

PREVENÇÃO TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

ALEXANDRE DE C. FERNANDES

Acadêmico de Enfermagem - UNIANDRADE

SUELI DE FÁTIMA R. SOUZA

Acadêmica de Enfermagem - UNIANDRADE

ROSÁLIA JACOMEL

Prof.^a Orientadora - UNIANDRADE

DENECIR DE ALMEIDA DUTRA

Prof.^o Dr.^o Co-Orientador - UNIANDRADE

RESUMO

O estudo tem como objetivo demonstrar as ações que o enfermeiro pode adotar tanto em âmbito hospitalar como na atenção básica, para que seja proporcionada uma extensão da assistência à saúde da gestante soropositiva e a criança exposta a riscos, visando desse modo, o cumprimento de seu papel que é o de atuar em plano primário no que tange a prevenção de agravos e danos a saúde. O artigo é de caráter exploratório e abordagem qualitativa, abrangendo várias referências teóricas divulgadas recentemente tanto em âmbito bibliográfico como virtual, facilitando a compreensão da temática exposta e objetivando a real importância da realização de ações de enfermagem no combate a transmissão vertical do HIV. A transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) da mãe para a criança determina uma infecção crônica e fatal, que agora pode ser prevenida com a utilização de adequada terapêutica anti-retroviral; os índices de transmissão mãe-criança, que sem tratamento são superiores a 20%, podem ser reduzidos a 2% ou menos, quando a carga viral materna é diminuída a níveis indetectáveis por terapêutica anti-retroviral agressiva, ou quando a profilaxia com zidovudina é combinada com a realização de cesariana eletiva. Acreditando que possa acrescentar e auxiliar portadoras e profissionais da saúde no tratamento diminuído a taxa de transmissão do vírus HIV. A pesquisa tem como objetivo concreto, informar sobre a prevenção e os cuidados que devem ser dispensados a mãe portadora e seu filho.

Palavras-chaves: Prevenção, HIV, Gravidez e Transmissão Vertical.

ABSTRACT

The study aims to demonstrate the actions that nurses can adopt both at hospital and primary care, to be offered an extension of health care for HIV positive pregnant women and infants at risk, in order thereby fulfilling its role which is to act on the plan with respect to primary prevention of injuries and damage to health. The article is exploratory and qualitative approach, including several recently published theoretical references both in the literature as virtual, facilitating the understanding of the issue and exposed the real importance of the objective performance of nursing actions in the fight against HIV transmission. The transmission imunodeficiência virus (HIV) from mother to child determines a chronic and fatal infection, which can now be prevented by proper use of antiretroviral therapy, rates of mother-child, which are higher than untreated 20% can be reduced to 2% or less when maternal viral load is decreased to undetectable levels by antiretroviral therapy aggressive, or when zidovudine prophylaxis is combined with cesarean section eletiva. Believing that I can add to assist patients and health professionals in the treatment decreased the rate of transmission of HIV. The specific research aims to inform about prevention and care which must be provided the carrier mother and her son.

Keywords: Prevention, HIV, pregnancy and vertical transmission.

INTRODUÇÃO

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada). (SVE, 2011a).

A transmissão materno-infantil do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma via de exposição de múltiplas causas. A transmissão vertical (TV) do HIV pode ocorrer no período intrauterino, intraparto e após o parto ou através do aleitamento materno, vários fatores estão associados à transmissão materno infantil do HIV, entre eles destacam-se a viremia materna elevada, tipo de parto, aleitamento materno, e ruptura prematura da placenta. No entanto, a criança, filha de mãe infectada pelo HIV, tem a oportunidade de não se infectar pelo vírus. Atualmente existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão (TERESA; et al., 2011). Entre as diversas medidas a serem implementadas no tratamento da AIDS, a intercepção da transmissão vertical da doença é fator crucial para o controle dos casos.

Sendo nosso país um modelo de controle da infecção por HIV, é cada vez mais emergente que medidas de manutenção nos padrões de controle e intensificação de outras se façam de modo que contenha-se tal morbidade¹⁴. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem incumbem-se de uma participação-chave e desafiadora, uma vez que o contato com os acometidos é frontal e emocional, podendo estes profissionais capturar informações preciosíssimas da cadeia transmissível e ceder informações não menos valiosas para a elevação da auto-estima do portador, encorajando-o para adesão ao tratamento (MS, 2011c). Diferentemente dos outros profissionais multidisciplinares, o enfermeiro lida com as verdades mais absolutas dos acometidos como higiene, linguagem, vestuário, vaidades e objetos pessoais que podem sinalizar traços de personalidade e status da condição deles no que se refere à aceitação da doença e disposição em cuidar-se, aumentando-lhes a probabilidade de sobrevivência e, sobretudo, evitando a propagação da patologia. (MS, 2006).

