

Ações para Redução da transmissão vertical do HIV: contribuições para a enfermagem visando os direitos do paciente e a qualidade assistencial

Actions for reduction of vertical HIV transmission: contributions to nursing targeting patients' rights and quality of care

Rodrigo dos Santos Nascimento¹
Jaqueline Castilho de Oliveira²

¹Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia pela AVM-Faculdade Integrada. Enfermeiro do Hospital Naval Marcílio Dias. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: rodrigo_uff_2003@hotmail.com

²Enfermeira. Especialização em Auditoria em Sistema de Saúde pela Universidade Cândido Mendes. Enfermeira do trabalho pelo Centro Universitário Celso Lisboa. Tutora EDA na Unyleya Brasil. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: florencerj@ibest.com.br

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi identificar e discutir as medidas relacionadas à redução da transmissão vertical do HIV preconizadas no Brasil, através da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados disponíveis na BIREME/BVS, selecionando artigos indexados dos últimos 10 anos. Utilizou-se as seguintes palavras-chave: Transmissão Vertical, Terapia Antirretroviral, Enfermagem, além da busca no site do departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, para busca de publicações contendo os protocolos em uso corrente referentes a redução da transmissão vertical nos últimos 5 anos. Os achados foram categorizados em Aconselhamento Anticoncepcional, Diagnóstico que se subdividiu em Aconselhamento Pré-Teste, Aconselhamento Pós-Teste, Diagnóstico Laboratorial e Uso de Testes Rápidos, Manejo Antirretroviral, O Parto e Cuidados com o Recém Nascido. Conclui-se que a população pediátrica esteve mais exposta ao vírus devido a mudanças no padrão de transmissão sexual do HIV, com aumento da incidência em mulheres, que em sua maior parte representando 85% das infectadas, encontram-se em idade reprodutiva. Ressalta-se como imprescindível ao Enfermeiro, que presta

assistência em saúde materno-infantil, o conhecimento atualizado sobre as medidas para prevenção da TV do HIV, para que as mesmas sejam implementadas efetivamente e para que as decisões tomadas possam ser baseadas nos critérios vigentes no país, garantindo assim os direitos do paciente e a qualidade assistencial.

Palavras-chave: Enfermagem, HIV, Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

ABSTRACT

This is a literature search . Study aims to identify the measures related to reduction of vertical HIV transmission advocated in Brazil and the specific objectives were to relate the main publications of the Ministry of Health 2010 to 2014 relating to the reduction of vertical transmission of HIV with which was published in articles indexed in the last 10 years, and then group the findings by thematic categories. The methodology used to search in the BIREME / BVS databases with the descriptors Vertical Transmission, Antiretroviral Therapy, Nursing, Vertical Transmission addition to search the publications of the Department of STD / AIDS and Viral Hepatitis in the years 2010 to 2015. The findings were categorized into Contraceptive counseling, Diagnostic that split into Pre-test counseling, post-test counseling, Laboratory Diagnosis and Use of Rapid Tests, Antiretroviral Management, the childbirth and Newborn Care. It was concluded that the pediatric population was more exposed to the virus due to changes in the pattern of sexual transmission of HIV with increased incidence in women, which mostly represent 85% of the infected are of reproductive age. It is emphasized as essential to the nurse, assisting in maternal and child health, the updated knowledge on measures to prevent the TV from HIV, so that they are effectively implemented and so that decisions can be based on existing criteria in parents. Thus ensuring patients' rights and quality of care.

Keywords: Nursing, HIV, Vertical Transmission of HIV.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV é uma pandemia e a transmissão do vírus ocorre de variadas formas, como durante a relação sexual, por meio de acidentes ocupacionais, contato de fluidos orgânicos com soluções de continuidade e ainda, pela Transmissão Vertical. A Transmissão Vertical (TV) consiste na transmissão do vírus HIV da mãe contaminada para o feto.

Dados do departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais mostram que atualmente, a prevalência é maior em homens do que em mulheres, porém essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos (BRASIL,2014).

O aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres, observado pela razão de sexos em 1989, era de cerca de 6 casos de AIDS no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres.

No Brasil, o aumento na incidência de HIV em mulheres que possuem relação heterossexual, levou a um aumento de risco de transmissão vertical. Segundo Amaral et al (2007) observou-se ao longo das décadas de 1980 e 1990 que 85% das mulheres infectadas pelo HIV estavam em idade reprodutiva.

Estudos apontam que a população menos escolarizada tem sido mais atingida e a epidemia vem apresentando um padrão de disseminação heterossexual, tornando a razão entre os sexos equivalente. Com isso, a transmissão vertical do HIV e a da sífilis passaram ser problemas cada vez mais importantes na saúde pública (BRASIL, 2007; BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO FILHO, 2012; BRITO et al, 2006).

Dados do Ministério da Saúde revelam que a probabilidade de transmissão vertical é 25% intra-útero e 75% é peri parto. O aleitamento materno representa um risco adicional de 7 a 22% de Transmissão Vertical. A Transmissão Vertical ocorre através de fatores que podem ser intra-útero, peri parto ou pós-natal. E as medidas preventivas são voltadas para esses fatores.

