

ASSISTÊNCIA A GESTANTE PORTADORA DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN CARRIER OF THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

SAMARA ROBERTA DA SILVA¹, KARINNA ALVES AMORIM DE SOUSA², GRAZIELE DE SOUSA COSTA^{3*}, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SOUSA⁴, PÉTTERTSON DANILO DE OLIVEIRA LIMA GOIANO⁵, ELIZAMA DOS SANTOS COSTA⁶

1. Enfermeira pela Faculdade do Piauí (FAPÍ) Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Unipós; 2. Enfermeira. Especialista em gestão de Programas de Tuberculose pela FIOCRUZ. Mestre em enfermagem pela UFPI. Doutoranda em Enfermagem pela UFPI; 3. Enfermeira pela Faculdade do Piauí (FAPÍ) Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Unipós; 4. Enfermeira pela Faculdade do Piauí (FAPÍ) Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Unipós; 5. Pós-Graduando em Saúde Pública e da Família e Supervisão Escolar com Docência Superior pela Faculdade Kurios – FAK; 6. Enfermeira. Residente em Obstetrícia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

*Unidade Integrada de pós-graduação pesquisa e extensão. Rua Gabriel Ferreira, 2283, Macaúba, Piauí, Brasil. CEP: 64016-050. grazielegrazy@outlook.com

Recebido em 25/05/2017. Aceito para publicação em 09/06/2017

RESUMO

O HIV/AIDS apresenta-se como uma das prioridades de saúde pública no Brasil. Dentre as políticas de enfrentamento, destaca-se que o Ministério da Saúde recomenda a detecção precoce da infecção pelo HIV na gestação para adoção das ações profiláticas que efetivamente reduzam a transmissão materno-infantil do HIV. O objetivo da pesquisa é caracterizar assistência a gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana. Trata-se de um estudo descritivo, com coleta retrospectiva de dados do tipo Revisão Integrativa da Literatura. Os dados foram adquiridos por meio da seleção de artigos da literatura nacional indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e BDEFN (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) além de Manuais do Ministério da Saúde. As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual, 25% referem-se à transmissão intra-útero e 75% à transmissão intraparto. Conclui-se que perante os artigos evidenciados o aumento do número de casos também passa pela falta de desconhecimento de informações que levam essa gestante portadora do vírus a não iniciar cedo essa profilaxia fazendo com que não haja a transmissão da doença para o feto.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, gestantes, enfermagem, assistência.

ABSTRACT

HIV / AIDS presents itself as one of the public health priorities in Brazil. Among the coping policies, the Ministry of Health recommends the early detection of HIV infection during pregnancy in order to adopt prophylactic actions that effectively reduce mother-to-child transmission of HIV. The objective of the research is to characterize assistance to pregnant women with human immunodeficiency virus. This is a descriptive study, with retrospective data collection of the Integrative Literature Review. The data were acquired through

the selection of articles from the national literature indexed in the databases LILACS (Latin American Literature in Health Sciences) and BDEFN (Bibliographic Database Specialized in the Nursing Area of Brazil) and Manuals of the Ministry of Health. The rates of vertical transmission of HIV, without any intervention during pregnancy, are between 25 and 30%. Of this percentage, 25% refer to intrauterine transmission and 75% to intrapartum transmission. It is concluded that in the case of evidence, the increase in the number of cases is also due to the lack of knowledge of the information that leads the pregnant woman who is not infected. Initiate this prophylaxis early so that there is no transmission of the disease to the fetus.

KEYWORDS: HIV, pregnant women, nursing, assistance.

1. INTRODUÇÃO

A AIDS é uma patologia adquirida do sistema imunológico, ocasionada pelo vírus da imunodeficiência Humana (HIV), que é transmitido através de contato sexual, exposição ao sangue ou fluidos orgânicos infectados, e perinatalmente da mãe ao neonato (transmissão vertical). Entre 50 e 70%, a transmissão do HIV pode ocorrer no período próximo ao parto ou durante o mesmo. Uma série de fatores estão associada à maior possibilidade da transmissão do HIV da mãe para o (a) filho (a)¹.

