto por sua vez sugere que em locais onde o teste e o tratamento estão disponíveis, a amamentação deveria ser praticada por todas as mães com exceção das muito favorecidas economicamente com acesso a um sistema de saúde de alta qualidade. No entanto, este tipo de pensamento não está refletido em nenhuma diretriz oficial da qual eu tenho conhecimento.

Vários estudos sugerem que a provisão de drogas ARV a todas as mães que amamentam (ou a todos os bebês amamentados) fornece um grau tão alto de proteção que os índices de transmissão mãe filho começam a se aproximar aos índices de bebês não amamentados. No entanto, a

OMS ainda não considera os dados adequados para poder recomendar nenhum dos dois caminhos. Aguarde um encontro de especialistas para examinar esses dados nos próximos um ou dois anos.

De volta à montanha russa do conselheiro de alimentação de bebês de baixa renda: sim, não, talvez? E o que exatamente significa AFASS em termos práticos? Enquanto trabalhei para PATH, meus colegas e eu desenvolvemos algoritmos que guiam os conselheiros através dos vários componentes de AFASS e, na medida do possível, inclui o significado real nas escolhas (por exemplo, quanto custam localmente os distintos tipos de comidas substitutas). Apresentei o estudo na reunião de especialistas da OMS de 2006 (WHO Expert Consultation), mas foram rejeitados como muito complexos (ahn? E a realidade que os conselheiros enfrentam é na verdade simples?) e muito semelhante a uma “árvore de decisões.” (Conselheiros dizendo para as mães o que fazerem é comum de qualquer forma, mas os algoritmos deixavam claro que seu propósito era assistir os conselheiros a ajudarem a mãe a tomar suas próprias decisões). Os algoritmos estão disponíveis em website em <http://global-breastfeeding.org/2006/11/14/algorithms-to-assist-in-counseling-on-whether-it-is-afass-for-an-hiv-mother-to-stop-breastfeeding/>

Ted Greiner, PhD

Professor de Nutrição, Hanyang University, Seul, Coréia

Email: tedgreiner@yahoo.com

<http://www.global-breastfeeding.org>

http://twitter.com/_breastfeeding

Nota do tradutor AFASS
(Acceptable Feasible Affordable Sustainable and Safe)
significa “Aceitável, Possível, Acessível,
Sustentável e Seguro.”