Antes da utilização das medidas de terapia antirretroviral – TARV, a taxa de transmissão podia chegar até 35% (WHO, 1998). Dados mais recentes, divulgados pelo Ministério da Saúde em 2014, mostram que sem ação profilática, o risco de TV é de 25 a 30% e se as medidas preconizadas fossem aplicadas, a taxa de TV seria reduzida para níveis inferiores a 2%.

Em 1994, após os resultados do protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group - ACTG076, o *Centers for Disease Control and Prevention* - CDC passou a recomendar o uso da Zidovudina - AZT pelas gestantes HIV positivas, durante a gestação, durante o parto endovenoso e ao recém nascido nas primeiras 6 semanas de vida, por via oral.

No Brasil, essas recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV, foram implementadas efetivamente em 1997, e desde então, vem ocorrendo uma redução na transmissão vertical no país (BRITO et al, 2006). Os dados a respeito dessa transmissão vertical são registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN e no período de 1997 a 2002, cinco anos após a implementação do protocolo, pode-se observar uma redução de 16% para apenas 7% dos casos de transmissão vertical do HIV (BRITO et al, 2006).

No ano de 2000, a notificação passou a ser compulsória para gestantes HIV positivas/crianças expostas. O Ministério da Saúde implantou também o Projeto Nascer – Maternidades, em maternidades do SUS desde 2002 com o objetivo de implementar ações para redução da morbimortalidade da sífilis congênita e da Infecção pelo HIV por transmissão vertical.

Tal projeto foi instituído pela portaria nº: 2014, de 19 de novembro, e suas recomendações indicam a realização do teste rápido em todas as parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal, além do provimento de terapia antirretroviral para a parturiente e o recém-nascido; incluindo o manejo adequado do trabalho de parto e parto, inibição da lactação e provimento da fórmula láctea infantil. Recomenda-se também a notificação do caso e o seguimento da puérpera soropositiva e do recém-nascido exposto até a definição de seu estado sorológico, em torno de 18 meses.

Em 2006, com o Pacto pela Saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, objetivou-se fortalecer a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo e determinar aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local. Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, em que a redução da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical – TV do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007).

Em 2009, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e o Fundo das Nações Unidas -UNICEF, lançaram a Iniciativa Regional para Eliminação de TV do HIV e da Sífilis na América Latina e Caribe, que em 2010, se articulou com o Plano Global para Eliminação de Novas Infecções pelo HIV entre crianças até 2015 (BRASIL, 2014). Observa-se que nesse mesmo período, o Ministério da Saúde lançou as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, que foi a última até o momento que reunia informações somente para este público específico.

Outras recomendações sobre TARV em gestantes foram lançadas no Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, nova publicação do Ministério da Saúde divulgada em 2013. Em 2010, a OPAS estabeleceu um plano de ação entre os estados-membros para eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita e a meta determinada para redução de transmissão vertical de HIV é para menor que 2%.

Avançando nas ações de promoção da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 no âmbito do SUS, a Rede Cegonha que visa assegurar à mulher o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e à criança, o direito ao nascimento seguro e crescimento/desenvolvimento saudáveis. Entre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha, encontram-se a prevenção e o tratamento das DST/AIDS e Hepatites Virais, além de disponibilização dos testes rápidos de Sífilis e HIV (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde a cobertura de testagem do HIV no Brasil passou de 62,3% em 2006 para 83,5% em 2010. Soma-se, ainda, a ampliação de testes rápidos de HIV e sífilis com a implantação da Rede Cegonha em 2011, o que tende a aumentar este percentual nos próximos anos.

Ressalta-se que o pré-natal constitui um importante momento de orquestrar as ações de prevenção e promoção para a saúde da mulher e do bebê para a redução da TV. Principalmente para a identificação precoce das portadoras de HIV, o que facilita o início da TARV.

Após a visualização temporal e evolutiva dos programas de organismos de âmbito mundial e nacional, observa-se a importância deste estudo sobre as medidas adotadas para a redução da transmissão vertical do HIV e os resultados das pesquisas nacionais publicadas sobre o tema.

O Enfermeiro que presta assistência na área de Saúde Materno Infantil deve estar atento ao reconhecimento e aplicação dos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde no Brasil para reduzir a incidência da transmissão vertical do HIV e a sua eficácia, a fim de que suas decisões possam ser baseadas em evidências mais atuais sobre a redução da TV do HIV, e assim garantam os direitos do paciente e uma assistência segura.

A realização do presente estudo teve como objetivo identificar e discutir as medidas relacionadas à redução da transmissão vertical do HIV preconizadas no Brasil e divulgadas pela literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que de acordo com Gil (2002) é desenvolvida utilizando o material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A principal vantagem dessa pesquisa é que se pode cobrir uma gama muito mais ampla de fenômenos do que se poderia pesquisar diretamente. A desvantagem dessa pesquisa é que a qualidade do material pode comprometer o resultado da pesquisa, portanto para evitar a

reprodução de erros ou a ampliação dos mesmos é indicado que se realize a análise profunda das informações para descobrir as incoerências e contradições entre elas (GIL, 2002).