Por isso, independentemente das visões pessoais do profissional de enfermagem e relevando-se a competência ética na lida direta com as pessoas, peculiares aos enfermeiros, faz-se necessário cada vez mais à intensificação da presença desses profissionais na tentativa de intercepção da expansão do HIV (LANA, 2011). Dada a facilidade de captação de informação junto aos pacientes e pela maior possibilidade de passar esclarecimentos sobre o estado patológico, é de grande valia a participação dos profissionais da enfermagem, até porque quanto mais precocemente o diagnóstico for efetuado e o tratamento implementado, maiores são as chances de evitar a transmissão vertical.

O uso de medicamentos anti-retrovirais (AZT) em gestantes e recém nascidos, a cesariana programada e a substituição do aleitamento materno podem reduzir o risco da transmissão vertical¹⁸. Sabe-se que a informação de qualidade é essencial na tomada de decisões. Para realizar a monitoração sistemática e avaliação das ações de vigilância epidemiológica, as informações devem estar disponíveis o mais precocemente possível, para que se estabeleçam prioridades para o tratamento, permitindo que as atividades de controle e prevenção tenham o impacto esperado (TERESA; et al, 2011).

Estudos mostram que muitas mulheres tomam conhecimento da própria soro positividade quando descobrem que seu filho está infectado, ao realizar o pré-natal, ou ainda durante o parto e no pós-parto. Quando a gestante descobre que está infectada pelo HIV experimenta uma situação dolorosa, pois além de lidar com o próprio diagnóstico, ainda cogita a possibilidade de transmitir o vírus do HIV ao filho que está gerando (SOCORRO, 2011a).

Faz-se necessária a contínua sensibilização e educação continuada de todos os profissionais de saúde envolvidos com a assistência as mulheres em geral, e as grávidas em especial, tendo em vista a aplicação correta das condutas para redução do contágio. (SOUZA; et al., 2011) A falta de conhecimento e orientação é um dos fatores de risco da TV.

Estudos mostram que quando orientada e acompanhada no início da gestação, as chances da mãe transmitir o vírus para criança caem para 1%. Justifica-se este estudo devido aos cuidados que a enfermagem deve ter em relação à assistência a paciente portadora do HIV. Objetivo principal deste estudo foi esclarecer como a transmissão vertical do HIV acontece, e como pode ser evitada,

quais orientações devem ser prestadas pelo enfermeiro e equipe durante a gestação e após o nascimento da criança visando a redução da transmissão.

OBJETIVO

- Demonstrar as ações que o enfermeiro pode adotar tanto em âmbito hospitalar como na atenção básica, para que seja proporcionada uma extensão da assistência à saúde da gestante soropositiva e a criança exposta a riscos, visando desse modo, o cumprimento de seu papel que é o de atuar em plano primário no que tange a prevenção de agravos e danos a saúde

METODOLOGIA

A avaliação do processo de prevenção da transmissão vertical do HIV foi feita através de revisão bibliográfica, O artigo é de caráter exploratório e abordagem quantitativa, abrangendo várias referências teóricas divulgadas recentemente tanto em âmbito bibliográfico como virtual, facilitando a compreensão da temática exposta e buscando a real importância da realização de ações no combate a prevenção da transmissão vertical do HIV.

3.1 PRÉ-NATAL

Abordagem inicial da gestante com HIV, os serviços que hoje são considerados porta de entrada para a diagnóstica ficção pelo HIV e da sífilis em gestantes no Sistema Único de Saúde, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa da Saúde da Família (PSF) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA ou COAS). Estes são responsáveis pela captação das gestantes para o pré-natal e realização da testagem para o HIV e a sífilis. Os testes sorológicos (ELISA e confirmatório), assim como o teste rápido para HIV, que pode ser realizado por profissionais de saúde capacitados, são indicados na rotina pré-natal. Uma resultada negativo, seja pelo método sorológico seja pelo método rápido, não exclui a infecção pelo HIV, dada a possibilidade de janela imunológica (tempo entre o contágio e a

detecção de anticorpos pelos métodos diagnósticos), sendo necessária nova testagem quando adequado.

Para a gestante, recomenda-se realização dos testes para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal, com repetição no início do terceiro trimestre, sempre que possível. Uma vez realizado o aconselhamento pós-teste e o diagnóstico da infecção pelo HIV tenha sido estabelecido, deve-se iniciar o atendimento clínico-obstétrico pelo médico, bem como o monitoramento laboratorial. (MARGER, 1997).