O HIV/AIDS apresenta-se como uma das prioridades de saúde pública no Brasil. Dentre as políticas de enfrentamento, destaca-se que o Ministério da Saúde recomenda a detecção precoce da infecção pelo HIV na gestação para adoção das ações profiláticas que efetivamente reduzam a transmissão materno-infantil do HIV².

Entre os principais fatores de risco para a transmissão vertical, destaca-se a doença avançada da mãe com carga viral plasmática do HIV-1 elevada, o aleitamento materno, a via de parto, a prematuridade, o tempo de ruptura de membrana. É importante ressaltar que outros fatores também condicionam a ocorrência, os

ligados à organização dos serviços de assistência, pois estes devem estar devidamente preparados para o atendimento destas mulheres, seus parceiros sexuais, crianças e adolescentes, não só em relação à disponibilização dos insumos, materiais, mas também em relação aos recursos humanos envolvidos neste atendimento, os quais devem estar eficazmente capacitados para este momento³.

Com relação à infecção pelo HIV em gestantes, no último estudo em parturientes de 2010, observou-se uma prevalência de HIV de 0,38%. Aplicando essa prevalência ao número estimado de gestantes em 2012, obtém-se um total de 12.177 gestantes HIV positivas nesse ano. Comparando o dado estimado com o número de casos notificados em 2012 (7.097 gestantes HIV+), estima-se que a vigilância de HIV em gestantes alcançou 58,3% dos casos esperados⁴.

Segundo o Ministério da Saúde, até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residente na região Sudeste (41,1%), seguida pelas regiões Sul (31,1%), Nordeste (15,4%), Norte (6,6%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2013, foram identificadas 7.219 gestantes no Brasil, sendo 34,1% na região Sudeste, 30,2% no Sul, 19,2% no Nordeste, 10,0% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste⁵.

Na população feminina, o crescente número de casos de AIDS e de infecções pelo HIV exige medidas concretas, em curto prazo, que garantam cuidados especiais às mulheres durante a gestação e o parto, incluindo medicamentos e procedimentos capazes de evitar a transmissão vertical do HIV⁵.

Portanto, este estudo torna-se relevante, pois propiciará um levantamento sobre a situação no Estado do Piauí e possibilitará um diagnóstico situacional para que as ações de prevenção sejam melhor direcionadas à estas gestantes, sendo então possível desenvolver práticas de controle e combate ao HIV de forma mais eficaz e efetiva. O objetivo do estudo foi caracterizar os aspectos sócios demográficos e econômicos das gestantes HIV positivas, notificadas no Piauí entre 2007 e 2014. Os objetivos específicos foram conhecer o número de gestantes HIV registradas; apontar existência de possíveis fatores de risco à infecção pelo HIV nessas mulheres; levantar aspectos relacionados ao acesso e efetivação da aplicação do protocolo de redução da transmissão vertical do HIV.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta retrospectiva de dados, que para o alcance do objetivo geral utilizou um dos instrumentos da “Prática Baseada em Evidências”, o método de Revisão Integrativa da Literatura. Os dados foram adquiridos por meio da seleção de artigos da literatura nacional indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde) e BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) além de Manuais do Ministério da Saúde. Foram utilizados os critérios de inclusão: artigos

publicados na íntegra, em português, e que tinha haver com a temática. Os critérios de exclusão foram: artigos em inglês, artigos que não apresentavam interessados pesquisador, não contemplavam o período de estudo e os que estavam em outros idiomas. Para a pesquisa e coleta das informações bibliográficas utilizaram-se os seguintes descritores: HIV. Gestantes. Enfermagem. Epidemiologia. Obteve-se um total de 20 artigos, sendo selecionado um total de 15 publicações, os resultados serão mostrados através de um quadro, selecionando dados de identificação de cada estudo, nome do artigo, autor, ano de publicação, objetivos.

3. DESENVOLVIMENTO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS

A AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus HIV. Sua evolução pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e AIDS. A fase aguda caracteriza-se por sinais de uma síndrome viral com manifestações como febre, calafrios, sudorese, mialgias, cefaleias, dor de garganta, sintomas gastrintestinais, linfadenopatias generalizadas e erupções cutâneas. A AIDS é manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentar alterações da imunidade, com o surgimento de febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior da pessoa), sudorese noturna, astenia e adenomegalia. As infecções oportunistas passam a surgir, tais como a tuberculose, pneumonia, toxoplasmose, candidíase, meningite, dentre outras⁶.