Segundo (Gil, 2002) a pesquisa bibliográfica não tem um modelo definido porque isto depende de vários fatores como, por exemplo, a natureza do problema, o nível do pesquisador acerca do assunto, o grau de precisão que se pretende conferir a pesquisa, entre outros. O mesmo autor indica algumas etapas que fazem parte do processo como: escolha do tema, levantamento bibliográfica preliminar, formulação do problema, elaboração, do plano provisório do assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

A busca das fontes foi realizada através das bases de dados disponíveis na BIREME/BVS, selecionando artigos indexados dos últimos 10 anos e utilizando para busca as seguintes palavras-chave: Transmissão Vertical, Terapia Antirretroviral, Enfermagem. Realizou-se ainda, busca no site do departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, por publicações contendo os protocolos em uso corrente, referentes a redução da transmissão vertical dos últimos 5 anos.

O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina - BIREME, é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS, orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A sede da BIREME está localizada no Brasil, no campus central da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, desde a sua criação, em 1967, conforme acordo entre a OPAS e o Governo do Brasil (BVS, 2014).

Após a busca na BIREME, dos mais de 80 resultados, foram selecionados 08 artigos através da leitura de seus resumos por atenderem aos critérios de inclusão escolhidos, a saber: publicações dos últimos 10 anos, discutir as medidas para redução de transmissão vertical do HIV e textos completos para leitura online.

Dentre as publicações dos últimos 05 anos, disponíveis no site do departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, foram encontradas duas publicações com recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, que norteiam as ações de prevenção de Transmissão Vertical no Brasil.

Após a leitura dos artigos e manuais foi realizado fichamento e organização lógica do assunto, sendo então os achados, categorizados em temáticas, a saber: Aconselhamento Anticoncepcional, Diagnóstico que se subdividiu em Aconselhamento Pré-Teste, Aconselhamento Pós-Teste, Diagnóstico Laboratorial e Uso de Testes Rápidos, Manejo Antirretroviral, O Parto e Cuidados com o Recém-nascido.

RESULTADOS

Aconselhamento anticoncepcional

A orientação anticoncepcional é fundamental para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres portadoras de HIV/AIDS, as informações passadas pelos profissionais de saúde devem ser transmitidas em linguagem compreensível, incorporando a noção de risco de transmissão vertical - TV, dos meios para evitar a TV e os métodos contraceptivos acessíveis. Desta forma, dá-se a opção de uma futura gestação ou não e com isso a chance de assegurar a adesão aos meios contraceptivos, própria TARV e que a gestação ocorra no melhor contexto clínico e familiar possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O recomendado pelo Ministério da Saúde é o uso de dois métodos concomitantes, sendo um deles o preservativo para evitar transmissão entre os sorodiscordantes ou aquisição de cepas resistentes a TARV. Especial atenção deve ser oferecida à gestantes em uso de terapia para tratamento de tuberculose onde se utiliza rifampicina, porque a mesma interfere com a farmacocinética dos contraceptivos orais, sendo indicado neste caso, o uso de injetáveis, em destaque a medroxiprogesterona ou mesmo um outro método alternativo não hormonal. No puerpério deve ser oferecido também planejamento familiar com dois métodos concomitantes.

Diagnóstico: A importância do aconselhamento pré-teste e pós-teste

O diagnóstico se baseia em testes sorológicos e moleculares específicos que serão abordados a posteriori neste estudo, porém duas etapas primordiais em que o enfermeiro tem grande atuação, destaca-se pela informação no aconselhamento pré e pós teste. Ressalta-se que o Ministério da Saúde, em suas recomendações mais atuais, preconiza que todos os profissionais de saúde estão aptos a realizar esse aconselhamento desde que estejam capacitados para tal. Esse aconselhamento é importante para reduzir o impacto que o diagnóstico tem sobre a portadora e trata-se também de uma grande oportunidade para executar educação em saúde porque podem ser realizadas orientações específicas nos três possíveis diagnósticos: positivo, negativo ou indeterminado.

De acordo com Bernardes, Souza e Azevedo filho (2012) a detecção precoce do HIV deve ocorrer principalmente em nível primário de atenção porque há uma cobertura mais eficaz das famílias atendidas, programa de saúde da família, através da visita domiciliar do agentes comunitários de saúde, e com isso consegue se identificar as gestantes, este fato é positivo, a partir do momento que a mesma possa ser encaminhada ao serviço de pré-natal, onde será orientada sobre o exame para detecção do HIV.

No aconselhamento pré teste verifica-se o conhecimento da gestante acerca da AIDS, sífilis e outras DSTs, faz-se o reconhecimento da vulnerabilidade/risco da mesma e a aceitação para realizar o teste, que deve ser voluntário, verbalmente. Identifica-se também o uso de álcool e drogas ilícitas e desencoraja-se o seu uso, bem como, avalia-se o uso dos preservativos. Na anamnese deve-se identificar alguma situação que leve a necessidade de realização de novo teste após quatro semanas, devido ao período da janela imunológica. Os possíveis resultados do teste devem ser abordados com paciente, além de registrar no prontuário o aconselhamento e oferta do teste.