O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 6 a 12 semanas após a infecção inicial, sendo este intervalo denominado janela imunológico. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas, porém há elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV ao feto. O teste para o HIV deve ser oferecido no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Caso este seja negativo, deve ser continuada a rotina de pré-natal e realizado novo teste no terceiro trimestre. Caso a primeira testagem resulte positiva, realiza-se o aconselhamento pós-teste, orientando a gestante sobre a importância de usar anti-retrovirais para prevenir a transmissão vertical e de evitar a amamentação, além de efetuar-se a notificação de caso de gestante com HIV.

Tendo-se o diagnóstico da infecção pelo HIV estabelecido, deve ser solicitada contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante, e referenciando para acompanhamento simultâneo com a unidade de saúde de referência, conforme fluxo estabelecido. (SVE, 2011b).

Primeira consulta da gestante portadora de HIV Vários estudos demonstrados que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Dentre estes fatores:

- Virais: carga viral elevada, genótipo e fenótipo viral (diversidade circulante e resistência viral);
- Maternos: estado clínico e imunológico comprometido, presença de outras DST e outras co-infecções, estado nutricional deficiente;
- Comportamentais: infecção seja por exposição sexual ou compartilhamento de seringas. (TEIXEIRA, 2011).
- Obstétricos: trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas (bolsa rota por mais de quatro horas aumenta a taxa de

transmissão vertical progressivamente: cerca de 2% a cada hora, até 24 horas), via de parto, presença de hemorragia intra parto e parto instrumentalizado;

- Inerentes ao recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno. Assim sendo, é necessário o monitoramento de todos estes fatores durante a gravidez. A avaliação inicial de uma gestante recém diagnosticada como portadora do HIV deve ser direcionada para as necessidades específicas dessa mulher. Entretanto, algumas questões devem sempre ser consideradas. (GRINSZTEJN, 2011).
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de manifestações oportunistas ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- Estabelecer vínculo sólido e confiança;
- Iniciar coleta de informações;
- Avaliar o nível de conhecimento da paciente sobre a doença;
- Identificar outras necessidades de saúde, incluindo saúde mental, uso de álcool e/ou outras drogas ou hepatite;
- Avaliar a necessidade de intervenção psicossocial;
- Descrever a infecção pelo HIV e sua evolução, enfatizando o impacto favorável da terapia anti retro viral (TARV) na qualidade e expectativa de vida. (MS, 2006);
- Abordar a possibilidade de transmissão vertical, as probabilidades de redução desta forma de transmissão e as medidas existentes para isto;
- Abordar métodos de transmissão e prevenção de forma compreensível;
- Realizar exame físico;
- Solicitar exames para avaliação laboratorial inicial. Nem sempre todos estes itens podem ser respondidos na primeira consulta, devendo ser abordados nas entrevistas subsequentes.

A disponibilidade de medidas eficazes para diminuir a transmissão para o conceito determina a necessidade da realização de sorologia para HIV na rotina do pré-natal e adoção de medidas precoces de prevenção de transmissão vertical para os casos detectado.

3.2 PUERPÉRIO IMEDIATO

- Inibir a lactação através do enfaixamento das mamas com ataduras ou comprimindo-as com um “top” e evitando, com isso, o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida por um período de dez dias. Pelas dificuldades enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos, VO, em dose única. (MS, 2006)
- Entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, agendando, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV/AIDS para acompanhamento da exposição ao HIV e na unidade de saúde de origem para puericultura;
- Não há necessidade de isolar a paciente;
- Manter a mãe e seu recém-nascido em alojamento conjunto, sempre que possível; Puerpério imediato;
- Inibir a lactação através do enfaixamento das mamas com ataduras ou comprimindo-as com um “top” e evitando, com isso, o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida por um período de dez dias. Pelas dificuldades enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos, VO, em dose única (MS, 2011a).
- Entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, agendando, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV/AIDS para acompanhamento da exposição ao HIV e na unidade de saúde de origem para puericultura;
- Não há necessidade de isolar a paciente;

Manter a mãe e seu recém-nascido em alojamento conjunto, sempre que possível; especialmente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto. Todos os serviços hospitalares obstétricos devem ter

acesso ao kit específico para assistência às parturientes portadoras do HIV e aos seus recém-nascidos expostos, utilizando-o segundo as normas técnicas prescritas.

Na alta hospitalar, a puérpera e o RN devem ter seus resumos de alta detalhadamente preenchidos e suas consultas de retorno agendadas na UBS de referência e no serviço especializado. É imprescindível o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência que garanta a continuidade da atenção à mulher e seu filho nos serviços de atenção básica e de atenção especializada (MS, 2011b). Na situação em que a gestante não tenha sido notificada durante o pré-natal, é necessário notificar no pós-parto utilizando os formulários específicos (Anexo F – Ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+ e criança exposta). Na dúvida, notifique.