A AIDS não tem cura, mas a infecção poderá ser controlada com a administração de medicamentos específicos como AZT e DDI anti-retrovirais que diminuem a multiplicação do vírus no organismo, retardando o agravamento da infecção. O diagnóstico de infecção por HIV é realizado por exame laboratorial (amostra de sangue). Este exame chama-se teste anti-HIV, sendo que um dos métodos empregados é o ELISA. O método somente é eficaz após cerca de doze semanas de infecção. Denomina-se de “janela imunológica” esse intervalo entre a infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais^{6,7}.

Histórias da AIDS

A síndrome surgiu na década de 80 quando foram notificados aos centros de controle de doenças (CDC) nos E.U.A, os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e de sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis. Inicialmente atingiu homossexuais e prostitutas dando origem aos chamados “grupos de risco”. Hoje, porém estudos apontam a AIDS como uma epidemia mundial que atinge pessoas de ambos os sexos, pobres, ricos, de todas as idades. Com a evolução dos conhecimentos, já não existem mais grupos de risco ou a famigerada “peste gay”⁸.

Em 1983, o cientista francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, de Paris descobriu o vírus da AIDS, denominado HIV. Antes de ser assim intitulado, o HIV teve várias denominações com LAV e HTLVIII. Após uma série de estudos clínicos e epidemiológicos estabeleceu-se uma identificação para as principais formas de transmissão (sexual e sanguínea) da doença⁸.

Com o avanço da epidemia, homens heterossexuais infectados, sejam por relações sexuais com mulheres contaminadas, seja pelo uso de drogas injetáveis, também passam a fazer parte do quaro de portadores ou doentes. O conceito de grupo de risco desloca-se para comportamento de risco e situação de risco. No entanto a AIDS como doença do universo homossexual masculino transparece até hoje fortemente introjetada na população⁷.

A AIDS é uma doença correlacionada ao sexo, sendo associado à permissividade, a comportamento sexual supostamente desregrado. Por isso, têm-se atitudes discriminatórias e preconceituosas quando se revela a forma com que se contraiu o HIV⁸.

Por ser uma doença primordialmente disseminada através de comportamentos individuais e coletivos, expressos em práticas sexuais diversas e no uso compartilhado de seringas e agulhas contaminadas. Embora estas práticas sejam universais, poucas sociedades são francas em reconhecê-las⁷.

Atualmente, a epidemia atinge todo o planeta. O ministério da saúde estima mais de 34 milhões de pessoas sejam infectadas pelo HIV e que provavelmente outras 14 milhões já morreram em decorrência dela. Nos últimos anos tem havido um deslocamento do perfil da AIDS para incluir a mulher no rol dos notificados através da transmissão sexual sanguínea. E em função da AIDS em mulheres, tem havido ainda um aumento de casos de transmissão perinatal. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem cada 50 mulheres africanas está contaminada pelo HIV. Esta cifra seria de 1 em cada 500 na américa do sul, 1 para 700 na américa do norte, 1 para 1.400 no oeste Europeu e 1 para 20.000 nos outros países¹.

De acordo com dados do boletim epidemiológico da coordenação Nacional de DST/AIDS, desde 1980 até foram registrados 656.701 (condição em que a doença já se manifestou). Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. No Brasil assim como nos EUA e na Europa ocidental, os primeiros casos formalmente notificados, foram identificados como homossexuais masculinos, jovens de classe média alta, estereótipo amplamente divulgados pelos meios de comunicação de massa².

A disseminação da AIDS no Brasil não pode ser entendida como uma doença específica de alguns grupos considerados de risco como os homossexuais, prostitutas, usuários de drogas injetáveis. Hoje a AIDS vem atingindo todos os grupos indistintamente. A epidemia no Brasil aponta a transmissão sexual como forma principal da transmissão do HIV. Nos anos 90 torna-se uma doença democrática conforme afirma uma

vez que não faz distinção de sexo, credo, raça ou orientação sexual, e se aproveita da vulnerabilidade e das situações de risco que as pessoas se expõem, assim como também atinge das diferentes categorias socioeconômicas típicas do mundo moderno⁹.