O acesso ao diagnóstico do HIV é um direito de toda gestante/parturiente, devendo ser oferecida testagem com consentimento (BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO FILHO, 2012; SILVA;TAVARES; PAZ, 2011). Como também, aconselhamento, na primeira consulta pré natal e a repetição da testagem no 3º trimestre (SILVA;TAVARES; PAZ, 2011).

No Brasil observa-se variações expressivas nas taxas de transmissão vertical entre as diferentes regiões do país. Este fato pode ser explicado pela dificuldade do acesso em algumas regiões e maior facilidade de acesso e esclarecimento da população em outras. Em um estudo realizado no município de Campos do Goytacazes no estado do Rio de Janeiro, por exemplo, não houve uma redução significativa da taxa de TV no período de 2004 a 2007, em relação ao triênio anterior, e os fatores identificados foram a baixa cobertura peal testagem anti-HIV no pré-natal, não sendo possível a profilaxia materna eficiente e o uso incorreto do teste rápido na admissão para o parto (FERNANDES et al, 2010).

No aconselhamento pós teste, caso a sorologia seja negativa, deve-se reforçar as orientações, atentar para a janela imunológica, por exemplo, caso haja alguma relação de risco potencial, deve-se orientar a realização do teste novamente dentro de 1 mês.

O profissional de saúde também informa que o teste negativo não significa imunidade ao vírus (SILVA;TAVARES; PAZ, 2011). Ainda, constitui-se objeto de informação, encorajar a abstinência ao álcool e a outras drogas, o não compartilhamento de seringas e o uso de preservativos. A testagem do parceiro também é importante.

Se o teste for positivo, o impacto em geral é muito grande e o profissional de saúde deve oferecer tempo necessário para a paciente expresse seus sentimentos, dúvidas. É preciso entender qual o nível de conhecimento sobre a doença e oferecer esclarecimentos, apoio emocional e encaminhar aos profissionais necessários. A paciente deve ser lembrada que o resultado positivo não significa morte.

Nesse momento pode-se enfatizar a elevada eficácia das medidas de prevenção da TV, além de estimular a adesão a TARV e testagem do parceiro. Bernardes, Souza e Azevedo filho (2012) referem o aconselhamento como uma oportunidade de escutar as demandas da gestante e realizar intercâmbio de informações.

Caso o teste seja indeterminado, deve-se verificar a possibilidade de janela imunológica e considerar a utilização de testes moleculares. Procede-se ao encaminhamento da gestante a um serviço de referência para que o status sorológico seja confirmado.

O sigilo do resultado deverá ser mantido. Segundo Bernardes, Souza e Azevedo filho (2012) evidências suportam que o aconselhamento melhora os índices de adesão ao tratamento, retorno para receber os resultados dos exames, tratamento do companheiro sexual e uso de preservativos.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico laboratorial do HIV passa por 2 etapas de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, 2010.

Na etapa 01, podem ser utilizados os seguintes exames: ensaio imunoenzimático - ELISA; ensaio imunoenzimático de micropartículas- MEIA; Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações- EQL; Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima - ELFA; Ensaio imunológico quimioluminescente magnético- CMIA; Testes rápidos: imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunocentrifugação; Novas metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Na etapa 02 podem ser utilizados os seguintes exames: Imunofluorescência Indireta - IFI; Imunoblot - IB; Imunoblot rápido - IBR; Western Blot -WB; Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

As amostras podem ser coletadas em papel seco, que facilita o transporte em regiões de mais difícil acesso. Sem refrigeração, dura uma semana, em caso de refrigerado, pode chegar a 6 semanas. Outras amostras convencionais são o soro, plasma ou sangue total. Todas as amostras passam pelo teste de triagem que são capazes de detectar anticorpos HIV1 incluindo o grupo O e o HIV2 que consiste na etapa 1. Caso seja negativo, será considerado não reagente, não havendo necessidade de nenhum teste adicional.

Caso haja alguma suspeita de infecção pelo HIV, nova amostra deverá ser coletada com 30 dias. Caso o resultado seja positivo, será realizada a etapa 2 com os exames descritos acima e a interpretação dos dois testes irá gerar o resultado, caso os dois sejam positivos, solicita-se nova amostra de sangue para realizar o fluxograma mínimo, que seria repetir a etapa 1, e se positivo o laudo será reagente.

No caso das amostras indeterminadas, por exemplo se no primeiro exame o resultado for positivo e no segundo for negativo, repete-se a etapa 2 com nova amostra de sangue e mesmo assim se ainda for negativo, caso haja suspeita de infecção, deve-se repetir o exame em 30 dias. Os resultados indeterminados podem ser devido a soroconversão ocorrendo no momento ou uma doença auto-imune, AIDS em estágio avançado.

Uso dos testes rápidos anti-HIV

Segundo Silva, Tavares e Paz (2011), o departamento Nacional de DST/AIDS preconizou em 2006 a possibilidade de se realizar o teste rápido do HIV no 3º trimestre da gestação, ou com diagnóstico negativo anterior, para reavaliar o diagnóstico de infecção pelo HIV, devido a possibilidade de janela imunológica pelo resultado imediato e redução das perdas pelo não retorno.