Puérpera (MS, 2011i) com diagnóstico de HIV anterior ou realizado durante a gestação. A puérpera portadora de HIV que já tinha conhecimento de seu status sorológico antes do parto deve ter sua situação clínica e imunológica reavaliada, considerando a necessidade de utilização de TARV após o parto. Os ARV prescritos durante o pré-natal para profilaxia da transmissão vertical do HIV devem ser suspensos, caso os parâmetros clínicos e imunológicos permaneçam estáveis (assintomática com contagem de linfócitos T CD4+ > 350 células) após o parto.

O seguimento da mulher após o parto deverá ser realizado na sua unidade de saúde de origem e, quando necessário, na unidade especializada de referência (GRINSZTEJN, 2011). Caso a puérpera tenha tido indicação de tratamento (TARV), e não profilaxia, o regime anti-retroviral deve ser mantido após o parto e a puérpera será encaminhada, com consulta agendada, para retorno à unidade especializada de referência. Também será reencaminhada à sua unidade de saúde de origem para realizar a rotina de atenção ao puerpério, planejamento reprodutivo e outras necessidades relacionadas à saúde ginecológica (SOUTO, 2011).

3.3 PUÉRPERA COM DIAGNÓSTICO REALIZADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

A puérpera que desconhecia ser portadora de HIV e teve seu diagnóstico realizado através de testagem rápida durante o trabalho de parto, deve passar por um aconselhamento pós teste minucioso, considerando-se a situação pouco favorável da realização do oferecimento do teste durante o trabalho de parto. Como

sua situação clínico-imunológica é desconhecida, a puérpera tem sua consulta agendada em sua unidade de saúde de origem para 15 dias após o parto, quando será realizado o protocolo inicial de atendimento ao adulto portador de HIV, além da consulta gineco-obstétrica de puerpério (MS, 2011a).

Em todas as situações, como rotina, deve ser feito (MS, 2011i):

- Orientação para a suspensão da amamentação;
- Enfaixamento das mamas, mantendo-o por 10 dias;
- Utilização do inibidor de lactação (cabergolina 0,5mg, dois comprimidos, via oral, em dose única);
- Registro do uso de inibidor de lactação como parte do monitoramento das ações de prevenção de transmissão vertical.

O alojamento conjunto deve ser mantido e reforçado para auxiliar a criação do vínculo do binômio mãe-filho. Ainda na maternidade, deve ser realizada a notificação de gestante HIV + e criança exposta. No momento da alta da maternidade, entregar à puérpera o relatório das intercorrências do parto, constando os procedimentos e medicamentos utilizados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Este relatório deverá ser apresentado ao serviço de saúde em sua primeira consulta puerperal (OSELKA, 2011). Todas as mulheres devem ser orientadas sobre planejamento reprodutivo antes da alta da maternidade e vinculadas ao programa de planejamento familiar quando de sua chegada à unidade básica de saúde. É recomendável que o retorno da puérpera à unidade de saúde após o parto seja comunicada à maternidade para que este serviço considere o caso encerrado. Caso a puérpera não compareça até 15 dias após a consulta agendada, deve ser acionada busca ativa, seja pela unidade de saúde seja pela maternidade, conforme fluxo estabelecido localmente (MS, 2006).

RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 A TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL

Segundo Brasil (2007), a transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% acontecem no periparto e há um risco acrescentado de transmissão por meio da amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada). Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém nascidos sejam expostos ao HIV anualmente. A carga viral aumentada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os fatores fundamentais associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno tem-se apontado um importante determinante de risco de transmissão intraparto e pela amamentação (TEIXEIRA, 2011).

No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes sejam soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes portadoras do vírus. A maior parte dos casos de TV do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intrauterino, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito. (SOCORRO, 2011b).

Brasil (2006a) afirma que pacientes em uso de TARV combinada para tratamento devem, sempre que possível, manter o uso dos anti-retrovirais no pós-parto imediato. Para tanto, a ingestão dos medicamentos deve ser feita com pequena quantidade de água, respeitando ao máximo os horários regulares da tomada dos medicamentos. Mesmo as pacientes submetidas à cirurgia cesariana, desde que não estejam sedadas, poderão fazer uso dos medicamentos. A suspensão dos ARV no pós-parto, em pacientes cuja indicação dessa terapia corresponde à condição de uso "profilaxia com TARV", deverá ser orientada pelo médico que acompanhou a paciente durante o pré-natal no Serviço Especializado, devendo tal recomendação estar anotada no Cartão da Gestante (BRASIL, 2006b).