Desde o início da epidemia, o grupo etário mais atingido, em ambos os sexos tem sido o de 20 a 39 anos, perfazendo 70% do total dos casos de AIDS notificado. A AIDS é uma doença que mais faz vítimas fatais entre as mulheres de 20 a 50 anos-período mais ativo da vida sexual. Há mais casos no interior que nas capitais e o crescimento é mais acentuado entre pessoas pobres de baixa escolaridade⁷.

A incidência de AIDS em mulheres está aumentando por uma trágica combinação de fatores biológicos, econômicos e sociais: os principais motivos, de acordo com médicos, psicólogos e grupos de apoio a infectados, são os seguintes⁶:

- Uma mulher tem dez vezes mais chances de contrair um vírus de um homem infectado do que um homem de ficar doente, relacionado-se com uma mulher soropositiva;
- O esperma contaminado tem uma concentração de vírus várias vezes maior do que a encontrada na secreção vaginal de uma mulher soropositiva. Além disso, o tempo de permanência do pênis em contato com a secreção vaginal é muito menor do que o da mulher em contato com o esperma;
- Muitos casais param de usar o preservativo como se fosse uma formalidade, é usado na época em que os parceiros estão se conhecendo depois é abandonado.

Diagnósticos do HIV no pré-natal

O conhecimento do estado sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornam possível a adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical do HIV. A testagem e o aconselhamento são essenciais e integram o cuidado no pré-natal, conforme recomendação do Ministério da Saúde, que preconiza a testagem no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, repetindo-a no terceiro trimestre³.

A Resolução nº 1.665/2003 do Conselho de Resoluções para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes do Conselho Federal de Medicina, em seus artigos 5º e 6º, menciona que o médico deve realizar o aconselhamento pré e pós-teste e solicitar o teste anti-HIV durante o acompanhamento pré-natal, resguardando o sigilo e registrando no prontuário médico que tais medidas foram adotadas, bem como o consentimento ou a negativa da gestante em realizar o exame. É importante enfatizar que o teste deve ser oferecido e sua realização é voluntária, confidencial e sigilosa, para a gestante e seu(s) parceiro(s)⁵.

Manejo antirretroviral na gestação e no parto

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre

25 e 30%. Desse percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto. O primeiro estudo clínico que utilizou terapia antirretroviral com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV foi o Protocolo 076, do Pediátricas AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076). Este foi um estudo randomizado, placebo controlado, que utilizou um protocolo constituído de zidovudina (AZT) oral a partir da 14ª semana, AZT endovenoso (EV) 4 horas antes do parto e AZT solução oral para o recém-nascido, durante 6 semanas. Essa intervenção reduziu a taxa de transmissão vertical do HIV em 67,5%. As taxas de transmissão vertical foram de 25% no grupo placebo e de 8,3% no grupo que recebeu a intervenção com AZT. No PACTG 076, o desenvolvimento de resistência viral à monoterapia com zidovudina foi observado em aproximadamente 2,7% das pacientes⁵.

Em outros estudos, a longa duração da monoterapia com AZT, associada à carga viral elevada, determinou o desenvolvimento de mutações que conferem resistência à zidovudina. Posteriormente, tendo-se conquistado maior segurança para indicar outros antirretrovirais, foram avaliadas diferentes intervenções, não apenas em relação ao número de antirretrovirais utilizados (monoterapia x terapia combinada), mas também em relação ao tempo de duração do tratamento. O uso de esquemas combinados com dois antirretrovirais (terapia dupla) mostrou uma redução de cinco vezes na taxa de transmissão vertical em comparação com os resultados da monoterapia com AZT. A terapia dupla foi composta pela associação entre zidovudina e lamivudina, resultando em maior ocorrência da mutação M184V, associada à resistência à lamivudina⁵.

Definições da via de parto

Para avaliar a efetividade e segurança da cesariana eletiva na prevenção da transmissão vertical. Concluiu-se que a cesariana eletiva foi uma intervenção eficaz para a prevenção da transmissão vertical do HIV, nas mulheres que não fizeram uso de ARV na gestação e naquelas que usaram apenas AZT. O risco de transmissão vertical do HIV associado ao tipo de parto em mulheres com baixa carga viral não pode ser avaliado e o benefício de uma cesariana não pode ser definido nestas situações. A frequência de morbidade pós-parto, definida como febre, infecção urinária, endometrite e tromboembolismo, foi maior nas mulheres soropositivas para o HIV com cesariana eletiva se comparada àquelas submetidas a parto vaginal. O risco de morbidade da cesariana eletiva foi intermediário entre o parto vaginal e a cesariana de emergência. Outros fatores associados a maior risco de morbidade materna foram o estágio mais avançado da doença e a presença de comorbidades, como diabetes⁹.