O uso dos testes rápidos anti-HIV permite conhecer a sorologia do paciente no momento do parto, a última chance de intervenção profilática emergencial para recém-nascido exposto ao HIV. O mesmo autor também reforça a importância do pré e pós teste que deve ser realizado como já descrito e assegurar ao paciente o momento certo e a pessoa certa com que o mesmo deseja revelar ser portador do vírus (SILVA;TAVARES; PAZ, 2011; DUARTE; QUINTANA; BEITUNE, 2005).

Através da portaria 151 de 14 de outubro de 2009 foi aberta a possibilidade da utilização de testes rápidos na etapa I do Fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, com isso se reduz o tempo da etapa de triagem laboratorial, principalmente nos laboratórios de pequeno porte, tendo em vista que o exame demora 30 minutos para ficar pronto.

Em casos não reagentes, não há necessidade de outro exame e no caso dos reagentes, deve-se realizar um novo teste rápido de um outro tipo para confirmar o diagnóstico. Além de ser bom custo benefício, isso pode representar a redução da TV, porque a gestante não terá que retornar para buscar o resultado do exame, não atrasando ou impossibilitando assim o início das medidas profiláticas específicas.

As indicações do teste rápido anti HIV de acordo com essa portaria e que se aplicam ao ciclo gravídico-puerperal são: Regiões sem infra-estrutura laboratorial ou de difícil acesso; Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, particularmente no terceiro trimestre de gestação; Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto; Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional.

Um ponto a ser levado em consideração é o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses, onde os achados de anticorpos anti-HIV podem ser encontrados, por terem sido transferidos via placentária, não significando necessariamente infecção e os métodos diagnósticos empregados nessa faixa etária são outros (BRASIL, 2010)

Manejo antirretroviral

Segundo Duarte, Quintana e Beitune (2005) considerando-se o controle dos fatores maternos a utilização de TARV é essencial, pois a medida mais eficiente de redução na TV é a redução da carga viral, devendo ser iniciada o mais breve possível. O mesmo autor refere que a carga viral elevada é o principal indicador do risco para esta forma de transmissão, por conseguinte a TARV efetiva é essencial no contexto da redução da transmissão vertical do HIV. De acordo com dados do Ministério da saúde as taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação gira em torno de 25 a 30%, 25% intra-útero (BRASIL, 2010; SILVA;TAVARES; PAZ, 2011) e 75% no momento do parto. É preconizado pelo Ministério da Saúde que desde 2010, todas as gestantes infetadas com o HIV, recebam a TARV.

O manual de recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes de 2010, que é o último que trata sobre gestantes exclusivamente, indica a terapia profilática com três drogas combinadas, e tratamento propriamente dito, e isso sendo guiado por contagem de LTCD4+, com algumas ressalvas em situações específicas.

No manual de 2010 a profilaxia antirretroviral está indicada para gestantes assintomáticas com contagem de LTCD4+ \geq 350 células /mm³ e deve ser iniciada entre a 14 e 28ª semana de gestação, a profilaxia deve ser suspensa após o parto, suspendendo os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos – ITRNN, por 02 semanas antes e após isso, os outros dois antirretrovirais, reduzindo o risco de desenvolvimento de mutações. Quando o diagnóstico é estabelecido tardiamente no 3º trimestre, começa a TARV logo após a coleta de exames mesmo sem saber os resultados de LTDC4+. A TARV deve ser iniciada também na presença de qualquer fator que leve a disfunção placentária como sífilis, drogas recreacionais, infecção aguda por citomegalovírus e/ou toxoplasmose.

O mesmo manual de 2010 considera que a TARV deve ser indicada como um tratamento e não deve ser considerada profilática, ou seja, suspensa após o parto, em gestantes com contagem de LTCD4+ \leq a 350 células assintomática ou se estiver sintomática a TARV será tratamento independente dos níveis de TCD4+, devendo a mesma ser mantida e readequada, caso seja necessário. Nos dois últimos casos, a idade gestacional não é um fator limitante e a TARV deve ser iniciada independente da mesma.

No novo protocolo clínico e diretrizes para manejo da infecção pelo HIV em adultos de 2013, alguns critérios mudaram no que diz respeito ao início da TARV que deve ser iniciada em todas as gestantes independente da contagem de LTCD4+ ou sintomas. Recomenda-se também a manutenção da terapia antirretroviral após o parto, independente dos níveis de LTCD4+ no início. Até mesmo a faixa de LTCD4+ que será utilizada de uma maneira geral pela população não gestante, agora, é de 500 células /mm³ e abaixo disso, mesmo assintomático, há o início do tratamento.

Fato interessante é que o tratamento com a terapia não necessariamente precisa da contagem do LTCD4+, podendo ser iniciada em todas as pessoas vivendo com HIV/-AIDS, de acordo com a motivação para manter a adesão aos medicamentos, trabalhando com isso, a perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV.

Nessas recomendações de 2013, a primeira linha de tratamento para a população em geral é composta por uma combinação de 03 antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN, e como regra se utiliza Tenofovir - TDF, 3TC - lamivudina e Efavirenz - EFV. O Efavirenz é contra-indicado em gestantes, então, deve-se substituir esse ITRNN por outro que na verdade é um inibidor da protease - IP e não pertence a essa classe de medicamentos não nucleotídeos. Em substituição se utiliza o Lopinavir com booster de Ritonavir - LPV/r. As vantagens desse booster é proporcionar níveis séricos mais elevados e estáveis do inibidor da protease e menor risco de mutações virais.