O conhecimento disponível referente à repercussão do HIV nas mulheres deixa clara a necessidade de sensibilizar profissionais da saúde para questões de gênero específicas, visando a ações de prevenção e assistência mais direcionadas. (MARGER, 1997).

Em outubro de 2002, o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Nacional de DST e AIDS reuniram o Comitê Assessor para Recomendações de Profilaxia da TV do HIV e Terapia antirretroviral (ARV) em gestantes, que revisou as recomendações de terapia ARV e as demais condutas relacionadas à profilaxia da TV do HIV. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção situa-se em torno de 20% e com o uso combinado de determinadas intervenções pode ser reduzida para cifras menores que 1%. (SARTI, 2011).

Encaminhar a mãe para realização da consulta puerperal (no 8º e no 42º dia pós parto, salvo situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato), para seu acompanhamento clínico e para o planejamento reprodutivo, conforme fluxo estabelecido localmente e entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, agendando, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV/AIDS para acompanhamento da exposição ao HIV e na unidade de saúde de origem para puericultura constituem orientações que a equipe de saúde deverá fazer para que seja oferecido a esse paciente melhores condições de tratamento e especialmente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV (BRASIL, 2006a).

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+ e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Ter o HIV não é o mesmo que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, podendo transmitir o vírus a outros (TEIXEIRA, 2011).

Do ponto de vista biológico, o risco de infecção durante relações sexuais desprotegidas é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que para os homens. As mulheres são particularmente vulneráveis à contaminação pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de vírus contido nos fluidos sexuais masculinos

e às micro fissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual. (MARGER, 1997).

O HIV pode se manifestar através de um leque de doenças e efeitos na saúde da mulher, alguns específicos do HIV/AIDS e outros não. Algumas doenças que afetam as pessoas com HIV não são incluídas na definição de caso porque, são comuns tanto aos que têm como aos que não têm o HIV, e assim sua presença pode não ser um indicador preciso de infecção pelo vírus. Algumas dessas doenças são anomalias nas células do colo do útero, candidíase, herpes e o vírus do papiloma humano. Ainda que frequentemente não sejam associados ao HIV, quando agudos e frequentes, candidíase ou herpes seriam os primeiros sintomas do HIV mais comuns entre mulheres. Para diagnóstico e tratamento precoce, os clínicos precisam saber destes e de outros efeitos (op cit.).

Um dos objetivos da avaliação inicial de uma pessoa com diagnóstico recente de infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação equipe de saúde e paciente. O uso de uma linguagem acessível ao paciente é fundamental para explicar aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como importância da avaliação clínico - laboratorial e do tratamento. (SOUTO, 2011).

Nessa primeira consulta será colhida a história clínica inicial, tempo de diagnóstico, se já apresentou alguma doença grave e quais são as condições e os hábitos de vida. Serão solicitados alguns exames como: hemograma completo, urina, fezes, glicose, colesterol e triglicérides, raios-X de tórax, hepatite B e C, tuberculose os testes de contagem dos linfócitos T CD4+ e o de carga viral. Dependendo do resultado dos exames clínicos e laboratoriais, pode ser que o soropositivo comece a terapia ARV. (NERY, et al., 2011).

Nas mulheres, o trato genital merece uma atenção especial. Diante disso, visitas periódicas ao ginecologista são fundamentais. É muito importante que exista uma integração entre o infectologista e o ginecologista, porque nem todos os ginecologistas conhecem bem a evolução da infecção pelo HIV e os efeitos colaterais dos medicamentos ARV. Além disso, muitas vezes os infectologistas deixam de lado questões reprodutivas, principalmente no que diz respeito ao desejo das mulheres de terem filhos. Sem um ambiente propício para conversar sobre essas questões, as mulheres terminam engravidando sem que possam se beneficiar das recomendações que poderiam contribuir para uma gestação planejada e com

menor risco de transmissão da infecção para o parceiro, quando esse é negativo, e para o bebê. (MARTINS, 2011).

Também neste contexto, os profissionais de enfermagem incumbem-se de uma participação chave e desafiadora, uma vez que o contato com as acometidas é frontal e emocional podendo estes profissionais capturar informações preciosíssimas da cadeia transmissiva e ceder informações não menos valiosas para a elevação da autoestima da portadora, encorajando-a para adesão do tratamento.