Os estudos realizados até agora não demonstraram diferenças nas taxas de transmissão vertical ao se comparar cesariana eletiva e parto vaginal na prevenção da transmissão do HIV, quando a carga viral é inferior a 1.000 cópias/ml em gestantes que estão em uso de esquema antirretroviral combinado. Cesárea eletiva é

aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas corioamnióticas íntegras. Está indicada para as gestantes soropositivas para o HIV, quando estas apresentam carga viral ≥ 1.000 cópias/ml ou desconhecida, a partir de 34 semanas de gestação. A cesárea eletiva deve ser agendada para a 38ª semana de gravidez, evitando-se que a gestante entre em trabalho de parto e que ocorra a ruptura prematura das membranas corioamnióticas. Lembrar que a gestante portadora do HIV pode entrar em trabalho de parto de uma a duas semanas antes da data esperada. Por isso, é prudente discutir essa possibilidade com todas as gestantes na mesma situação, instruindo-as a procurarem a maternidade o mais rápido possível caso entrem em trabalho de parto ou se houver ruptura das membranas corioamnióticas¹⁰.

Realizar a cesárea eletiva (com 38 semanas completas, membranas íntegras e fora de trabalho de parto) para toda gestante HIV+ atendida no pré-natal, respeitando-se a autonomia da paciente para decidir sua preferência pelo tipo de parto, após ser informada dos conhecimentos atuais sobre transmissão vertical. A idade gestacional para interrupção eletiva segue a orientação do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas que recomenda que a cesárea eletiva deva ser feita com 38 semanas completas para a gestante com HIV, objetivando reduzir a probabilidade do início de trabalho de parto ou a rotura das membranas¹¹.

A técnica empregada é a cesárea "sem sangue" (bloodless), com cauterização sistemática dos vasos sanguíneos e retirada do feto empelidado, sempre que possível. A cesárea de urgência é recomendada para os fetos prematuros, nas pacientes em trabalho de parto e indicação obstétrica de via alta, e naquelas com menos de 4 horas de rotura de membranas. O parto vaginal é realizado, salvo contra-indicações obstétricas, se há trabalho de parto avançado e/ou rotura de membranas além de 4 horas. Neste caso, está indicado conduzir ativamente o parto com ocitocina, lavar a cavidade vaginal removendo-se mecanicamente seu conteúdo, evitar procedimentos invasivos e toques repetidos, retardar a rotura da bolsa até o período expulsivo, evitar a episiotomia e o parto instrumentado¹¹.

O Puerpério de gestantes HIV positivas e os cuidados com o recém-nascido

Administrar AZT endovenoso desde o início do trabalho de parto até o nascimento e clampeamento do cordão umbilical. Todas as gestantes em trabalho de parto devem receber AZT, inclusive as que não o usaram durante a gestação e as que apresentaram toxicidade ao mesmo por via oral; as gestantes que internam para sedação do trabalho de parto pré-termo devem receber o AZT EV, enquanto estiverem apresentando contrações uterinas; 2. Clampear o cordão umbilical imediatamente após o nascimento, sem realizar ordenha; 3. Evitar procedimentos invasivos durante a gestação, no trabalho de parto e no parto, como a cordocentese, a amniocentese, a amniotomia, o uso de fórceps e de vácuo extrator; 104 Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais⁵.

No parto vaginal, evitar a episiotomia sempre que possível; 5. Monitorar o trabalho de parto, usando gráfico de acompanhamento da evolução (partograma), evitando toques repetidos; 6. Em caso de ruptura precoce das membranas amnióticas no trabalho de parto, avaliar o prognóstico de evolução e usar ocitocina, se necessário, para evitar um trabalho de parto prolongado com aumento de risco da transmissão vertical. Havendo contra-indicação para uso de ocitocina e prevendo-se um trabalho de parto prolongado, a cesariana pode ser indicada (1,A); 7. Após o nascimento, a mulher e o recém-nascido, estando em boas condições de saúde, podem ser encaminhados para alojamento conjunto⁹.