Nas gestantes a Zidovudina - AZT para compor o esquema como ITRN/ITRNt é preferível pela multiplicidade de estudos envolvendo o fármaco e eficácia comprovada na redução da transmissão vertical desde o início de sua utilização no protocolo 076 Pediatrics AIDS Clinical Trial Group - PACTG 076, que com estudos posteriores mostrou eficácia aumentada quando associado a terapia múltipla.

O esquema antirretroviral preferencial e mais recente indicado pelo Ministério da Saúde em 2013 seria o uso de AZT+ 3TC+LPV/r, pela contra-indicação de EFV como já mencionado anteriormente.

Segundo Duarte, Quintana e Beitune (2005), desde 2005 após a reunião do programa nacional de DST/AIDS não é mais indicada somente a monoterapia com AZT, porque este sozinho não consegue reduzir a carga viral até indetectável. A utilidade do uso do AZT puro, somente durante o trabalho de parto e ao RN, quando a TARV combinada não puder ser administrada a gestante.

A respeito deste tópico, tanto a publicação de 2010 quanto de 2013 recomendam evitar a monoterapia funcional pela produção de resposta inferior em relação a não redução eficiente da carga viral e em termos de duração de resposta. Deve-se atentar, ainda, para o fato de que ITRN e IP/r, apresentam atividade residual mesmo que já haja resistência e por vezes é observada a sua utilização do 3TC, por exemplo, na terapia de resgate (BRASIL, 2013).

De acordo com Bernardes, Souza e Azevedo filho (2012) o Brasil foi o primeiro país subdesenvolvido a adotar medidas de distribuição universal gratuita de medicamentos para tratamento do HIV. A não adesão aos novos medicamentos da TARV é considerada um dos maiores perigos para a não efetividade do tratamento no plano individual. O mesmo autor refere que ocorrem dificuldades na continuidade do tratamento no Brasil e que fatores individuais

devem ser investigados para entender a adesão a TARV. Outro fato interessante foi a modificação das indicações de teste de genotipagem viral que nas recomendações do Ministério da Saúde de 2010 era utilizado quando a gestante já em uso de TARV apresentasse falha terapêutica. Nas recomendações de 2013, é indicada a genotipagem pré-Tratamento em todas as gestantes infectadas com HIV.

O parto

A Definição da via de parto atualmente é baseada no resultado da carga viral materna realizada a partir da 34ª semana e avaliação obstétrica. O parto Cesário está indicado quando a carga viral for superior a 1000 cópias/ml ou desconhecida, sendo que a via de parto quando a carga viral for inferior a 1000 cópias/ml será definida exclusivamente por critérios obstétricos. A cesariana eletiva deverá ser realizado na 38ª semana para evitar parto prematuro, trabalho de parto ou ruptura das membranas (BRASIL, 2010).

É preconizada também a administração de AZT intravenoso no trabalho de parto, sendo utilizado desde o início do trabalho de parto ou no mínimo 3h antes de cesariana eletiva, devendo seguir até o clampeamento do cordão umbilical. A dose será de 2mg/kg na primeira hora, seguido de 1mg/kg nas horas seguintes por infusão contínua. Diversos estudos comprovam a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 0 e 2% com o uso da terapia antirretroviral combinada -TARV combinada, parto cesáreo e carga viral < que 1000 cópias/ml ao fim da gestação (SILVA;TAVARES; PAZ, 2011).

Segundo Amaral et al (2007) em um estudo retrospectivo realizado em uma Maternidade de um Hospital Público no Brasil, utilizando partos de mulheres infectadas com HIV no período de 1990 a 2000 trabalho, sugere-se que o uso profilático de AZT intraparto foi um marco significativo com redução na transmissão vertical significativa, seguido após algum tempo com a utilização progressiva da TARV múltipla nas gestantes pré parto e como resultado foi observado que naquela instituição não houve nenhuma transmissão entre gestantes a partir do momento da utilização da TARV múltipla. Um achado do mesmo estudo foi que na casuística não se verificou diferença significativa na Transmissão Vertical entre partos cesáreo ou normal sem episiotomia, o que levanta questionamentos se o aumento da transmissão não se deva por esse fator e sim por outros, porém se no parto normal for utilizado fórcepe aumenta a incidência, porém a literatura de uma maneira geral os estudos mais recentes mesmo com o uso de TARV múltipla o parto cesáreo está associado a menor Transmissão Vertical do HIV (AMARAL et al, 2007).

Duarte, Quintana e Beitune, 2005 afirma que a medida isolada mais eficaz para evitar a TV é o AZT pré natal-VO, período anteparto-EV e ao RN-VO e que o parto cesáreo completa o ciclo de estratégias com as suas indicações: carga viral verificada após a 34ª semana de gravidez apresentando contagem >1000 cópias /ml, gestação >38 semanas confirmada por USG, membranas corioamnióticas íntegras e fora do trabalho de parto.