Diferente dos outros profissionais multidisciplinares, o enfermeiro lida com as verdades mais absolutas das acometidas como higiene, linguagem, vestuário, vaidades e objetos pessoais que podem sinalizar traços de personalidade e status da condição delas no que se refere à aceitação da doença e disposição em cuidar-se, aumentando-lhes a probabilidade de sobrevivência e, sobretudo, evitando a propagação da patologia. É de grande valia a participação dos profissionais de enfermagem, até porque quanto mais precocemente o diagnóstico for efetuado e o tratamento implementado, maiores são as chances de evitar a TV. (GRINSZTEJN, 2011).

Os mecanismos da Transmissão Vertical são: o contato direto do feto com o sangue ou secreções infectadas, especialmente após a ruptura de membranas, e as transfusões de sangue materno para o feto durante o parto, no pós-parto e com a amamentação. (FALCÃO, 2011).

A testagem para o HIV é recomendada no primeiro trimestre de gestação. Mas quando a gestante não teve acesso ao pré-natal adequado, o diagnóstico pode ocorrer no terceiro trimestre ou até na hora do parto. Às gestantes que souberem da infecção durante o pré-natal têm indicação de tratamento com os medicamentos para prevenir a transmissão para o feto, deve também receber o acompanhamento necessário durante a gestação, parto e amamentação. (MS, 2011c).

O risco de transmissão pode ser maior se a mãe se contaminar durante a gravidez ou perto da hora do parto. Isso poderia corresponder ao fato de que a quantidade de HIV na mãe seria mais alta nas semanas e nos meses seguintes à ocorrência do contágio e antes que sejam produzidos anticorpos. O risco aumenta conforme as doenças relacionadas ao HIV na mãe ficam mais avançadas ou sua função imunológica diminui. (NERY; et al., 2011).

Dada a facilidade de captação de informação junto aos pacientes e pela maior possibilidade de passar esclarecimentos sobre o estado patológico, é de grande

valia a participação dos profissionais da enfermagem, até porque quanto mais precocemente o diagnóstico for efetuado e o tratamento implementado, maiores são as chances de evitar a transmissão vertical. O uso de medicamentos antirretrovirais em gestantes e recém-nascidos, a cesariana programada e a substituição do aleitamento materno podem reduzir o risco da TV. (GRISZTEJN, 2011).

O uso de medicamentos durante a gravidez é indicado para quem já está fazendo o tratamento e para a grávida que tem HIV, e não apresenta sintomas e não está tomando remédios para AIDS. Nesse caso, o uso dos remédios antiaids pode ser suspenso ao final da gestação. Essa avaliação dependerá dos exames laboratoriais (CD4 e Carga Viral) e de seu estado clínico e deverá ser realizada, de preferência, nas primeiras duas semanas pós-parto. (MS, 2011c).

Embora o uso de drogas ARV durante a gravidez esteja se tornando cada vez mais frequente, poucos dados estão disponíveis acerca das consequências da exposição fetal à estas drogas. Dados de alguns estudos indicam que a zidovudina e a nevirapina apresentam excelente passagem transplacentária. A terapia ARV combinada está indicada para as mulheres grávidas que preencham os critérios para início de tratamento, visando o controle de sua infecção e a redução da transmissão do vírus para a criança. O uso de zidovudina oral deve ser iniciado a partir de 14ª semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical. (SARTI, 2011).

Após o parto, o recém-nascido receberá a quimioprofilaxia com zidovudina, com início, de preferência entre as duas e oito primeiras horas de vida, até completar seis semanas. No caso da mãe não ter recebido acompanhamento especializado e tratamento ARV durante a gestação, o início da zidovudina para o recém-nascido deve ser o mais precoce possível. Alguns procedimentos que devem ser seguidos pela equipe de saúde na hora do nascimento é de imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão, evitando contato com o sangue materno e procedimentos invasivos, aspirar delicadamente, se necessário as vias aéreas do recém-nascido evitando traumatismo em mucosas. (MS, 2011d).

Apesar de todas as vantagens e a superioridade inigualável do aleitamento materno para os recém-nascidos, e do incentivo dado a sua adoção, sua prática em recém-nascidos de mães infectadas vem sendo desaconselhada, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Isto se deve ao fato da ocorrência do

Vírus da Imunodeficiência Humana no leite materno já ter sido comprovada, bem como sua infectividade. (MS, 2011d).