Os testes rápidos devem ser realizados na admissão para o parto e, em último caso, no puerpério, nas seguintes situações: Gestante sem pré-natal; Gestante não testada durante o pré-natal; Gestante que não dispõe de resultado do teste (ou do registro do resultado no cartão de gestante); Gestante não testada e/ou sem resultado do segundo teste, no último trimestre de gestação; Gestante que se encontre em situação de risco acrescido, como, por exemplo: mulher soronegativa para o HIV que tenha parceiro infectado; profissional do sexo; usuária de álcool e outras drogas; troca de parceiro durante a gestação; ocorrência de uma DST durante a gestação, ou parceiro com DST, dentre outras, independentemente do tempo transcorrido desde a realização do último teste anti-HIV¹².

Cuidados do recém-nascido. Limpar, com compressas macias, todo sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN, logo após o nascimento, e encaminhá-lo imediatamente para banho em água corrente. Está contraindicado o primeiro banho em banheiras pediátricas. Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se proceder delicadamente, evitando traumatismo em mucosas. Iniciar a primeira dose do AZT solução oral, preferencialmente, ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 2 horas após o nascimento. Dada a possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, recomenda-se a realização de hemograma completo, possibilitando avaliação prévia ao início da profilaxia e o monitoramento após 6 e 16 semanas¹³.

É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com intuito de aprimorar o vínculo mãe-filho. Recomenda-se a não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil após o aconselhamento. Em situações especiais, pode ser utilizado leite humano pasteurizado, proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde, como é o caso de recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso. Para informações sobre alternativas ao uso de fórmula infantil e a introdução de outros alimentos, deve-se consultar o “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas” e o “Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para

mulheres que não podem amamentar”, do Ministério da Saúde, sendo terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), o aleitamento misto e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar⁵.

Nos cuidados neonatais, procede-se a aspiração delicada e não traumática das vias aéreas, evitando traumatismos de mucosas, além do banho imediato com água e sabão para a retirada de toda e qualquer secreção materna que, eventualmente, tenha entrado em contato com seu tegumento. O neonato deverá receber zidovudina após o parto, solução oral, na dose de 2 mg/kg a cada 6 horas, por seis semanas, iniciando com seis a oito horas de vida¹³.

A Vigilância epidemiológica do HIV em gestantes e crianças expostas

Notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal⁵.

Os instrumentos de notificação e investigação são formulários existentes no serviço de saúde, específicos para cada tipo de doença, que facilitam a coleta e consolidação dos dados. Devem ser preenchidos cuidadosamente, registrando-se todas as informações indicadas, para permitir a análise e comparação de dados. A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde.

A força e o valor da informação (que é o dado analisado) dependem da qualidade e fidedignidade com que os dados são gerados. Para isso, faz-se necessário que as pessoas responsáveis pela coleta estejam bem preparadas para diagnosticar corretamente o caso, bem como para realizar uma boa investigação epidemiológica, com anotações claras e confiáveis. A avaliação contínua da qualidade das ações preventivas da transmissão vertical do HIV nos serviços de saúde vai desde o aumento da cobertura do rastreamento dessa infecção no pré-natal até os dados de infecção pelo HIV na população infantil. A vigilância epidemiológica por meio de suas ações constitui condição inicial para o desencadeamento das ações profiláticas dessa transmissão e conseqüentemente controle da epidemia¹⁴.

Diante das dificuldades relacionadas ao processo de vigilância, torna-se necessário rever o atual modo de notificação. Por integrar diferentes momentos em um único instrumento, ele pode estar gerando dificuldades operacionais na realidade dos serviços. Uma das possibilidades poderia ser a desvinculação – do momento da mãe – do momento da criança. Além disso, deve-se avaliar a incorporação sistemática e eficiente de novas estratégias de vigilância da gestante infectada pelo HIV e crianças expostas ao vírus, haja vista os dados epidemiológicos serem fundamentais, não só por permitirem o conhecimento dos indicadores relacionados à epidemia nas gestantes, como também a

construção de indicadores operacionais para o planejamento das ações, a priorização e alocação de recursos para prevenção e assistência ao paciente infectado, a aquisição de insumos e a monitoração do impacto das intervenções¹⁵.

4. DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde devem desenvolver uma postura acolhedora no contato direto as gestantes soropositivas, ensinando e instruindo, e assim facilitando a aceitação e o entendimento da terapia, onde devem ser levadas em consideração as particularidades de cada paciente atendida, pois suas necessidades são individuais. Foram observados na maioria dos estudos realizados, que após a 14ª semana de gestação está indicado o uso de ARV profiláticos para reduzir a TV do HIV-1, devendo ser instituída tão logo as provas laboratoriais de função hepática mostrem que sua utilização pode ser iniciada. Se a paciente estiver sendo tratada para a infecção HIV-1, não se aconselha parar o tratamento por causa da gravidez, apenas adequá-lo. Se a zidovudina não faz parte do esquema utilizado, sugere-se introduzi-la. Complementando as estratégias adotadas para controle dos fatores maternos visando redução da TV do HIV-1, o enfermeiro deve orientar e alertar sobre o uso de drogas ilícitas e lícitas (incluindo o fumo) e a prática de sexo sem a proteção do preservativo (evitando exposição repetitiva ao vírus). Por fim, cuidados com a dieta, visto que ganho de peso insuficiente também se relaciona ao aumento da TV desse vírus. O diagnóstico precoce e o início do uso de antirretroviral é de fundamental importância, pois se constata como boa cobertura e captação precoce das gestantes para o pré-natal de qualidade instituem em tempo hábil medidas de prevenção para a transmissão vertical.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que perante os artigos evidenciados o aumento do número de casos também passa pela falta de desconhecimento de informações que levam essa gestante portadora do vírus a não iniciar cedo essa profilaxia fazendo com que não haja a transmissão da doença para o feto, assim, devem ser repensadas estratégias por parte dos gestores para promover capacitações aos profissionais de saúde para captação precoce das gestantes, e, formas diferenciadas de trabalhar educação em saúde com foco na autonomia, responsabilidade dos sujeitos e auto cuidado. Enfatiza-se a importância de campanhas educativas focadas direcionadas para a mulher, diminuindo o número de gestantes infectadas, que, em grande maioria, encontram-se na fase reprodutiva. A educação em saúde seja o melhor método para os profissionais atingirem uma maior o êxito com a população alvo da pesquisa.

A gestante deve ser acompanhada durante todo o ciclo gravídico, oferecendo apoio emocional ao longo de todos os processos decorrentes desta fase. Assim

propomos que as informações destinadas a essa população sejam reavaliadas, melhores elaboradas para que conseqüentemente, sejam mais eficazes e que hajam por parte dos órgãos responsáveis ações de medidas devidamente embasadas que possibilitem sensibilizar e transformar o comportamento considerado de risco para mãe o binômio mãe-filho.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano II - nº 1.. Disponível em :<<http://www.aids.gov.br>> visto em:29 maio de 2016.
- [2] Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília, 2014.
- [3] Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. 2007; 29(4): 171-174.
- [4] Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatico/1>. Acesso em: 10 de maio de 2016.
- [5] Brasil, Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília, 2014.
- [6] Parker RA. AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2008.
- [7] Paulilo MAS. AIDS: Os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora, 2000.
- [8] Sprintz E. Rotinas de HIV e AIDS. Artmed. 1999.
- [9] Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. 2010; 32(4):184-90.
- [10] Succi RCM. Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2003-2004- Resultado preliminar de um estudo colaborativo multicêntrico. Jornal Paranaense de Pediatria. 2005;6(13).
- [11] Ruocco RMAS. Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001, 47(3): 186-88.
- [12] Machado Filho AC, Sardinha JFJ, Ponte RL, *et al.* Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira.Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Rio de Janeiro. 2010; 32(4):176-183.
- [13] [Goldman RE, Santos AS. Reflexões sobre a epidemia e transmissão vertical do HIV no Brasil. Saúde Coletiva 2006;c03(10):58-62.
- [14] Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória. ES. Revista de Saúde Pública. 2011; 45(4):644-51.
- [15] Cavalcante MS, Ramos Jr, NA, Pontes LRSK. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. Epidemiol Serv Saúde 2005; 14:127-33.