O mesmo autor refere que quando a via do parto tem indicações obstétricas deve-se atentar par ao fato de que a corioamniorrexe prolongada, manobras invasivas sobre o feto, parto instrumentalizado e episiotomia devem ser evitados pois aumentam o risco de TV, o que corrobora o que foi afirmado no estudo de AMARAL et al, 2007.

Durante a evolução do trabalho de parto deve se evitar procedimentos invasivos como exemplo avaliação da maturidade e vitalidade fetal - aminiocentese. Se precisar de punção devido à polihidrâminio, faz AZT 3h antes da punção. A questão da via de parto ainda não está completamente resolvida. Quando a gestante já chegar à unidade de saúde em trabalho de parto, alguns autores apóiam a idéia de lavagem do canal vaginal com clorexidina 0,4% para remover secreções maternas (BRASIL, 2010; DUARTE; QUINTANA; BEITUNE, 2005).

É recomendado evitar a realização de episiotomia e toques repetidos, utilizar o partograma. Em caso de ruptura precoce das membranas amnióticas no trabalho de parto, avaliar o prognostico de evolução e podendo se utilizar 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. A corioamniorrexe deve ser evitada, a menos que a situação obstétrica o indique, porque a mesma com período superior a 4h de duração refere que se está associado a aumento do risco de TV do HIV. Se a episiotomia for imprescindível, proteger a incisão com compressas embebidas em solução degermante para reduzir o contato do feto com o sangue materno. Após a saída do concepto deve-se ainda clampar o cordão umbilical imediatamente sem realizar ordenha. (BRASIL, 2010; DUARTE; QUINTANA; BEITUNE, 2005).

Para as gestantes que chegam a maternidade em trabalho de parto e que não fizeram a TARV, a indicação da via de parto deve levar em consideração a fase do trabalho de parto, o prognóstico do tempo de evolução para parto e a probabilidade de intercorrências durante o parto.

Quando o trabalho de parto esta em franca evolução, com prognostico de nascimento rápido, deve ser indicado parto vaginal, empregando se todos os cuidados para redução do risco de transmissão do HIV.

Se o trabalho de parto estiver em sua fase inicial, com 3-4 cm de dilatação do colo uterino e a bolsa amniótica integra ou com ruptura de menos de 2 horas, a cesariana deve ser indicada imediatamente, para reduzir o risco de TV durante o trabalho de parto (BRASIL, 2010).

Segundo Duarte, Quintana e Beitune (2005) as infecções genitais e sistêmicas são fatores que levam a ruptura de membranas, complicações obstétricas. Deve-se também haver esforço na tentativa de evitar o trabalho de parto prematuro, pois não e possível regular a expressão de receptores secundários do HIV1, suscetibilidade genética e expressão reduzida dos T citotóxicos.o tratamento adequado de infecções genitais e sistêmicas reduz a probabilidade de parto prematuro.

Quando a gestante só chega ao profissional de saúde no momento do parto, realiza-se o teste rápido que permite o acesso a zidovudina - AZT no trabalho de parto e no RN além de aleitamento artificial (DUARTE; QUINTANA; BEITUNE, 2005).

Cuidados com o recém-nascido

Após o nascimento deve-se limpar com compressas, encaminhar ao banho imediato em água corrente e não utilizar banheiras pediátricas no primeiro banho. Caso seja necessária aspiração de vias áreas realizar de maneira delicada sem traumatizar. Inicia-se o AZT oral 2mg/kg de 6/6 horas por 6 semanas - 42 dias.

O recém nascido que esteja em condições deve ser encaminhado ao alojamento conjunto. Não é recomendada a amamentação pelo risco adicional de 7 a 22% (BRASIL, 2010; SILVA;TAVARES; PAZ, 2011, DUARTE; QUINTANA; BEITUNE, 2005).

Utilizam-se fórmulas maternas para alimentação do recém nascido e inibe-se a lactação com Carbegolina 1g, dose única. Não é indicada a utilização de enfaixamento nas mamas pelo risco de abcessos e não ter um bom resultado, porém só se utiliza se não tiver outro recurso.

DISCUSSÃO

As medidas empregadas para redução da Transmissão Vertical do HIV evoluíram ao longo dos anos com um marco divisório claro. O período antes do protocolo proposto pelo PACTG076 no ano de 1994 e o período após.

Antes do protocolo proposto a medida profilática básica consistia em contra-indicar a amamentação. Após os resultados obtidos com o protocolo a partir de 1994, que propunha a utilização do AZT do início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical por via endovenosa e após o nascimento AZT oral para o recém nascido durante 6 semanas, pode-se observar uma acentuada redução dos casos de TV do HIV.

No Brasil esse protocolo foi implantado efetivamente no ano de 1997, e novas medidas foram surgindo ao longo dos anos como parto cesáreo em indicações específicas, TARV múltipla que reduziram mais ainda o risco de TV do HIV.

Essas medidas foram sendo adotadas ao longo dos anos em um cenário político/social e econômico que favoreceu a sua implantação e incentivo, com acontecimentos após 1997 que merecem destaque.