O exame de sorologia anti-HIV da criança nascida de mãe soropositiva pode resultar positivo até os 18 meses, pois até essa idade ela possui em seu sangue os anticorpos contra o vírus. Nesse caso, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV deve ser realizado através da quantificação do RNA viral, ou seja carga viral. Recomenda-se a realização do primeiro exame com um mês de vida. Em caso de carga viral detectável, o exame deve ser repetido logo em seguida para a confirmação do diagnóstico. Caso o resultado seja indetectável, o exame deverá ser repetido aos 4 meses de vida. Permanecendo indetectável, a criança provavelmente não está infectada pelo HIV, mas deverá continuar em seguimento clínico e laboratorial até os 18 meses de vida, quando então deverá ser solicitada a sorologia anti-HIV que em mais de 90% dos casos é comprovada a negatificação. (MS, 2011e).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da epidemia do HIV/AIDS evidencia claramente a vulnerabilidade da mulher, que apesar de todas as conquistas femininas do último século, ainda permanecem em relações assimétricas de gênero nas questões conjugais, sexuais e sociais. A tendência da feminização da epidemia traz como consequência direta à transmissão vertical do HIV, que é a causa da infecção de 90% das crianças portadoras do vírus²⁶. Os avanços alcançados com a terapia medicamentosa, aliados a outros procedimentos, reduziram consideravelmente a taxa de transmissão materno-infantil. Porém, para alcançar estes resultados as mães têm que estar estimuladas a realizarem os procedimentos preconizados pelos profissionais de saúde. (LANA, 2011).

A execução do presente trabalho oportunizou a contribuição para a ampliação do conhecimento a respeito da importância de se realizar uma assistência efetiva de enfermagem na prevenção da transmissão vertical do HIV. Neste sentido, notou-se que o enfermeiro possui papel fundamental em todo o ciclo assistencial que preconiza desde a interação mãe-filho ainda na sala de parto até as orientações feitas durante todo o tratamento. (MS, 2006).

Percebeu-se que ainda há um amplo desafio na prevenção da transmissão materno infantil do HIV, porém, com medidas simples durante o pré-natal, parto e puerpério, a enfermagem em conjunto com toda a equipe de saúde possui efetiva importância nas orientações a essa gestante, e isso possibilita o nascimento de uma criança saudável e totalmente habilitada a exercer suas atividades normalmente.

No entanto, no seguimento das políticas públicas de saúde, observou-se que estas ainda não conseguiram abarcar de maneira efetiva essas gestantes, visto que muitas chegam ao momento do parto desconhecendo seu status sorológico, ou sem ter feito nenhum pré-natal durante toda gestação, logo, torna-se necessário realizar de maneira efetiva uma maior cobertura dessas gestantes, buscando reconhecer o quanto antes um potencial risco de transmissão e fornecer as estas, todas as condições necessárias para que tenham filhos saudáveis. (MS, 2011d).

A transmissão vertical do HIV é a situação em que a criança é infectada pelo vírus da AIDS durante a gestação, parto ou por meio da amamentação. Sua detecção precoce é de suma importância para evitar a contaminação para o bebê, pois nem toda criança filha de mãe infectada pelo HIV tem a oportunidade de se

infectar pelo mesmo. Os principais cuidados são: um acompanhamento adequado da equipe de saúde prestado à mulher infectada; planejamento da gravidez; acompanhamento durante todo o pré-natal; inserção do tratamento com os antirretrovirais; parto programado através de cesariana; evitar contato da criança com o sangue materno; não realizar procedimentos que agredam as mucosas da criança após o nascimento; o não aleitamento materno, sendo necessário entrar com leite artificial e a importância de iniciar a terapia antirretroviral no recém-nascido nas primeiras horas de vida.

São inúmeros os desafios encontrados e o assunto evolui rapidamente, sendo necessária a atualização constante para a assistência de enfermagem e a prática profissional, que constitui a aplicação de ações informações científicas com objetivo da prevenção e tratamento, em equipe multidisciplinar de assistência, um processo que envolve o aprendizado individual e coletivo, motivador da compreensão e da consciência para o estabelecimento de estratégias fundamentadas no conhecimento. Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para esse atendimento e a enfermeira obstetra, bem como os outros profissionais da equipe pré-natal, está envolvida na busca de soluções para as transformações que a infecção pelo HIV trouxe para a assistência à saúde da gestante, do feto e da família.

Diante do exposto, caminha-se para uma reflexão no sentido de que para o bom funcionamento de um programa é necessária uma equipe de saúde qualificada e empenhada na formação e divulgação de informações que proporcionem às gestantes segurança e conforto para uma gestação saudável, tanto para a mãe quando para o bebê.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

FALCÃO, Angelo. **Assistência de enfermagem na prevenção da transmissão vertical do HIV:** Compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas. Disponível em: <http://www.netsaber.com.br/resumo_artigo_7795.> Acessado em junho de 2011.

GRINSZTEJN, Beatriz. **HIV e o corpo feminino.** Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=hiv_mulher1.> Acessado em junho de 2011.

LANA, Francisco Carlos Felix; et al. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte. In: **Revista brasileira de Enfermagem**, agosto de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400014&lng=en.> <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400014>.> Acessado em novembro de 2011.

MARGER, Berer. **HIV/AIDS e as Mulheres.** Um livro sobre Recursos Internacionais. São Paulo: Editora, 1997.

MARTINS, Milton de Arruda. **Abordagem inicial do adulto infectado pelo HIV e imunizações.** Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br>.> Acessado em: outubro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Gestante HIV positiva:** evento sentinela. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anais_4_expoepi.pdf> Acessado em outubro de 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Portaria Técnica Ministerial nº 2.325/GM, de 8 de dezembro de 2003.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_5_2006.pdf> Acessado em outubro de 2011b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Transmissão vertical do HIV e modo de entrega.** Disponível em: <<http://www.aafp.org>.> Acessado em setembro de 2011c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Uso de antirretrovirais em gestantes.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acessado em outubro de 2011d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Saber Viver.** Recém-nascidos de mãe infectada pelo HIV-Acompanhamento clínico e laboratorial. Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=recem_nascido> Acessado em outubro de 2011e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Doenças sexualmente transmissíveis.** O que é o HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>. 2011.> Acessado em outubro de 2011f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Unidade de promoção à saúde e assistência. Aleitamento x mulheres infectadas pelo HIV - Recomendações.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_hiv.> Acessado em outubro de 2011g.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Programa Nacional de DST e AIDS.** Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília: Ms, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Secretaria-Executiva Programa Nacional.** Disponível em <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf> Acessado em novembro de 2011h.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Boletim Epidemiológico AIDS.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> Acessado em fevereiro de 2011i.

NERY, Carmen Regina; et al. **Manual técnico gestação de alto risco**, 5ª edição. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.> Acessado em outubro de 2011.

OSELKA, Gabriel Wolff. **Prevenção da transmissão vertical do HIV.** In: Revista Assoc. Med. Bras, dezembro de 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104->> Acessado em novembro de 2011.

SARTI, Rita. **Saúde da mulher que vive com HIV/AIDS.** Disponível em: <[http://saberviver.org.br.](http://saberviver.org.br/)> Acessado em outubro de 2011.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis.** Disponível em: <[http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/bie_ministerio_da_saude_protocolo_prevencao_de_transmissao_vertical_de_hiv_sifilis_po.pdf.](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/bie_ministerio_da_saude_protocolo_prevencao_de_transmissao_vertical_de_hiv_sifilis_po.pdf)> Acessado em junho 2011a.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - SVE. **Programa Nacional de DST e AIDS.** A epidemia de HIV-Aids entre crianças e adolescentes. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf> Acessado em outubro de 2011b.

SOCORRO, Cavalcante Maria do; et al. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, junho de 2005. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000200009>> Acessado em outubro de 2011a.

SOCORRO, Cavalcante Maria do; et al. Transmissão vertical HIV em Fortaleza: um capital de uma situação epidemiológica em revelação do nordeste. In: **Rev. Bras.**

Ginecol. Obstet, março de 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid = S0100-72032004000200008 & GNL = pt-br.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200008&GNL=pt-br)
<[http://DX.Doi.org/10.1590/S0100-72032004000200008.](http://DX.Doi.org/10.1590/S0100-72032004000200008)> Acessado em outubro de 2011b.

SOUTO, Katia Maria Barreto. **Representações sobre o corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS**. Disponível em: <[http://www.repositori.bce.unb.br.](http://www.repositori.bce.unb.br)> Acessado em outubro de 2011.

SOUZA, Praça Neide de; et al. Transmissão vertical HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. In: **Rev. Latino-Alt. Enfermagem**, junho de 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid = S0104-11692006000300015 & GNL = pt-br.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300015&GNL=pt-br) [http://DX.Doi.org/10.1590/S0104-11692006000300015.](http://DX.Doi.org/10.1590/S0104-11692006000300015)> Acessado em outubro de 2011.

TERESA, Isaac de Maria; et al. **Transmissão materno-infantil vírus da imunodeficiência humana: Avaliação** de medidas de controle nenhum brasileiro de Santos. In: Revista Assoc Bras de Nishimoto. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid = S0104-42302005000100021 & GNL = pt-br.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100021&GNL=pt-br) <http://DX.Doi.org/10.1590/S0104-42302005000100021>> Acesso em outubro de 2011.

TEIXEIRA, Paulo. **Coordenação Nacional de DST e AIDS/SPS/Ministério da Saúde/DF**. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Disponível em: <[http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes2.](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes2)> Acessado em julho de 2011.