No ano de 2000 os caso de TV do HIV passam a ser de notificação compulsória, em 2002 o projeto nascer implementado nas maternidades que visava reduzir a mortalidade por sífilis congênita e infecção pelo HIV, em 2006 com o Pacto pela Saúde aprovado pelo CNS que no seu eixo denominado Pacto pela Vida tem na redução da mortalidade materna e infantil uma das suas prioridades básicas, sendo um dos seus componentes a redução da TV de HIV e Sífilis. Importante ressaltar que em 2006 o percentual de gestantes atendidas no pré-natal com testagem para o anti-HIV já chegava a 83,5%.

No ano de 2009 a OPAS e a UNICEF lançaram a Iniciativa para a Eliminação da TV do HIV e Sífilis na América Latina e no Caribe, sendo articulada em 2010 com o Plano Global para Eliminação de Novas Infecções que tem um plano em curso até 2015, além do Ministério da Saúde ter lançado as Novas Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, com protocolos que guiam a assistência baseados em evidências com vistas a redução da TV de maneira eficiente.

Em 2011 com a implantação da Rede Cegonha que tem ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério houve também a ampliação dos testes rápidos anti-HIV e para Sífilis, e a perspectiva é que o percentual de gestantes que realizaram a testagem aumente nos próximos anos. O conhecimento do status sorológico da gestante no pré-natal é a medida mais importante para se instituir a terapêutica adequada com tempo hábil o que reduz a probabilidade de TV do HIV.

A taxa de transmissão vertical do HIV, vem apresentando redução gradativa. Em 1997 era de 16%. Em 2000, a mesma taxa caiu para 8,6% e em 2004 girava em torno de 6,8%. Como consequência, a incidência de AIDS em menores de cinco anos que em 2000 era de 5,4 casos por 100 mil habitantes, em 2009 passou para 3,0 casos por 100 mil habitantes.

Embora a média nacional da incidência de AIDS em crianças de zero a cinco anos apresente queda significativa, ainda é necessária atenção especial às Regiões Norte e Nordeste, onde foi registrado aumento. Nordeste em 2000 a taxa era de 1,4 por 100 mil habitantes subindo para 2,3 em 2009. Na Região Norte em 2000 a taxa era de 1,9 passando para 4,0 em 2009. Embora tenha ocorrido esse aumento a maioria das gestantes soropositivas em concentram nas Regiões sul e Sudeste.

Outro aspecto importante é observar que no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo de Infecção pelo HIV em adultos, 2013, existem algumas diferenças no manejo TARV dispensada as gestantes em relação ao manual Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, 2010.

No protocolo de 2013 a TARV é recomendada a todas as gestantes independente de sua contagem de LTCD4+, e no de 2010 leva-se em consideração a contagem. No protocolo de 2013 não é aconselhável suspender a TARV múltipla administrada as gestantes durante a gestação mesmo após o parto e nas recomendações de 2010 a TARV múltipla utilizada de maneira profilática além de levar em consideração a contagem de LTCD4+ deveria ser suspensa ao término da gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode se observar que a Transmissão Vertical do HIV ainda possui níveis significantes na população brasileira, de acordo com a literatura pesquisada. A população pediátrica esteve mais exposta ao vírus devido a mudanças no padrão de transmissão sexual do HIV, com aumento da incidência em mulheres, que em sua maior parte representando 85% das infectadas, encontram-se em idade reprodutiva.

Ressalta-se como imprescindível ao Enfermeiro, que presta assistência em saúde materno-infantil, o conhecimento atualizado sobre as medidas para prevenção da TV do HIV, para que as mesmas sejam implementadas efetivamente e para que as decisões tomadas possam ser baseadas nos critérios vigentes no país. Garantindo assim os direitos do paciente e a qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. et al. Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência bem-sucedida. **Rev. panam salud pública**, Washington, US, v. 21, n. 6, p. 357-64, 2007.

BERNARDES, MJC; SOUZA, VM; AZEVEDO FILHO, FM. Estratégias para La reduccion de La transmission vertical del vírus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su relacion con enfermeria. **Enferm. glob.**, Murcia, Espanha, oct. 2012, n. 28, p. 368, 2012.

BVS. Disponível em: <<http://modelo.bvsalud.org/download/publicacoes/>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Dados e pesquisas. **Aids no Brasil**. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 28 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Manual de bolso. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**, manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria 151 de 14 de outubro de 2009**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo de Infecção pelo HIV em adultos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação**, Folder divulgação. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, AM et al. Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. **Rev. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 40(supl), p.18-22, 2006. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000800004>> . Acesso em: 07 jan. 2015.

DUARTE, G; QUINTANA, SM; EL BEITUNE, P. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro; v. 27, n.12, p.768-78, 2005. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005001200010>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

FERNANDES, R.C.S.C et al. Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno infantil do HIV. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. v. 86, n. 6, 2010. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000600010>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GIL, AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª Ed, 2002. São Paulo: ABDR . 173p.

SILVA O.; TAVARES, L.H.L; PAZ, L.C. As atuações do Enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: Uma reflexão de interesse da Enfermagem e da Saúde Pública. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2(Supll), p.58-62, 2011. Disponível em:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/83/69>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

WHO. WORLD HEALTH OERGANIZATION. **The World Health Report**. Life in 21st century: a Vision for all. Genebra: WHO; 1998.

Recebido em: 07/02/2015.

Aceito em: 10/06/2015.

Publicado em: 05/12/2015.